

GIAN MARIA COMOLLI

# MANUALE DI BIOETICA PER TUTTI

---



# INDICE DEL CORSO

*Il testo, dopo aver posto le basi del discorso etico e bioetico, esaminerà i momenti fondamentali della vita, ponendo l'attenzione ad alcune problematiche esistenziali e sociali affinché la vita umana sia rispettata in tutte le sue fasi dal concepimento alla morte naturale.*

## **PARTE PRIMA: I FONDAMENTI**

**CAPITOLO 1:** Termini fondamentali e modelli di riferimento (Pg. 4)

**CAPITOLO 2:** I principi fondanti la bioetica (Pg. 40)

**CAPITOLO 3:** Bioetica cattolica e bioetica laicista (Pg. 56)

## **PARTE SECONDA: IL SORGERE DELLA VITA**

**CAPITOLO 4:** La procreazione umana responsabile (Pg. 64)

**CAPITOLO 5:** La vita umana e il suo inizio (Pg.88)

**CAPITOLO 6:** La procreazione medicalmente assistita (Pg. 105)

**CAPITOLO 7:** Gli atti a favore e contro la vita e le diagnosi (Pg. 119)

## **PARTE TERZA: LE FASI DELLA VITA**

**CAPITOLO 8:** L'uomo unità di corpo, psiche e spirito (Pg. 154)

**CAPITOLO 9:** La teoria del Gender (Pg. 167)

**CAPITOLO 10.** L'AIDS (Pg. 189)

**CAPITOLO 11:** La Tossicodipendenza (Pg. 210)

**CAPITOLO 12:** Disagio Mentale (Pg. 233)

**CAPITOLO 13:** Anziani (Pg. 254)

## **PARTE QUARTA: LA VITA CHE VOLGE AL TRAMONTO**

**CAPITOLO 14:** La morte nella cultura contemporanea (Pg. 269)

**CAPITOLO 15:** Bioetica e fine vita (Pg. 280)

## **PARTE QUINTA: ALCUNE PROBLEMATICHE BIOETICHE**

**CAPITOLO 16:** La sperimentazione clinica (Pg. 308)

**CAPITOLO 17:** Trapianti di organi (Pg. 347)

**CAPITOLO 18:** La genetica (Pg. 356)

**CAPITOLO 19:** Problematiche etiche varie (Eugenetica, Clonazione Umana, Maternità su commissione) (Pg. 370)

**CAPITOLO 20:** Cura della salute tra problemi etici e economici (Pg. 383)

**BIBLIOGRAFIA:** (Pg. 395)

# Parte Prima

## I FONDAMENTI

### CAP. 1. TERMINI FONDAMENTALI E MODELLI DI RIFERIMENTO

#### INDICE DEL CAPITOLO

#### **1. Alcuni termini introduttivi**

##### 1.1. Etica

##### 1.1.1. Etica medica e etica infermieristica

##### 1.2. Deontologia professionale

##### 1.3. Legge ed obiezione di coscienza

#### **2. Bioetica**

##### 2.1. Definizione

##### 2.2. Ambiti di intervento

##### 2.3. Il metodo

##### 2.4. Modelli di riferimento del contesto societario

##### 2.4.1. Modello soggettivista o liberalista

##### 2.4.2. Modello sociologico-utilitarista

##### 2.4.3. Modello scienziata-tecnologico

##### 2.4.4. Modello personalista

##### 2.5 La formazione in bioetica

#### **3. Altre definizioni**

##### 3.1. Legge morale naturale

##### 3.2. Biotecnologie

##### 3.3. Biopolitica

L'attuale scenario socio-culturale sta rivalutando l'aspetto etico dell'agire umano; ciò emerge particolarmente nel settore sanitario, e più in generale in quello biomedico, interessato da progressi che *interrogano il concetto di uomo, la sua dignità e il suo destino futuro e globale.*

Il controllo delle costituenti genetiche, la medicina procreativa e predittiva, l'innalzarsi delle aspettative di vita, come pure il prolungamento del morire, hanno superato le competenze scientifiche investendo la natura nella sua totalità e la stessa rappresentazione "dell' umano". Inoltre, alcune scoperte nel campo della biomedicina, producono effetti "a cascata" difficili da gestire.

Importante in tutte le epoche storiche, l'etica è fondamentale soprattutto oggi di fronte ai risultati delle scienze e delle tecnologie che spalancano continuamente nuove frontiere, e di conseguenza, problematiche che faticano ad acquisire consenso unanime nell'ambito della nostra società pluri-etnica e multi-razziale.

Perciò l'etica, che nel settore biomedico assume l'appellativo di bioetica, "riguarda tutti coloro che intervengono nel mondo della sanità: professionisti, amministratori, sanitari, ausiliari, pazienti e parenti. Là dove ci sono decisioni da prendere, riflessioni da fare, libertà da coinvolgere, c'è etica e - nel mondo della

sanità - labioetica”<sup>1</sup>.

Dunque, le professioni sanitarie, hanno una consistente caratteristica etica, perciò questa disciplina deve possedere la priorità sia a livello culturale che operativo!

Il primo capitolo di questo manuale chiarirà “i termini” che costituiranno gli architravi delle argomentazioni che esamineremo in seguito. Non trascureremo dei commenti sul pericolo che un uso ideologico dell’etica e della bioetica faccia dimenticare “l’humanum”, cioè la passione per l’umanità dell’uomo, pilastro portante della sanità, della medicina e della ricerca.

## 1. Termini introduttivi

### 1.1. ETICA

Etimologicamente, il termine “etica”, ha origine dal vocabolo greco ἔθος (o ἦθος)<sup>2</sup> e significa “comportamento” o “costume”, infatti riguarda sia il costume sociale, cioè l’agire e il comportarsi di un popolo in un determinato tempo, come pure ogni azione libera, consapevole e responsabile dell’uomo, cioè compiuta dalla persona in grado di intendere e di volere. San Tommaso evidenziava nella frase: “gli actus hominis e gli actus humani” il contenuto dell’etica.

Dunque, l’etica, invita a riflettere sull’agire a livello personale e comunitario poiché l’uomo, vivendo ed operando in una società, è responsabile anche nei confronti degli altri. Ricordava san Giovanni Paolo II nell’enciclica “Evangelium vitae”: “Sì, ogni uomo è ‘guardiano di suo fratello’, perché Dio affida l’uomo all’uomo”<sup>3</sup>.

Quindi, ogni atto e comportamento dell’uomo, essere intelligente e libero, chiamato all’autorealizzazione scegliendo il bene, racchiude e sviluppa anche l’aspetto etico. Questo ci fa affermare che l’etica non è estrinseca o un sovrapposto all’umano, bensì intrinseca alla persona; non è imposta dall’esterno, ma è impressa nell’intimo di ogni uomo. Alla base di ogni concezione etica stanno le nozioni di bene, di male e di virtù, oltre una determinata visione della persona e dei rapporti umani. Tutto ciò, spesso, è correlato ad una religione o ad una ideologia.

L’etica, *in senso generale*, possiamo definirla come “l’insieme dei principi e delle norme che ispirano l’esistenza concreta di un popolo in una determinata epoca. L’*èthos* esprime una serie di modelli di comportamento che sono tipici di una popolazione o di un gruppo sociale”<sup>4</sup>; ad esempio, il valore patrio o quelli dell’uguaglianza e della solidarietà. Ne deduciamo, che i principi etici sono essenziali alla costruzione di una società ordinata, finalizzata al benessere e al progresso dei cittadini.

*In senso particolare*, l’etica evidenzia “ciò che è buono in sé; ciò che va fatto o evitato ad ogni costo e in ogni caso, a prescindere dai vantaggi personali e

---

<sup>1</sup> G. DURANT, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Fides, Québec 1999, pg. 469.

<sup>2</sup> ἦθος il termine acquista il significato di “principi che influiscono sulla collettività”.

<sup>3</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 18.

<sup>4</sup> M. FURLAN, *Etica professionale per infermieri*, Piccin, Padova 1989, pg. 54.

sociali che se ne ricavano; ciò che è assolutamente degno dell'uomo che si oppone a ciò che è indegno; ciò che non è negoziabile, su cui non si può né discutere né transigere"<sup>5</sup>.

Troviamo, inoltre, la *metaetica* che "studia e ricerca le ragioni che sono alla base di un dato giudizio morale; affronta gli argomenti teorici del significato, della giustificazione e della logica dei problemi etici. La metaetica risponde ad esempio alle domande: 'Perché bisogna essere buoni?', 'Perché, e in base a quale ragionamento, un atto giusto è considerato giusto?' "<sup>6</sup>.

La metaetica, quindi, individua i rapporti da stabilire all'interno del campo etico come la connessione tra etica e condotta umana, etica e fatti, etica e decisioni morali impellenti.

L'etica si distingue in *speculativa* e *pratica*.

-L' *etica speculativa* (o descrittiva) esamina, descrive, analizza e commenta i comportamenti umani, gli usi di un gruppo, o un determinato evento, riferendosi ai principi e ai valori, rispondendo all'interrogativo: *quali principi o valori sono coinvolti in questo fatto o comportamento?*

-L' *etica pratica* (o normativa) identifica la legittimità di un comportamento, ne ricerca le fondazioni e le giustificazioni, rispondendo al quesito: *quale atteggiamento devo assumere?*, e nel settore sanitario: *come devo agire nel migliore interesse del malato?*

L'etica pratica si scinde in *fondamentale* e in *speciale*.

*Fondamentale* quando si occupa dei principi, dei valori e delle norme cui attenersi in qualunque situazione e circostanza.

*Speciale* quando s'interessa dei vari settori d'intervento, esprimendo un'etica familiare, un'etica sessuale, un'etica economica, un'etica politica e un'etica sanitaria...

In questo contesto, l'etica, assume la dicitura di *etica professionale*, e riguarda l'agire e il comportamento tipico di una professione, che prendendo come riferimento i principi irrinunciabili dell'etica fondamentale, li sviluppa nei settori particolari. Ad esempio, nelle professioni sanitarie, abbiamo la riflessione sulle problematiche poste dalle scienze mediche, dalla cura e dalla ricerca.

L'etica richiede una *base razionale* all'atteggiamento assunto, non riducibile a slanci solidaristici o amorevoli di tipo irrazionale; perciò possiamo definirla *scienza*, essendo una riflessione *sull'ethos*, ossia sul comportamento, sull'operare e su tutto ciò che si rapporta con il significato dell'esistenza. Per questo J. De Finance la definisce: "La scienza categoricamente normativa degli atti umani, secondo la luce naturale della ragione"<sup>7</sup>.

L'approccio filosofico è dunque il giusto sostegno all'etica, e l'appellativo esplicativo di *scientificità* è in relazione al suo fondamento argomentativo basato sulla *filosofia dell'essere*.

I criteri di scientificità dell'etica non sono "tecnico-empirico" ma "argomentativo-dimostrativo"; di conseguenza, se non possediamo un'adeguata riflessione motivata e giustificata sulle finalità dell'esistenza umana, non sarà possibile

---

<sup>5</sup> C.M. MARTINI, *Viaggio nel vocabolario dell'etica*, Piemme, Casale Monferrato (AL) 1993, pg. 15.

<sup>6</sup> C. IANDOLO, *L'etica al letto del malato*, Armando editore, Roma 1990, pg. 26.

<sup>7</sup> J. DE FINANCE, *Etica generale*, Cassano Murge, Bari 1986, pg. 13.

costruire una scienza che acconsenta la distinzione del bene dal male, di comprendere la bontà di un comportamento e la giustizia nel compierlo rispondendo ad un interrogativo fondamentale per l'operatore sanitario: "quando il mio atto diagnostico o terapeutico è il 'vero bene' per quel malato?"

Scorrettamente interpretata, l'etica, suscita *atteggiamenti di rifiuto* poiché è ritenuta negativa o proibizionista nei riguardi dell'evolversi della scienza e della tecnica, oppure è percepita come minaccia alla propria libertà e alla propria autonomia.

In questo capitolo, vogliamo dimostrare la possibilità che l'etica offre all'uomo di sentirsi realmente e serenamente libero anche accettando delle rinunce, infatti, a volte, per custodire e per promuovere un valore, è quasi obbligatorio adeguarsi a delle proibizioni o a dei divieti.

Una problematica che si inserisce nel discorso etico riguarda *il rapporto con la morale*, equivocando a volte il significato dei due termini; una confusione determinata dal coincidente uso dei due vocaboli che molti reputano sinonimi, ma che tali non sono. Basti ricordare che nel passato per alcuni *la morale* corrispondeva ai giudizi di coscienza, oppure per altri possedeva un significato prevalentemente religioso. Mentre *l'etica* era giudicata il risultato di riflessioni filosofico-scientifiche sul comportamento, oppure come salvaguardia e tutela di diritti o doveri dell'uomo.

La tematica richiederebbe una complessa disamina. Essendo impossibilitati ad intraprendere un adeguato approfondimento, ci limitiamo ad osservare che oggi, nella maggioranza delle situazioni, *l'etica* è considerata *una scienza normativa*, definendo le regole, argomentando il lecito o illecito, giustificando razionalmente la validità o meno delle azioni; riguarda perciò maggiormente, come già ricordava G. W. F. Hegel, la dimensione pubblica. *La morale*, invece, possiamo definirla *la scienza descrittiva* che suggerisce l'applicazione delle norme etiche personali e collettive in rapporto ad un determinato pensiero religioso, filosofico, culturale o politico.

Tra *etica* e *morale* esiste la stessa relazione riscontrabile tra *teoria* e *prassi*; per questo, la nostra convinzione, è che i due termini non sono sinonimi. Una disquisizione spesso giudicata oziosa poiché "l'etica moderna si è concentrata sui significati, sugli usi e sulla logica dei precetti morali tentando più di chiarire il discorso morale che di offrire norme generali di condotta"<sup>8</sup>.

Un ulteriore elemento di riflessione è questa visione del cardinale C.M. Martini, che indica la morale come l'applicazione delle norme etiche *in relazione all'obbligo della fraternità*. La propone riferendosi al cristianesimo, ma la riteniamo una prospettiva valida per l'ambito sanitario nella sua complessità. "La morale nell'ambito cristiano, va intesa come la forma del rapporto con il mio fratello, con chi desidero riconoscere come mio prossimo. La morale dice: fatti prossimo, considera ciascuno come membro della tua famiglia, per quanto ti è possibile. Il primo precetto della morale è indicato nella parabola del buon samaritano che scende da cavallo per soccorrere il ferito di un'altra razza che trova sulla strada e provvede per lui in tutto. La morale, quindi, chiede di fare

---

<sup>8</sup> E. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA. *A philosophical basic of medical practice*, Oxford University Press, New York 1981, pg. 57.

agli altri quello che vorremmo fosse fatto a noi”. E conclude Martini: “è l'ideale che nasce da un credo religioso a forte contenuto etico come quello proprio della tradizione ebraica e cristiana”<sup>9</sup>.

In questo testo, per superare le difficoltà di comprensione, il vocabolo *etica* sarà utilizzato sia come *sinonimo* di *morale* nel senso delle consuetudini sociali, sia come *studio della morale*; non dovrebbe essere difficile al lettore comprendere di volta in volta, in base al contesto, il significato applicabile.

### 1.1.1. ETICA MEDICA E ETICA INFERMIERISTICA

L'etica medica e l'etica infermieristica, cioè *l'etica professionale in campo sanitario*, come già affermato, valuta le situazioni e risponde agli interrogativi posti dalla scienza medica, dalla prassi terapeutica e dalla ricerca clinica muovendosi dai principi generali, dalle norme e dai valori per concretizzarli nell'intervento che si compie sul malato o sulla ricerca in atto.

In altre parole, si domanda, *se il fatto corrisponde al valore!*

G. Géraud, ad esempio, sostiene che l'etica professionale “è per l'operatore sanitario ciò che il faro rappresenta per il navigante. Da una parte il faro illumina l'ostacolo da evitare; dall'altra parte spaziando sull'orizzonte, il faro invita a prendere il largo e rende possibile la scoperta”<sup>10</sup>.

### ETICA MEDICA

La riflessione etica ha percorso la storia della medicina mostrando che *la figura del medico*, e di conseguenza il suo rapporto con il paziente, hanno subito alternanze di concezioni, passando dalla prospettiva sacrale di *vocazione-missione* all'ottica di *professione*, privilegiando l'aspetto tecnico e clinico.

I termini *vocazione* e *missione* nell'attuale contesto societario infastidiscono; potranno essere valorizzati unicamente se la “professione in sanità” riuscirà ad intersecare la componente *tecnico-scientifica* e quella *etico-religiosa*, avendo questo particolare “*mestiere*” come soggetto l'uomo e come conseguenza il servizio alla persona. In questa ottica, la professione sanitaria, può assumere anche i connotati della *vocazione*, rammentando che “certe attività sono imprese morali che richiedono un servizio altruistico e un certo annullamento dell'interesse personale; se queste aspirazioni sono sviluppate, la professione sanitaria diventa vocazione, diversamente diventa carriera”<sup>11/12</sup>.

Il percorso storico dell'etica medica, sinteticamente, è riassumibile in quattro momenti.

#### 1. Etica medica dell'antichità ed ippocratica.

Nelle scuole dell'antichità fu presente la “visione sacrale” del medico; in

---

<sup>9</sup> *Viaggio nel vocabolario dell'etica*, op. cit., pg. 19.

<sup>10</sup> G. GERAUD, *Itinerario medico-psicologico della vocazione*, Paoline, Roma 1960, pg. 55.

<sup>11</sup> E. D. PELLEGRINO- D. C. THOMASMA, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, Edizioni Dehoniane, Roma 1994, pg. 108.

<sup>12</sup> Si rimanda per l'approfondimento a: M.D. BAYLES, *Professional Ethics*, Wadsworth, Belmont 1981; G. COSMACINI, *La qualità del tuo medico*, Laterza, Roma-Bari 1995, P. LAIN ENREALGO, *Antropologia medica*, Alberto Perdisa Editore, Milano 1988, E. LOEWY, *Suffering and the Beneficent community*, Oxford University Press, New York 1991.



alcuni contesti, questa figura, fu anche divinizzata. Ad esempio, nell'antica Grecia, troviamo delle professioni improntate al "modello sacerdotale", che svilupparono la responsabilità professionale maggiormente a livello religioso che giuridico, ponendo, con un "giuramento", le divinità garanti della rettitudine delle azioni. Successivamente, la natura sacrale del medico, ben si evidenziò distinguendo le "professioni forti" (sacerdozio, monarchia, magistratura e medicina) dalle cosiddette "occupazioni". E, mentre le prime, erano caratterizzate dalla responsabilità morale, le seconde si riferivano alle norme giuridiche. In questo contesto, si inseriscono il "Giuramento di Ippocrate" e gli altri scritti del "corpus Hippocraticum"<sup>13</sup>.

Nell'antichità, le malattie furono attribuite alle forze demoniache, che penetrando nella persona se ne impossessavano; non a caso il simbolo della medicina era il serpente, animale sacro, ritenuto immune dalle malattie (cfr. concezione teurgica).

Ippocrate, rifiutò questa impostazione; non accettò la definizione di "morbo sacro" e polemizzò con chi sacralizzava la sofferenza. Non ammise, quindi, né la concezione teurgica della *Scuola di Asclepio*, né quella teocratica fondata sul mito greco del dio *Osiride*.

Al sofismo e all'empirismo contrappose "la medicina razionale", conformandosi al concetto greco di "causa" ed "effetto". Ed essendo, Ippocrate, oltre che un medico anche un metafisico, pose al centro della sua professione *il valore e la dignità della persona*<sup>14</sup>.

Il documento più significativo del medico di *Kos* fu il suo *Giuramento*<sup>15</sup> nel quale emerge:

1. La visione religiosa della professione, infatti, invoca le divinità del pantheon greco, oltre che ribadire la "responsabilità professionale" percepita a livello morale e religioso più che giuridico.
2. Il profondo rispetto della natura e della concezione unitaria di ogni uomo.
3. Il rigoroso rapporto tra etica personale ed etica professionale.
4. Il disinteresse economico nell'esercizio della professione.
5. Il segreto professionale.
6. La trasmissione della materia medica dai maestri agli allievi<sup>16</sup>.

Il *rapporto medico-paziente* si fondò sul *principio di beneficenza* concretizzato dal *paternalismo*. Il dovere del medico era la ricerca del "maggior bene" del paziente; l'obbligo del malato era l'accettazione incondizionata dell'indicazione medica.

Possiamo perciò concordare con D. Gracia Guillen che nonostante i limiti del linguaggio, questo giuramento, mostra "il carattere marcatamente 'sacerdotale' del medico, il suo ruolo sociologico, il contenuto etico e religioso della formula del

---

<sup>13</sup> Cfr.: G. MOTTURA, *Il Giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma 1986.

<sup>14</sup> Cfr.: PLATONE, *Protagora*, 311 b-c; Id.; *Fedro*, 270 c.

<sup>15</sup> Cfr.: S. SPINSANTI (a cura di), *Documenti di deontologia ed etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1985, pp. 19-20.

<sup>16</sup> Il Giuramento di Ippocrate, ritenuto per molti secoli il documento di riferimento principale riguardo i principi etici richiesti nell'esercizio dell'arte medica, nel XIX secolo divenne oggetto di critica sia testuale che storica sulla sua origine, significato ed utilizzo (cfr.: E. LITTRE, *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, vol. IV, Paris 1840, pp. 628-632; I. L. HEIBERG, *Corpus medicorum graecorum*, vol. I, Teubner, Leipzig 1927).

suo impegno. Il medico ippocratico non era un sacerdote, come nelle vecchie culture dell'Egitto o della Mesopotamia, ma una persona che esercitava un ruolo tipicamente sacerdotale<sup>17</sup>.

## 2. La morale medica ad ispirazione teologica.

Il cristianesimo introdusse valori nuovi nel campo assistenziale sia con l'insegnamento che con la prassi.

Per quanto riguarda la dottrina, ricordiamo il concetto di "persona umana" ritenuta "unità di corpo, di psiche e di spirito" e, di conseguenza, la teoria della sacralità e dell' indisponibilità della vita.

Nella prassi assistenziale, il riferimento centrale fu il Vangelo nel quale Gesù Cristo consegnò ai suoi discepoli il comando di curare gli ammalati<sup>18</sup>, indicando la Sua presenza nel sofferente: "I'avete fatto a me"<sup>19</sup>, e proponendo come modello il Buon Samaritano<sup>20</sup>.

Questa visione, oltre che motivare la pratica assistenziale come atto mosso dalla carità, fece crescere nella Chiesa, di pari passo con il diffondersi dell'annuncio evangelico, l'opera di soccorso e di sollecitudine verso i sofferenti e le vittime delle molteplici povertà.

E nel tempo, l'impronta assistenziale-caritativa, fu la base valoriale del consolidamento organizzativo, che permise di rispondere in modo soddisfacente alle richieste dei vari "fragili". Perciò, i luoghi che prestavano cura ed assistenza, si estendevano sia nei centri minori che nelle località urbanizzate.

Il processo di sviluppo terapeutico ed assistenziale si protrarrà per diversi secoli, con fasi di crescita e di rallentamento, tra crisi e riforme, acquisendo alcuni pregi ma perdendone altri. Eminentissime figure di santi, contribuirono a far sì che il valore caritatevole s'integrasse con quello assistenziale, affinché chi curava gli infermi, affinasse i requisiti professionali salvaguardando però quelli umani e religiosi<sup>21/22</sup>.

---

<sup>17</sup>D. GRACIA GUILLEN, *Il giuramento di Ippocrate nello sviluppo della medicina*, Dolentium hominum 11 (1996) pg. 24.

<sup>18</sup> Cfr.: VANGELO DI LUCA. 9,2 e paralleli: VANGELO DI MATTEO 10,8; VANGELO DI MARCO 6,7.

<sup>19</sup> VANGELO DI MATTEO 25,40.

<sup>20</sup> Cfr.: VANGELO DI LUCA 10,30-37.

<sup>21</sup> Tra i molti *santi riformatori* dell'assistenza portiamo come esempio san Giovanni di Dio (1495-1550), il fondatore dell' Ordine Ospedaliero (di San Giovanni di Dio), che nel 1539 a Granada (Spagna) aprì il suo primo ospedale. Con questa struttura, Giovanni di Dio, non volle supplire ad un dovere dello Stato; a Granada esistevano altri ospedali ma poco funzionanti. In quella situazione creò un suo *modello ospedaliero* elogiato alcuni secoli dopo dall'antropologo e giurista ateo C. Lombroso (1835-1909). "Un fatto degno di attenzione è che, in quanto al trattamento per i malati, Giovanni di Dio fu un riformatore, poiché non mise che un solo malato per ciascun letto; egli fu il primo che pensò a dividere i malati in categorie, fu insomma il creatore dell'ospedale moderno, fu il primo a fondare il Workhouse aprendo nel suo ospizio una casa dove i poveri senza tetto ed i viaggiatori senza denari potessero dormire" (C. LOMBROSO, *San Giovanni di Dio. L'uomo del genio*, Torino 1888, pg. 307).

Accanto a lui, altri personaggi proclamati santi e beati dalla Chiesa, hanno plasmato la storia dell'assistenza: Francesca Romana (1384-1440), Gaetano da Thiene (1480-1547), Girolamo Emiliani (1486-1537), Filippo Neri (1515-1595), Camillo de Lellis (1550-1614), Vincenzo de' Paoli (1581-1660) e Luisa di Marillac (1591-1660), Carlo Steeb (1773- 1856) e Maria Vincenza Poloni (1802-1855), Giovanna Antida Thouret (1765-1826), Giuseppe Benedetto Cottolengo (1786-1842), Giulia di Barolo (1786-1864), Vincenza Gerosa (1784-1847) e Bartolomea Capitanio (1807-1853), Giovannina Franchi (1807-1872), Giuseppe Cafasso (1811-1860), Maria Crocifissa di Rosa (1813-1855), Maria Teresa Scherer (1825-1888), Gaetana Sterni (1827-1889), Luigi Guanella (1842-1915), Francesca Rubatto (1844-1904), Luigi Talamoni (1848-1926),

### 3. Il Rinascimento.

Con il Rinascimento (seconda metà del XIV secolo fino al XVI secolo), l'universo fu contemplato in "un'ottica meccanicista", abbandonando la prospettiva trascendente che aveva accompagnato la visione dell'uomo e del mondo fino al Medioevo.

La rivoluzione scientifica operata, tra gli altri, da N. Copernico, G. Galileo e I. Newton non mutò unicamente la concezione dell'universo ma anche quella del corpo umano. Questa nuova visione, in breve tempo, fu fatta propria anche dalla medicina e alcuni "fondamenti" secolari scomparvero. Un anno importante fu il 1543 quando N. Copernico pubblicò il "De Revolutionibus orbium caelestium" e A. Vesalio il "De humani corporis fabrica" che avviarono una rivoluzione in ambito medico; ormai il modello ippocratico-galeno era terminato. Nacque la "medicina scientifica" il cui tratto caratteristico era il metodo sperimentale.

Dal XVI secolo, le grandi rivoluzioni ed alcuni pensatori da J. Locke a E. Kant, da D. Hume a A. Smith proclamarono che ogni uomo è un *individuo autonomo e indipendente*. Ciò influenzò anche il campo medico introducendo il *modello contrattualistico*, e di conseguenza, il *principio di autonomia* del paziente. Il medico, in parte privato dell'identità originaria che gli imponeva l'obbligo del "prendersi cura" del malato nella sua totalità, rischiò di trasformarsi in un "tecnico di alto livello" al quale, come in qualsiasi settore, si richiedono prestazioni nel proprio campo di competenza<sup>23</sup>.

### 4. La riflessione sui diritti dell'uomo in Europa dopo la seconda guerra mondiale.

Dagli anni '50 del XX secolo si passò alla "medicina basata sull'evidenza"; protocolli standardizzati, avallati da studi scientifici, sostituirono opinioni ed esperienze personali. Ma accanto a notevoli progressi scientifici sorgono anche nuove patologie.

A seguito dei crimini commessi dal regime nazista, anche con la collaborazione di alcuni medici che ripudiarono il famoso *primum non nocere*, e furono accusati di "crimini contro l'umanità" come accertato nel "Processo di Norimberga", furono ratificate Dichiarazioni e Convenzioni che salvaguardassero i diritti dell'uomo e le sue fondamentali libertà.

Anche la classe medica approvò vari Documenti che difendevano la dignità del malato sia nel settore terapeutico che sperimentale. Ricordiamo tra gli altri il "Giuramento di Ginevra" (Associazione Medica Mondiale – 1948) e il "Codice internazionale di Etica medica" (Associazione Medica Mondiale – 1950)<sup>24</sup>.

Come conclusione di questa breve carrellata storica possiamo affermare che l'atto medico, nel suo complesso, è autentico quando *competenza*, *professionalità* ed *etica* sono sincrone, divenendo l'etica, "conoscenza applicata" a scopi umani.

---

Francesca Cabrini (1850-1917), Francesco Spinelli (1853-1913), Luigi Orione (1872-1940), Giovanni Calabria (1873-1954), Carlo Gnocchi (1902-1956) e molti altri.

<sup>22</sup> Per approfondire l'argomento: Cfr.: Capitolo 8 del "Manuale di Medicina Umanistica" presente in questo sito.

<sup>23</sup> Per approfondire l'argomento: Cfr.: Capitolo 7 del "Manuale di Medicina Umanistica" presente in questo sito.

<sup>24</sup> Rivisto nel 1968 e 1983.

Di conseguenza, “l’etica medica è specialmente interessata ai principi e alle decisioni morali nel contesto della ricerca e della pratica clinica. Le difficoltà morali connesse con la medicina sono così complesse e importanti da richiedere una particolare attenzione. L’etica medica fornisce ad esse questa attenzione, ma resta una parte della disciplina dell’etica”<sup>25</sup>.

### ETICA INFERMIERISTICA

La storia dell’etica infermieristica è più breve, anche se questa professione ha un’origine antichissima.

Solo alla fine dell’Ottocento, *F. Nightingale*, offrì all’infermiere una riconosciuta *dignità professionale*, costituendo scuole e proponendo modelli assistenziali che rapidamente si diffusero in Europa e in America.

Da allora, incominciò la storia dell’infermiere nell’accezione moderna del termine; una figura professionale che acquisì, progressivamente, un ruolo sempre maggiore nella cura e nell’assistenza, anche se, neppure oggi, soprattutto nella realtà italiana, l’infermiere professionale è accettato nella sua totale autonomia come invece è di prassi in varie Nazioni<sup>26</sup>.

L’etica infermieristica dovrebbe supportare l’infermiere nell’identificare e risolvere i dilemmi etici collegati alla cura dei singoli pazienti.

Un’interessante osservazione di C. Landolo evidenzia un altro aspetto spesso trascurato: “Come l’etica clinica per il medico, l’etica infermieristica entra in gioco anche nei rapporti professionali dell’infermiere con la caposala e con i colleghi e nei rapporti professionali con il medico. Si tratta insomma dell’etica dell’équipe sanitaria dell’ospedale che interessa tutti i membri che la compongono”<sup>27</sup>.

### 1.2.DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

Il vocabolo deontologia ha origine dal greco “*δέω*” cioè “dovere” e dal participio presente del verbo “*εἰμί*” cioè “essere” e possiamo tradurlo come “studio o teoria del dovere”.

La deontologia, è l’esposizione sistematica delle regole comportamentali e degli obblighi valoriali che l’individuo si assume nell’esercizio di una determinata professione nel contesto globale della società per raggiungere gli obiettivi della stessa, salvaguardando l’onestà e il prestigio sociale.

I codici sono elaborati dai componenti della categoria professionale, creano obbligazioni a livello professionale e legale, testimoniano l’accettazione della responsabilità e della fiducia accordata dalla società.

I Codici deontologici che si svilupparono dal 1800 prevedono diritti e doveri<sup>28</sup>,

---

<sup>25</sup> R. MUNSON (a cura di), *Intervention and reflection: Basic issues in Medical ethics*, Wadsworth, Belmont CA 1979, pg. 56.

<sup>26</sup> Per approfondire l’argomento: Cfr.: Capitolo 13, parte IV del “Manuale di Medicina Umanistica” presente in questo sito.

<sup>27</sup> *L’etica al letto del malato*, op.cit., pg. 51.

<sup>28</sup> Ad esempio, nel *Codice Deontologico dei Medici* e nel *Codice Deontologico dell’Infermiere Professionale*, troviamo i doveri generali e le indicazioni di come rapportarsi con il paziente, i colleghi, i terzi e gli enti pubblici e privati. In entrambi i Codici leggiamo che sia il medico che l’infermiere svolgono “un’attività a servizio della vita”, che “l’ammalato merita il massimo rispetto”, e di conseguenza nessuno può abusare dell’infermo con il potere del ruolo. Sono inoltre riportate varie coordinate etiche che

offrendo soluzioni pratiche con valore vincolante<sup>29</sup>.

Per quanto riguarda i medici, dal Giuramento di Ippocrate fino ai nostri giorni, i codici di deontologia hanno messo in rilievo alcuni principi fondamentali, ai quali devono riferirsi nell'esercizio della professione e nel rapporto con il paziente. S. Spinanti nota che la "deontologia corregge l'intrinseca asimmetria del rapporto medico-paziente, esplicitando le norme comportamentali cui i sanitari, in quanto professionisti, si impegnano ad attenersi"<sup>30</sup>.

Anche per l'infermiere, il Codice deontologico, è la base del gesto professionale e del rispetto della persona.

E' importante ricordare che "la preoccupazione della deontologia non è la qualità morale dell'azione, ma la sua 'correttezza', tenendo presente soprattutto il punto di vista del rapporto tra la professione e la società"<sup>31</sup>.

Di conseguenza, nel settore sanitario, "la prospettiva dei doveri deontologici è valida, ma va integrata con quella etica"<sup>32</sup>.

E' questo un invito presente anche nel "Documento di Erice"<sup>33</sup> (1991) che evidenziava come la deontologia medica ed infermieristica debbano considerare anche le "normemorali".

"Questa disciplina (la medicina) include tre ordini di norme:

- 1.le norme morali, oggetto dell'etica medica tradizionale, e oggi considerate all'interno della bioetica alla cui 'costruzione l'etica medica ha preparato il terreno';
- 2.le norme deontologiche propriamente dette, raccolte nei codici, e in tutta la tradizione orale e scritta della professione medica;
- 3.le norme giuridiche proprie di ciascun Paese".

Pur essendo un valido strumento, il Codice deontologico risulta spesso inadeguato, ad esempio, nella sanità contemporanea e nella ricerca in evoluzione, con possibilità sempre innovative di intervento.

### **1.3.LEGGE ED OBIEZIONE DI COSCIENZA**

*L'etica, con la legge naturale e le leggi civili, guida la vita sociale e personale in una determinata epoca.*

*L'etica, non s'identifica con nessuna legge, ma è presente in tutte come dimensione particolare di ciascuna, e i suoi principi, obbligano il legislatore a prenderne atto e ad agire di conseguenza.*

Partendo dalla prospettiva che la legge è a servizio dell'uomo e non viceversa, come purtroppo sembra avvenire negli ultimi tempi, l'etica s'impegna affinché le leggi civili siano giuste e riconoscano, promuovano e difendano i diritti

---

intersecano la professione sanitaria: segreto professionale, consenso del paziente, prestazioni d'urgenza, onorari...

<sup>29</sup> Ad esempio, l' *Accanimento diagnostico-terapeutico* è vietato: " Il medico, anche tenendo conto della volontà del paziente, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possono fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita" (*Codice di deontologia medica* – 29 maggio 2009, art. 16).

<sup>30</sup> S. SPINANTI, *Bioetica in sanità*, Carocci, Firenze 1995, pg. 31.

<sup>31</sup> S. SPINANTI, *Etica bio-medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1987, pg. 12.

<sup>32</sup> *Etica bio-medica*, op. cit., pg. 14.

<sup>33</sup> Il "Documento di Erice" fu presentato ad Erice (TP) nel febbraio 1991, nel Convegno Internazionale: *New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems*, sul tema del rapporto fra bioetica, deontologia medica e medicina legale.

fondamentali della persona.

Anche l'*aconfessionalità* o *laicità* che caratterizzano gli Stati moderni non possono significare *neutralità etica*, essendo i valori etici irrinunciabili in ogni società.

Ciò riguarda, in particolare, i momenti in cui si legifera sulle problematiche riguardanti la vita, definite "tematiche eticamente sensibili" e sui suoi valori primari, avendo l'impressione di camminare sulla lama di un rasoio.

La legge, soprattutto con lo strumento referendario, con la sua innegabile genericità e strumentalizzazione ideologica, è il metodo meno idoneo per gestire situazioni delicate che toccano l'essere e la coscienza della persona.

In molti Stati moderni, prevalentemente anglosassoni, è diffusa la concezione filosofico-politica definita "contrattualistica".

Il contrattualismo, che trovò in T. Hobbes<sup>34</sup>, J. Locke<sup>35</sup> e J.J. Rousseau<sup>36</sup> i maggiori esponenti, comprende quelle teorie politiche che definiscono la società "un contratto" tra governanti e cittadini, affermando, di conseguenza, che lo Stato si fonda sulla stipula di un accordo fra gli individui e non unicamente sulla natura sociale della persona. Il contrattualismo, ritiene "il bene morale" il risultato di un'intesa con la maggioranza dei membri della Comunità; di conseguenza, nessuna verità soggettiva può precedere e superare il consenso democratico o l'accordo di una maggioranza. Di conseguenza, anche la legge etica, la legge naturale e il diritto si devono adeguare!

In queste situazioni, i pareri, possono essere strumentalizzati favorendo il "più forte" prevalentemente nel settore bioetico, giungendo al soggettivismo della maggioranza.

Quando le leggi della comunità civile ledono l'ordine morale naturale, sono normative ingiuste che "non obbligano in coscienza" come affermato da san Tommaso: "*lex iniusta, nulla lex*"<sup>37</sup>.

Quando una legge è inconciliabile con le esigenze etiche, i diritti fondamentali della persona, il bene comune e le convinzioni religiose e morali del singolo, non obbliga in coscienza esorbitando queste dal potere dello Stato; quindi, è doveroso, porre in atto l'*obiezione di coscienza*.

E "chi ricorre all'obiezione di coscienza deve essere salvaguardato non solo da sanzioni penali, ma anche da qualsiasi danno sul piano legale, disciplinare, economico e professionale"<sup>38</sup>.

E' questo un diritto affermato anche nella "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo" dell'ONU all'articolo 3 e all'articolo 18 che afferma che "ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione".

Nel campo medico, tre sono attualmente i settori prevalentemente interessati all'obiezione di coscienza: la pratica dell'aborto<sup>39</sup>, la procreazione

---

<sup>34</sup> Cfr.: G. M. CHIODI, *Legge naturale e legge positiva nella filosofia politica di Tommaso Hobbes*, Giuffrè, Milano, 1970.

<sup>35</sup> Cfr.: J. DUNN, *Il pensiero politico di John Locke*, Il Mulino, Bologna 1992.

<sup>36</sup> Cfr.: M. FERRI, *Controllo sociale e negazione della libertà: un'attualizzazione del pensiero di Jean-Jacques Rousseau*, in *Il Dubbio* 2-3 (1987) 54-61.

<sup>37</sup> SAN TOMMASO, *Summa Teologica*, I-II, q.96, a.4.

<sup>38</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 74.

<sup>39</sup> Cfr.: Legge 194/78, che all'art.9 disciplina l'obiezione di coscienza. Il suddetto articolo afferma che il

medicalmente assistita<sup>40</sup> e la prescrizione e la vendita della cosiddetta “pillola del giorno dopo”, nota come *Norlevo* e dell’*ElleOne* “la pillola dei cinque giorni dopo”.

Per quanto riguarda il *Norlevo* e l’*ElleOne*, l’obiezione di coscienza ai ginecologi, ai medici di pronto soccorso e ai farmacisti è vietata, anche se il giudizio sul medicinale è alquanto divergente.

Per U. Veronesi, il ministro della sanità che autorizzò nel settembre 2000 la commercializzazione è un “contraccettivo d’emergenza”<sup>41</sup>, mentre per la Chiesa cattolica è un “farmaco abortivo”<sup>42</sup>.

Le due posizioni si comprendono unicamente riferendosi alla discussione sull’inizio della vita umana, cioè, quando si reputi che l’embrione è persona<sup>43</sup>.

Precedentemente abbiamo sottolineato “il diritto” degli operatori sanitari all’obiezione di coscienza nei confronti dell’aborto; ma purtroppo questo chiaro diritto a volte viene meno. Emblematica fu l’imposizione nel giugno 2014 da parte della Giunta Regionale del Lazio a tutti i medici “di certificare e partecipare al processo che porta all’aborto”. Decisione confermata inseguito dal Tar del Lazio nell’ottobre 2014. Da sottolineare che i dati presentati al Parlamento dal Ministero della Salute non evidenziavano un allarme sull’obiezione di coscienza in questa regione, dove gli operatori sanitari “non obiettori” coprivano adeguatamente le richieste di aborto. Dunque, “una brutta pagina per il diritto”.

## 2. Bioetica

### 2.1. DEFINIZIONE

La bioetica, disciplina fino a pochi decenni fa nota prevalentemente agli specialisti, oggi è presente nel dibattito pubblico, configurandosi come ambito che riguarda varie “questioni civili” - come le chiamò Agostino d’Ippona nel *De Rhetorica* -, cioè quelle questioni che “(...) ci si vergogna di non sapere”<sup>44</sup>.

Nella seconda metà del XX° secolo, lo sviluppo biomedico, incrementò progressivamente e rapidamente le tecniche diagnostiche e terapeutiche con nuove acquisizioni ed ampi successi. La “super specializzazione” arricchì il numero dei dati ma diminuì la capacità di sintesi, mentre le competenze etiche si atrofizzarono. Questa nuova condizione rese difficoltosa l’accostare il paziente come *soggetto* e non unicamente come *oggetto* di diagnosi e di cura.

Nel passato, i problemi di etica medica, si risolvevano seguendo poche regole; con il trascorrere del tempo si presentarono sempre più complessi, essendo

---

personale è esentato non solo dall’intervento chirurgico, ma anche da tutte le procedure di certificazione e autorizzazione che portano all’aborto, cioè gli adempimenti previsti dagli artt. 5 e 7.

<sup>40</sup> Cfr.: Legge 40/2004, art. 16.

<sup>41</sup> “Non svolge alcuna funzione abortiva nell’impedire l’impianto dell’ovulo fecondato o nel blocco dell’ovulazione” (*Comunicato stampa* 231 del 29 settembre 2000).

<sup>42</sup> “Il ritrovato chimico non è semplicemente un contraccettivo ma un abortivo, perché il contraccettivo rinvia alle tecniche che impediscono il concepimento, mentre l’abortivo a quelle che bloccano il prosieguo di una gravidanza già iniziata ed interrotta, con mezzi chimici, a poche ore dal concepimento” (PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Comunicato sulla cosiddetta Pillola del giorno dopo* del 31 ottobre 2000).

<sup>43</sup> Cfr.: G.M. COMOLLI, *Fratello uomo e sorella verità. Un itinerario semplice tra i problemi della bioetica*, Il Segno dei Gabrielli Editori, Negarine di S. Pietro in Cariano (Vr) 2005, pp. 49-54.

<sup>44</sup> SANT’AGOSTINO, *De Rhetorica*, IV, f. 14. c.5.

nuovi e svincolati da “precedenti” cui riferirsi, ed accompagnati, a volte, da drammatiche urgenze.

Scaturì, perciò, l'esigenza di un approfondimento sistematico.

I quesiti che investono la bioetica nella sua “accezione più ampia” riguardano: la procreazione medicalmente assistita, l'identificazione dell'inizio della vita e di conseguenza lo statuto dell'embrione, la clonazione umana, le diagnosi pre-impianto e pre-natali e l'aborto.

Fanno riferimento alla bioetica anche le sperimentazioni cliniche, il controllo dei disturbi psichiatrici e dell'handicap fisico-mentale oltre le malattie sessualmente trasmesse.

Rientrano in questa disciplina le discussioni di casi clinici complessi e tutte quelle attività che si prefiggono l'aumento del benessere psico-fisico mediante la farmacologia e la psicofarmacologia, la chirurgia estetica, la manipolazione genetica di animali e di piante. E le allettanti possibilità, sebbene per lo più futuristiche, di modificare la natura biologica umana mediante il cambio di sesso, l'impianto di circuiti cerebrali e l'applicazione delle nanotecnologie.

Non tralascia, la bioetica il “termine della vita”, cioè il trattamento palliativo dei morenti, l'accanimento terapeutico, il testamento biologico e l'eutanasia.

Infine, sempre la bioetica, si interessa delle attività che potrebbero migliorare le condizioni generali dell'umanità sofferente affetta dallo squilibrio socio-economico del nostro pianeta.

Il termine *bioetica* fu coniato negli ultimi cinquant'anni del ventesimo secolo, ed immediatamente fu accolto nel linguaggio medico-scientifico in quanto intersecava due realtà fondamentali della medicina e della cura: la βίος (vita) e l'ἦθος (carattere, comportamento, consuetudine).

Il neologismo, fu proposto nel 1970 in due saggi dall'oncologo statunitense *Van Rensselaer Potter*<sup>45</sup> (1911-2001), e l'anno seguente lo riprende affermando: “Il genere umano necessita urgentemente di una sapienza come guida per l'azione, di sapere come usare la conoscenza per il bene e il futuro della condizione umana: di una scienza della sopravvivenza, *la bioetica*, col requisito fondamentale di promuovere la qualità della vita”<sup>46</sup>.

Nel 1975, Potter, spiegò la scelta del termine *bioetica*: “Ho scelto *bio* per indicare il sapere biologico; e ho scelto *etica* per indicare il sapere circa i sistemi di valori umani”<sup>47</sup>.

Su questa base, l'oncologo statunitense, propose la bioetica come “la biologia combinata con le varie forme del sapere umanistico in modo da forgiare una scienza che stabilisca un sistema di priorità mediche ed ambientali per la sopravvivenza”<sup>48</sup>.

Potter, cogliendo nella spaccatura tra “sapere scientifico” e “sapere umanistico”

---

<sup>45</sup> Cfr.: V.R. POTTER, *Bioethics: The Science of Survival*, in *Perspectives in Biology and Medicine* 14 (1970) 120-153; Id, *Biocybernetics and survival*, in *Journal of Religion and Sciences* 5 (1970) 229-246.

<sup>46</sup> V.R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1971, tr. It *Bioetica, ponte verso il futuro*, Sicania, Messina 2000, pg. 26.

<sup>47</sup> V.R. POTTER, *Humility and Responsibility – A Bioethic for Oncologist: Presidential Address*, in *Cancer Research*, 35 (1975) 2299.

<sup>48</sup> V.R. POTTER, *Global Bioethics. Building on the Leopold Legacy*, Michigan State University Press, East Lansing 1988, pg. III.



interpretato come l'insieme dei valori etici, un rilevante pericolo *per la sopravvivenza dell'intero ecosistema*, anche a seguito delle affascinanti scoperte scientifiche, propose la bioetica come una "scienza globale" che non si limitasse al "campo medico" ma coinvolgesse tutti i settori riguardanti l'uomo, coniugando le "scienze della vita" con l' "etica della vita".

Per questo, l'oncologo statunitense affermò: "Sono giunto alla risoluzione che la biologia può fruttuosamente relazionarsi alle scienze umane e che entrambe sono necessarie a una qualitativa presenza nella storia"<sup>49</sup>.

"Epistologicamente", commentò W.T. Reich, "Potter vedeva il compito della bioetica come incaricata della ricerca di una saggezza, cioè della conoscenza che ci renda capaci di giudizi buoni nei confronti di ciò che potrebbe costruire un progetto fisico, culturale e filosofico verso una sopravvivenza umana di valore"<sup>50</sup>. Per Potter, la finalità della nuova disciplina era la sopravvivenza futura della specie: *science of survival*<sup>51</sup>.

W. Reich, spiegò anche i motivi che diedero origine alla bioetica: lo sdegno suscitato nella coscienza pubblica americana dalla violazione dei diritti umani in alcune ricerche scientifiche, la tendenza all'uso ideologico del sapere medico, le possibili conseguenze perverse dovute alla rapida tecnologizzazione della prassi clinica<sup>52</sup>.

Ma la visione universalistica di "bioetica globale", proposta da Potter, non ebbe seguito, e il termine si indirizzò verso il campo biomedico originando una riflessione morale sulle scienze della vita.

L'ostetrico olandese E. A. Hellegrers (1926-1979) del Kennedy Institute<sup>53</sup>, nel 1971 propose la bioetica come una branca dell'etica dedicata allo studio e alla ricerca nella biomedicina, considerandola un nuovo aspetto del dialogo socratico idoneo a far interloquire la medicina, la filosofia e l'etica ricercando verità condivise<sup>54</sup>.

Potter, recepì la bioetica in senso globale: "ponte tra biologia ed etica"; Hellegrers, la indirizzò al campo biomedico: "ponte tra medicina, filosofia ed etica".

*La definizione più famosa di bioetica* fu di W.T. Reich pubblicata nell'Encyclopedia of Bioethics.

La bioetica è "lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute esaminate alla luce dei valori e dei principi morali"<sup>55</sup>. Nella seconda edizione della stessa opera troviamo delle precisazioni: "è lo studio sistematico delle dimensioni morali - comprendente

---

<sup>49</sup> *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., pg. 25.

<sup>50</sup> W.T. REICH, *The word "bioethics": the struggle over its earliest meaning*, Kennedy Institute of Ethics Journal, vol 5, March 1995, pg. 32.

<sup>51</sup> Troviamo questa visione della bioetica sia nell'articolo *Bioethics: The Science of Survival*, op. cit., nel testo *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., capitolo primo.

<sup>52</sup> Cfr.: W. T. REICH, *La bioetica negli Stati Uniti*, in C. VIAFORA (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Gregoriana, Padova 1990, pp. 141-175.

<sup>53</sup> *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* di Washington, fondato nel 1971 da A.E. Hellegrers e P. Ramsey che nel 1978 diedero vita all'*Encyclopedia of Bioethics* un fondamentale testo di riferimento per la bioetica.

<sup>54</sup> Cfr.: R. WALTERS, *Bioethics as a field of ethics. In contemporary issues in Bioethics*, Wadsworth, Belmont 1974, pg. 49.

<sup>55</sup> W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, The Free Press, New York 1978, I, pg. XIX, Introduction.

visione morale, decisioni, condotta, politiche – delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare”<sup>56</sup>

Molti altri, diedero significati particolari al termine; riportiamo alcuni contributi significativi.

D. Callahan, direttore dell’ Istituto di Hastings (Usa), indicò la bioetica come la nuova disciplina: “incaricata di elaborare una metodologia capace di assistere medici e uomini di scienza nella scelta delle ‘buone decisioni’ da un punto di vista sociologico, psicologico e storico”<sup>57</sup>. Alcuni anni dopo offrì un significato più ampio: “la bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali - inclusa la visione morale, le decisioni, la condotta e le politiche - delle scienze, della vita e della salute, utilizzando varie metodologie etiche con un’ impostazione interdisciplinare”<sup>48</sup>.

A. Varga fece riferimento all’etica: “La bioetica studia la moralità della condotta umana nel campo delle scienze della vita. Essa include l’etica medica, ma supera d’altra parte i problemi classici della medicina, dal momento che essa riguarda anche l’insieme dei problemi etici posti dalle scienze biologiche, i quali non sono anzitutto di ordine medico”<sup>58</sup>.

Anche S. Leone pose l’accento sull’etica: “La bioetica è un settore dell’etica che studia i problemi inerenti alla tutela della vita fisica e in particolare le implicazioni etiche delle scienze biomediche”<sup>59</sup>.

Pure C. Viafora si richiamò all’etica definendo la bioetica: “L’etica applicata ai nuovi problemi che si sviluppano alle frontiere della vita”<sup>60</sup>.

Per O. Hoffe, “la bioetica si interessa delle questioni etiche della nascita, della vita e della morte in seguito agli sviluppi recenti e alle possibilità della ricerca e delle terapie biologiche e mediche. Essa studia, tra l’altro, le problematiche morali relative all’aborto, alla sterilizzazione, al controllo delle nascite, alla manipolazione genetica, all’eutanasia e alla sperimentazione umana”<sup>61</sup>.

G. Russo definì la bioetica come “la scienza sistematica dell’uomo etico che indaga gli ambiti della tecnogenesi del mondo biologico”<sup>62</sup>.

Per E. Sgreccia, “la bioetica è una disciplina con uno statuto epistemologico razionale, aperta alla teologia intesa come scienza sovrarazionale, istanza ultima e ‘orizzonte di senso’. La bioetica, a partire dalla descrizione del dato scientifico, biologico e medico, razionalmente esamina la liceità dell’intervento dell’uomo sull’uomo”<sup>63</sup>.

D. Tettamanzi, precisando che “l’aspetto etico riguarda l’uomo nella sua

---

<sup>56</sup> W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, MacMillan Library Reference Usa, New York 1995, I, pg. XXI, Introduction.

<sup>57</sup> *La bioetica negli Stati Uniti*, op. cit., pg. 153.

<sup>58</sup> A. C. VARGA, *The main issues in bioethics*, Paulist Press, Ramsey (NJ) 1984, pg. 71.

<sup>59</sup> *Dizionario di bioetica*, op. cit., pg. 96.

<sup>60</sup> *Vent’anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, op. cit., pg. 46.

<sup>61</sup> O. HOFFE, *Persino un popolo di diavoli ha bisogno dello Stato. Contributi filosofici per un’etica del diritto e dello Stato*, Giappichelli, Torino 1993, pg. 17.

<sup>62</sup> G. RUSSO (a cura di), *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni*, Armando editore, Roma 1995, pg. 8, nota 1.

<sup>63</sup> E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano 1987, pg 37.

totalità e radicalità (...) in tutti suoi valori e in tutte le sue esigenze”<sup>64</sup> definisce la specificità della bioetica.

In conclusione riportiamo la definizione di bioetica presente nella “Dichiarazione Universale di Bioetica e dei Diritti Umani” dell’UNESCO del 19 novembre 2005: “Il termine ‘bioetica’ si riferisce allo studio sistematico, pluralista e interdisciplinare e alla risoluzione delle questioni etiche sollevate dalla medicina, dalle scienze della vita e dalle scienze sociali ove applicate agli esseri umani e al loro rapporto con la biosfera, comprese le questioni relative alla disponibilità e accessibilità degli sviluppi scientifici e tecnologici e delle loro applicazioni” (art. 1 I) <sup>65</sup>.

Abbiamo constatato che definire il termine *bioetica* e le sue finalità è tutt’altro che semplice, poichè alcuni la considerano una scienza, altri una generale branca del sapere; per taluni è una disciplina autonoma, per certuni una diramazione dell’etica tradizionale.

Inoltre, qualcheduno, la ritiene superflua, convinto che l’etica medica possa fornire adeguate risposte ai problemi morali della pratica assistenziale.

Infine, per altri, la bioetica è influenzata da fattori religiosi, morali e culturali.

La bioetica è anche *un fenomeno culturale* che mostra il desiderio dell’uomo contemporaneo di riappropriarsi della prospettiva etica della vita. Sono un esempio la trattazione dei temi definiti *bioeticamente sensibili* (dalla RU 486...al Testamento biologico) che suscitano interesse e generano appassionati dibattiti<sup>66</sup>.

Ma, la difficoltà maggiore, come sottolineò il Comitato Nazionale per la Bioetica nel testo “Bioetica e formazione nel sistema sanitario”, ha origine dalla *“diversità dei modi di pensarla nel pluralismo culturale”*<sup>67</sup>.

“Per questa complessità dovuta allo stesso carattere multidisciplinare della riflessione in oggetto, risultano imprescindibili una consapevolezza epistemologica specifica e, con tale consapevolezza, un confronto sul piano epistemologico delle diverse posizioni culturali di fronte ai molteplici problemi che la bioetica pone”<sup>68</sup>.

Allora, è opportuno rifarci al fondatore del termine bioetica, che alla domanda: *“che cos’è la bioetica?”*, rispose: *“La bioetica è un’urgente e necessaria sapienza atta a fornire all’indagine le capacità di come utilizzare il pensiero per una più responsabile presenza dell’uomo nella promozione della*

---

<sup>64</sup> D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l’uomo*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 1990, 2° ed., pg. 30.

<sup>65</sup> UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 19 novembre 2005, <http://www.unesco.org/shs/ethics>.

<sup>66</sup> “Tutto questo - avverte M. Cascone - è sicuramente positivo, a patto però che l’attenzione crescente nei confronti della bioetica non porti la gente a trattare le delicatissime questioni sulla semplice scorta di un sentire emotivistico e pietistico, che non si avvale del rigore logico delle argomentazioni razionali e della costante ricerca della verità oggettiva, da porre a base delle singole decisioni (...). La bioetica non può fondarsi sull’emotivismo, che facilmente fa presa sulla cosiddetta ‘pubblica opinione’, ma non prende in seria considerazione gli elementi valoriali e le responsabilità morali che incombono su ogni applicazione tecnica delle nuove scoperte scientifiche” (M. CASCONI, *Diakonia della vita. Manuale di bioetica*, Università della Santa Croce, Roma 2004, pg. 28).

<sup>67</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma 7 settembre 1991, n. 21.

<sup>68</sup> *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., n. 23.

qualità della sua vita”<sup>69</sup>.

Di fronte alle molteplici definizioni riportate, proponiamo come riferimento per questo manuale, quella dell’ *Encyclopedia of Bioethics* nella seconda edizione, già riportata in precedenza ritenendola una valida sintesi di elementi, spesso comuni. “*La bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali - comprendenti la visione morale, le decisioni, la condotta, le politiche - delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare*”<sup>70/71</sup>. Ricordando che la bioetica è sorta affinché la medicina non dimentichi mai le sue radici ippocratiche.

## 2.2.AMBITI DI INTERVENTO

Una fonte che evidenzia gli ambiti d’intervento della bioetica è il *Documento di Erice* che dopo aver distinto la bioetica dalla deontologia medica e dalla medicina legale, le riconosce la competenza in quattro ambiti:

- “1. Problemi etici delle professioni sanitarie.
2. Problemi etici emergenti nell’ambito delle ricerche sull’uomo.
3. Problemi sociali connessi alle politiche sanitarie, alla medicina occupazionale e alle politiche di pianificazione familiare e di controllo.
4. Problemi relativi all’intervento sulla vita degli altri esseri viventi (piante, micro-organismi ed animali) e in generale su ciò che si riferisce all’equilibrio dell’ecosistema”<sup>72</sup>.

La bioetica, come già affermato per l’etica, non può essere solo descrittiva ma deve porsi anche “normativa”.

Ciò “suppone che si accetti l’esistenza di valori oggettivi, universali ed immutabili,

---

<sup>69</sup> *Bioethics: The Science of Survival*, op. cit., pg. 129.

<sup>70</sup> *Encyclopedia of Bioethics*, op. cit.

<sup>71</sup> Si riporta il commento alla definizione di M. Cascone.

“La bioetica è ‘*uno studio sistematico*’ cioè organico, logico, rigoroso e ben strutturato. Uno studio che ha come oggetto ‘*le dimensioni morali*’ di tutto ciò che riguarda *le scienze della vita*. L’accezione *scienze della vita* è infatti volutamente ampia e riguarda non solo la vita dell’uomo, ma anche quella degli animali, delle piante e dell’intero ecosistema. Così come ampio è il significato dell’espressione *cura della salute* che si riferisce certamente in primo luogo alla salute dell’uomo, ma anche al benessere generale di tutti gli esseri viventi, in un contesto olistico che intende la salute stessa non semplicemente in senso fisico ma globale. La prospettiva ampia di questa definizione si evince anche dalla sottolineatura dei molteplici aspetti sotto i quali vanno considerati le scienze della vita e la cura della salute. L’ *Encyclopedia* parla anche di ‘*visione morale, condotta, decisione, politiche*’: sono tutte dimensioni importanti che la bioetica deve abbracciare con una metodologia necessariamente *interdisciplinare*, cercando di fornire gli elementi necessari sia per le decisioni da prendere nella vita personale e familiare, sia per quelle da assumere nell’ambito sociale, da tradurre poi anche in normative giuridiche da parte degli Stati.

Infine, la definizione che stiamo esaminando, mette in luce che tutto ciò viene fatto *attraverso una varietà di metodologie etiche*, riconoscendo che esistono diverse concezioni etiche e differenti sistemi morali, su cui l’*Encyclopedia* non prende posizione.

L’oggetto della bioetica è così ben delineato. Pur sottolineando le relazioni della bioetica con la classica etica medica, la definizione fa capire che l’oggetto della nuova disciplina è assai più ampio. Essa abbraccia i temi della cura della salute dell’uomo e di tutti gli esseri viventi sotto *una dimensione morale* intesa sia come indicazione della direzione da seguire, sia come decisione da assumere sulla base di precisi giudizi valoriali. La dimensione morale, inoltre, è correttamente intesa nel senso di una deliberazione personale che ha una ricaduta in ambito sociale e politico, non potendosi accettare una distinzione netta fra cosiddetta ‘etica privata’ ed ‘etica pubblica’, ma dovendosi invece sottolineare la rilevanza in ambito sociale delle decisioni personali e la indubbia relazione esistente fra società e persona” (*Diakonia della vita*, op. cit., pp. 38-39).

<sup>72</sup> Per la versione integrale del testo del Documento di Erice, cfr.: *Medicina e morale* 4 (1991) 561-564.

di valori cioè fondanti sulla realtà come tale (...), e pertanto estesi nello spazio o nel tempo esattamente come è estesa la realtà come tale”<sup>73</sup>.

La bioetica, si suddivide in generale, speciale, clinica o decisionale.

#### **GENERALE.**

Si occupa dei principi fondanti, dei valori e delle fonti documentarie (Diritto internazionale, legislazione, deontologia...).

#### **SPECIALE.**

Analizza le questioni più problematiche dell’umano: dall’ingegneria genetica all’aborto, dall’eutanasia alle sperimentazioni cliniche..., cioè le tematiche che costituiscono le colonne portanti della bioetica sistematica, da risolversi mediante il confronto con i fondamenti e i modelli che il sistema etico assume come basilari e giustificativi del giudizio etico.

#### **CLINICA O DECISIONALE.**

Esamina il caso clinico concreto, i valori in gioco e i comportamenti da assumere per salvaguardarli.

### **2.3.IL METODO**

Nella discussione dei casi clinici, è essenziale l’applicazione di una chiara procedura metodologica per comprendere la situazione ed identificare gli aspetti etici, confrontando i fatti con i valori di riferimento. Inoltre, una prassi ben definita, rappresenta la base esplicita per la discussione proficua tra discipline e opinioni diverse.

Sono stati proposti vari schemi di riferimento; ne esponiamo due.

#### ***Il protocollo di Bochum***<sup>74</sup> **per l’etica nella pratica medica.**

1. *Identificazione dei dati medico-scientifici* mediante un adeguato esame degli elementi relativi alla diagnosi, alla prognosi e al futuro del paziente.

La conoscenza di questi elementi permetterà di rispondere all’interrogativo: “in base al referto medico-scientifico, qual è il trattamento ottimale per questo paziente?”

2. *Identificazione dei dati medico-etici* ponendo attenzione alla salute e al benessere del paziente, alla sua autodecisione e alla responsabilità del medico per rispondere al quesito: “sulla base del referto medico-etico qual è il trattamento ottimale per questo paziente?”.

3. *Decisione del trattamento* verificando i valori in gioco, sia in riferimento al referto medico-scientifico che a quello medico-etico.

Alcune domande per facilitare la scelta:

-quali principi scientifici ed etici sono coinvolti nel caso clinico?

-quali opzioni sono possibili in presenza di conflitto tra referto medico-scientifico e medico-etico?

-quali scelte sono più appropriate in relazione ai valori del paziente?

4. *Valutazione etica di casi particolari: questioni supplementari.*

Nel “protocollo di Bochum” si evidenziano anche le problematiche riguardanti i

---

<sup>73</sup> *Bioetica. Nuove frontiere per l’uomo*, op.cit., pg. 31.

<sup>74</sup> Il Protocollo fu redatto dal “Gruppo di lavoro interdisciplinare” del Centro di Etica Medica dell’Università di Bochum in Germania.

pazienti lungodegenti e alcuni casi di ampia rilevanza sociale sia a livello di ricerca terapeutica che non terapeutica<sup>75</sup>.

### **Una metodologia in cinque punti.**

1. *Esaminare* con attenzione la situazione clinica per appurare elementi eticamente rilevanti.
2. *Valutare* i principi etici coinvolti.
3. *Identificare* le azioni alternative evidenziando i benefici e i danni per il paziente.
4. *Scegliere* il piano di azione.
5. *Esaminare* i risultati.

Commenteremo i cinque punti mediante l'esame di due casi clinici.

#### **1° CASO CLINICO**

Un medico diagnostica una *siero-positività all'HIV* e il malato lo supplica di non comunicarla al coniuge/partner.

Quale atteggiamento deve assumere il medico: rispettare il segreto professionale o comunicare la patologia al coniuge poiché potrebbe subire un danno, forse irreparabile?

#### **2° CASO CLINICO<sup>76</sup>**

*Una donna di 80 anni*, con violenti dolori addominali, fu ricoverata in ospedale. Terminata la visita, il primario chirurgo chiese alla caposala di preparare la paziente per l'intervento essendoci un'occlusione intestinale. L'anziana malata, mentalmente lucida, rifiutò l'intervento!

La caposala avvertì il chirurgo che perseverò nella sua decisione di sottoporre all'intervento la donna.

La caposala interpellò il marito della paziente ed apprese che il motivo reale del rifiuto era la "paura dell'anestesia" poiché una sorella della moglie era morta recentemente nel corso di un intervento chirurgico.

La caposala ottenne dalla paziente il consenso all' esame elettrocardiografico, e il cardiologo rassicurò l'anziana delle discrete condizioni del suo cuore.

La paziente accettò di sottoporsi all'intervento.

*1. Esaminare con attenzione la situazione clinica per appurare elementi eticamente rilevanti.*

I due casi richiamano alcuni principi etici che esamineremo di seguito.

*2. Valutare i principi etici coinvolti.*

E' questo l'approfondimento del *significato antropologico* del caso clinico; i principi etici vanno analizzati in relazione all'integrità ed alla dignità della persona umana.

Principi etici riguardanti il *primo caso clinico*.

- *Il principio di fedeltà (e il segreto professionale)* che proibisce al medico di comunicare a terzi le condizioni psico-fisiche del paziente senza il suo consenso.

---

<sup>75</sup> Testo del Protocollo: cfr.: *Dizionario di bioetica*, op. cit., pp. 780-782.

<sup>76</sup> Il caso è preso dal testo: *L'etica al letto del malato*, op. cit., pp. 58-64.

- *Il principio di autonomia* essendo il soggetto responsabile del proprio futuro; comunicare la sieropositività potrebbe danneggiarlo. Ma, contemporaneamente, il medico non può assumere un comportamento che non condivide.

- *Il principio di beneficenza*: il malato perdendo la fiducia nel suo medico potrebbe in futuro ritrovarsi solo ed abbandonato.

- *Il principio di socialità* che impone di tutelare “un innocente” da un eventuale rischio di contagio.

Principi etici riguardanti il *secondo caso clinico*.

- *Il principio di autonomia* che offre all'anziana paziente, mentalmente lucida, la libertà di accettare o di rifiutare l'intervento chirurgico.

- *Il principio di beneficenza* che impone al chirurgo e alla caposala di agire per il “massimo bene della paziente”. L'intervento chirurgico, urgente, era l'unica possibilità per salvarle la vita.

### 3. *Identificare le azioni alternative evidenziando benefici e danni per il paziente.*

Nel *primo caso clinico* la problematica etica riguardava l'*informazione*.

Il medico doveva informare il coniuge, provocando ipotetici danni al paziente, oppure accogliere le richieste del malato, mettendo a rischio la salute della donna?

Due le possibili soluzioni: la comunicazione fatta direttamente dal malato convinto dal medico, oppure l'intervento diretto del sanitario.

P. Cattorini, ad esempio, sostiene la possibilità di informare la partner a determinate condizioni.

“1. Limitazione della rivelazione alla persona del coniuge convivente, ove il medico può avere una ragionevole certezza che l'infecto stia praticando o possa praticare comportamenti rischiosi per un altro soggetto inconsapevole.

2. Preliminare espletamento di ogni tentativo di convincere il coniuge ammalato a rivelare lui stesso l'informazione, ricordandogli le sue responsabilità anche giuridiche ma soprattutto etiche, in caso di contagio, oppure autorizzare il medico a rivelare l'informazione.

3. Seria ponderazione dei valori in gioco da parte del medico onde evitare un uso imprudente delle informazioni ricevute, sottolineando l'eccezionalità della rivelazione.

4. Adozione di vie informative graduali, procedendo con tempestività e buon senso, ricercando la strategia di volta in volta più idonea.

5. Adozione di misure di comunicazione le più discrete possibili, comunicando solo quanto è strettamente necessario.

6. Impegno del sanitario a fornire un aiuto-assistenza anche sul piano psicologico alla persona che ha informato. Saranno, infatti, necessarie modificazioni comportamentarie che il medico deve saper consigliare, seguire nel tempo e sostenere”<sup>77</sup>.

Per quanto riguarda il *secondo caso clinico*, il primario e la caposala, potevano scegliere in base a tre opzioni:

---

<sup>77</sup>P. CATTORINI, *Diagnosi di AIDS e dovere di segretezza. Riflessioni etiche*, in AA. VV., *AIDS e segretezza professionale*, Quaderno del Centro Internazionale Studi e Ricerche sui problemi etici, giuridici e medico-legali relativi all'AIDS, Liviana, Padova 1989, pg. 69.

- accettare l'autonomia della paziente che chiedeva di essere dimessa;
- ignorare la volontà della malata procedendo all'intervento;
- indagare i motivi del rifiuto della paziente modificando eventuali sue opinioni errate.

#### 4. Scegliere il piano di azione.

Per quanto riguarda *il primo caso clinico*, pur non sapendo come si è concluso, riteniamo che il medico, di fronte al rifiuto del paziente di informare della sua patologia il coniuge, sia intervenuto con la dovuta cautela comunicando alla donna la patologia del partner.

Per quanto riguarda *il secondo caso clinico*, la caposala indagando sul motivo del rifiuto, e servendosi del parere del cardiologo, convinse la paziente all'intervento essendo il rischio operatorio minimo.

#### 5. Esaminare i risultati.

Risolto un caso clinico, è opportuna la valutazione dell'azione condotta, prevedendo strategie migliorative da utilizzare in futuro di fronte allo stesso dilemma etico.

Quello proposto, è uno schema operativo che offre delle indicazioni per evitare decisioni errate o dannose poiché un'azione può prevedere più sbocchi.

I casi clinici esaminati hanno una valenza unicamente metodologica entrando in gioco, in ogni situazione, varie possibilità ed importanti variabili.

E' dunque, impossibile, stilare un "prontuario operativo" da consultare ed utilizzare nelle varie circostanze; è importante, invece, sapere "perché" e "come" comportarsi in una determinata situazione.

## 2.4. MODELLI DI RIFERIMENTO DEL CONTESTO SOCIETARIO

Negli ultimi decenni abbiamo assistito alla crisi delle evidenze etiche comuni, vale a dire al venir meno dei principi e dei valori che avevano caratterizzato alcune epoche.

Oggi, nel contesto societario plurale, sono presenti alcuni *modelli etici* che si differenziano nel valutare il *valore, la dignità e il significato della vita umana*. Quattro sono i modelli principali.

### 2.4.1. MODELLO SOGGETTIVISTA O LIBERALISTA

La visione soggettivista, riferimento di varie correnti filosofiche tra cui il liberalismo etico di K. Popper, P.R. Nozick e R. Dworkin, l'emotivismo morale di A.J. Ayer e K. Stevenson<sup>78</sup>, l'esistenzialismo nichilista di J.P. Sartre e il libertarismo di H. Marcuse, *esaspera il principio di autonomia* esaltando *la libertà individuale* intesa come valore unico e assoluto, svincolata dalla legge naturale e da ogni normativa etico-morale considerate oppressive e repressive.

Il modello propone legittimo *ciò che è liberamente accettato, voluto e*

---

<sup>78</sup> L'emotivismo morale che ha le sue radici nel pensiero di *D. Hume* ritiene che le norme morali derivano dalle emozioni soggettive.



*compiuto!*

Illuminante è il pensiero di Sartre: “Per la realtà umana essere vuol dire scegliersi: niente viene dal di fuori, né tanto meno dal di dentro, che essa possa ricevere o accettare. La realtà umana non può ricevere i suoi fini né dal di fuori né da pretesa natura interna. Essa li sceglie e basta; e con questa conferisce loro un’esistenza trascendente”<sup>79</sup>. Dunque, per Sartre, l’uomo esercita una libertà che si concretizza unicamente nel suo atto di scelta senza nessun retroterra metafisico. Ma la decantazione della libertà individuale, staccata dal fondamento metafisico, o si autodistrugge o si trasforma in strumento di lotta in cui potrebbe prevalere “la legge del più forte” come insegnava anche F. Nietzsche che riteneva l’io soggettivo unicamente “una favola, una finzione, un gioco di parole”<sup>80</sup>.

Dunque, il modello soggettivista, che sostanzialmente consiste in uno spontaneismo etico e morale, concepisce *la libertà come totale affermazione di sé*, ed esalta il diritto dell’uomo a non essere ostacolato nelle proprie azioni e nella realizzazione dei propri desideri, separando la libertà dal suo costitutivo legame con *la verità* e con *la responsabilità*.

Ma *la libertà privata della responsabilità* è dimezzata, distruttrice di se stessa e disgregatrice della convivenza sociale poichè, esaltando i diritti soggettivi, dimentica i doveri dell’ *io personale* verso il *tu comunitario*.

Alle varie carenze di questa visione, si aggiunge anche l’assenza dei *doveri nei confronti della società*, ritenuti anch’essi un limite alla libertà personale.

In un testo di T. De Quincey, che narra gli ultimi giorni della vita di I. Kant, si legge che il vecchio filosofo ricevette il suo medico accompagnato da un’altra persona. Questi vorrebbero che il traballante Immanuel si sedesse, ma lui rimase in piedi finché non si furono accomodati i suoi ospiti. Interrogato sul suo comportamento, Kant rispose: “Dio non voglia che io cada così in basso da dimenticare i doveri verso l’umanità”<sup>81</sup>.

Rammentava il filosofo J. F. Malherbe, riferendosi all’esercizio della libertà come autonomia, che “il paradosso dell’autonomia è che l’autonomia non è niente, se non è reciproca. In altre parole, non c’è autonomia possibile al di fuori di un contratto sociale che ne garantisca l’esercizio. Da solo, infatti, non potrei garantirti nessun diritto”<sup>82</sup>.

Il problema centrale, dunque, non è l’affermazione o la negazione della libertà, quanto il *bene etico* che orienta la libertà nei confronti della dimensione umana globale. Non si nota, ad esempio, che il *diritto* al rispetto della vita precede quello della libertà, non potendo dimenticare che per “essere liberi” è indispensabile “essere vivi”; dunque, *la vita, precede la libertà!*

Per questo, l’autentica libertà, è imprescindibilmente accompagnata dalla *verità* nei riguardi del valore della vita umana e dalla *responsabilità* verso se stessi e gli altri.

Questo modello ideologico riduttivo che solleva vari interrogativi nella

---

<sup>79</sup> J. P. SARTRE, *L’essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano 1975, pg. 535.

<sup>80</sup> F. NIETZSCHE, *Crepuscolo degli idoli*, Mondadori, Milano 1975, pg. 72.

<sup>81</sup> T. DE QUINCEY, *Gli ultimi giorni di Immanuel Kant*, Adelphi, Milano 1983, pg. 69.

<sup>82</sup> J. F. MALHERBE, *I Comitati di etica in ospedale: un luogo di sviluppo dell’autonomia*, in AA VV, *I Comitati di etica in ospedale*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1988, pg. 44.

pratica clinica, oggi risulta assai affascinante e talora anche prevalente. Applicato alla bioetica, può significare che quando la vita fragile o bisognosa di cura, turba i propri equilibri, la soppressione è stimata legittima ed anche “una scelta di libertà”.

#### 2.4.2. MODELLO SOCIOLOGICO-UTILITARISTA

Il modello, che trova le sue radici nel *principio di utilità* proposto da J. Bentham, e sostenuto da H. Kuhse, J. Rachels, J. S. Mill, M. Tooley e P. Singer, fa equivalere il bene all'utile, giudicando l'azione esclusivamente sulla base delle conseguenze prodotte. Bentham, riferendosi agli “stati mentali”, aggiunge inoltre che le conseguenze generate da un'azione devono coincidere con il piacere: “la virtù è ciò che massimizza i piaceri e minimizza i dolori”<sup>83</sup>.

Quindi, la persona, sembra caratterizzata, non dall'esercizio della razionalità ma dalla ricerca del piacere e dal soddisfacimento dei propri desideri e interessi.

Il modello, rispetto al precedente, compie il passaggio *dall'individualismo al soggettivismo della maggioranza*.

Usa come criterio valoriale e di giudizio la cultura di un popolo o di un'epoca, determinando il valore della singola azione prevalentemente sulla base del rapporto costo-beneficio, oppure dal vantaggio derivante al maggior numero di individui. Ciò, potrebbe comportare anche il sacrificio “del bene del singolo” a favore di quello della collettività.

Da questo modello, sorge ad esempio, il concetto di “qualità della vita” dal quale i Paesi Anglosassoni hanno elaborato “l'Analisi Costi/Benefici” (ACB) e la “Quality-Adjusted Life Years” (QALY) per assegnare le risorse in ambito sanitario e definire gli interventi diagnostici e terapeutici da attuarsi e coloro che hanno diritto.

Immediatamente, si avverte la *pericolosità sociale* del sistema, influenzabile dal potere economico e dalle pressioni dei mass-media, come pure “il rischio” per il futuro del sofferente se il rapporto costi-benefici fosse l'elemento di valutazione nel settore socio-assistenziale o costituisse la base del concetto di “qualità della vita”. Molti, potrebbero essere privati di assistenza e quindi avviati alla morte, essendo ritenuti “troppo onerosi” per la società.

Le esperienze dell'anziano non autosufficiente, del demente, del malato terminale o in stato vegetativo permanente sarebbero considerate “inaccettabili” per i costi sociali e perché il soggetto è incapace di “soddisfare il piacere”.

Quale risposta al principio machiavellico del “fine che giustifica i mezzi”, il modello trova terreno favorevole nelle culture di relativismo morale, di utilitarismo e di edonismo, rinnegando totalmente il significato e il valore della sofferenza. E' il prevalere delle sensazioni rispetto alla ragione.

L'utilitarismo, può manifestarsi a volte anche nella ricerca bio-medica, mascherato dalla nozione di “beneficio sociale”. Ad esempio, L. Eisenberg, affermava che “promuovere l'eccellenza della ricerca medica è nel pubblico interesse”<sup>84</sup>, e fin qui siamo tutti d'accordo. E' il seguito che lascia perplessi: “il guadagno in termini di sicurezza pubblica derivante dalla pratica sperimentale supererebbe di gran lunga qualsiasi possibile guadagno derivante da un più

---

<sup>83</sup> J. BENTHAM, *Deontologia e scienza della moralità*, pubblicato postumo nel 1834.

<sup>84</sup> L. EISENBERG, *The social imperatives of medical research*, Science 198 (1977) 516.

restrittivo approccio alla ricerca medica”<sup>85</sup>.

In altri termini, “i danni” arrecati alla società dal “rallentamento della ricerca” causati anche dalla verifica degli aspetti etici e di sicurezza per i partecipanti, ad esempio dai Comitati etici, sono molto maggiori dei possibili inconvenienti ai soggetti coinvolti negli studi clinici. In questa prospettiva, ogni sperimentazione sull’uomo, è giustificata dai benefici che potrebbe garantire alla società di oggi e di domani.

La *Dichiarazione di Helsinki* non è di questo parere: “nella ricerca sull’uomo, l’interesse della scienza e della società non devono mai avere la priorità sulle considerazioni relative al benessere del soggetto”<sup>86</sup>. Sollecitate da questa visione, varie industrie farmaceutiche stanno trasferendo parte dell’attività sperimentale nei Paesi dell’Est Europa o del Terzo Mondo, dove i parametri di sicurezza e di tutela del paziente sono meno restrittivi che nei Paesi Europei e del nord America.

### 2.4.3. MODELLO SCIENTISTA-TECNOLOGICO

Derivante dalla teoria evuzionista di C. Darwin, dal sociologismo di M. Weber e dal sociobiologismo di H.J. Heisenk e E.O. Wilson, lo scientismo è il modello societario della “manipolabilità dell’uomo” mediante l’ equazione tra *possibilità tecnica e liceità morale*. All’interrogativo: “*Ciò che è tecnicamente attuabile è anche moralmente lecito?*”, il modello risponde affermativamente, essendo quella scientifica l’unica verità verificabile e dimostrabile empiricamente mentre l’etica, come pure il diritto, sono unicamente espressioni culturali modificabili nelle varie epoche<sup>87</sup>.

Partendo dal presupposto che tutto è in divenire, lo scientismo definisce positivo e buono ciò che è “tecnicamente fattibile”; perciò, di fronte all’evoluzione scientifica, biologica e sociologica, i valori si devono adeguare senza porre limite alla ricerca e alla scienza.

In questo modello *si sostituisce la verità con l’attualità*, sostenendo che la normativa è determinata dalla *cultura relativa e mutevole, non essendoci principi etici e morali assoluti e valevoli per sempre*. Ciò che è buono e vero in un periodo storico, può non esserlo in un’ altro!

Le radici filosofiche dello scientismo le rintracciamo sia nel *positivismo* che nel *neo-positivismo* che valutano irrilevanti le affermazioni di carattere metafisico; quindi anche la nozione metafisica di “essere” va abbandonata, lasciando spazio alla semplice attualità. Inoltre, vari elementi della *teoria del modernismo*, ritengono le posizioni etiche del passato superate e prive di significato.

Lo scientismo, limitando il significato della morale e dell’ etica a fattori puramente emotivi spesso tradotti col “pietismo”, si sottrae alle fondamentali questioni metafisiche e metaetiche scordando che la nascita e la morte, il dolore e la sofferenza, sono eventi che accompagnano l’uomo di tutti i tempi nelle sue

---

<sup>85</sup> *The social imperatives of medical research*, op. cit., pp. 516-517.

<sup>86</sup> ASSOCIAZIONE MEDICA MONDIALE, *Raccomandazione a guida dei medici nella ricerca clinica*, IV° revisione (Somerset West 1996), art III,4.

<sup>87</sup> Ad esempio, il biologo francese *J.L. Monod*, premio Nobel per la Medicina nel 1965, affermava che l’unica conoscenza vera ed oggettiva è quella scientifica; di conseguenza ha il diritto di ignorare i cosiddetti valori morali (Cfr.: *J.L. MONOD, Per un’ etica della conoscenza*, Bollati Boringhieri, Torino 1990).

stagioni evolutive.

Comprendiamo la pericolosità dell'impostazione constatando l' enfasi delle società attuali nei riguardi della salute e delle immense possibilità prodotte dalle scoperte scientifiche e dalle loro applicazioni sulla vita, riconoscendo, inoltre, le difficoltà nel superare le tentazioni d'intervenire nel "gioco del caso", imponendo regole non sempre dettate dalle migliori intenzioni, dove il coinvolgimento degli esseri umani è ritenuto semplicemente un "passo necessario".

Non possiamo scordarci che accanto a scienziati guidati nella ricerca dai valori e dall'interesse per il bene comune, ne troviamo altri, anche accreditati, che realizzano il loro desiderio d'onnipotenza sulle angosce, sulle sofferenze e sulle speranze di molti malati.

Il *primato della conoscenza e l'imperativo del progresso*, e di conseguenza, l'applicazione del sapere scientifico e tecnologico, sono le colonne portanti di questo modello che si esprime in un contesto di *value free*.

Come conclusione è interessante questa considerazione del cardinale D. Tettamanzi: "Mai come in questi anni la tensione tra etica e scienza/tecnica si è data tanto acuta, poiché mai nei secoli passati la scienza e la tecnica hanno visto crescere la loro capacità e ampliarvi i loro confini nella misura presente. Il conflitto, tuttavia, nasce da un errato modo di concepire il rapporto tra l'etica e la scienza come se fossero estrinseche l'una all'altra, al punto che lo scienziato vede nel moralista una sorta di nemico che vorrebbe tenere in soggezione la sua attività e limitarne la libertà di ricerca o di sperimentazione o di applicazione. Il rapporto è intrinseco, nel senso che la dimensione etica è interna alla scienza e alla tecnica, al punto che è proprio la dimensione etica a preservare l'una e l'altra dalla loro stessa corruzione"<sup>88</sup>.

#### 2.4.4. MODELLO PERSONALISTA

La "centralità dell'uomo" *come valore assoluto, e di conseguenza, "l'approccio integrale" alla persona* sono le basi della corrente di pensiero denominata *personalismo*.

Tutti i filosofi personalisti concordano che *l'uomo* è il *centro del creato* e il *soggetto primario dell'universo*, ma le visioni si diversificano approfondendo il concetto.

Tre i filoni principali:

- il *Personalismo Relazionale-Comunicativo* di M. Buber, J. Habermas e A. Levinas evidenzia il valore della soggettività e della relazione intersoggettiva, oltre che l'apertura dell'io al mondo delle relazioni.
- il *Personalismo Ermeneutico* di H.G. Gadamer e P. Ricoeur sottolinea l'importante ruolo della coscienza soggettiva nella interpretazione della realtà.
- il *Personalismo Ontologico* di E. Mounier, di J. Maritain e A. Rosmini che pone l'accento sulla "centralità della vita umana", si richiama al finalismo ontologico di Aristotele e di san Tommaso. Secondo V. Possenti, il personalismo ontologico,

---

<sup>88</sup> D. TETTAMANZI, *L'intrinseca dimensione etica della scienza e della tecnica*, AA. VV., *Etica e società contemporanea*, Atti del III Congresso Internazionale della S.I.T.A. (Società Internazionale Tommaso d'Aquino), a cura di), Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1992, Tomo I, pg. 231.

“mirando a conquistare il punto di vista più plenario sulla persona, include almeno virtualmente il positivo delle altre forme di personalismo”<sup>89</sup>.

“Il personalismo - scrive Mounier - è uno sforzo integrale per comprendere e per superare la crisi dell'uomo nella sua totalità”<sup>90</sup>. “Uomo”, inteso come “una tensione fra le sue tre dimensioni: quella che sale dal basso e l'incarna in un corpo; quella che è diretta verso l'alto e la solleva ad un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso una comunione. Vocazione, incarnazione, comunione sono le tre dimensioni della persona”<sup>91</sup>. Quello di Mounier è anche un *personalismo comunitario*; nel suo pensiero la persona non è un'entità giuridica da difendere nei confronti della collettività, ma un soggetto impegnato fin dalla nascita in una comunità.

Per questo, sottolineava l'apertura dell'uomo alla trascendenza, partendo dal suo legame essenziale con l'universo.

E' interessante notare che Mounier, non solo era un uomo “di pensiero”, ma concretizzava nella quotidianità quello che affermava. Tra i molti episodi della sua vita, ricordiamo che alle cene organizzate per i colleghi, i più accreditati filosofi e accademici di Francia, metteva a capo tavola la figlia Françoise affetta da meningite.

Il concetto di personalismo fu approfondito pure da Maritain in *Umanesimo integrale*: “Serve uno Stato nel quale il profano e il temporale abbiano pienamente il loro compito e la loro dignità di fine e di agente prioritario, ma non di fine ultimo e di agente principale”<sup>92</sup>.

Ed ampliando il discorso, Maritain, ammoniva: “Di fatto, l'uso dei mezzi tecnici non può essere realmente vantaggioso, né quello delle scienze pratiche ben diretto, senza il possesso di lumi generali sulla natura e sull'uomo. La medicina, l'igiene pubblica, la psichiatria, sono estrinseche – il diritto, la sociologia, le scienze economiche e politiche, la pedagogia, sono intrinsecamente – subordinate alla morale e al diritto naturale, e la verità stessa di ogni conoscenza che concerne la condotta umana implica un retto giudizio sui fini della vita umana, vale a dire una vera conoscenza della filosofia morale e politica che, a sua volta, presuppone la metafisica”<sup>93</sup>.

In altre parole, per Maritain, era fondamentale che i valori morali, etici e religiosi reggessero lo Stato e i principali settori societari. Assenti questi, i deboli e i fragili, rischiano, come avviene anche oggi in alcune situazioni, di essere oggetto di sopruso o di violenza. Maritain, con questa affermazione, ci interroga su una problematica attuale: *il reale rispetto dei diritti umani*, in particolare quelli riguardanti la vita umana, fondanti per ogni civiltà.

E' un'affermazione “provocatoria”, avendo l'impressione che oggi sono scomparsi non unicamente i valori religiosi, omessi dalla Carta Costituzionale dell'Unione Europea, ma anche gli aspetti irrinunciabili della legge morale naturale e dell'etica.

---

<sup>89</sup> <http://www.portaledibioetica.it/documenti/000576/000576.htm>

<sup>90</sup> E. MOUNIER, *Il Rinascimento*, Esprit 1 (1932) 12.

<sup>91</sup> E. MOUNIER, *Le personnalisme*, Presses Universitaires de France, Paris 1950, pg. 53.

<sup>92</sup> J. MARITAIN, *Umanesimo integrale*, Borla, Torino 2002, pg. 40.

<sup>93</sup> J. MARITAIN, *L'educazione al bivio*, La Scuola, Brescia 1963, pg. 114.

Ad esempio, nelle discussioni sulla “vita non nata” o quella giunta “al termine”, si è eclissato *l'imperativo categorico* di E. Kant, che obbligava il trattamento dell'essere umano sempre come “fine” e mai come “mezzo”<sup>94</sup>.

E così, tra i molti, *H.T. Engelhardt* può affermare che “non tutti gli esseri umani sono persone. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non persone umane. Tali entità sono unicamente membri della specie umana. Non hanno status, in sé e per sé, nella comunità morale. Non sono partecipanti primari all'impresa morale. Solo le persone umane hanno questo status”<sup>95</sup>.

Per il modello personalista ontologico *la dignità* è il fattore costitutivo della persona, perciò un valore da rispettare pienamente in tutte le fasi dell'esistenza; dal concepimento alla morte naturale.

*La dignità umana è il valore universale e il legame che unisce tutti gli esseri umani.* Tommaso d'Aquino sosteneva che la persona umana rappresenta “l'essere più perfetto della natura”<sup>96</sup>; perciò, ledendola, si infligge una ferita alla società nelle sue radici e nel suo vertice.

La società ha origine dall'uomo ed è al suo servizio; di conseguenza, *la difesa del valore primario e inalienabile dell'individuo è il presupposto di ogni autentico progresso.*

*E' il bene della persona* nella sua unitotalità che costituisce, per questo modello, il criterio di giudizio, di decisione e di azione.

Alfredo Anzani indica come concretizzare il modello:

“L'uomo come persona è il criterio fondamentale di eticità.

1. *Dire che l'uomo è persona* significa esplicitare la realtà più profonda e più caratteristica che lo contraddistingue, quella che sta alla sua radice e che gli conferisce la propria originalità.

2. *Dire che l'uomo è persona* significa riconoscere che l'uomo va considerato nella sua ‘totalità unificata’ configurandolo come essere inscindibilmente corporeo-psichico- spirituale.

3. *Dire che l'uomo è persona* significa riconoscere l'uomo come realtà sociale. L'uomo- persona è un essere in dialogo e in comunione con i suoi simili: è un ‘io’ aperto al ‘tu’ e quindi ordinato al ‘noi’.

4. *Dire che l'uomo è persona* significa considerare l'uomo come realtà giuridica. Ogni uomo ha diritti insopprimibili, derivanti non da un riconoscimento di un'autorità esterna ma innati all'uomo stesso ed universali, propri d'ogni uomo, senza emarginazione alcuna.

5. *Dire che l'uomo è persona* significa accettare l'uomo come realtà etica e realtà religiosa”<sup>97</sup>.

Dunque, il personalismo ontologico, riconosce nell'uomo come ricordava S.

---

<sup>94</sup> Cfr. E. CASSIRER, *Kants Leben und Lehre*, 1921, Trad. it. di G. A. De Toni, *Vita e dottrina di Kant*, La Nuova Italia, Firenze 1977.

<sup>95</sup> H.T. ENGELHARDT, *The foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986, tr. It. *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991, pg. 126.

<sup>96</sup> *Summa Theologiae*, op. cit., I, q.29, a, 3g.

<sup>97</sup> A. ANZANI, “*Il compito formativo dei Comitati etici e la formazione dei suoi componenti*”, Intervento al “1° Corso interdisciplinare di aggiornamento per i membri dei Comitati etici” organizzato dall'Associazione Società Umanizzata di Milano, Sesto san Giovanni (Mi) 3 giugno 2009.

Boezio, una “*rationalis naturae individua substantia*”<sup>98</sup>, che esige massima attenzione e grande rispetto.

## 2.5.LA FORMAZIONE IN BIOETICA

Già nel 1991, il Comitato Nazionale per la Bioetica, evidenziava la “crescente richiesta di informazione-formazione in tema di etica pubblica, data anche l’urgenza dei problemi etici connessi con l’applicazione sempre più vasta di nuove tecniche nell’ambito sanitario, cui corrispondono le esigenze di un’effettiva comprensione dei problemi umani legati alle malattie e alla sofferenza”<sup>99</sup>.

E’ questo un tema rilevante per la sanità e la società che non possiamo ignorare, anche se risulta complesso sia a livello “di fatto” che di “principio”.

A livello “di fatto” essendo la bioetica una disciplina giovane.

A livello di “principio” per l’attuale pluralità di visioni etico-antropologiche che faticano a determinare riferimenti condivisi.

Quattro sono i target a cui dovrebbe rivolgersi la formazione bioetica: operatori sanitari ed amministrativi, società civile, sperimentatori e ricercatori, componenti dei Comitati Etici.

- Per quanto riguarda gli *operatori sanitari ed amministrativi* la formazione bioetica comporta la promozione di dibattiti, di seminari e di corsi di aggiornamento sulle tematiche assistenziali, dell’umanizzazione e della bioetica stessa con la finalità di *maturare “la coscienza etica” in chi opera in sanità*, supplendo le lacune della formazione universitaria e post-universitaria che riserva spazio inadeguato alle discipline etico-umanistiche. Ed affermando, “chi opera in sanità”, sottolineiamo che l’attenzione formativa va rivolta a medici ed infermieri, ma anche agli operatori sanitari ausiliari e a chi svolge mansioni organizzative ed amministrative, come ricordato dal “Parere” del Comitato Nazionale per la Bioetica. “Il problema della formazione nel sistema sanitario non può essere ridotta alla pur rilevatissima e preminente dimensione della formazione del personale sanitario”<sup>100</sup>. Unicamente un’adeguata formazione nelle discipline umanistiche, è il presupposto e la garanzia per un corretto esercizio professionale e la base indispensabile al successivo approfondimento scientifico e culturale di temi specifici.

Quali metodologie per la formazione in bioetica?

Il citato “Parere” del Comitato Nazionale per la Bioetica ed insigni studiosi indicano tre passaggi: il *sapere* (piano teorico-cognitivo), il *saper fare* e il *saper essere* (piano pratico-applicativo). Ciò significa che l’etica e la bioetica, e più in generale le cosiddette Scienze umane, richiedono nell’insegnamento di oltrepassare la semplice trasmissione di nozioni teoriche per educare alla solidarietà verso i malati e alla responsabilità etico-sociale nell’azione terapeutica. L’educazione etica propone valori e principi da interiorizzare, creando nei discenti l’esigenza di porsi l’interrogativo: “come mi devo comportare?”<sup>101</sup> “che cosa attende da me il malato?”.

---

<sup>98</sup> L. M. BAIXAULI, *Boezio. La ragione teologica*, Jaca Book, Milano 1997, pg. 52.

<sup>99</sup> *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op.cit., pg. 3.

<sup>100</sup> *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., pg. 10.

<sup>101</sup> “Il carattere applicativo tipico della bioetica esige che si vada al di là di un’astratta presentazione manualistica di teorie etiche e se ne mostri invece la rilevanza attuale in ordine alla soluzione di problemi specifici” (*Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., pg. 23).

E' questa la proposta di alcune visioni culturali; l' "etica della cura"<sup>102</sup> e l' "etica delle virtù"<sup>103</sup> che oltrepassano l'apprendimento per giungere ad un adesione personale e comportamentale.

Importante è anche "il metodo". Sono indispensabili ma insufficienti le lezioni teoriche; tempo e spazio devono essere riservati pure alla discussione dei casi clinici, ai lavori di gruppo e alle simulazioni.

E' essenziale, infine, "la scelta dei docenti" che dovranno possedere abilità non unicamente teoriche e comunicative ma pure la capacità di saper trasmettere, mediante il loro stile di vita, il nesso di coerenza fra principi, valori e pratica clinica quotidiana.

-Il secondo target è la società civile che va raggiunta con eventi di formazione ed informazione, rivolti ai *cittadini*, attorno all'educazione alla cultura della vita e della salute per promuovere prevalentemente comportamenti volti alla prevenzione.

Ad esempio, nel 2001, il Comitato Nazionale per la Bioetica, mostrò la possibilità di svolgere nel territorio anche la formazione all' "interculturalità bioetica": "affinchè prendano forme diverse le interazioni tra il personale, gli immigrati e i cittadini. (...) Attraverso l'argomentazione e il confronto razionale, potranno essere affrontati e avviati a soluzione emergenze, dubbi, dispute e disagi"<sup>104</sup>.

-Anche *scienziati* e *sperimentatori*, dovrebbero mostrare particolare attenzione alla formazione bioetica. Sono opportuni, quindi, eventi formativi specifici con la finalità di fornire conoscenze riguardo al percorso sperimentale, evidenziando compiti e responsabilità.

- Il quarto target della formazione riguarda l'aggiornamento dei *componenti dei Comitati Etici*<sup>105</sup>.

Per operare con competenza e professionalità ai membri di questo organismo necessitano conoscenze che oltrepassino la propria disciplina specifica, spaziando sui fondamenti etici e bioetici. Non tutti posseggono un' adeguata competenza etica, nonostante ognuno abbia una propria visione etica particolare nei riguardi della vita e della cura. La formazione fa cogliere le dimensioni etiche delle varie proposte sperimentali e configura un linguaggio comune che favorisce il confronto e un giudizio unanime.

La letteratura sull'argomento è pressochè inesistente, ma è interessante notare che nelle "*WHO Operational Guidelines*", la disponibilità ad aderire alla specifica formazione iniziale e a successivi aggiornamenti, è richiesta come condizione per essere nominato componente di un Comitato etico<sup>106/107</sup>.

---

<sup>102</sup> Cfr.: A.L. CARSE, *The "voice of care": implications for bioethical education*, The Journal of Medicine and Philosophy 16 (1991) 5-28; W.T. REICH, *Il nuovo paradigma bioetico basato sull'esperienza*, in *Vent'anni di bioetica*, op.cit., pp. 169-190.

<sup>103</sup> Cfr.: T.D. EISELE, *Must virtue be taught?*, Journal of Legal Education 37 (1989) 495-508; E. PELLEGRINO – D. THOMASMA, *Per il bene del paziente*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1992; E.E. SHELPS, *Virtue and medicine*, Reidel, Boston 1985.

<sup>104</sup> Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica interculturale*, Roma 2001, pg. 18.

<sup>105</sup> L'argomento della sperimentazione e dei Comitati Etici sarà trattato nel capitolo 16 di questo Manuale.

<sup>106</sup> Cfr.: EUROPEAN FORUM FOR GOOD CLINICAL PRACTICE, *Guidelines and Recommendations for European Ethics Committees*, Revised edition 1997, 4.7.

<sup>107</sup> Si rimanda per l'approfondimento dell'argomento formazione a: P. CATTORINI, *Insegnare bioetica*, Kos 53 (1990) 50-53; F. D'AGOSTINO, *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Giappichelli, Torino 1996; L.B. MCCULLOUGH – A. R. JONSEN (a cura di), *Bioethics education: diversity and critique*, Journal of Medicine and Philosophy (fascicolo monografico) 16/1 (1991) 1-130; V. MELE – L. PALAZZANI,



## 3. Altre definizioni

### 3.1. LA LEGGE MORALE NATURALE

Diverse e molteplici sono le leggi che si riferiscono alla vita dell'uomo; tra queste troviamo "la legge morale naturale" che indica le modalità per agire in conformità alla natura di uomo e di unità che porta in sé tutta la ricchezza dinamica delle sue componenti. San Tommaso d'Aquino l'ha così definita: "Participatio legis aeternae in razionali creatura"<sup>108</sup>.

Afferma il "Catechismo della Chiesa Cattolica": "La legge naturale esprime il senso morale originale che permette all'uomo di discernere, per mezzo della ragione, quello che sono il bene e il male, la verità e la menzogna"<sup>109</sup>. Perciò, "questa legge è chiamata naturale non in rapporto alla natura degli esseri irrazionali, ma perché la ragione che la promulga è propria della natura umana"<sup>110</sup>. Ricordava san Giovanni Paolo II nell'enciclica "Veritatis splendor" che la legge morale naturale è "inscritta" nel cuore di ogni persona, è fondata sulla bontà umana e proibisce "atti intrinsecamente malvagi"<sup>111</sup>. Affermava G. Maritain che è una sorte di spartiacque "tra ciò che è conforme e ciò che non è conforme ai fini dell'essenza umana"<sup>112</sup>. Di conseguenza, in quanto iscritta nella natura razionale della persona, si impone ad ogni uomo, è universale nei suoi precetti, la sua "autorità" si estende a tutti<sup>113</sup> costituendo anche "il fondamento necessario alla legge civile"<sup>114</sup>.

Tutto ciò fu riassunto da Papa Benedetto XVI il 5 ottobre 2007 nel discorso ai componenti della "Commissione Teologica Internazionale", affermando che "con questa dottrina si raggiungono due finalità essenziali: da una parte, si comprende che il contenuto etico della fede cristiana non costituisce un'imposizione dettata dall'esterno alla coscienza dell'uomo, ma una norma che ha il suo fondamento nella stessa natura umana; dall'altra, partendo dalla legge naturale di per sé accessibile ad ogni creatura razionale, si pone con essa la base per entrare in dialogo con tutti gli uomini di buona volontà e, più in generale, con la società civile e secolare"<sup>115</sup>.

La legge morale naturale ha due caratteristiche: la teonomia e l'autonomia.  
- La *teonomia* che evidenzia come l'uomo non è l'ideatore di questa legge ma la scopre iscritta nel suo cuore nel momento della nascita e l'autore è Dio: "Nell'intimo della coscienza l'uomo scopre una legge che non è lui a darsi, ma alla quale invece deve obbedire e la cui voce, lo chiama sempre ad amare, a fare il bene e a fuggire il male e, quando occorre, chiaramente dice alle

---

*Metodologia didattica in bioetica. Riflessioni e proposte in margine al documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, Medicina e Morale 3 (1992) 447-468; W.T. REICH, voce "Bioethics education" in Enciclopedia of Bioethics, op. cit., pp. 256-265; E. SGRECCIA, Problemi dell'insegnamento della bioetica, Giornale Italiano per la Formazione Permanente del Medico 2 (1987) 104-117.*

<sup>108</sup> TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q.91, a.2.

<sup>109</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1954.

<sup>110</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1955

<sup>111</sup> Cfr.: GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, n. 81.

<sup>112</sup> G. MARITAIN, *Nove lezioni sulla legge naturale*, Jaka Book, Milano 1985, pg. 46.

<sup>113</sup> Cfr.: *Veritatis spendor*, op. cit., n. 53.

<sup>114</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1959.

<sup>115</sup> BENEDETTO XVI, *Discorso ai Componenti della Commissione Teologica Internazionale*, 5 ottobre 2007.

orecchie del cuore: fa' questo, fuggi quest'altro. L'uomo ha in realtà una legge scritta da Dio dentro il suo cuore"<sup>116</sup>.

- L'*autonomia*, cioè il doversi proporre all'uomo che ha come caratteristica "la libertà" non assoluta ma intimamente congiunta alle regole della propria umanità. Dunque, la legge morale naturale, non è un'obbligazione coercitiva della libertà. Nel contesto cristiano, queste due caratteristiche, non possono prescindere da Dio e dalla concezione di uomo aperto all'Assoluto che trova nel suo Creatore il termine ultimo di riferimento.

La legge morale naturale, secondo san Giovanni Paolo II, è anche una "vocazione dell'uomo". Concetto espresso nell'Enciclica "Veritatis splendor", quando il Papa, riferendosi al numero 33 della Costituzione Pastorale "Gaudium et spes" del Concilio Vaticano II, afferma che da un lato la ragione umana ha un ruolo attivo nel "rinvenimento e nell'applicazione della legge morale poichè la vita morale esige la creatività e l'ingegnosità proprie della persona, sorgente e causa dei suoi atti deliberati"<sup>117</sup>, e dall'altro la ragione trae la sua verità e la sua autorità "dalla legge eterna, che non è altro che la sapienza divina"<sup>118</sup>.

Più semplicemente *possiamo definire la legge morale naturale come il discernimento tra il bene e il male, e quell'inclinazione a operare rettamente ripudiando il negativo presente nella natura dell'uomo; tutto ciò è partecipazione dell'uomo alla legge eterna di Dio*. Di più: "La legge naturale, è in primo luogo la capacità dell'uomo di riflettere sul proprio fine, sulla propria vocazione, sul significato della propria esistenza, e così stabilire quei criteri valutativi e quelle considerazioni di fatto, in base ai quali scoprire la norma per la situazione concreta"<sup>119</sup>.

La legge morale naturale si interseca anche con quelle civili che obbligano la persona a determinate azioni ed atteggiamenti in quanto membro della società nei confronti della quale detiene, nello stesso tempo, diritti e doveri. "Ma proprio a motivo dell'influsso di fattori di ordine culturale e ideologico – ricordava Benedetto XVI - la società civile e secolare oggi si trova in una situazione di smarrimento e di confusione: si è perduta l'evidenza originaria dei fondamenti dell'essere umano e del suo agire etico, e la dottrina della legge morale naturale si scontra con altre concezioni che ne sono la diretta negazione. Tutto ciò ha enormi e gravi conseguenze nell'ordine civile e sociale. Presso non pochi pensatori sembra oggi dominare una concezione positivista del diritto. Secondo costoro, l'umanità, o la società, o di fatto la maggioranza dei cittadini, diventa la fonte ultima della legge civile. Il problema che si pone non è quindi la ricerca del bene, ma quella del potere, o piuttosto dell'equilibrio dei poteri. Alla radice di questa tendenza vi è il relativismo etico, in cui alcuni vedono addirittura una delle condizioni principali della democrazia, perché il relativismo garantirebbe la tolleranza e il rispetto reciproco delle persone. Ma se fosse così, la maggioranza di un momento, diventerebbe l'ultima fonte del diritto. La storia dimostra con grande chiarezza che le maggioranze possono sbagliare.

---

<sup>116</sup> CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, n. 16.

<sup>117</sup> *Veritatis splendor*, op. cit. n. 40.

<sup>118</sup> *Veritatis splendor*, op. cit. n. 40.

<sup>119</sup> E. CHIAVACCI, *Teologia morale I. Morale Generale*, Cittadella, Assisi 1983, pg. 164.

La vera razionalità non è garantita dal consenso di un gran numero, ma solo dalla trasparenza della ragione umana alla Ragione creatrice e dall'ascolto comune di questa Fonte della nostra razionalità<sup>120</sup>.

Quindi, ricorda Benedetto XVI, oggi, molti a motivo della crisi della metafisica e della assolutizzazione del soggetto rifiutano la possibilità di fondare sulla "natura umana" regole universalmente valide o criteri etici e morali, ritenendo che unicamente la persona può determinare i comportamenti nei confronti della natura, e di conseguenza anche la possibilità di manipolazioni illimitate. E le conseguenze di queste posizioni, soprattutto nei riguardi della vita, sono note: dall'aborto all'eutanasia, all'uso puramente edonistico della sessualità.

La nostra disamina si complica dovendo riferirsi a molteplici visuali storiche e numerosi aspetti della vita della persona.

Per sinteticità ci limitiamo a sottolineare che la legge morale naturale evidenzia i diritti dell'uomo nell'ordine personale e sociale, mentre la legge civile ne garantisce l'attuazione. Di conseguenza, ogni persona, ha diritto al totale rispetto della sua unitotalità somatica-psichica e spirituale, della sua affettività familiare, parentale e amicale, della sua capacità lavorativa e creativa, della sua vecchiaia e delle sue disposizioni ultime, quando è morente. "La legge naturale diventa così la vera garanzia offerta ad ognuno per vivere libero e rispettato nella sua dignità, e difeso da ogni manipolazione ideologica e da ogni arbitrio e sopruso del più forte"<sup>121</sup>.

Ma tutto ciò che riguarda la legge morale naturale, spesso, è poco onorato dalle leggi civili, in primo luogo nelle argomentazioni bioetiche.

Strettamente congiunto alla legge morale naturale è il "dovere" e il "bene comune"; infatti il dovere morale e la volontà sono le fondamentali caratteristiche che rendono un atto umano.

Il "dovere" unisce la tensione tra ciò che sono e ciò che dovrei essere, mentre la "volontà" è il collante di questa; ricordava il poeta Ovidio: "Video meliora proboque deteriora tamen sequor".

All'essenza della legge appartiene anche "la promulgatio", poichè una lex sconosciuta non è obbligatoria e vincolante. Dunque, l'uomo, apprende la "lex naturale" dalla ragione e la "lex civile" dalla sua promulgazione.

### **3.2. BIOTECNOLOGIE**

Sulle biotecnologie, ogni giorno, ci poniamo alcuni interrogativi: a cosa servono? Sono dannose per l'uomo e per l'animale? Cosa sono gli OGM (Organismo Geneticamente Modificato)? Come sono coltivati? Contribuiranno a sconfiggere la fame nel mondo?

Queste domande mostrano che le biotecnologie riguardano vari settori: dalla società alla salute, dall'ambiente all'economia, suscitando un ampio dibattito tra favorevoli e contrari.

La biotecnologia *"consiste nell'utilizzo di cellule o di enzimi di origine microbica, animale o vegetale, per ottenere la sintesi, la degradazione o la*

---

<sup>120</sup> BENEDETTO XVI, *op. cit.*

<sup>121</sup> BENEDETTO XVI, *op. cit.*

*trasformazione di materie prime*<sup>122</sup>.

Dunque, le biotecnologie, sono le tecnologie che si avvalgono di organismi viventi, o parti di essi, per produrre beni o servizi per l'uomo. Esistono da sempre, ma solo negli ultimi decenni sono particolarmente visibili poiché posseggono la capacità di manipolare direttamente il patrimonio genetico.

Due tipologie: le tradizionali e le avanzate.

Le "tradizionali", rimandano alle tecniche utilizzate nell'antichità nell'elaborazione di bevande e di cibi fermentati, cioè gli alimenti con organismi fermentatori. Ad esempio, i Sumeri e i Babilonesi, realizzavano già nel 4000 a.C. il vino, la birra ed alcuni distillati, e gli Egizi lievitavano il pane nel 2000 a. C. Anche nel campo agricolo, le popolazioni antiche, selezionavano i semi delle piante o le specie di animali domestici più idonei alle loro esigenze.

Le "avanzate", sono quelle che applicando la biologia molecolare e le scoperte dell'ingegneria genetica basate sulle tecniche del Dna ricombinante e della fusione cellulare, selezionano nuovi organismi o producono prodotti inediti.

Prototipi di queste furono L. Pasteur (1822-1895) che identificò il vaccino per la rabbia e rivelò al mondo scientifico che le malattie sono causate da microrganismi a loro volta trasmissibili. A. Fleming (1881-1964) che a seguito dell'invenzione della Penicillina, inaugurò l'epoca degli antibiotici. F. Griffith (1879-1941) che nel 1928 da un esperimento, intuì che i batteri trasferivano informazioni genetiche mediante il processo di trasformazione. Tralasciando vari passaggi storico-scientifici giungiamo all'ingegneria genetica, a I. Wilmut, che clonò la pecora Dolly e a J. Watson il responsabile del "Progetto Genoma Umano".

L'ampia diffusione dei processi biotecnologici originarono anche complessi quesiti etici.

Le biotecnologie coinvolgono prevalentemente i seguenti settori.

- "La medicina" nell'ambito degli anticorpi, delle cellule staminali, della terapia genetica e dei vaccini, oltre gli xenotrapianti tra maiale, scimmia e uomo.
- "Gli animali trasgenici" nei quali è immesso nel loro patrimonio genetico un "gene esogeno", ossia il gene di una specie biologica differente (transgene).
- "L' ambiente" per lo smaltimento dei rifiuti, la depurazione delle acque contaminate e la disinfestazione da parassiti.
- "L' agricoltura" progettando piante, frutti e verdure con una capacità di produzione superiore rispetto alle tradizionali e l'idoneità di adeguarsi alle condizioni ambientali sfavorevoli. Ad esempio, nella coltivazione delle fragole, si immette un gene di pesce artico rendendole idonee al freddo oppure, nella barbabietole, si è aumentato il dolcificante e ridotto il potere calorico.

Da quanto affermato, notiamo che l'argomento ci riguarda da vicino, infatti i cibi che consumiamo, dai biscotti alle patatine fritte, dai gelati confezionati alle pizze surgelate, racchiuderanno sempre di più organismi geneticamente modificati.

Da tempo, è in corso un ampio dibattito tra i favorevoli ai prodotti OGM ritenuti cibi affidabili, anzi maggiormente nutrienti, e i contrari che temono per la salute, reputando questi alimenti in parte tossici e responsabili di allergie e della diminuzione delle difese immunitarie. Alcune perplessità, consigliarono alcuni

---

<sup>122</sup> J.E. SMITH, *Biotecnologie*, Zanichelli, Bologna 1998, pg. 2.

Paesi, ad adottare restrizioni sulle coltivazioni e all'obbligo dell' etichettatura come garanzia di trasparenza.

Il potere sull'uomo e sulla natura, che il genio di illustri scrittori sognavano e paventavano; ad esempio, A. Huxley (1894-1963) nel romanzo "Il mondo nuovo" (1932), oggi è realtà!

Le biotecnologie permettono di selezionare "tra le varianti" quella più idonea, oppure di inventarla; ad esempio: batteri "che mangiano" il petrolio fuoriuscito dalle navi o piante "che distruggono" gli insetti.

Il settore biotecnologico, presenta quesiti etici riguardanti l'azione sui processi vitali a livello di strutture e di meccanismi biologici fondamentali, responsabili dell'equilibrio biologico ed ecologico del pianeta; cioè "gli ecosistemi", come pure è problematica la scarsa conoscenza delle conseguenze dell'immissione di prodotti sconosciuti nell'ambiente.

Terrorizza, inoltre, l'eventuale manipolazione della vita dell'uomo nella sua identità più recondita, quella genetico-germinale, con l'obiettivo finale della "clonazione umana", determinando modificazioni genetiche per le generazioni future.

Di fronte ai rischi ipotizzati, l'unica legittimazione etica alla ricerca biotecnologica potrà essere accordata evidenziando la sua destinazione a servizio del progresso umano e sociale.

Ciò annienterà ogni atteggiamento prometeico e la tentazione dell' atteggiarsi da "*eritis sicut Dei*" ("Dio sa che quando voi ne mangiaste, si aprirebbero i vostri occhi e diventereste come Dio, conoscendo il bene e il male"<sup>123</sup>).

### 3.3.BIOPOLITICA

Il vocabolo "biopolitica" ha origine dalla lingua greca ed è composto dall'unione di due parole ( $\beta\acute{\iota}\omicron\sigma$  = vita e  $\pi\omicron\lambda\iota\sigma$  = città).

Il termine fu coniato dallo storico francese G. Bataille (1897-1962), uno dei fondatori del "Collège de Sociologie" di Parigi, ma solo negli anni '70 del ventesimo secolo fu valorizzato dal filosofo francese M. Foucault nel corso di un seminario che tenne nel 1976 al "Collège de France" di Parigi.

Foucault, così definì la biopolitica: "termine con il quale intendevo fare riferimento al modo con cui si è cercato, dal XVIII secolo, di razionalizzare i problemi posti alla pratica governamentale dai fenomeni specifici di un insieme di esseri viventi costituiti in popolazione: salute, igiene, natalità, longevità, razze..."<sup>124</sup>.

Osservando il suo periodo storico, il filosofo individuò nella "biopolitica" il nucleo dell'esercizio sistematico del potere nella società, da applicare sulla vita umana, e da esprimersi sugli individui e sulla specie, sulle attività del corpo e sui processi esistenziali.

Dunque, la biopolitica, è una dimensione del governo che condiziona un popolo negli aspetti societari e personali, compresa la vita e la salute, partendo dal presupposto che alcuni problemi bioetici investono anche la competenza politica e l'interesse generale della società.

---

<sup>123</sup> LIBRO DELLA GENESI, 3,35.

<sup>124</sup> M. FOUCAULT, *Nascita della biopolitica*, Feltrinelli, Milano 2005, pg. 261.

La biopolitica, impone che l'autorità amministri e controlli il corpo nella nascita, nel corso dell'esistenza e nel momento della morte. E' l'irruzione dello Stato nelle sfere personali e private del cittadino!

Sempre maggiormente, nei confronti della vita, non solo ci si avvale di questo vocabolo ma lo si concretizza in molteplici situazioni; dall'interruzione volontaria della gravidanza alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, dalla selezione eugenetica alla genomica, dal pluralismo terapeutico alla sospensione delle cure ai malati terminali, dal testamento biologico all'eutanasia. Esempio illuminante fu la gestione del caso di Eluana Englaro, la giovane donna di Lecco che visse per oltre diciotto anni in "stato vegetativo persistente". "Il Governo" (Potere Esecutivo), intervenne con un "Disegno Legge" per vietare la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale ai malati in stato vegetativo persistente. Fu presentato "al Parlamento" (Potere Legislativo) nelle ore in cui Eluana stava morendo (9 febbraio 2009) a seguito dell'esecuzione della sentenza "della Corte di Appello di Milano" (Potere Giudiziario) che aveva autorizzato con un "provvedimento" la chiusura del sondino naso-gastrico che la nutriva e la dissetava.

I tre poteri furono "i padroni" della vita di Eluana Englaro!

Ma anche oggi, si ha l'impressione di uno scontro biopolitico sui contenuti bioetici, come pure notiamo il coinvolgimento di organismi "amministrativi" o "giudiziari" intervenendo in aspetti che investono unicamente la sfera personale.

Quindi, concordiamo con il quotidiano "Avvenire", che sostenne "Brutto segnale se a decidere sulle questioni eticamente sensibili - quelle su vita e morte - sono i tribunali"<sup>125</sup>.

Dobbiamo porre la massima attenzione all'evoluzione biopolitica affinché non svuoti delle rilevanze antropologiche la vita dell'uomo che è un bene oggettivo rispetto alla politica, sopravvalutando erroneamente il principio di autodeterminazione, le libertà individuali o negando il valore della fragilità.

E' quindi irrimandabile, ristabilire il naturale ed equilibrato rapporto tra biopolitica, bioetica e biodiritto<sup>126</sup> affinché, la persona, sempre, possa definire il senso della sua vita senza condizionamenti del potere.

Un'ultima osservazione: *di fronte alle decisioni riguardanti le tematiche bioetiche è sufficiente il parere della maggioranza?*

San Giovanni Paolo II rispose negativamente: "Urge dunque, per l'avvenire della società e lo sviluppo di una sana democrazia, riscoprire l'esistenza di valori umani e morali essenziali e nativi, che scaturiscono dalla verità stessa dell'essere umano ed esprimono e tutelano la dignità della persona: valori, pertanto, che nessun individuo, nessuna maggioranza e nessuno Stato potranno mai creare, modificare o distruggere, ma dovranno solo riconoscere, rispettare e promuovere"<sup>127</sup>.

---

<sup>125</sup> AVVENIRE, 4 gennaio 2011, pg. 2.

<sup>126</sup> "Area delle discipline giuridiche in cui si affrontano i problemi inerenti alla tutela della vita umana e alle implicazioni giuridiche che derivano dalle scienze mediche e dall'evoluzione tecnologica che ormai le caratterizza" (IN TRECCANI, *Lessico del XXI secolo*). La specificità del biodiritto è identificabile nella elaborazione di regole di comportamento a livello sociale, nel contesto delle questioni bioetiche.

<sup>127</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 71.

Lo stesso giudizio fu riaffermato da Benedetto XVI nel discorso del 22 settembre 2011 al Parlamento Federale Tedesco nel Reichstag di Berlino: "In gran parte della materia da regolare giuridicamente, quello della maggioranza può essere un criterio sufficiente. Ma è evidente che nelle questioni fondamentali del diritto, nelle quali è in gioco la dignità dell'uomo e dell'umanità, il principio maggioritario non basta: nel processo di formazione del diritto, ogni persona che ha responsabilità deve cercare lei stessa i criteri del proprio orientamento"

La filosofia politica classica ribadiva la centralità del popolo e della sua volontà nell'agire coscientemente; in questa prospettiva la legge assumeva un'importanza secondaria.

Ma ciò è attuabile oggi in un contesto multiculturale e multi-etnico, caratterizzato da rilevanti differenziazioni culturali e religiose?

Pur non potendo prevedere anticipatamente i risultati, l'invito è di riferirsi primariamente alla "legge naturale", intersecata per il cristiano con quella evangelica e morale.

## CAP. 2 - I PRINCIPI FONDANTI LA BIOETICA

### INDICE DEL CAPITOLO

1. Principio di autonomia (o di rispetto della persona)
2. Principio di beneficenza (o beneficalità)
3. Principio di non maleficenza
4. Principio di fedeltà
5. Principio di totalità (o terapeutico)
6. Principio del duplice effetto
7. Principio di prudenza
8. Principio di solidarietà
9. Principio di sussidiarietà
10. Principio di giustizia
11. Principio del primato spirituale
12. Il bene comune

La bioetica ha come riferimento i “principi”!

Illustreremo quelli riguardanti il singolo, e di seguito, quelli che coinvolgono la società, limitandoci ai fondamentali, evidenziando, quando sarà possibile, le diversità di visione dei modelli descritti nel capitolo precedente.

Manterremo come punto di riferimento *la visione personalista ontologica* che riteniamo possa costituire un insieme di “linee guida nella cura”, indispensabili garanzie nei confronti di eventuali strumentalizzazioni del malato o di utilitarismo politico.

Nel complesso panorama della letteratura bioetica contemporanea sono presenti due orientamenti principali:

- di matrice *protestante-anglosassone*<sup>128</sup>;
- di derivazione *cattolico-latina*.

Il problema fondamentale sta nell’ *identificare nei principi etici degli “elementi comuni”* in cui tutti possono riconoscersi e che costituiscano un criterio di riferimento.

La contrapposizione frequente tra la bioetica personalistica e gli altri modelli, nella soluzione di situazioni problematiche, avviene prevalentemente sul *piano antropologico*.

Tre, sono le tematiche che occupano principalmente la letteratura bioetica, esaminate con modalità divergenti ed anche opposte secondo le opinioni personali o societarie.

---

<sup>128</sup> Il modello anglosassone riferendosi al *Rapporto Belmont* (1979) ha un orientamento eminentemente pragmatico ed i principi etici fondamentali sono quelli di autonomia (consenso o rifiuto informato), non-maleficenza (qualità della vita), beneficenza (analisi rischi/benefici), giustizia (equità nell’accesso ad un’equa allocazione delle risorse).



- Vita*: compito e missione ricevuta, oppure bene da godere, considerandosi “padroni” assoluti della stessa?
- Sofferenza*: sventura radicale, oppure occasione potenzialmente portatrice di valori umani e spirituali?
- Morte*: conclusione di un’esistenza priva di prospettive future, oppure momento decisivo per il destino ultraterreno?<sup>129</sup>.

## 1. Principio di autonomia (o di rispetto della persona)

*Il principio di autonomia afferma che la persona ha il diritto, in tutte le età e le fasi della vita, di “disporre di sé stessa” nei limiti posti dall’etica e dalle leggi, scegliendo se accogliere o rifiutare l’aiuto offerto dall’esterno.*

Quando è consapevole e responsabile, l’uomo può scegliere le proprie azioni, non in modo assoluto, ma seguendo alcuni criteri: evitando l’accettazione acritica del desiderio dell’altro; superando l’individualismo che potrebbe ledere la libertà altrui e offuscare il calcolo delle conseguenze negative; tralasciando azioni immorali.

Quello di *autonomia*, è un principio fondamentale nella cura dell’uomo, che potremmo riassumere nella frase: “*onora le libere scelte del tuo paziente evitando indebiti paternalismi*”.

Ma, il coinvolgimento del paziente nelle decisioni, può attuarsi unicamente di fronte ad una precisa e dettagliata *informazione* che acconsenta di prestare *un responsabile consenso informato* e di scegliere quali azioni diagnostiche e pratiche terapeutiche accettare o rifiutare.

Il malato, quindi, deve essere informato adeguatamente affinché abbia l’opportunità di decidere responsabilmente in base ai benefici e agli oneri di ogni trattamento.

Un caso particolare è il *paziente terminale*.

Il più delle volte, solo lui, comprende pienamente i “valori in gioco” e il suo campo di responsabilità, oltrepassando la situazione particolare della malattia.

E qui, si apre, il complesso dilemma della *comunicazione della verità!*

Spesso, ancora oggi, la realtà diagnostica è vergognosamente occultata da medici e da famigliari.

*“Nascondere la verità”, significa derubare il malato di una componente essenziale della sua dignità di persona!*

Ammonisce J. F. Malherbe: “Dire la verità all’interessato è una regola morale che dovrebbe reggere tutti i rapporti umani. La verità non è sempre comoda, ma, se non la si dice occorre tacerla con tutti. Dirla a tutti, tranne che all’interessato, è il peggio che si possa fare”<sup>130</sup>.

Il principio di autonomia, ben evidenzia, che l’ammalato oncologico, come tutti i pazienti, ha diritto ad essere informato sulle sue condizioni e, quindi, a

---

<sup>129</sup> Cfr.: L. CICCONE, *Bioetica I*, in AA VV, *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1997, pp. 137-138.

<sup>130</sup> J.F. MALHERBE, *Per un’etica della medicina*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi), pg. 174.

conoscere la verità che va comunicata mediata, gradualmente e in un clima dialogico, ricordando che il medico ha sempre il dovere di trasmetterla mentre il malato non ha l'obbligo di accettarla o di comprenderla.

Il principio di autonomia, inoltre, non può essere ridotto *ad un'acritica accettazione da parte del medico delle scelte del paziente*. “Significa piuttosto avvertire un valore, una condizione di eticità potremmo dire, nella volontà che si esercita con cognizione (di sé, della realtà e degli altri), in coerenza con i propri principi e con le verità in cui crede e nella libertà da intrusivi condizionamenti esterni”<sup>131</sup>.

In questo contesto, si inserisce la tematica *del rifiuto delle cure*, con due visioni antitetiche ed una “via di mezzo”.

-Per alcuni, *il medico non può accettare passivamente il rifiuto* del paziente alle terapie proposte.

-Per altri, *il rifiuto deve sempre essere rispettato*, ma ciò riduce il medico ad un semplice esecutore dei desideri del paziente.

-P. Cattorini propone *una terza via*: la decisione del paziente può essere accolta se accompagnata da alcune condizioni.

La decisione deve essere: “libera; informata; presa con *competence* (cioè capacità di intenderla e volerla); non lesiva dell'interesse di terzi; rispettosa della dignità professionale e morale del medico; non autolesiva”<sup>132</sup>. L'attenta osservanza delle condizioni riportate, afferma Cattorini, rende la scelta del paziente vincolante per il medico che è liberato in coscienza da ogni responsabilità morale per quanto potrà accadere<sup>133</sup>.

L'argomento, va però contestualizzato nelle tematiche del *rapporto con il paziente* e dell'arte della *comunicazione*, che negli ultimi decenni hanno subito notevoli mutamenti.

Per secoli, nel rapporto medico-paziente, come abbiamo notato nel capitolo precedente, ha prevalso il modello definito *paternalistico* nel quale il medico assumeva le decisioni nell'interesse del malato senza conoscere, il più delle volte, il suo parere, muovendo dal presupposto che il sanitario possiede conoscenze superiori al paziente, incapace di offrire un libero consenso informato.

A commento di questo modello proponiamo due osservazioni di A. Fiori. “Se questo era il paternalismo – nella sua più ampia ed autentica accezione – si deve affermare che il paternalismo sussiste tutt'ora ed è inconsapevolmente richiesto da molti pazienti non solo per patologie minori ma anche per patologie gravi. Il caso Di Bella, venuto alla luce qualche anno fa, è un esempio tra i più eloquenti di ricerca di un medico ‘padre’, incarnato in un vecchio con i capelli bianchi e la voce dolce”<sup>134</sup>.

---

<sup>131</sup> R. PIERANTONI, *Frammento & integrità*, in P. DONGHI – L. Preta, *In principio era la cura*, Sagittari Laterza, Roma-Bari 1995, pg. 97.

<sup>132</sup> P. CATTORINI, *I principi della bioetica e il personalismo*, in P. CATTORINI – R. MORDACCI – M. REICHLIN (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, pg. 122.

<sup>133</sup> Cfr.: *I principi della bioetica e il personalismo*, op. cit., pg. 123.

<sup>134</sup> A. FIORI, *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico*, in E. SGRECCIA (a cura di), *Storia della medicina e storia dell'etica medica verso il terzo millennio*, Rubbettino, Soveria Mannelli (Ct) 2000, pg. 110.

Fiori, mette anche in guardia da un possibile equivoco, causa del declino del paternalismo medico: “l’atteggiamento autoritario” di alcuni sanitari basato sull’erronea concezione del proprio ruolo: “Se per paternalismo medico si vuole intendere l’atteggiamento arrogante di molti medici che esercitano, spesso inconsapevolmente, un potere di suggestione o di coercizione morale che li porta a sostituirsi in modo apodittico alla volontà del paziente approfittando della sua ignoranza e del proprio sapere, questo è un problema di sempre e probabilmente lo sarà anche in futuro perché chi possiede determinate, specifiche competenze, si trova in una posizione privilegiata che consente gli abusi consapevoli o anche inconsapevoli”<sup>135</sup>.

Al modello paternalistico si è sostituito quello definito *contrattuale*, dove le relazioni sono sostituite da un “contratto” tra medico e paziente.

In questo caso, i due interagiscono in modo tale che vi siano obblighi e benefici programmati ed equamente ripartiti tra le parti. Il medico fornisce le informazioni, lasciando totale libertà di scelta al malato. A questo punto, il sanitario, si limiterà ad eseguire ciò che gli è richiesto.

Il modello si presenta con vari limiti tra cui, anche in questo caso, l’ineguaglianza delle conoscenze e dell’esperienza delle due parti e la “commercializzazione” della cura: il medico è il “fornitore” che agisce da tecnico, il paziente è il “cliente”, la medicina è la “merce”.

A detta di molti, anche questo schema è superato, sostituito da un terzo modello definito della *burocrazia parsimoniosa*<sup>136</sup> che richiede il contenimento delle spese ed adeguati rapporti costi-efficacia.

“Nell’ Era della Parsimonia il bene del paziente è collocato sul piatto di una bilancia che porta sull’altro piatto beni molto diversi, come i bisogni dell’ospedale, i bisogni di coloro che vi lavorano (inclusi ovviamente i medici), e le necessità della società. Il *decision making* non è più consegnato, pertanto, soltanto nelle mani del medico o dello stesso paziente”<sup>137</sup>.

Un quarto modello, è quello definito da *Pellegrino, Thomasma*<sup>138</sup> e *Cattorini*<sup>139</sup> *fiduciario* o di *alleanza terapeutica* secondo il quale, il medico non deve unicamente ricercare il bene fisico del paziente, ma anche quello psicologico, sociale e spirituale, valorizzando l'autonomia, e riscoprendo il reciproco senso di fiducia in un clima di umana solidarietà. Infatti, “la richiesta di un intervento tecnico è sempre anche desiderio di rassicurazione circa la consistenza di buone ragioni per vivere e per guarire, e la consultazione di un tecnico competente è sempre anche un appello ad un riconoscimento, appello ad un altro che, avendo a cuore ciò che accade al malato, prometta di accompagnarlo, di allontanare per quanto possibile la minaccia, di dare conforto e nel far ciò testimoni una dedizione che neppure l’imminenza della morte potrebbe

---

<sup>135</sup> *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico*, op. cit., pg. 111.

<sup>136</sup> Cfr.: M. SIEGLER, *The progression of medicine: from physicians paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony*, Arch. Int. Med. 145 (1985) 713-720.

<sup>137</sup> *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico*, op. cit., pg. 126.

<sup>138</sup> Cfr.: *For the Patient’s Good: the restoration of beneficence in health care*, op.cit.

<sup>139</sup> Cfr.: P. CATTORINI, *Alleanza terapeutica*, in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria*, op. cit, pp. 30-37.

compromettere”<sup>140/141</sup>.

Il concetto di alleanza terapeutica è presente anche nella versione moderna del “Giuramento d’Ippocrate” quando il medico afferma: “di promuovere l’ alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l’arte medica”<sup>142</sup>.

Dunque, la decisione del paziente va rispettata, ma anche la *coscienza del medico* non può essere costretta a compiere azioni che non condivide, essendosi impegnato con il “Giuramento di Ippocrate”, all’inizio dell’esercizio della sua professione, ad agire sempre per *il maggior interesse del paziente*.

Quindi, il diritto di autonomia del malato, in alcuni casi, potrebbe interferire anche con l’essenza della professione medica.

In queste situazioni, il medico, può rifiutarsi di compiere ciò che contraddice i suoi valori di riferimento, i principi etici e gli standard comportamentali della corporazione professionale.

## 2. Principio di beneficenza (o beneficialità)

Secondo san Tommaso il principio è riassunto da quattro parole: “Fac bonum, vita malum” (fa il bene ed evita il male). E’ il vertice dei principi etici in sanità e racchiude la finalità di ogni professione socio-sanitaria.

*Il dovere della medicina, e di conseguenza di ogni operatore sanitario, è promuovere il bene del paziente ponendolo al centro di ogni servizio, accogliendolo e rispondendo olisticamente ai suoi bisogni.* Per questo, ogni medico, “giura”, “di perseguire la difesa della vita, la tutela fisica e psichica dell’uomo e il sollievo dalla sofferenza”, cui modellerà “con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni atto professionale”<sup>143</sup>.

Motivo fondante della beneficialità nel settore sanitario, non è la pura filantropia, ma *la reciprocità del “dare e del ricevere”*, che struttura ogni relazione umana, impegnando i singoli ad un’alleanza coinvolgente ed irriducibile anche in termini di contratto societario.

La beneficialità, osservata da un’ottica normativa, pone l’interrogativo sul *significato* di “bene dell’altro” che potrebbe interferire con l’autonomia.

Ad esempio, in un pronto soccorso ospedaliero, qual è il “bene dell’altro”, trovandosi di fronte ad un adepto dei “Testimoni di Geova” che necessita con urgenza di una trasfusione poichè affetto da anemia gravissima, ma la rifiuta in nome della sua fede religiosa?

Non è nostro intento esaminare problematiche particolari ma unicamente offrire indicazioni generali; perciò ricordiamo che il principio esige di *oltrepassare l’immediato per rispondere ai bisogni “di lungo termine”*.

L’autentica beneficialità deve trasformarsi in “*com-passione*”, intesa non

---

<sup>140</sup> *Alleanza terapeutica*, op. cit., pg. 33.

<sup>141</sup> La nozione di “alleanza terapeutica” è stata introdotta anche nella nuova versione del “Giuramento di Ippocrate” (punto 6) approvata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri il 27 marzo 2007.

<sup>142</sup> Deliberato dal Comitato Centrale FNOMCeO il 23 marzo 2007.

<sup>143</sup> *Giuramento di Ippocrate*, testo attuale.

come sentimentalismo o superficiale intenerimento per il dolore di molti, ma come capacità "di prendersi a cuore l'altro", di soffrire con il proprio paziente le affezioni, le paure, le tentazioni e la vulnerabilità che ogni malattia comporta<sup>144</sup>.

Dunque, la compassione, è la totale comprensione delle sofferenze dell'altro, e di conseguenza la disponibilità ad aiutarlo concretamente, sacrificandosi per lui, come indicava H. Nouwen: "Nessuno può aiutare qualcun altro senza entrare con la sua persona nelle situazioni dolorose; senza assumere il rischio di soffrire, ferirsi o anche essere distrutto nell'operazione"<sup>145</sup>.

L'autentica com-passione modifica l'abituale rapporto operatore sanitario-paziente e la metodologia di accompagnamento della persona, trasferendo l'interesse dalla patologia all'individuo. Per questo Pellegrino e Thomasma parlano di "arte morale fondamentale per qualsiasi pratica sanitaria o sociale"<sup>146</sup>.

### 3. Principio di non maleficenza

*Non maleficenza è l'impegno a non causare un danno o provocare del male, facendo proprio l' aforisma latino "primum non nocere".*

Come in ogni attività, anche gli operatori sanitari, possono nuocere al malato ed arrecargli danni.

Per questo, già Ippocrate nel suo Giuramento, aveva incluso la frase: "Difenderò i malati da ogni cosa ingiusta e dannosa. Giammai, mosso dalle insistenze di alcuno, propinerò un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicamento abortivo". Nel testo moderno del Giuramento, il tutto è riassunto dalla frase: "*Giuro...di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona*".

Il malato, può essere danneggiato "*intenzionalmente*" con azioni *dolose*, cioè trasgressioni volontarie e coscienti<sup>147</sup>, ma anche "*involontariamente*", senza che l'evento negativo sia direttamente voluto; in questo caso le azioni risultano "*colpose*". I danni possono essere fisici: dall'aumento del dolore all'invalidità fino alla morte ma anche psico-sociali.

Il Codice Penale, afferma, che l'atto colposo si verifica per "negligenza", per "imprudenza" o per "imperizia"<sup>148</sup>.

Si verifica per "*negligenza*", quando non osservando un comportamento di prassi, si commettono lesioni per disattenzione, per trascuratezza o per mancanza di sollecitudine.

Per "*imprudenza*", quando non si utilizza la dovuta cautela e non si assumono le opportune misure precauzionali.

---

<sup>144</sup> Cfr.: E. D. PELLEGRINO, *Ogni uomo è mio fratello*, in *Dolentium hominum* 7, 1988, pp. 60-61.

<sup>145</sup> H. NOUWEN, *The wounded healer*, Ny Doubleday 1972, pg.72.

<sup>146</sup> *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, op. cit., pg. 73.

<sup>147</sup> Le più frequenti azioni dolose nell'esercizio della professione sanitaria sono: rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.), omissione di referto (art. 365 c.p.), interruzione illecita della gravidanza (artt. 18 e 19 , Legge 22 maggio 1978, n. 194), falsità in atti (artt. 476-493 c.p.), commercio di campioni medicinali (art. 173 T.U.L.S.), prescrizione illecita di sostanze stupefacenti (art. 43 Legge 22 dicembre 1975, n. 685), omissione di denuncia obbligatoria (art. 413 c.p.).

<sup>148</sup> CODICE PENALE, Art. 43, comma 3

Per “*imperizia*”<sup>149</sup>, quando non è idonea la preparazione professionale e la competenza tecnica, presupposti indispensabili per l’esercizio di ogni attività, oppure non ci si attiene ai protocolli operativi standard. Può trattarsi di una diagnosi errata o ritardata, un’omessa effettuazione di esami, un intervento chirurgico compiuto in modo errato, una sbagliata gestione di una terapia...<sup>150</sup>.

Di conseguenza, per non danneggiare il paziente, è irrinunciabile sia *la formazione* di base che quella permanente.

In passato, per acquisire abilità sufficienti per svolgere un lavoro erano sufficienti il tempo e il possesso di poche conoscenze. Oggi, i veloci cambiamenti, soprattutto nel contesto sanitario, richiedono un quotidiano adattamento alle situazioni e, anni di esperienza e di pratica, possono velocemente svalutarsi.

Quindi, prima di agire, è indispensabile acquisire aggiornate nozioni e riferirsi, come metodo, alla prassi vigente con la massima prudenza.

Se il filosofo Seneca ricordava che “*errare humanum est*”, Bernardo da Chiaravalle ammoniva che “*perseverare autem diabolicum*”. Infatti l’errore richiede l’obbligo di correggersi per non ripeterlo.

## 4. Principio di fedeltà

*La fedeltà*, ha una valenza etica, essendo il fondamento degli autentici rapporti interpersonali ed è *un vincolo* nell’esercizio di alcune professioni (operatore sanitario, avvocato, consulente finanziario...), fatto salve le eccezioni riguardanti le richieste dell’autorità giudiziaria e le situazioni che impongono la protezione di altri soggetti.

*La fedeltà riguarda prevalentemente l’aspetto relazionale e comunicativo.*

Chi si rivolge ad un professionista, rivelandogli aspetti particolari ed intimi della sua vita, deve essere sicuro del rispetto della riservatezza della comunicazione, come pure che l’altro non persegua secondi fini, o intenda avvantaggiarsi impropriamente delle informazioni ricevute.

La fedeltà dell’operatore sanitario si concretizza in una serie di atteggiamenti nel rapporto con il malato: l’osservanza del segreto professionale, l’accettazione della singolarità e dei valori dell’altro, la disponibilità all’ascolto e all’azione, l’obiettività nei giudizi quando ne è richiesta l’esplicitazione...

Significative, per comprendere le basi etiche del principio nelle professioni sanitarie, sono le espressioni presenti nella *Carta degli Operatori Sanitari*: “L’attività medico- sanitaria si fonda su una relazione personale di natura particolare; essa è: ‘un incontro tra una fiducia e una coscienza’.

La ‘fiducia’ di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognoso, il quale si affida alla ‘coscienza’ di un altro uomo che può farsi carico

---

<sup>149</sup> Per quanto riguarda la colpa professionale addebitata all’imperizia può essere preso in considerazione il principio stabilito dall’art. 2236 C.C. secondo il quale “se la prestazione indica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d’opera non risponde dei danni, se non nei casi di dolo o colpa grave”.

<sup>150</sup> Per l’approfondimento dei vari errori medici cfr.: [www.erroredelmedico.it](http://www.erroredelmedico.it)

del suo bisogno e gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo<sup>151</sup>.

## 5. Principio di totalità (o terapeutico)

Definito anche d'integrità, si fonda sul rispetto dovuto a noi stessi e agli altri quali membri della *comunità umana* interpretata come *unità organica di persone, distinte tra loro*.

Al singolo, il principio chiede la valorizzazione della propria esistenza e lo sviluppo delle doti personali, oltre che prevenire comportamenti ed atteggiamenti dannosi, mentre le Istituzioni sono chiamate a favorire l'individualità e la creatività di ogni cittadino.

Le Istituzioni invece devono offrire le condizioni, affinché ogni uomo, attingendo pienamente e consapevolmente alle proprie possibilità ed opportunità, possa realizzarsi sviluppando le sue capacità ed esprimendo i suoi diritti, raggiungendo un equilibrio, tra interiore ed esteriore, mediante la libertà di parola, di pensiero e di azione.

Il principio, nell'ambito sanitario, rivolge particolare attenzione alla *corporeità* essendo il corpo costituito da parti distinte ma gerarchicamente e organicamente unificate dall'esistenza unica e personale. La corporeità è la manifestazione concreta della persona vivente; di conseguenza, ledere o offendere il corpo, significa ferire e procurare un danno alla persona.

Il Principio di totalità, manifesta la massima responsabilità che l'operatore sanitario si assume nei confronti del corpo del suo paziente, poichè ogni intervento non riguarda unicamente i tessuti, gli organi e le loro funzioni, ma coinvolge a diversi livelli la stessa persona.

Contemporaneamente, quello di totalità, è *il principio che regge la liceità della terapia medica e chirurgica* poiché la medicina è essenzialmente terapeutica, ordinata cioè a difendere la vita, la sua integrità e la sua salute. Ad esempio, è giustificabile eticamente ed anche obbligatorio un intervento chirurgico quando un' asportazione è essenziale per la salvaguardia della totalità dell'organismo.

Sono soggetti al principio di totalità gli interventi che asportano la sezione malata per evitare il contagio o la parte sana che potrebbe trasformarsi in fonte di minaccia.

La motivazione origina dalla ricerca del maggior bene della persona nella sua totalità, consentendogli di esercitare al meglio le altre funzioni.

Nello sforzo di conciliare i diversi aspetti della vita del singolo, alcune azioni, possono essere talvolta subordinati ad altre, ma l'intero non potrà mai essere totalmente sacrificato.

Il principio di totalità, definito anche *terapeutico*, richiede alcune condizioni:

-l'intervento sull'organo malato per salvaguardare la totalità dell'organismo;

---

<sup>151</sup> PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano 1994, n. 2.

- l'assenza di strumenti alternativi;
- le probabilità proporzionalmente alte di successo;
- il consenso informato del paziente.

A questo principio si riferisce anche la *proporzionalità delle terapie e delle cure*.

E' corretto sospendere le *terapie*, quando non giovano alla stabilizzazione del paziente, al suo miglioramento o alla sua guarigione.

Mentre le *cure*<sup>152</sup>, cioè i provvedimenti medici, psicologici e assistenziali irrinunciabili per conservare "al meglio" le condizioni psicofisiche del malato fino alla morte, salvaguardandone la dignità, non potranno essere interrotte.

## 6. Principio del duplice effetto

Alcuni procedimenti terapeutici possono *produrre due effetti*; uno positivo e uno negativo.

Un caso emblematico riguarda la correttezza etica nel somministrare al malato terminale dei farmaci che leniscono il dolore, ma potrebbero abbreviargli la vita.

In questa situazione, è opportuno distinguere tra "*effetti diretti*" di un'*azione*, cioè gli atti eseguiti per raggiungere determinati scopi o intrapresi per perseguire fini ulteriori, e gli "*effetti indiretti*" o collaterali, ciò non assunti come fini o come mezzi. Questa distinzione è la base del principio del duplice effetto, che attesta l'eticità di un'*azione* che produce una conseguenza "positiva" e una conseguenza "negativa".

Quattro sono le condizioni da intersecare:

- l'*azione* che si intraprende deve essere "buona" o moralmente neutra;
- il conseguimento di benefici è l'intenzione primaria, evitando, per quanto possibile, eventuali lesioni, prevedibili unicamente come effetto indiretto;
- i vantaggi attesi si prevedono superiori (o uguali) ai danni arrecati. Le conseguenze negative non possono essere il mezzo per ottenere il risultato positivo, ma vanno ritenute implicazioni collaterali;
- i miglioramenti devono essere verificabili nel breve periodo.

Il principio è riassumibile nella massima: "*Arreca un danno unicamente se questo produce un beneficio*".

E' il caso del malato che si sottopone a chemioterapia antitumorale sostenendo dolorosi effetti collaterali. Riacquistare la salute (effetto buono), è proporzionalmente superiore alle gravose conseguenze negative (effetto cattivo) della chemioterapia.

E' la situazione della donna gravida affetta da tumore che si sottopone a cicli di chemioterapia non dilazionabili nel tempo anche se rischiose per il feto,

---

<sup>152</sup> *La cura è il farsi carico globalmente del paziente* come ricorda l'art. 37 del Codice di Deontologia Medica: "In caso di malattie a prognosi sicuramente infauste o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale o alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato trattamenti appropriati a tutelare, per quanto possibile, la qualità di vita".



oppure un intervento chirurgico per asportare un cancro uterino.

Sono però richieste alcune condizioni: la terapia finalizzata alla rimozione della malattia della madre; non può essere prevista l'uccisione diretta del feto; la cura deve presentarsi urgente ed insostituibile.

E' la condizione del malato con cancro metastatizzato che soffre atroci dolori e, contemporaneamente, è affetto da grave insufficienza respiratoria.

Per la sedazione dei dolori serve somministrare la morfina, ma il farmaco potrebbe esercitare un' azione deprimente sul centro respiratorio, aggravando l'insufficienza respiratoria ed affrettandone la morte.

La morfina è data per sedare i dolori (effetto buono); la depressione respiratoria è conseguenza dell'utilizzo della morfina (effetto cattivo); di conseguenza, l'impiego della morfina per i benefici attesi, è proporzionalmente un "bene maggiore" rispetto agli effetti collaterali.

Un caso in cui si parlò di questo principio fu la drammatica vicenda delle due gemelline siamesi nate a Bologna nel 2011, unite da torace ed addome con un unico cuore e un unico fegato. Si ipotizzò di separarle ma una delle due sarebbe morta. Terminarono la loro breve vita dopo poche settimane.

Era eticamente corretto, se la situazione l' avesse permesso, separare Lucia e Rebecca, provocandone la morte di una delle due.

La mortalità, nell'intervento chirurgico in gemelli siamesi con organi vitali in comune ed uniti dal torace e dall'addome, è del 85%-90%. Quindi, molto probabilmente, nel corso di questo intervento nessuna sarebbe sopravvissuta, ma si è corso lo stesso rischio, lasciandole unite.

Dai salotti dei "sapientoni", giunsero critiche per non avere abortito, e la mamma e il papà risposero con naturalezza e semplicità: "sono nostre figlie".

Sono morte circondate dall'amore della loro famiglia e dalla competenza professionale dell'equipe medica guidata dal professor M. Lima. Appresa la morte delle figlie, i genitori dichiararono: "noi siamo contenti di averle avute", e il primario Lima, commentò: "questi genitori sono mille anni avanti a noi".

## 7. Principio di prudenza

"Conviensi adunque essere prudente, cioè savio: e a ciò essere si richiede buona memoria delle vedute cose, e buona conoscenza delle presenti, e buona provvidenza delle future"<sup>153</sup>.

Secondo la tradizione classica, ripresa dalla Scolastica, *la prudenza*, come ricordava Dante, è *la capacità di memoria, di intelligenza e di previsione*.

Interessante per illustrare questo principio è la tela del pittore Tiziano "*Allegoria della prudenza*"<sup>154</sup>, raffigurante tre teste umane; un vecchio, un uomo maturo ed un giovane, che sovrastano tre teste di animali, rispettivamente un lupo, un leone ed un cane.



<sup>153</sup> D. ALIGHIERI, *Convivio*, IV, 27.

<sup>154</sup> La tela è conservata alla *National Gallery* di Londra.

Per l'autore, la prudenza ha tre volti, frutti dell'integrazione di tre momenti: l'esperienza del passato, l'oculatezza nell'azione presente che richiede intelligenza e l'anticipazione dei rischi che potrebbero compromettere il futuro.

In altre parole, *il presente eredita il patrimonio di sapere delle generazioni precedenti, e lo applica con avvedutezza, a beneficio di quelle future*<sup>155</sup>.

La prudenza, è la virtù che dispone l'intelletto all'analisi del mondo circostante ed esorta la ragione a discernere in ogni situazione il vero bene, scegliendo i mezzi adeguati per compierlo.

Per questo, è definita anche "*auriga virtutum*" (cocchiere delle virtù) dato che dovrebbe guidare le altre virtù.

Il principio di prudenza, si fonda sulla consapevolezza dello squilibrio tra uomo e natura da una parte e scienza e tecnologia dall'altra.

Dunque, il principio, definito anche di *incertezza* o di *precauzione*<sup>156</sup>, assume notevole importanza nel settore diagnostico e terapeutico, poichè come ricordava il filosofo *J. Hans*: "ciò che l'uomo è oggi in grado di fare e nell'irresistibile esercizio di tale facoltà è costretto a continuare a fare, non ha eguali nell'esperienza passata, alla quale tutta la saggezza tradizionale sul comportamento giusto era improntata"<sup>157</sup>.

Un caso emblematico, che molto coinvolse l'opinione pubblica, fu il dramma *Eluana Englaro*, la giovane donna lecchese morta ad Udine il 9 febbraio 2009, dopo quattro giorni di agonia per la chiusura del sondino naso-gastrico che la nutriva da oltre quindici anni<sup>158</sup>.

Nel dramma di Eluana, riteniamo che l'unico "elemento certo" fu *l'incertezza*.

L'incertezza guidò il padre Giuseppe Englaro nella lotta per "far staccare" il sondino alla figlia; l'incertezza fu alla base dei giudici milanesi nell'emettere il "provvedimento" di condanna a morte.

Chi fu favorevole alla morte di Eluana e quelli che chiesero la continuazione della sua vita non trovarono "certezze" nell'ambito medico, scientifico o testimoniale.

Di fronte all'incertezza, quale atteggiamento assumere? *Quello della massima prudenza!* La sentenza di morte del Tribunale di Milano fu profondamente ingiusta non avendo valorizzato questo principio etico, scordando l'antica arte della *iuris prudentia*, l'unica che crea sinergie tra l'amministrazione della giustizia umana e l'orizzonte etico-morale.

Riteniamo che per motivazioni prudenziali, come accade nel diritto penale dove si assumono posizioni a favore dell'imputato di fronte al minimo dubbio, così "la giustizia" doveva agire anche nei riguardi di Eluana.

---

<sup>155</sup> Cfr.: E. PANOFKY, *L'Allegoria della Prudenza di Tiziano*, in AA.VV., *Il significato delle arti visive*, Einaudi, Torino 1962, pp. 131-152.

<sup>156</sup> Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Il principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici*, Roma 2004.

<sup>157</sup> J. HANS, *Philosophical essays: from the ancient creed to technological man*, Chicago, 1974 - trad. It. A. DAL LAGO (a cura di), *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, Il Mulino, Bologna 2001, pg. 132.

<sup>158</sup> Il caso sarà ampiamente esaminato nel capitolo n. 15, parte 3 di questo Manuale.

## 8. Principio di solidarietà

Il principio di solidarietà evidenzia che “gli uomini sono, inevitabilmente, legati gli uni agli altri e dipendono in molteplici modi gli uni dagli altri; di conseguenza, sono tenuti ad attuare tale legame nel modo giusto per il bene dei singoli e del tutto, e sono responsabili nei confronti degli altri e della comunità, così come questa, a sua volta, deve prendersi cura dei singoli membri”<sup>159</sup>.

Questo principio *impegna il singolo a realizzarsi partecipando alla realizzazione degli altri*, e con quelli di libertà e di uguaglianza è presente anche nella Costituzione italiana<sup>160</sup>, evidenziandone la sua “*vocazione solidaristica*”.

Principio auspicato sia dal versante cattolico<sup>161</sup> che da quello laico-socialista<sup>162</sup>, si è incrementato negli '90 del XX secolo nel dibattito che ha accompagnato la transizione dalla fase di *Welfare State* e quella di *Welfare Community*, con l'inquadramento del fenomeno del volontariato e del *no-profit* nelle finalità di interesse generale presentati dalla Costituzione<sup>163</sup>.

Il principio di solidarietà è la base dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, del volontariato assistenziale e delle donazioni di organi, tessuti e sangue.

In questo principio trova la radice anche la “*donazione samaritana*”<sup>164</sup> da poco presente nel nostro Paese; cioè la “donazione gratuita” di organi tra persone sconosciute, senza legami di consanguineità.

Quello di solidarietà è un principio che va rivalorizzato nell'attuale contesto societario caratterizzato dall'individualismo, dall'egoismo e dal l'indifferentismo che provocano corruzioni in continuo aumento.

Il principio ricorda che nessuna persona può sentirsi “un'isola” o un bene “solo per se stesso” ma è indissolubilmente unito agli altri, dipendendone in molteplici modi e anche la propria realizzazione avviene, il più delle volte, con il concorso degli altri. Dando ciò per scontato dobbiamo purtroppo riconoscere che non facciamo memoria delle molte persone che lavorano per noi ogni giorno e non ricordiamo a quante dobbiamo riferirci e rendere merito.

Dunque, la solidarietà, invita a ripudiare l'individualismo, rammentandoci la responsabilità nel ricercare il bene dei singoli e della collettività poichè siamo garanti della realizzazione degli altri, soprattutto di quelli che hanno avuto meno. Dobbiamo potenziare la loro vita non unicamente donando cose o tempo ma

---

<sup>159</sup> A. GUNTHER, *Chiamata e risposta*, Vol. III, Paoline, Roma 1987, pg. 49.

<sup>160</sup> Cfr.: COSTITUZIONE ITALIANA, art. 2.

<sup>161</sup> G. Dossetti il 10 settembre 1946 affermò che “il nuovo Statuto dell'Italia democratica dovrebbe riconoscere la precedenza sostanziale della persona umana rispetto allo Stato”, nonché “la necessaria socialità di tutte le persone, le quali sono destinate a completarsi e a perfezionarsi a vicenda mediante una reciproca solidarietà economica e spirituale: anzitutto in varie comunità intermedie, disposte secondo una naturale gradualità” (A. MELLONI -a cura di-, *La ricerca costituente -1945-1952-*, Il Mulino, Bologna 1994, pg. 87).

<sup>162</sup> M. Ruini che presiedette la Commissione dei 75 incaricata di redigere la costituzione della Repubblica, spiegò la corrispondenza tra diritti inviolabili e doveri inderogabili di solidarietà dell'articolo 2 della Costituzione con la volontà di considerare i medesimi “come lati inscindibili, come due aspetti dei quali l'uno non può scervere senza l'altro”.

<sup>163</sup> Cfr.: *Legge 266/1991* sul Volontariato, *Legge 381/1991* sulle Cooperative, *Decreto Legislativo 460/1997* sulle ONLUS, *Legge 383/2000* sulle Associazioni di Promozione sociale.

<sup>164</sup> L'argomento sarà trattato nel capitolo 17 di questo manuale.

favorendo la loro crescita culturale e la loro felicità. La beata Madre Teresa di Calcutta denunciava: "Il più grande male del nostro secolo è 'l'indifferenza' ". Sentirsi responsabili degli altri significa assumerci fino in fondo la preoccupazione per la loro crescita e il loro progresso.

Il principio pone anche alcuni interrogativi.

-Perché tanti sono nell'indigenza e solo pochi vivono un'accettabile qualità di vita?  
-Perché gli onorari di alcune categorie professionali, anche nelle prestazioni essenziali, ignorano la solidarietà?

-Sono eticamente corrette le altissime remunerazioni, le "pensioni d'oro", i vitalizi elargiti ai politici, ai magistrati, agli operatori dei settori finanziari, ai calciatori...?

-Come mai lo Stato ruba ai poveri per dare ai ricchi ed alimenta una macchina pachidermica sempre più fine a se stessa?.

Dobbiamo chiederci se questa situazione va ancora tollerata oppure non si debbano cercare vie d'uscita

## 9. Principio di sussidiarietà

*Il principio etico-antropologico di sussidiarietà* esprime una concezione globale dell'uomo e della società che pone come fulcro dell'ordinamento giuridico *la persona umana*, intesa sia come individuo che come legame relazionale<sup>165</sup>.

Il principio propone *la valorizzazione e il sostegno dei singoli e delle soggettività sociali che spontaneamente si aggregano, creando servizi finalizzati a promuovere quei diritti fondamentali per i cittadini che l'accentramento statalista e burocratico*, molto diffusi come abbiamo notato in precedenza, *offuscano*.

La sussidiarietà, che si interseca con i principi di libertà, di autonomia e di responsabilità, *attiene al rapporto tra "aspetto pubblico" ed "attività privata"*.

*Chiede* che le autorità di livello superiore (Stato, Istituzioni pubbliche...) non interferiscano nell'autonoma capacità gestionale delle organizzazioni sociali (corpi intermedi, enti, associazioni...) e delle persone ma le supportino, essendo questi ultimi, maggiormente competenti e più tempestivi nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sociali, sanitari ed educativi (scuole paritarie, istituzioni sanitarie e socio-sanitarie, servizi alla fragilità...). Allo Stato è chiesto il sostegno economico e il ruolo di verifica sul funzionamento.

Il principio, inattuato nei primi decenni di storia della nostra Nazione, ha prodotto, e lo vogliamo nuovamente affermare, un dannoso statalismo, rigide amministrazioni ed anonime burocrazie che si propongono "disumane", essendo basate sull'anonimato e sul rapporto da persona a struttura. Preoccupazione espressa anche da san Giovanni Paolo II nell'enciclica *Sollicitudo rei socialis*: "Intervenendo direttamente e deresponsabilizzando la società, lo Stato assistenziale provoca la perdita di energie umane e l'aumento esagerato degli apparati pubblici, dominati da logiche burocratiche più che dalla preoccupazione

---

<sup>165</sup> Il Principio è stato recepito dalla Costituzione Italiana con l'articolo 118 che dispone: "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

di servire gli utenti, con enorme crescita delle spese”<sup>166</sup>.

La sussidiarietà, ridefinendo i rapporti tra società civile e Stato, tra poteri centrali e periferici, è la sola modalità che può recuperare l'autentico rapporto personale; quello *da soggetto a soggetto*.

Uno Stato che massifica, che si erge a “padrone dispotico” di tutto, che impone come gestire la scuola, l'assistenza e la sanità e che interferisce nella famiglia a livello educativo, oltre che negare il principio di sussidiarietà, non può raggiungere le sue finalità sociali e il bene comune, essendo “lontano” dalle necessità del territorio e del cittadino, mentre una reale “concorrenza” tra Stato e privato non-profit offre prestazioni più efficienti, a costo minore, producendo una maggiore soddisfazione all'utente.

Il principio, non elimina la funzione di garante dell'autorità pubblica che ha l'obbligo di offrire i livelli minimi di assistenza e l'attuazione dei diritti sociali. Per questo, la sussidiarietà, si erge in chiara polemica contro i regimi collettivisti basati sul centralismo e nei confronti dell'esclusione sociale e dell'individualismo.

Il principio di sussidiarietà, già presente nella Dottrina Sociale della Chiesa dagli anni 30' del XX secolo<sup>167</sup>, fu riconosciuto anche dal *Trattato dell'Unione Europea di Maastricht* che così lo riassume:

-non intervenga lo Stato nei servizi che i cittadini possono realizzare da soli. Le istituzioni devono produrre le condizioni favorevoli;

-Lo Stato deve operare unicamente quando la società civile non è in grado di agire da sola;

-l'azione sussidiaria deve porsi l'obiettivo di rendere ogni servizio “più vicino” al cittadino.

## 10. Principio di giustizia

La *giustizia*, che si caratterizza in *commutativa, distributiva e sociale*, suggerisce, come ricordava Aristotele nell'*Etica Nicomachea*, “le giuste e reciproche relazioni degli uomini in quanto tali”<sup>168</sup>.

-La *giustizia commutativa* riguarda la vita privata e il rapporto quotidiano tra i singoli cittadini. E' attuata negli scambi basati sulla parità e assume come criterio di base l'uguaglianza.

-La *giustizia distributiva* è un elemento base nel rapporto tra Stato e cittadini ed impone che le risorse siano assegnate secondo le reali necessità dei singoli come risposta a alla fragilità ed è sorretta dalla proporzionalità.

-La *giustizia sociale* richiede alle Istituzioni la progettazione di strutture che

---

<sup>166</sup> GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Sollicitudo rei socialis*, n. 48.

<sup>167</sup> “Come è illecito togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le forze e con l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere a una maggiore e più alta società quello che l'inferiore comunità può fare. Ed è questo, insieme, un grave danno e uno sconvolgimento del retto ordine della società; perché oggetto naturale di qualsiasi intervento della società stessa è quello di attuare in maniera suppletiva le assemblee del corpo sociale, non già di distruggerle o assorbirle” (PIO XI, Lettera enciclica *Quadragesimo anno*, n. 78).

<sup>168</sup> ARISTOTELE, *Opere*, Laterza, Bari 1973, pg. 323.

permettano l'adempimento degli obblighi generati dalla giustizia distributiva e si esprime, prevalentemente, erogando servizi sanitari e sociali.

Il principio chiede che sia dato a ciascuno *il dovuto!*

La problematica etica assume importanza nel definire in che cosa consista *il dovuto* alla singola persona soprattutto se fragile e malata, poichè le varie scuole filosofiche divergono, introducendo molteplici interpretazioni del concetto con ampie ricadute nel settore sanitario.

Ad esempio, alcuni Paesi, non potendo o non volendo far fronte all'ingente spesa sanitaria, si ipotizzano di adottare la "visione *economicistica*" dei costi e dei benefici, utilizzando la maggioranza delle risorse ai cittadini con capacità produttive, emarginando malati mentali, disabili e pazienti con patologie gravi o terminali. Preambolo, questo, alla cosiddetta *eutanasia sociale!*

Il principio di giustizia ha come *fondamento il debitum morale*, cioè il moralmente dovuto, e il *debitum iuridicum*, il giuridicamente dovuto.

L'impegno, affinché sia rispettata la dignità dell'uomo, rispondendo ai suoi bisogni essenziali, può scaturire da sentimenti di bontà e di altruismo (*debitum morale*), ma trova nel "diritto" il dovere della concretizzazione (*debitum iuridicum*) mediante adeguati supporti istituzionali. Ammoniva il Concilio Vaticano II: "Siano anzitutto adempiuti gli obblighi della giustizia, perché non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è già dovuto a titolo di giustizia"<sup>169</sup>.

## 11. Principio del primato spirituale

La "dignità della persona" è salvaguardata ponendo attenzione anche alla dimensione spirituale poichè *il "ben-essere" lo otteniamo unicamente dall'armonizzazione corporea, psicologica, sociale e spirituale.*

Il principio del primato spirituale sottolinea il diritto dell'uomo alla totale libertà religiosa come riconosciuto dalla "Carta Universale dei Diritti dell'Uomo" delle Nazioni Unite: "Ogni individuo ha il diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione e alla libertà d'opinione e d'espressione (art. 4).

Un altro riconoscimento, a livello internazionale, è presente nell'Atto Finale della "Conferenza sulla Sicurezza e la Cooperazione in Europa" (Helsinki 1 agosto 1975). "Gli Stati partecipanti si impegnano al rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, inclusa la libertà di pensiero, coscienza, religione o credo, per tutti senza distinzione" (Principio VII).

Pure la "Carta di Parigi per una Nuova Europa" sottoscritta il 2 novembre 1990 dagli Stati membri della CSCE, ribadì nuovamente questo diritto.

Ricordiamo infine per le Istituzioni sanitarie italiane, l'articolo 11 del Trattato di Modifiche al Concordato Lateranense dell'11 febbraio 1929 tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede (18 febbraio 1984). "La Repubblica Italiana assicura che l'appartenenza alle forze armate, alla polizia, o ad altri servizi assimilati, la degenza in ospedali, case di cura, la permanenza negli istituti di prevenzione e di pena non possono dar luogo ad alcun impedimento nell'esercizio della libertà

---

<sup>169</sup> CONCILIO VATICANO SECONDO, Decreto *Apostolicum Actuositatem*, n. 8.

religiosa e nell'adempimento delle pratiche di culto dei cattolici".

## 12. Il Bene Comune

I principi che manifestano la centralità della persona trovano un fondamentale riferimento nel concetto di "bene comune": *"l'insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono sia alla collettività sia ai singoli membri di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più celermente"*<sup>170</sup>.

Per comprenderlo è opportuno distinguere tra "bene pubblico" e "bene comune" evitando l'errore di ridurre il "bene comune" al miglioramento dei livelli societari, confondendolo con il "bene pubblico".

In altre parole, mentre il "bene pubblico" predilige la tutela degli interessi della comunità, il "bene comune" difende la singola persona portatrice di diritti e di doveri.

Il "bene comune" rientra negli impegni primari dello Stato che, oltre garantire la pace, la sicurezza e la protezione, deve offrire al cittadino eque condizioni sociali ed economiche, ma è anche un dovere per tutti ad una partecipazione attiva alla vita pubblica.

Questo coinvolgimento interessa tre attori:

- lo Stato nel limitare i suoi ambiti d'intervento per aprirsi alla sussidiarietà;
- i partiti politici che nei sistemi democratici sono gli intermediari presso le Istituzioni, riacquistando la credibilità perduta;
- i cittadini, osservando regole chiare e condivise e subordinando gli interessi privati, anche quelli economici, a quelli della collettività. Tematiche importanti e di attualità sono la partecipazione alla scelta dei rappresentanti nei vari organi politici e amministrativi e l'aspetto fiscale.

La ricerca reale da parte di ogni singolo cittadino del "bene comune" è l'unica possibilità di uscita da questa situazione societaria che da decenni ci logora. Ma il "bene comune" è *"un bene arduo da raggiungere, perché richiede la capacità e la ricerca costante del bene altrui come se fosse il proprio"*<sup>171</sup>.

La responsabilità nei riguardi del "bene comune", che necessita l'impegno di tutti, non prescinde dalla ricerca del proprio benessere ma postula contemporaneamente l'esigenza di valutare l'altrui interesse come il proprio. Operare per il bene comune si esprime nel riconoscere, nel rispettare e nel concretizzare i diritti di tutti i componenti della società.

Il "bene comune" non è utopia o un'idea astratta; sono comportamenti da ricostruire, oltrepassando la nostrana abitudine che individua, sempre e comunque altrove, le responsabilità di ciò che avviene.

Il traguardo del bene comune richiede anche un'opera formativa ed educativa da parte dei soggetti che nella società hanno questo compito. Il beato papa Paolo VI nell'enciclica *Octogesima adveniens* affermava: "Non spetta né allo Stato né ai partiti politici che sarebbero chiusi su se stessi, di imporre un'ideologia con mezzi che sboccherebbero nella dittatura degli spiriti, la peggiore di tutte. E'

---

<sup>170</sup> CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione pastorale *Gaudium et spes*, n. 26.

<sup>171</sup> COMPENDIO DELLA DOTTRINA SOCIALE DELLA CHIESA, n. 167.

compito dei raggruppamenti culturali e religiosi, nella libertà d'adesione che essi presuppongono, di sviluppare nel corpo sociale, in maniera disinteressata e per vie loro proprie, queste convinzioni ultime sulla natura, l'origine e il fine dell'uomo e della società"<sup>172</sup>.

---

<sup>172</sup> PAOLO VI, Lettera enciclica *Octogesima adveniens*, n. 25.



## CAP. 3 BIOETICA CATTOLICA E BIOETICA LAICISTA

### INDICE DEL CAPITOLO

1. **Bioetica cattolica** della “sacralità della vita”
2. **Bioetica laicista** della “qualità della vita”
3. **Valutazioni**

### Premessa

Senza scordare il monito di G. M. Pizzuti, secondo il quale “si dovrebbero ipotizzare tante bioetiche quante sono le etiche”<sup>173</sup>, in bioetica troviamo dal punto descrittivo vari modelli teorici, in particolare quello “cattolico” e quello “laicista” che si riferiscono a due diverse concezioni della vita umana.

*Quello di matrice “cattolica”* pone come riferimento il concetto di *dignità della persona* come valore fondante, e perciò, la *sacralità della vita* come conseguenza.

*L’altro di matrice laicista*<sup>174</sup>, rappresentato dalla nozione di *qualità della vita* come valore basilare dell’esistenza umana, e di conseguenza, della “disponibilità della vita” essendo ogni uomo “sovrano” di se stesso.

La diversità principale tra i due sistemi, come abbiamo inteso, riguarda il “fondamento etico”, ossia la *visione di uomo* e di *verità morale* da porre alla base delle singole questioni bioetiche.

È evidente, che questa differenza, comporta modi antitetici di porsi di fronte alle problematiche esistenziali della persona come pure, a volte, alla cura e all’assistenza.

Nel contesto societario attuale, tra i due modelli, sembra esserci una forte, e a volte, capziosa contrapposizione.

Si ha l’impressione, che la cultura laicista non solo fatica a confrontarsi con le istanze di tipo religioso, ma tenta di rivendicare a sé il monopolio della razionalità e

---

<sup>173</sup> G.M. PIZZUTI (a cura di), *Pluralismo etico e normativa della bioetica*, Quaderni di bioetica, Ermes, Potenza 1992, pg. 19.

<sup>174</sup> Utilizzeremo il termine bioetica “laicista” e non bioetica “laica” poiché molti che si definiscono fieramente “laici” cioè non cattolici, pur partendo dal principio “etsi deus non daretur” giustificano il rispetto dell’uomo e della sua dignità in ogni fase della vita, mentre questo concetto è negato da coloro che nomineremo “laicisti”. Significativo, per comprendere il concetto, fu l’intervento di N. Bobbio in occasione del referendum del 1981 sull’abrogazione dell’aborto. Scrisse sul Corriere della Sera: “Vorrei chiedere quale sorpresa ci può essere nel fatto che un laico consideri come valido in senso assoluto, come un imperativo categorico, il ‘non uccidere’. E mi stupisco a mia volta che i laici lascino ai credenti il privilegio e l’onore di affermare che non si deve uccidere” (8 maggio 1981).

Interessante, per chiarire la differenza di laicità da laicismo è anche questa definizione proposta da N. Abbagnano. “*In senso debole* la laicità indica un atteggiamento critico e antidogmatico, che partendo dal presupposto secondo cui non si può pretendere di possedere la verità più di quanto ogni altro possa pretendere, si ispira ai valori del pluralismo, della libertà e della tolleranza e quindi al principio dell’autonomia reciproca fra tutte le attività umane (...). *In senso forte* la laicità indica la dottrina di coloro che non si limitano a una generica adesione ai valori dello spirito critico e della tolleranza, ma ragionano indipendentemente dall’ipotesi di Dio (*etsi deus non daretur*)” (N. ABBAGNANO, *Questa piazza filosofia ovvero l’io prigioniero*, Agostini, Milano 1979, pg. 22).

della ragionevolezza, eppure l' *Encyclopedia of Bioethics*, sottolinea l'essenziale contributo offerto dalle tradizioni religiose nella costituzione della bioetica: "Il ricorso alle grandi religioni ci appare del tutto giustificato qualora considerassimo l'interesse che hanno abitualmente portato all'arte del guarire e la loro preoccupazione di elevare eticamente e spiritualmente lo standard dei sanitari. L'etica in quanto disposizione interiore e virtù del sanitario ha profonde radici religiose e trae da esse forti impulsi"<sup>175</sup>.

La bioetica, in quanto tale, non è né cattolica, né laica, né laicista, ma unicamente una branca dell'etica, che come abbiamo visto in precedenza, si interroga sulle problematiche inerenti la ricerca, la cura e l'assistenza, ma data l'attualità del dibattito, questo corso, non poteva tralasciare l'argomento. Non avendo, però, la possibilità di offrire un sistematico approfondimento, ci limiteremo unicamente a qualche accenno per sintesi<sup>176</sup>.

## 1. Bioetica Cattolica della "Sacralità della vita"

La *bioetica cattolica*, cioè l'insegnamento ufficiale della Chiesa cattolica, che pone come fondamento la Sacra Scrittura, la Tradizione, la Dottrina e i Documenti del Magistero, oltre che la ragione e la filosofia, ha come fondamento assoluto, universale, immutabile ed irrinunciabile da applicare alle singole questioni bioetiche *la dignità e la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale*. Di conseguenza, il divieto assoluto di uccidere un essere umano!

Questa "persuasione" si fonda sulla *creaturalità dell'uomo*: "ogni persona è stata voluta da Dio per se stessa ad immagine e somiglianza del Dio vivente e santo"<sup>177</sup>.

Un'essenza, questa, che offre all'uomo la più alta dignità rispetto a tutte le creature terrene, e rende la vita di ogni persona *non disponibile* a nessuna situazione o atto che possa nuocerla o sopprimerla:

- nella fase iniziale, ad esempio, con l'aborto,
- nella fase terminale con la sospensione dell'alimentazione e della idratazione artificiale, con l'eutanasia o con il suicidio "consapevole".

I primi capitoli del libro della Genesi presentano l'uomo come la sola creatura amata da Dio per se stessa, mentre le altre forme di vita sono ordinate al suo sviluppo e alla sua prosperità. E tutta la Sacra Scrittura mostra che la persona, nonostante la sua fragilità, è al vertice della creazione e superiore a tutte le creature, inferiore unicamente agli spiriti celesti. Quindi, ogni creatura terrestre, è finalizzata unicamente al bene della persona, mentre questa non può essere trasformata "in strumento" di nessuno.

Chi è l'uomo?

---

<sup>175</sup> *Enciclopedia of Bioethics*, op. cit., pg. 329.

<sup>176</sup> Testi per l'approfondimento: L. BATTAGLIA, *Bioetica senza dogmi*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2009; G. FORNERO, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Mondadori, Milano 2009; G. FORNERO – M. MORI, *Laici e cattolici in bioetica: storia e teoria di un confronto*, Le Lettere, Firenze 2012.

<sup>177</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, Libreria Vaticana, Città del Vaticano 1999, n. 2319.

Colui che:

- con la sua intelligenza può scrutare, dominare e trasformare l'universo;
- con la sua libera volontà può assoggettare a sé le creature;
- attraverso i suoi sensi può gustare la bellezza e l'armonia delle cose;
- per mezzo della sua mano può trasformare la realtà fisica in ciò che pensa.

E la realizzazione e la felicità dell'uomo stanno nella partecipazione alla vita stessa del Creatore.

Per la grandezza che l'uomo possiede agli occhi di Dio e per le sue caratteristiche peculiari, ogni vita, anche quella affetta da grave handicap fisico o ritardo mentale o vissuta in stato vegetativo permanente, è sempre *un valore immenso* e, come tale, un bene sul quale, solo il Creatore, può deciderne la conclusione.

Concetto chiaramente ribadito dalla "Congregazione della Dottrina della Fede" affermando: "Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente"<sup>178</sup>, e da san Giovanni Paolo II: "di questa vita (...) Dio è l'unico signore: l'uomo non può disporne"<sup>179</sup>.

Principi che implicano in positivo la norma dell'accoglienza e del rispetto e, in negativo, il rifiuto della sua menomazione e soppressione.

Una riflessione sul significato della bioetica cattolica che vuole spiegarne le motivazioni di fondo è quella di F. D'Agostino e L. Pallanzani che riportiamo: "A ben vedere, la bioetica 'cattolica' è confessionale come qualsiasi altra bioetica religiosa, ma non fideistica o dogmatica, nella misura in cui elabora anche razionalmente in modo complementare alla fede i discorsi bioetici: non è arazionale o irrazionale, non impone al credente una accettazione cieca e acritica della verità, ma esige una comprensione del significato della fede alla luce della ragione, che illumini e rafforzi la fede. La prospettiva 'cattolica' è la prospettiva di chi partendo dall'esistenza di Dio (giustificabile anche sul piano della ragione), fonda la spiegazione dei principi e dei valori bioetici"<sup>180</sup>.

Per quanto riguarda il rapporto con la scienza e la ricerca, così possiamo riassumere la posizione della Chiesa cattolica.

"La scienza e la tecnica richiedono, per loro intrinseco significato, il rispetto incondizionato dei criteri fondamentali della moralità: debbono essere cioè al servizio della persona umana, dei suoi diritti inalienabili e del suo bene vero e integrale secondo il progetto e la volontà di Dio"<sup>181</sup>.

Con mille sollecitazioni per un'etica pienamente intesa, condivisa e praticata, rispettosa e conscia del valore dell'uomo nella sua globalità, la Chiesa cattolica ha sempre manifestato la sua voce.

Soprattutto a seguito del Concilio Vaticano II, la Chiesa si è aperta al dialogo e all'interscambio col mondo contemporaneo consapevole di poter offrire un contributo essenziale alla "salvezza dell'uomo", arricchendosi a sua volta in questo confronto.

Papa Paolo VI, Giovanni Paolo II, Benedetto XVI e Francesco, in varie occasioni,

---

<sup>178</sup> CONGREGAZIONE DELLA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae*, Introduzione 4.

<sup>179</sup> *Evangelium vitae*, op.cit., n. 39.

<sup>180</sup> F. D'AGOSTINO – L. PALAZZANI, *Bioetica. Nozioni fondamentali* (II ed.), La Scuola, Brescia 2013, pg. 79.

<sup>181</sup> Cfr.: *Donum vitae*, op. cit., Introduzione, n. 2.

hanno dichiarato fondamentale il contributo di “tutti indistintamente”, laici e cristiani, credenti o non, società civile e confessionale per integrare e moltiplicare le risorse umane, le sole adattabili e rinnovabili anche nelle circostanze più drammatiche ed imprevedibili.

Per questo, con spiccata sensibilità ma anche con ponderazione, la Chiesa cattolica invita al dialogo rispettoso con quanti che pur riferendosi a presupposti diversi, sono disponibili alla ricerca di orientamenti e di soluzioni che risultano rispettose dei valori umani fondamentali.

Tutto ciò è ben riassunto da san Giovanni Paolo II quando affermò: “Dobbiamo promuovere un confronto serio ed approfondito con tutti, anche con i non credenti, sui problemi fondamentali della vita umana, nei luoghi di elaborazione del pensiero, come nei diversi ambiti professionali e là dove si snoda quotidianamente l’esistenza di ciascuno”<sup>182</sup>.

## 2. Bioetica laicista della “Qualità della vita”

Nel campo laicista, sono presenti varie impostazioni e differenti vedute, che primariamente riguardano, primariamente, la distinzione tra “vita biologica” e “vita umana”, ed il concetto che “la vita”, non essendo ritenuto un dato metafisico, è connotata prevalentemente dalla caratteristica della *qualità* come ricordato dal filosofo Seneca: “non è un bene vivere, ma il vivere bene”<sup>183</sup>, e da J. S. Mill: “su se stesso, sulla sua mente e sul suo corpo, l’individuo è sovrano”<sup>184</sup>.

Dunque la bioetica laicista che possiamo definire anche bioetica della “qualità della vita”, si basa sull’autonomia-autodeterminazione e la vita non è un bene oggettivo in sé e per sé, ma un bene da “poter disporre”. Perciò, non è la vita in quanto tale o l’espressione di una volontà divina ad essere importante, ma *la sua qualità* che si trasforma in conseguenza di vari fattori. Quindi, in determinate situazioni, può anche essere interrotta.

Il suo valore non è intrinseco, ma è strettamente dipendente dalle modalità in cui è vissuta, per cui è la “qualità” a determinarne il valore.

Evidenziamo brevemente le principali proposizioni di questa visione<sup>185</sup>.

1. *La disponibilità della vita* in rapporto alla sua qualità; di conseguenza, non esistono limiti pregiudiziali alla volontà di auto-determinazione e di auto-manipolazione.

2. *L’autonomia decisionale dell’uomo nello scegliere come vivere e come morire* rispetto ad ordini sacri o profani precostituiti.

La responsabilità è personale e non delegabile ad altri. Da qui, il rifiuto del paternalismo medico e il diritto di intervenire attivamente nel rapporto con il medico per accettare o rifiutare le cure dopo opportuna informazione (Consenso informato).

---

<sup>182</sup> *Evangelium vitae*, op.cit., n. 95.

<sup>183</sup> L. A. SENECA, *Lettera a Lucilio*, vol I, libro 8°, lettera 70, Rizzoli, Milano 1999, pg. 447.

<sup>184</sup> J. S. MILL, *Saggio sulla libertà*, Il Saggiatore, Milano 1993, pg. 71.

<sup>185</sup> Un documento di riferimento della bioetica laicista italiana è il “Nuovo manifesto di bioetica laica” (25 novembre 2005).

3. *L'assenza di divieti assoluti* nella società, come pure *di concezioni morali valide per tutti* e in ogni tempo e le conclusioni sono sempre provvisorie e soggettive. Ecco allora la proposta di un'etica "senza verità" che si adatti ai cambiamenti dei valori del mondo contemporaneo.

4. *Il differente valore qualitativo delle vite*, giungendo alle posizioni radicali di alcuni emblematici autori dell'odierno dibattito culturale.

Per P. Singer che si definisce un utilitarista ed è conosciuto dal grande pubblico soprattutto come il "profeta della liberazione animale"<sup>186</sup>, ad esempio, le persone si suddividono in tre categorie protette o non protette a secondo del grado di esercizio della libertà. Un altro elemento sottolineato da Singer nella sua classificazione è il grado di percepire piacere o dolore.

Troviamo:

*\*gli esseri autocoscianti*: cioè gli adulti in grado di intendere e di volere, ma anche alcuni animali con un certo grado di razionalità e di autocoscienza (gorilla e scimpanzé), per i quali è valido il rispetto totale dell'autonomia;

*\*gli esseri coscienti*: animali, feti, neonati, persone con disabilità o patologie mentali..., nel confronto dei quali si pone il problema della massimizzazione del piacere e della minimizzazione della sofferenza;

*\*gli esseri non coscienti*: embrioni, neonati anencefalici, persone in stato vegetativo persistente... di fronte ai quali non si pongono problemi etici e morali, poichè non vivranno mai una degna qualità di vita. Di conseguenza, la loro soppressione, risulta moralmente accettabile.

In questa visione è assente il *concetto di natura* che mostra che l'uomo non si dona da solo la vita ma è soggetto a leggi di valenza biologica e morale.

Alla "legge morale naturale" si è sostituito il pensiero che l'uomo costruisce liberamente se stesso, e di conseguenza, non è vincolato da nessun limite. Significativa è questa affermazione di Singer sull'eutanasia: "Sarebbe molto più rispettoso della libertà e autonomia individuale legalizzare l'eutanasia, e lasciare decidere ai pazienti se la loro condizione sia sopportabile o no (...). La forza dell'argomento per l'eutanasia volontaria consiste in questa combinazione di rispetto per le preferenze, o autonomia, di coloro che decidono per l'eutanasia, e una chiara base razionale per la decisione stessa"<sup>187</sup>.

Questo modello attribuisce, inoltre, ampia importanza alla ricerca scientifica e tecnologica, indipendente dai valori che potrebbero essere compromessi o sacrificati, poiché da questa può derivare nuove opzioni di libertà e la diminuzione della sofferenza.

Possiamo concludere affermando che "La visione laica" che noi definiamo laicista, "vede nel progresso della conoscenza la fonte principale del progresso dell'umanità (...). Ogni limitazione alla ricerca scientifica imposta nel nome dei pregiudizi che questa potrebbe comportare per l'uomo equivale in realtà a perpetuare sofferenze che potrebbero essere evitate"<sup>188</sup>.

---

<sup>186</sup> Cfr.: P. SINGER, *Liberazione animale*, Il Saggiatore, Milano 2010.

<sup>187</sup> P. SINGER, *Etica pratica*, Liguori editore, Napoli 1989, pg. 147.

<sup>188</sup> *Manifesto di bioetica laica*, op. cit.

### 3. Valutazioni

Come abbiamo potuto constatare, la bioetica laicista dedica ampia attenzione al concetto di *qualità della vita* soprattutto di fronte al dolore e alla sofferenza; ma il concetto richiede alcune riflessioni.

La dicitura “qualità della vita” è d’uso comune coinvolgendo la sfera societaria e personale, estendendosi dalla salute al desiderio di autodeterminazione.

Indicativa, per comprendere l’odierna percezione della “qualità della vita”, è “l’irrealistica” definizione di salute proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): “Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo assenza di malattia e di infermità”, cui fa seguito un’ambigua concretizzazione: “Lo stato di benessere fisico e mentale è necessario per vivere una vita piacevole, produttiva e ricca di significato”.

E’ opportuno sottolineare, per superare il rischio dell’utopia, che a nessuno sarà possibile realizzare contemporaneamente tutte le mete privilegiate dalla società, come pure i vari tipi di “benessere” proposti dall’OMS.

Perciò, in pochi, se dovessimo assumere come riferimento esistenziale l’espressione dell’OMS, riuscirebbero a programmare una vita piacevole, produttiva e ricca di significati. Questo ci fa affermare che la *qualità della vita* percepita unicamente in termini di beni, d’efficacia e di piacere contrasta con il concetto di *sacralità della vita*, poichè chi non raggiunge un livello minimale o affronta situazioni di completa compromissione, senza possibilità di recupero, smarrirebbe il significato dell’esistenza.

E allora, ritorna impellente una domanda iniziale: come considerare, gli handicappati gravi o mentali, gli affetti da alzheimer, i malati terminali o in stato vegetativo persistente?

La visione che esalta primariamente la “qualità della vita”, è rischiosa nella sanità e nel socio-sanitario poichè valorizza unicamente le porzioni di esistenza riferibili alla materialità, tralasciando le dimensioni percepibili dai sensi (relazioni affettive, amore, amicizia, mutualità, solidarietà...) e l’aspetto spirituale.

E’ quindi opportuno identificare parametri alternativi per definire “*una degna vita di qualità*”, anche se immersa nel dolore, poichè una rilevante ed accettabile “qualità” può ottenerla anche il fragile e il malato grave.

Questa coincide:

- con il *livello d’adattamento alle limitazioni esistenziali*,
- con l’accoglienza positiva delle trasformazioni che la patologia comporta,
- con il significato attribuito a quel periodo della vita.

L’errore fondamentale sta nel coniugare il parametro di qualità con il concetto di salute, dimenticando che la malattia, la disabilità e le difficoltà sono parti costitutive del Dna di ogni uomo. E per quanti sforzi si faranno, sarà impossibile debellare totalmente l’infermità ed allontanare la morte, l’unica certezza di ogni uomo.

E’ importante, quindi, riappropriarsi della *cultura della malattia* che dia senso al soffrire e valore di esperienza umana anche al morire.

L’exasperazione del concetto di qualità potrebbe anche diffondere

subdolamente un clima culturale di morte oltre che un messaggio ambiguo: le condizioni di terminalità o di fragilità grave ed invalidante non sono conciliabile con un'esistenza degna di essere vissuta. Di conseguenza, la vita di molti rischia di trasformarsi, come ricordato da M. Melazzini<sup>189</sup>, in una "patente a punti".

"Oggi, afferma Melazzini, la vita è come una patente a punti: se perdi qualche funzione, ti scalano i primi punti. A un certo punto, se perdi molte funzioni, finisci il credito e ti tolgono la patente di persona"<sup>190</sup>.

Chi possiede esperienze di vita ospedaliera, ben sa che nessun sofferente, quando gli sono offerte accettabili condizioni di assistenza e di affetto chiede "di morire".

Ma oggi, alcuni malati e disabili, devono quasi implorare di poter "essere liberi di vivere". Pensiamo, ad esempio, all'enorme iter burocratico, il più delle volte disumano, da percorrere per usufruire di interventi essenziali e vitali.

Il sofferente grave chiede di "essere libero di vivere", e tutti, in teoria, siamo d'accordo; ma chi lo assiste o lo sostiene economicamente...?

Attualmente, in Italia, nonostante le tutele Costituzionali e le molteplici leggi, centinaia di malati e di disabili devono implorare di poter "essere liberi di vivere", non essendo adeguatamente sorretti dallo Stato e dalla società civile.

*Ecco allora, l'appello, ad impegnare le energie e le risorse a favore della vita che è la finalità ultima dell'arte medica.*

## Conclusioni

Di fronte alla drammaticità di alcune situazioni esistenziali e a tematiche bioetiche estremamente complesse, ragionare in termini di scontro confessionale è fuorviante.

Inoltre, secondo E. Sgreccia, la contrapposizione tra bioetica cattolica e bioetica laicista "è stata sviluppata, in buona misura artificialmente. E' una polemica di alcuni centri e studiosi per contrapporre a una visione 'aperta' e 'rispettosa' delle scelte di tutti – quale sarebbe quella laica –, la visione cattolica indicata come 'chiusa' e 'intollerante', inaccettabile in una società pluralistica ed eterogenea come la nostra. L'opposizione tra 'bioetica cattolica' e 'bioetica laica' è dunque fuorviante e fittizia"<sup>191</sup>.

Unicamente un costante e reale confronto tra differenti modelli valoriali, oltre che dimostrarsi positivo e prepositivo alla società civile, potrà evitare le prevaricazioni di alcune correnti ideologiche, consentendo di collocare nella giusta prospettiva i vari problemi che la scienza e la sanità devono affrontare.

Una provocazione finale: la clausola "*etsi deus non daretur*" posta alla base del pensiero laicista, escludendo a priori dal dibattito bioetico le prospettive che si riferiscono ai valori proposti dalla religione cattolica, non è *anti-pluralistico*?

---

<sup>189</sup> M. Melazzini è un primario oncologo, malato di SLA, e presidente dell' AISLA (Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica).

<sup>190</sup> M. PANDOLFI, *Malati inguaribili, persone da curare. Con 100 domande a Mario Melazzini e l'appello dei malati di SLA*, Ares, Milano 2007, pg. 54.

<sup>191</sup> E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Vol. I°, Vita e pensiero, Milano 1988, pp. 67-68.

# Parte Seconda

## IL SORGERE DELLA VITA

### CAP. 4 LA PROCREAZIONE UMANA RESPONSABILE

#### INDICE DEL CAPITOLO

##### **1. La vita umana**

1.1. La nascita nell'Antico e nel Nuovo Testamento

1.1.1. I genitori collaboratori di Dio

1.2.1. Il rifiuto del figlio limitativo

1.2.2. La ricerca ossessionata del figlio; il caso delle "mamme-nonne"

##### **2. La famiglia culla della vita**

2.1. La famiglia fondata sul vincolo del matrimonio tra un uomo e una donna

2.2. Le coppie di fatto

2.3. Le coppie di persone omosessuali e le adozioni

2.4. Le coppie sterili

##### **Exursus:**

1. Il divorzio

2. I "sindaci disobbedienti"

### 1. La vita umana

Introduciamo questo paragrafo sulla "procreazione umana" con un pensiero dello scrittore T. S. Eliot, premio Nobel per la letteratura nel 1946.

*"Esce di mano a Dio l'anima semplicetta. E volge ad un mondo di mutevoli varietà; luce e tenebra, secchezza o umido, gelo e calore. Confonde il fantastico e il vero, rende perplessi con gli interrogativi dell'essere e dell'apparire. Il dolore del vivere e la droga dei sogni piegano l'anima piccola. Prega per noi ora e nell'ora della nostra nascita"*<sup>192</sup>.

L'invocazione finale è alquanto significativa di fronte alle inique manifestazioni nei confronti della vita ma anche perché - secondo un aforisma dello scrittore e poeta irlandese O. Wilde - *"vivere è la cosa più rara del mondo. La maggior parte della gente esiste, e questo è tutto"*<sup>193</sup> (da *Poesie*, 2006).

#### 1.1. LA NASCITA NELL' ANTICO E NEL NUOVO TESTAMENTO

La Bibbia narra alcune nascite con caratteristiche particolari.

- Realizzazione della promessa da parte di Dio della discendenza espressione della Sua benedizione. Ricordiamo lo sconforto che assalì Abramo nella lunga attesa di un figlio e ai molteplici dubbi nei riguardi di Dio.
- Con un "compito specifico" da attuare. Ne sono esempio Mosè, Geremia, Natam,

---

<sup>192</sup> T. S. ELIOT, *Poems*, 1920.

<sup>193</sup> O. WILDE, *Poesie*, 2006.



Giovanni Battista...

Anche il Regno di Dio inizia con una nascita.

A Betlemme, gli angeli, proclamano ai pastori: "Vi annuncio una grande gioia, oggi è nato per voi il Salvatore"<sup>194</sup>.

L'evangelista Giovanni, nel prologo del suo Vangelo, rammenta che il "Verbo si è fatto carne e venne ad abitare in mezzo a noi"<sup>195</sup>.

Questi episodi mostrano che "ogni nascita" è un evento misterioso ed immenso, comprensibile appieno unicamente se interpretato come un "dono".

Ad ogni nuova creatura Dio affida una vocazione e una missione da realizzare a servizio di tutta l'umanità. Ogni uomo, malato o sano, ricco o povero, colto o analfabeta, è una parte o meglio una "tesserina" insostituibile del mosaico che il Creatore ha progettato di realizzare nella storia. Non importa la misura o il colore di questa; fondamentale è esistere guidati dalla certezza che la vita è "un dono ricevuto per essere donato".

### 1.2.I GENITORI COLLABORATORI DI DIO

Dio chiama i genitori con la paternità e con la maternità ad una particolare collaborazione alla sua azione di Creatore e di Padre come ricordano i primi capitoli del libro della Genesi.

Uomo e donna, due creature diverse ma complementari, si uniscono per donare una nuova vita.

Al sorgere della storia, quando Dio plasmò l'uomo e la donna a "Sua immagine e somiglianza", il Creatore agì in "prima persona"<sup>196</sup>. In seguito, si avvale della cooperazione dell'uomo e della donna mediante determinate leggi naturali: "Siate fecondi e moltiplicatevi"<sup>197</sup>.

Ogni vita, dunque, è un "dono di Dio" che si origina dall'amore Creatore mediante la collaborazione indispensabile e responsabile della coppia. Ciò è manifestato nella gioiosa affermazione di Eva che esclamò di aver "acquistato un uomo dal Signore"<sup>198</sup>. "L'esclamazione di Eva, 'madre di tutti i viventi', si ripete ogni volta che viene al mondo un nuovo uomo ed esprime la gioia e la consapevolezza della donna di partecipare al grande mistero dell'eterno generare; infatti, gli sposi partecipano della potenza creatrice di Dio"<sup>199</sup>. Ne consegue che matrimonio, famiglia e generazione nel progetto iniziale di Dio sono l'espressione naturale della comunicazione dell'amore. Ricorda monsignor M. Camisasca: "l'uomo e la donna si uniscono mettendo in comune dei patrimoni genetici e simbolici che vengono da lontano e che danno origine a un nuovo essere umano. Nel far questo capiscono che la vita che hanno donata è essa stessa un dono che hanno ricevuto. La novità che introduce nel mondo il nuovo nato è una novità assoluta, non una trasformazione di ciò che già esiste. Generare persone, dunque, è una novità universale che esiste in tutti i tempi e in tutti i luoghi della terra. Come ha scritto

---

<sup>194</sup> VANGELO DI LUCA, 2,10.

<sup>195</sup> VANGELO DI GIOVANNI, 1,12.

<sup>196</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 1,27.

<sup>197</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 1,28.

<sup>198</sup> LIBRO DELLA GENESI, 4,1.

<sup>199</sup> CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, n. 14.

Hannah Arendt, 'in ogni nascita un nuovo inizio appare all'interno del mondo, un mondo nuovo è virtualmente giunto all'esistenza' (*La nature du totalitarisme*, Payot, Paris 1990, pg. 342). Questo mondo nuovo è la persona<sup>200</sup>.

Però, il desiderio e la volontà dei genitori che offrono con la loro disponibilità le premesse alla vita, sono fondamentali ma insufficienti. "Affermando che i coniugi, come genitori, sono collaboratori di Dio Creatore nel concepimento e nella generazione di un nuovo essere umano non ci riferiamo solo alle leggi della biologia; intendiamo sottolineare piuttosto che nella paternità e nella maternità umane Dio stesso è presente in modo diverso da come avviene per ogni altra generazione sulla terra. Infatti, soltanto da Dio può provenire quell'immagine e somiglianza che è propria dell'essere umano, così com'è avvenuto nella creazione. La generazione è la continuazione della creazione"<sup>201</sup>.

I coniugi, dunque, cooperano con Dio, non unicamente a livello biologico ma anche spirituale essendo la generazione un evento simultaneo e unitario<sup>202</sup>. Ma, rammentava il beato papa Paolo VI nell' enciclica "Humanae vitae": "Nel compito di trasmettere la vita, gli sposi non sono liberi di procedere a proprio arbitrio, come se potessero determinare in modo del tutto autonomo le vie oneste da seguire, ma, al contrario, devono conformare il loro agire all'intenzione creatrice di Dio, espressa nella stessa natura del matrimonio e dei suoi atti, e manifestata dall'insegnamento costante della Chiesa"<sup>203</sup>.

Purtroppo, nella nostra società, che ha eclissato il "senso di Dio" e, di conseguenza svanito il valore dell'uomo, come affermato più volte da san Giovanni Paolo II: "La creatura senza il Creatore svanisce (...). Anzi l'oblio di Dio priva di luce la creatura stessa"<sup>204</sup>, oppure: "Una volta escluso il riferimento a Dio, non sorprende che il senso di tutte le cose ne esca profondamente deformato, e la stessa natura, non più 'mater', sia ridotta a materiale aperto a tutte le manipolazioni"<sup>205</sup>; questa società ha smarrito anche la visione sacrale del generare, l'atteggiamento dello stupore e le espressioni di ringraziamento. L'eclissi del sacro, accennato in precedenza, la notiamo anche dal fatto che il battesimo, che dovrebbe rappresentare uno dei primi doni per il figlio, o viene procrastinato nel tempo o non è amministrato.

L'aver scordato la collaborazione che Dio richiede ai genitori, ha fatto dimenticare, come ricordato da papa Francesco il 29 dicembre 2014 all' "Associazione delle Famiglie Numerose" che "ognuno dei vostri figli è una creatura unica che non si ripeterà mai più nella storia dell'umanità. Quando si capisce questo, ossia che ciascuno è stato voluto da Dio, si resta stupiti di quale grande miracolo sia un figlio".

La mancanza dello stupore, provoca due atteggiamenti entrambi negativi:

-il rifiuto del figlio;

-la "ricerca" del figlio oltre ogni razionale considerazione.

---

<sup>200</sup> M. CAMISASCA, *Discorso alla città di Reggio Emilia in occasione del patrono san Prospero*, 24 novembre 2014.

<sup>201</sup> *Gaudium et spes*, op. cit., n. 14.

<sup>202</sup> Cfr.: *Gaudium et spes*, n. 14.

<sup>203</sup> PAOLO VI, Enciclica *Humanae vitae*, n. 10.

<sup>204</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 36.

<sup>205</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 12.

Ma “l’amore non è solo sentimento, è decisione”; quindi i figli “non sono oggetti né da produrre né da pretendere o contendere e non sono a servizio dei desideri degli adulti”<sup>206</sup>.

### 1.2.1.IL RIFIUTO DEL FIGLIO

Un tempo lontano i figli significavano “ricchezza”: c’erano tante bocche da sfamare, questo sì, però una volta cresciuti erano “redditi” per la famiglia.

Oggi, invece, alcune coppie per motivazioni psicologiche, sociali ed economiche, temendo il futuro e l'imprevedibile che accompagna questi decenni di difficoltosa congiuntura economica, temono nel generare un figlio. Di conseguenza, attuano metodi ed espedienti vari per evitare una gravidanza.

Obiettivamente, dobbiamo riconoscere la presenza, in varie situazioni, di problemi concreti: entrambi i coniugi lavorano per far fronte al vertiginoso aumento del costo della vita o agli impegni assunti in passato, l’abitazione inadeguata, la precarietà occupazionale...; ma queste reali situazioni non giustificano il rifiuto di una vita.

Un’altra motivazione riguarda il fatto che “i figli costano”, dimenticando proposte educative al sacrificio, alla sobrietà e alla rinuncia al superfluo, scordando che fino agli anni 70’ del XX secolo, pur essendoci una notevole povertà, la maggioranza delle famiglie erano numerose. Ma anche oggi, se ci guardassimo attorno attentamente, scopriremmo degli splendidi esempi di nuclei familiari numerosi, non particolarmente benestanti, ma ricchi di gioia, di entusiasmo e di progetti per il futuro.

Generare dei figli in Italia espone realmente la famiglia al rischio povertà, infatti una famiglia su quattro con tre o più figli vive nella povertà. Ci troviamo in questa situazione poiché negli ultimi decenni la politica, non solo non ha sostenuto valorialmente ed economicamente le famiglie, ma in alcuni casi le ha fortemente penalizzate.

Ma “l’apertura alla vita” è basilare per la società e per superare l’attuale crisi economica.

Ricordava il Messaggio dei vescovi italiani in occasione della “XXXV Giornata Nazionale per la Vita” dal titolo: “*Generare la vita, vince la crisi*”. “Donare e generare la vita significa scegliere la via di un futuro sostenibile per un’Italia che si rinnova: è questa una scelta impegnativa ma possibile (...). La disponibilità a generare, ancora ben presente nella nostra cultura e nei giovani, è tutt’uno con la possibilità di crescita e di sviluppo: non si esce da questa fase critica generando meno figli o peggio ancora soffocando la vita con l’aborto, bensì facendo forza sulla verità della persona umana, sulla logica della gratuità e sul dono grande e unico del trasmettere la vita, proprio in una situazione di crisi”<sup>207</sup>.

Il basso tasso di natalità che si registra nel contesto societario italiano, causato, come già affermato, anche dall’assenza di “serie politiche” a favore della maternità e della famiglia, è un indice altamente negativo per la qualità di vita del nostro Paese e per il suo futuro.

Nel 2014 in Italia si è toccato il “minimo storico” di nascite dagli anni della Prima

---

<sup>206</sup> A. BAGNASCO, *Prolusione all’Assemblea Generale della CEI*, Assisi 11 novembre 2014.

<sup>207</sup> CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Messaggio per la XXXV Giornata Nazionale per la vita*, 2013.

Guerra Mondiale: secondo l'Istat ci sono stati 503 mila nascite e 598 mila decessi; 12mila in meno rispetto al 2013 che già aveva avuto una diminuzione di 6mila bebè rispetto al 2012. Un numero che impressiona maggiormente se lo confrontiamo con il 1964 quando nacquero circa il doppio dei bambini. E l'ecatombe non sembra arrestarsi, poiché i dati dei primi mesi del 2015 rischiamo di andare sotto la soglia dell'anno precedente.

L'indice di natalità per donna in età fertile nel nostro Paese è del 1,27%, mentre per un corretto equilibrio della popolazione occorrerebbe una crescita minima del 2,1 %. In rapporto alle nazioni occidentali il nostro Paese ha la fecondità più bassa. E il fenomeno, iniziato negli anni '70 del secolo scorso, avrà preoccupanti ripercussioni nel futuro intergenerazionale ed economico. Dai calcoli statistici si ipotizza che nel 2020 "l'indice di vecchiaia", cioè il rapporto percentuale tra le persone ultrasettantacinquenni e gli adolescenti con meno di quindici anni, supererà il 120%. Si comprende la gravità del dato esaminando i risultati dei censimenti degli ultimi decenni: la percentuale del rapporto nel 1951 era del 40%, nel 1991 del 80% e nel 2001 del 91%.

E a livello planetario, secondo un studio pubblicato dalla rivista *The Lancet* nel novembre 2014, e firmato da quattro esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Bleard, Bormea Suzman e Chatterji coordinatore dello studio), si prevede che gli anziani saranno nel 2020 oltre il 20% del totale della popolazione mondiale e a metà di questo secolo, circa 2 miliardi di persone saranno anziane, contro gli 841 milioni di oggi.

Un ultimo dato non incoraggiante: la demenza senile che oggi affligge 44 milioni di persone, nel 2050 ne colpirà 135 milioni.

Mentre il secolo XX fu caratterizzato dal "baby boom" nonostante la recessione economica degli anni '30 e la Seconda Guerra Mondiale, il XXI sarà distinto dall'invecchiamento della popolazione poiché lo standard prevalente delle famiglie è il "figlio unico". Ma, con il figlio unico, sarà catastrofe poiché la maggioranza delle famiglie non riuscirà a soddisfare i bisogni che sorgeranno nella stessa; pensiamo, ad esempio, alla gestione dei genitori anziani nelle famiglie mononucleari. Anche l'attuale sistema sanitario "universalistico", non reggerà di fronte alle richieste della popolazione anziana, maggiormente soggetta alle malattie e, in molti casi, affetta da polipatologie cronico-degenerative, bisognosa di farmaci, d'indagini diagnostiche e di ricoveri ospedalieri frequenti. E il sistema previdenziale si trasformerà in un miraggio! La velocità dell'invecchiamento della popolazione, l'ampiezza dei problemi connessi, l'incapacità a livello politico e culturale dell'analisi dei dati e della programmazione delle soluzioni e la rigidità sociale, stanno trasformando l'aspetto demografico in un drammatico problema di cui purtroppo, pochi, si rendono conto. E anche la famosa alta fecondità degli immigrati, su cui si contava, è ormai un mito, considerato che nell'arco di appena cinque anni il "numero di figli" per donna fra le straniere residenti in Italia è sceso da 2,5% a 2,1%.

Ricordano ancora i vescovi italiani che generare la vita "richiede alla politica una gerarchia di interventi e la decisione chiara di investire risorse sulla persona e sulla famiglia, credendo ancora che la vita vince anche la crisi"<sup>208</sup>.

---

<sup>208</sup> *Messaggio per la XXXV Giornata Nazionale per la Vita*, op. cit.

Una Nazione che non mobilita le energie per infondere fiducia nei cittadini ad investire a favore della ricchezza maggiore, vale a dire la vita, è destinata ad un lento ma inesorabile declino.

A questo proposito osservava il cardinale J. Ratzinger: "C'è una strana mancanza di voglia di futuro. I figli, che sono il futuro, vengono visti come una minaccia per il presente. Ci portano via qualcosa della nostra vita, così si pensa. Non vengono sentiti come speranza, bensì come limitazione. Il confronto con l'Impero Romano al tramonto si impone: esso funzionava ancora come grande cornice storica, ma in pratica viveva già di quei modelli che dovevano dissolverlo, aveva esaurito la sua energia vitale"<sup>209</sup>.

Mentre in Italia continua la politica del "non sostegno alle famiglie con figli", in altri Stati europei più progettuali di noi, la situazione è totalmente diversa.

Un esempio virtuoso è quello francese che nel 2006 visse un "baby-boom" con 800mila nascite in più rispetto all'anno precedente e il trend è poi continuato negli anni.

Ciò fu possibile perché la Francia, allora governata da N. Sarkozy, esaminò con serietà il problema comprendendone la gravità; di conseguenza programmò ammortizzatori sociali e sgravi fiscali per le famiglie, come pure agevolazioni per le neo-mamme oltre che la "conservazione" del posto di lavoro.

L'esempio francese mostra cosa significhi, in politica, "guardare al futuro" e non "navigare a vista", poiché 800mila nascite in più in un anno significa, a lungo termine, un numero maggiore di lavoratori e di contribuenti, "manna" per gli squilibri crescenti del sistema previdenziale, appesantito anche dal prolungamento medio della vita.

In Germania, le detrazioni fiscali per figlio è triplo rispetto a quello italiano, inoltre le scuole paritarie sono totalmente gratuite come nella maggioranza dei Paesi europei, garantendo così la libertà di educazione.

Provvedimenti, che noi neppure ci sogniamo, anzi, ad esempio, nella legge finanziaria presentata dal governo presieduto da R. Prodi nel 2007, si inserì un ticket di 10 euro per le visite specialistiche in gravidanza, tassando pure la maternità.

Da ultimo evidenziamo "le penalizzazioni" che alcune donne subiscono negli ambiti lavorativi a seguito di una maternità, oppure non sono assunte poiché gravide o giovani, quindi più a rischio di gravidanza. Oltre il venti per cento delle telefonate che giungono al "Centro Donna" della Camera del Lavoro riguardano le difficoltà di reinserimento nel mondo occupazionale dopo la gravidanza. Afferma una responsabile: "In alcuni casi non vengono concesse le aspettative perché si discute sull'interpretazione della legge; in altri si fatica molto prima di poter ottenere il part-time, ma, soprattutto, ascoltiamo le denunce di donne che, dopo il parto, vengono discriminate malgrado siano più scolarizzate e più motivate dei loro colleghi uomini". A questi problemi vanno aggiunti quelli di sempre: i costi, trovare l'asilo, la tata...

L'Italia, inoltre, possiede nei confronti dei Paesi occidentali, il poco invidiabile primato delle natalità "più tardive", con una media di 5 bambini partoriti da donne

---

<sup>209</sup> M. PERA- J. RATZINGER, *Senza radici*, Mondadori, Milano 2004, pg. 60.

“over 40” ogni 100 nascite. Come abbiamo rilevato, anche per motivi lavorativi, ma ciò incrementa biologicamente l’infertilità, diminuisce le possibilità di rimanere gravide e alimenta il business dei centri di procreazione medicalmente assistita.

La conclusione del paragrafo la lasciamo alla domanda presente nel Messaggio dei Vescovi Italiani per la 37° Giornata Nazionale della Vita” (1 febbraio 2015): “i bambini che nascono oggi, sempre meno, si ritroveranno ad essere come la punta di una piramide sociale rovesciata, portando su di loro il peso schiacciante delle generazioni precedenti. Incalzante, dunque, diventa la domanda: *che mondo lasceremo ai figli, ma anche a quali figli lasceremo il mondo?*”.

### 1.2.2.LA RICERCA OSSESSIONATA DEL FIGLIO; IL CASO DELLE “MAMME-NONNE”

All’opposto delle coppie che “rifiutano i figli”, altre si caratterizzano per un *puerismo narcisistico*, proiettando nel figlio le attese e il bisogno di riconoscimento; di conseguenza lo ricercano con spasimo, ritenendolo “un loro diritto”.

Alcune donne, con scarsa responsabilità, sostengono la maternità in età avanzata, in ogni situazione, anche all’esterno del matrimonio o in coppie omosessuali.

Spesso, siamo messi a conoscenza, che donne oltre i 50 anni, a volte all’approssimarsi dei 60, hanno generato dei figli. E negli ultimi anni, il fenomeno delle cosiddette “mamme-nonne” è in costante aumento. Ciò preoccupa, poichè queste “situazioni anomale”, stanno trasformandosi in “fenomeno culturale”, mostrando naturale “il diritto” al figlio ad ogni età.

Il “New York Magazine”, pubblicò in copertina nel marzo 2013 la foto di una signora sessantenne nuda, al settimo mese di gravidanza, con la domanda: “*E’ troppo vecchia per fare questo?*”. E all’interno del settimanale un *dossier* di sette pagine, in cui l’autrice L. Miller, prendeva posizione contro “il pregiudizio che queste coraggiose mamme sono costrette ad affrontare”. Ma nell’ articolo nessuna riflessione a favore dei bambini!

Nei confronti di questi atti egoistici, che volendo ampliare alcuni diritti soggettivi, mostrano l’incapacità della donna ad ammettere i propri limiti, *il giudizio è totalmente negativo*. Si pone a rischio il futuro dei figli, poichè in età biologicamente avanzata, il padre e la madre non saranno idonei ad esercitare il ruolo di genitori, soprattutto a livello educativo, per l’ampio scarto generazionale e per le forze fisiche e psicologiche sempre minori<sup>210</sup>.

---

<sup>210</sup> Lasciamo la parola ad una giovane donna che ha vissuto l’esperienza di figlia di “genitori-nonni”. La testimonianza espone con profonda sofferenza e grande realismo il futuro dei figli partoriti in età avanzata.

“Mio padre ha 86 anni, io 31”. Il padre alla sua nascita aveva 55 anni.

“Tra me e mio padre c’è stato un gap generazionale incolmabile, oserei dire abissale. In più non ho mai visto mio padre a lavoro, essendo andato in pensione quando avevo 9 anni. Quando io volevo correre e andare in bicicletta lui ha smesso, quando io ho cominciato a scoprire il mondo fuori dalla mia città lui ha smesso di viaggiare. E così via per tantissime cose. Più che un padre ho avuto un nonno, sempre più lontano dal mondo che scorre tutto intorno. Mio padre, ad esempio, non sa chi siano Freddy Mercury o i Doors. Punti in comune zero! Ed ora che, in questo periodo non facile, sto tentando di consolidarmi un futuro lavorativo ed affettivo, mio padre mi dà pensieri, poichè in rapido declino cognitivo. E questo è un grosso peso, non vivendo più nella stessa città. Infine mi vedo costretta a rinunciare alla possibilità di esperienze lavorative

Impressionò la fotografia di *Marilyn McReavy Nolen* pubblicata da una rivista. Ex allenatrice di squadre di pallavolo, tra cui quella olimpionica degli Stati Uniti nel 1968, a 55 anni partorì due gemelli. Nell'immagine, lei con i capelli biondi, le labbra e il collo con vistose rughe e le mani coperte da ampie macchie, posava con Travis e Rhan di sei anni. Era il ritratto di una "nonna" non di una "mamma"!

In Italia, la legge 40/2004, riconoscendo il diritto del nascituro ad una famiglia biologicamente armonica, proibisce all'articolo 5 la procreazione medicalmente assistita alle donne che hanno superato l'età potenzialmente fertile. Ma l'uso irresponsabile della libertà, fa compiere ad alcuni genitori, la follia di recarsi all'estero per ottenere ciò che in Italia giustamente è vietato.

## 2. La famiglia culla della vita

Trattando la procreazione è doveroso accennare al ruolo della famiglia eterosessuale, sancita dal vincolo del matrimonio, riconosciuto fondamentale sia dalla Costituzione Italiana che gli riserva alcuni articoli (cfr.: artt. 29-31 e 37), dai quali trarre indicazioni basilari sulla sua natura e sulla sua rilevanza giuridica, che dalla Dottrina della Chiesa Cattolica come ben evidenziato da papa Francesco: "La famiglia rimane al fondamento della convivenza e la garanzia contro lo sfaldamento sociale. I bambini hanno il diritto di crescere in una famiglia, con un papà e una mamma, capaci di creare un ambiente idoneo al loro sviluppo e alla loro maturazione affettiva. Per questa ragione, nell'Esortazione apostolica *Evangelii gaudium*, ho posto l'accento sul contributo 'indispensabile' del matrimonio alla società, contributo che 'supera il livello dell'emotività e delle necessità contingenti della coppia' (n. 66)"<sup>211</sup>.

La famiglia, colonna fondante della società, oggi è attaccata dalle "coppie di fatto" (o unioni civili) che vorrebbero essere riconosciute legalmente e dall'inquietante fenomeno delle "unioni tra persone omosessuali" che, in alcuni casi, adottano anche dei bambini.

E' "irresponsabile", ricordava il cardinale A. Bagnasco, "indebolire la famiglia, creando nuove figure per scalzare culturalmente e socialmente il nucleo portante della persona e dell'umano", e tutto ciò "con distingu pretestuosi" che hanno l'unico scopo "di confondere la gente" e "di essere una specie di cavallo di Troia di classica memoria"<sup>212</sup>.

### 2.1. LA FAMIGLIA FONDATA SUL VINCOLO DEL MATRIMONIO TRA UN UOMO E UNA DONNA

La famiglia, fondata sul vincolo del matrimonio tra un uomo e una donna, oltre che trovare origine nella legge naturale è un' "istituzione divina", essendo Dio

---

fuori dall'Italia per potergli stare dietro quel poco che posso".

La sua conclusione: "Mi dispiace, ma chi fa un figlio in tarda età è solo un egoista. Un figlio non è un diritto, ma un dono; nè tanto meno deve essere un investimento per risparmiare sulla badante. Scusate la crudezza, ma questa è la realtà che vivo in prima persona" (*Dal forum del Corriere della Sera*).

<sup>211</sup> PAPA FRANCESCO, *Ai partecipanti al Colloquio internazionale sulla complementarità tra uomo e donna, promosso in Vaticano dalla Congregazione per la Dottrina della Fede*, 20 novembre 2014.

<sup>212</sup> *Prolusione all'Assemblea Generale della CEI*, op. cit.

stesso l'ideatore di questa unione che ha come fondamento "l'indissolubilità". Il matrimonio dovrebbe raggiungere due altissime finalità: la crescita nell'amore dei coniugi e la loro cooperazione alla generazione e alla rigenerazione dei figli.

Dunque, come già affermato in precedenza, nell'ottica cristiana, la paternità e la maternità sono il prolungamento dell'azione creatrice di Dio.

I genitori, inoltre, sono chiamati anche alla "rigenerazione" dei figli nella fede chiedendo per loro il Battesimo che li costituisce "figli adottivi" di Dio e componenti della Chiesa inserendoli nella comunità cristiana.

Ma oggi "è in atto la più grave aggressione della storia all'avvenimento cristiano, ai valori cristiani, al patrimonio esistenziale cristiano. Solo delle anime eccezionalmente candide o eccezionalmente sciocche possono negarlo o non riconoscerlo. E questa aggressione trova uno dei principali bersagli proprio nella famiglia"<sup>213</sup>.

Concordando con questa visione del cardinale G. Biffi, identifichiamo i molteplici motivi che pongono in crisi l'istituto matrimoniale.

-I nefasti modelli culturali di rapporti offerti dal contesto socio-culturale.

-L' amore sempre più romantizzato.

-Il martellante discredito dell' "impegno definitivo".

-La rinuncia al "sacrificio" che ogni unione comporta.

-La separazione, in alcuni casi, tra matrimonio e procreazione.

-La figura che la donna ha dovuto assumere negli ultimi decenni: moglie, madre, lavoratrice.

-La figura del padre messa in discussione perdendo autorevolezza.

-La rinuncia di alcuni genitori all'educazione ai valori umani e cristiani, punti centrali di ogni programma pedagogico.

-L' esasperato individualismo.

Tra i molteplici compiti attribuiti alla famiglia, assume un'importanza primaria quello *educativo*.

E' una delle sfide maggiori per i nuclei famigliari, che oggi soffrono profonde crisi di rapporti e, nella educazione dei figli, a volte sono impreparati a trasmettere *certezze e valori*, essendo condizionati e strumentalizzati da "una mentalità e da una forma di cultura che portano a dubitare del valore della persona umana, del significato stesso della verità e del bene, in ultima analisi della 'bontà della vita'<sup>214</sup>.

Per questo, notiamo negli educatori, una profonda crisi di fiducia che rende ostico modellare solide personalità.

E' venuta meno la *capacità educativa dei genitori*, soprattutto dei più giovani, dove a volte sembrano assenti: il "coraggio dell'autorevolezza" nei confronti dei principi civili, sociali e religiosi; l'attitudine a trasmettere "l'identità valoriale" e la "memoria storica" della nostra cultura e delle nostre tradizioni; l'equilibrio tra "libertà" e "disciplina" affermando, nei modi più adeguati, dei "sì" e dei "no", precisi e fermi, scordando il rilievo delle regole nella formazione del carattere e nella preparazione ad affrontare le sfide e le situazioni di disagio che

---

<sup>213</sup> G. BIFFI, *Intervento all'Assemblea diocesana dell'Azione Cattolica della Chiesa di Bologna*, 27.2.1994.

<sup>214</sup> Cfr.: BENEDETTO XVI, *Lettera alla diocesi di Roma sul compito urgente dell'educazione*, 21 gennaio 2008.



la vita riserverà. Carenze che fanno crescere “frotte di ragazzi insicuri, incapaci di gestirsi e totalmente ego-riferiti”<sup>215</sup>.

Si ha l'impressione, inoltre, che i genitori, in alcune situazioni, siano percepiti maggiormente come “amici” che come “educatori”, essendo faticoso mostrarsi autorevoli quando è carente la presenza, la competenza, il coinvolgimento personale e la credibilità. Nessun ragazzo, adolescente o giovane, accetterà norme prive di un volto e di una storia.

Scrivendo D. Law Nothe nel libro “I bambini imparano ciò che vedono”: “Se un bambino vive con la critica impara a condannare, se un bambino vive con l'ostilità impara ad essere violento, se un bambino vive con la gelosia impara ad invidiare. Se un bambino vive con la tolleranza impara ad essere paziente, se un bambino vive con la giustizia impara ad essere onesto, se un bambino vive con la serenità impara ad aver fede, se un bambino vive con l'accettazione e l'amicizia impara a scoprire l'amore presente nel mondo”<sup>216</sup>.

Inoltre, in varie famiglie, *si ritiene fondamentale “l'aver” dimenticando “l'essere”*.

Si propone come ideale prioritario “la ricerca della propria felicità” mediante il perseguimento di una supremazia da esprimersi svincolata da ogni tipo di obbligo. Non possiamo scordare che i genitori con alle spalle meno di mezzo secolo di vita, figli della modernità, sono cresciuti nella “società del benessere”, quando nelle famiglie già si educava all'aver e si diffondeva pericolosamente l'ideologia del “figlio felice”, da crescere senza rinunce e protetto nelle varie situazioni. Tutto era concesso; i sacrifici rimanevano unicamente a carico dei genitori. “Mi rendo conto che i miei due ragazzi (una figlia di 13 anni e un ragazzo di 16) sono cresciuti senza mai incontrare una vera difficoltà. E quando vado ‘sul campo’ vedo che chi ha dovuto affrontare percorsi più impervi ha sviluppato una serie di abilità che ai miei ragazzi mancano”<sup>217</sup>.

E così, per i coniugi, è complesso affrontare le inevitabili difficoltà che la vita di coppia riserva e i figli, fragilissimi dentro ma pure sensibili ai valori se conosciuti ed insegnati, percepiscono un “malessere esistenziale”, frutto di un'educazione che ha rifiutato la pedagogia del sudore, della correzione e del sacrificio.

Gli oggetti hanno sostituito il contatto umano e la relazione educativa creando un preoccupante vuoto e, quando questi non soddisfano più, si sfida la vita oppure ci si presta per ogni atto di vandalismo.

Privilegiare “l'essere” significa invece assumere come prassi uno stile quotidiano basato sul rispetto, sulla solidarietà, sul valore della giustizia, sulla difesa dei diritti di autonomia e di libertà dell'altro.

Alla base della cultura dell' “essere” stanno l'amore e la solidarietà intesi non come tecniche da imparare ma come comportamenti da assumere innanzitutto, nella famiglia, prendendosi a cura l'altro e sentendosi responsabili non solo della propria felicità ma anche di quella altrui.

I nostri figli, sognando di divenire adulti “completi” e “maturi”, implorano educatori preparati e motivati; genitori educatori, insegnanti educatori, sacerdoti educatori

---

<sup>215</sup>M. UNGAR, *Troppo protetti per il loro bene*, McClelland & Stewart 2009, pg. 24.

<sup>216</sup>D. LAW NOTHE, *I bambini imparano ciò che vedono*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1989, pg. 47.

<sup>217</sup>*Troppo protetti per il loro bene*, op. cit., pg. 32.

che costituiscano una rete di “complicità educativa” nella quale, ogni adulto, si ritenga responsabile della crescita dei propri figli e dei figli di tutti nella formazione alla “vita buona” e alla “bontà della vita”.

Un ottimo punto di riferimento per identificare i comportamenti da assumere all’interno in questo nucleo, sono le indicazioni che san Paolo offre alle famiglie della comunità di Colossi<sup>218</sup>.

“*Fratelli*”, scriveva san Paolo, “*rivestitevi di sentimenti di misericordia, di bontà, di umiltà, di mansuetudine, di pazienza; sopportatevi a vicenda e perdonatevi scambievolmente; ...e siate riconoscenti*”<sup>219</sup>.

Questo è il clima che deve regnare nella famiglia affinché sia un’autentica comunità di amore.

Nessuna altra comunità è più profonda, unifica le persone, rende l’uomo felice come la famiglia. Ma, nessuna altra comunità è *esigente* come la famiglia!

La famiglia offre ad ogni suo componente “il massimo” ma richiede un ingente impegno sia dei genitori che dei figli.

E perché la famiglia possa offrire “il massimo” occorre favorire un clima fondato sulla bontà, sull’umiltà, sulla pazienza, sulla mansuetudine e sulla dolcezza.

Inoltre, non può mancare il perdono, che significa sopportazione vicendevole, capacità di chiarirsi e di spiegarsi. San Paolo in altro contesto affermava: “*Non tramonti il sole sopra la vostra ira*”<sup>220</sup>. Cioè, la sera, prima di addormentarsi è indispensabile chiarirsi e riconciliarsi, affinché il tempo non renda problematiche questioni banali.

E poi la riconoscenza: “*siate riconoscenti!*”.

L’assenza di riconoscenza è la causa di varie freddezze e di innumerevoli incomprensioni.

E San Paolo continuava: “*La Parola di Cristo dimori tra voi abbondantemente*”<sup>221</sup>.

Questo significa che Dio vuole essere “*l’ospite fisso*” nella famiglia. Un “ospite” che si ascolta, al quale ci si rivolge e che si prega.

“La memoria di Cristo rigenera continuamente il rapporto affettivo e coniugale. Il rapporto può proseguire nel tempo, proprio perché è rigenerato nel rapporto personale con Cristo (...). Siccome è questa stessa memoria che genera l’affettività, il rapporto nasce e continua se si riconosce l’altro come parte del mistero di Cristo”<sup>222</sup>.

Importante è la partecipazione all’Eucarestia “fonte stessa del matrimonio cristiano”. Infatti è “in questo sacrificio della nuova ed eterna alleanza che i coniugi cristiani trovano la radice dalla quale scaturisce, è interiormente plasmata e continuamente vivificata la loro alleanza coniugale”<sup>223</sup>.

Non scordiamo, infine, questa esortazione di san Giovanni Paolo II: “Mamme, le insegnate ai vostri bambini le preghiere del cristiano? Li preparate, in consonanza coi sacerdoti, i vostri figli ai sacramenti della prima età: Confessione, Comunione,

---

<sup>218</sup> Cfr.: LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3,12-21.

<sup>219</sup> LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3,12-15.

<sup>220</sup> PRIMA LETTERA DI SAN PAOLO AI CORINTI, 12,2.

<sup>221</sup> LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3,16.

<sup>222</sup> L. NEGRI, *Il Matrimonio*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2003, pp. 31-32.

<sup>223</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Lettera Familiaris consortio*, n. 57.

Cresima? Li abituate, se ammalati, a pensare a Cristo sofferente? A invocare l'aiuto della Madonna e dei santi? Lo dite il Rosario in famiglia? E voi, papà, sapete pregare coi vostri figlioli, con tutta la comunità domestica, almeno qualche volta? L'esempio vostro nella rettitudine del pensiero e dell'azione, suffragato da qualche preghiera comune, vale una lezione di vita, vale un atto di culto di singolare merito; portate così la pace nelle pareti domestiche<sup>224</sup>.

*Un clima orante ha come conseguenza "l'educazione alla carità".* Ricordavano i nostri vescovi: "La famiglia è il primo luogo in cui l'annuncio del Vangelo della carità può essere vissuto e verificato in maniera semplice e spontanea: marito e moglie, genitori e figli, giovani ed anziani"<sup>225</sup>. Indicano poi i comportamenti concreti: rapporto di reciproca carità tra uomo e donna, fedeltà coniugale, paternità e maternità responsabile e generosa, accoglienza degli anziani, aiuto alle famiglie in difficoltà<sup>226</sup>.

E San Paolo concludeva il brano affermando: "*voi figli obbedite ai genitori in tutto (...). E voi padri non esasperate i vostri figli perché non si scoraggino*"<sup>227</sup>. Parole sagge e di grande equilibrio perché la famiglia, come affermato in precedenza, offre "il massimo" unicamente se funziona, cioè se ciascuno, dai più grandi ai piccoli, faccia sempre e bene la propria parte, ricordando che lo sposo è diverso dalla sposa ed essere genitori è differente dall'essere figli; ma sposo e sposa, genitori e figli sono "un'unica cosa" nell'unità della casa. "Quando parliamo di complementarietà tra uomo e donna in questo contesto, non dobbiamo confondere tale termine con l'idea semplicistica che tutti i ruoli e le relazioni di entrambi i sessi sono rinchiusi in un modello unico e statico. La complementarietà assume molte forme, poiché ogni uomo e ogni donna apporta il proprio contributo personale al matrimonio e all'educazione dei figli. La propria ricchezza personale, il proprio carisma personale, e la complementarietà diviene così di una grande ricchezza. E non solo è un bene, ma anche è bellezza"<sup>228</sup>.

Due annotazioni finali.

1.L' educazione alla fede, ai valori e alla carità dovrà essere attuata anche nei vari ambiti educativi e scolastici. Da qui nasce l'impegno delle famiglie di esigere dallo Stato, come già avviene in alcuni Paesi europei, la possibilità di scegliere liberamente la scuola per i propri figli, senza costi aggiuntivi, oltre che indicare i valori educativi che l'istituzione scolastica dovrà offrire.

Ciò trova il fondamento nel *principio di sussidiarietà* di cui abbiamo trattato in precedenza. Perciò "dobbiamo sostenere i genitori nella responsabilità di educare i figli, tutelando il loro imprescindibile diritto a dare ai figli l'educazione che ritengono più idonea. I genitori, infatti, rimangono i primi e principali educatori dei loro figli, pertanto hanno il diritto di educarli in conformità alle loro convinzioni morali e religiose"<sup>229</sup>.

---

<sup>224</sup> *Familiaris Consortio*, op. cit., n. 60.

<sup>225</sup> ETC n. 30.

<sup>226</sup> Cfr. ETC n. 30

<sup>227</sup> LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3.20-21.

<sup>228</sup> *Ai partecipanti al Colloquio internazionale sulla complementarietà tra uomo e donna, promosso in Vaticano dalla Congregazione per la Dottrina della Fede*, op.cit.

<sup>229</sup> PAPA FRANCESCO, *Discorso ai partecipanti alla plenaria del Consiglio delle Conferenze Episcopali*

2. Attenzione all' "ideologia del Gender" che alcuni vorrebbero inserire nei programmi scolastici e che altri subdolamente mascherano<sup>230</sup>.

## 2.2. LE COPPIE DI FATTO

Oggi il matrimonio è sostituito in vari casi dalla "convivenza", sia come periodo di prova precedente il "sì" definitivo, sia come scelta prolungata nel tempo. Ma purtroppo l' esperienza dimostra che alcune coppie, dopo un "periodo insieme", si sfasciano appena regolarizzata la loro situazione con il matrimonio religioso o civile.

Anche se in Italia ci si può sposare in "brevissimo tempo" e con "poche spese" recandosi di fronte a un giudice o a un ufficiale civile, negli ultimi anni sono fortemente aumentate le persone conviventi privi di qualunque legame giuridico, convinti che l' istituzione matrimoniale non aggiunga valore alla loro unione e, nel caso la relazione si concludesse, sarebbero minori i vincoli burocratici da sciogliere nonostante l'approvazione del "divorzio breve".

Il Rapporto Censis del gennaio 2014 evidenzia che negli ultimi dieci anni le coppie coniugate con figli sono diminuite di 739mila unità (- 7,8%), mentre quelle conviventi con figli sono 274mila in più. Dunque, un bambino su quattro, nasce da coppie con legami non ufficiali anche se su undici coppie, dieci sono sposate e una è "di fatto".

A seguito di questo nuovo fenomeno societario, cresce nell'opinione pubblica "la richiesta di riconoscimento" di questi nuclei con modalità giuridiche simili a quelle matrimoniali mediante quelli che possiamo definire "matrimoni di seconda classe" o "matrimoni deboli".

Queste unioni, intendono sradicare dalla società la famiglia composta da un uomo e da una donna e disgregare i legami affettivi e sociali presenti nel matrimonio tradizionale, e tutto ciò anche a seguito della scellerata Risoluzione del Parlamento Europeo del 16 marzo 2000 (A5-0050/00) che equipara il matrimonio alle "unioni di fatto" anche omosessuali.

Tutto ciò lascia dubbi anche sul futuro dei figli.

Pur convinti che le "unioni di fatto" (o unioni civili) sappiano, in parte, offrire al figlio sia l'amore che un idoneo clima per la crescita, riteniamo negativo privare il bambino delle indispensabili "garanzie di stabilità" presenti unicamente nella famiglia fondata sul matrimonio.

Inoltre, questa anomala situazione, potrebbe danneggiare anche la formazione dell'identità individuale come ricorda la storia del leggendario cavaliere errante "Guerino il meschino" (o Guerin meschino) di Andrea da Barberino (1473) che affrontò innumerevoli pericoli per scoprire chi fossero i suoi genitori.

A questo punto sorge "una domanda" e si aprono "tre tipologie di riflessioni".

*"Quale può essere l'interesse della società a regolamentare queste situazioni che sono in aperta contraddizione con la contrattualizzazione del rapporto di coppia e l'assunzione di responsabilità nei riguardi dei terzi?"*

### *1. Le motivazioni.*

E' quanto meno preoccupante che di fronte ad un figlio, si rifiuti ostinatamente la

---

*Europee*, 3 ottobre 2014.

<sup>230</sup> All'argomento dedicheremo il capitolo 9 di questo testo.

formalizzazione legale della vita coniugale.

Nella maggioranza dei casi, ciò avviene probabilmente “per paura”; non si vuole assumere “questa responsabilità” e la definitiva stabilità. Di conseguenza, ci chiediamo: L’incapacità decisionale non può essere letta come “un’ipoteca” sul futuro dei figli?

### *2. La salvaguardia della libertà di scelta della persona.*

Le unioni di fatto, sono un esempio lampante di fraintendimento della libertà e contemporaneamente di disimpegno nei riguardi delle responsabilità.

Nel nostro Stato, ognuno è libero di vivere “con chi vuole”, e non potrebbe essere altrimenti, ma i diritti compresa la reversibilità della pensione e la possibilità di adottare figli, devono essere garantiti unicamente a chi accetta anche i doveri di una determinata situazione. Ad esempio, il Disegno di Legge sui “Dico” (Diritti e doveri delle persone stabilmente conviventi), presentato nel febbraio 2007 dal governo presieduto da R. Prodi, elargiva diritti ma richiedeva pochi doveri, per la precisione due. La mutua assistenza durante la convivenza e, nel caso di separazione di una convivenza protrattasi oltre cinque anni, l’obbligo degli alimenti, per un periodo limitato, al partner in stato di bisogno.

### *3.1 “diritti negati”.*

La terza riflessione riguarda quelli che sono definiti i “diritti negati” ai due conviventi che per alcuni non esistono.

E’ quella dei “diritti negati” un’affermazione totalmente falsa, poiché questi sono tutelati dagli 90’ del ventesimo secolo e presenti nel nostro ordinamento mediante “scritture private” e “patti notarili” che potrebbero essere anche potenziati ma unicamente nell’ambito di un “rapporto privato”.

Esaminiamone alcuni.

-*Anagrafe*: il regolamento anagrafico del 30 maggio 1989 affermava che: “l’anagrafe è costituita da schede individuali, di famiglia e di convivenza”.

-*Assistenza*.

*sanitaria;*

La legge n.91 del 1 aprile 1999 prescrive che i medici devono fornire: “informazioni sulle opportunità terapeutiche... al coniuge non separato o al convivente *more uxorio*”.

Inoltre, negli ultimi anni, a seguito delle normative sulla Privacy, nella cartella clinica è riportato colui che il paziente autorizza a colloquiare con i medici.

-*Visita ai detenuti*: l’ordinamento penitenziario prevede colloqui e l’utilizzo telefonico al “convivente detenuto” seguendo le stesse condizioni stabilite per il coniuge (cfr.: legge 354 del 1975).

-*Permesso retribuito*: la legge n.8 del 2000 “Disposizioni per il sostegno della maternità e paternità”, riconosce il permesso retribuito al lavoratore o alla lavoratrice, come pure di fronte alla documentata grave malattia del convivente.

-*Locazione*: la Consulta, con la sentenza 404 del 1988, ha riconosciuto al convivente *more uxorio* il diritto di succedere nel contratto di locazione in caso di morte del partner, anche quando sono presenti eredi legittimi.

-*I figli*: non esiste nessuna differenza sul “piano legislativo” tra genitori regolarmente sposati e conviventi. Ad esempio, la legge 6 del 2004, nell’elencare chi può esercitare il ruolo di “amministratore di sostegno” di una persona priva di autonomia, inserisce “la persona stabilmente convivente”, subito dopo il coniuge e

prima del padre, della madre, dei figli e dei fratelli.

-*Accesso ai Consultori Familiari*: è garantito per problemi psicologici e sociali anche ai componenti di una convivenza (Cfr.: legge 405 del 1975).

Nel lungo elenco di diritti già riconosciuti troviamo l'assegnazione degli alloggi popolari, il risarcimento del danno patrimoniale, la protezione dei collaboratori di giustizia e delle vittime di estorsione o usura.

Quindi, di fronte ad una legislazione che già tutela queste persone, e soprattutto nei confronti di una "libera scelta" che si esprime nel rifiuto del matrimonio, è incomprensibile il grande impegno di alcuni, in particolare della senatrice M. Cirinnà (con il suo Disegno di Legge) nei confronti di una problematica che potrebbe domani legittimare ogni situazione anomala. Si ha l'impressione, che questa costante e agguerrita lotta alla famiglia tradizionale, abbia la finalità di banalizzare e indebolire il matrimonio, progetto pericoloso per il nostro futuro. Ammoniva il cardinale A. Bagnasco: "anche solo l'apertura apparentemente piccola di una fessura, può trasformarsi nell'inizio di una voragine".

Un significativo esempio è offerto dalla Svezia, il primo Paese europeo che riconobbe alcuni diritti nel 1987 alle "coppie di fatto". Oggi, in questa nazione, dove nascono oltre il 60% di bambini all'esterno del matrimonio, l'istituzione matrimoniale non ha più alcuna specificità giuridica ed è del tutto irrilevante da un punto di vista sociale.

Lo Stato deve garantire ad ogni persona i diritti che gli spettano come singolo, ma deve riconoscere per il "bene comune" le leggi scritte nella natura e nel creato. Ma a proposito del "Disegno di Legge Cirinnà", l'onorevole I. Scalfarotto affermò: "L'unione civile non è un matrimonio più basso ma è la stessa cosa. Con un altro nome per una questione di realpolitik<sup>231</sup>".

### **2.3.LE COPPIE DI PERSONE OMOSESSUALI E LE ADOZIONI**

*Due doverose premesse.*

*Prima.*

Quando trattiamo tematiche riguardanti l'omosessualità è sempre doveroso richiamare il massimo rispetto che dobbiamo a queste persone come ricordano vari documenti del Magistero della Chiesa Cattolica. "Va deplorato con fermezza che le persone omosessuali sono state e siano ancora oggetto di espressioni malevole e di azioni violente. Simili comportamenti meritano la condanna dei pastori della Chiesa, ovunque si verificano. Essi rivelano una mancanza di rispetto per gli altri, lesiva dei principi elementari su cui si basa una sana convivenza civile. La dignità propria di ogni persona dev'essere sempre rispettata nelle parole, nelle azioni e nelle legislazioni"<sup>232</sup>.

*Seconda.*

Accanto al rispetto, una drammatica realtà ci spaventa: quello che è avvenuto in alcuni Paesi, dalla Francia di Hollande alla Gran Bretagna di Cameron, dalla Germania della Merkel agli Stati Uniti di Obama, all'Irlanda di Kenny, cioè le nozze gay occupano sempre maggiore importanza nelle agende politiche. In

---

<sup>231</sup> LA REPUBBLICA, 16 ottobre 2014.

<sup>232</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Cura pastorale delle persone omosessuali*, 1986, 10.

Argentina, Belgio, Canada, Danimarca, Islanda, Norvegia, Olanda, Spagna, Portogallo, Sudafrica, Svezia, queste coppie sono state legalizzate. E l'Italia fatica a non farsi contagiare dalla *contagiosa* epidemia; è un esempio il già citato Disegno di Legge "Cirinnà"<sup>233</sup>.

Sempre accanto al rispetto, vogliamo chiaramente affermare, che quello espresso in questo testo è *un chiaro rifiuto* nei confronti della legalizzazione delle unioni omosessuali come pure della possibilità di adottare dei figli.

Il riconoscimento giuridico delle coppie di persone omosessuali con la conseguente facoltà di adozione di bambini è "*un'anomalia*" che ci preoccupa non unicamente a livello cristiano ma anche umano poiché, ancora una volta, è stravolta sia una costante dei nostri costumi, ma soprattutto la stessa natura umana. La diversità sessuale, uomo e donna, dimostra che nessuna persona, uomo o donna, possiede in sé "tutto l'umano", presente, nella sua completezza, unicamente nell'unione maschile e femminile. Di conseguenza: "E doveroso opporsi in forma chiara e incisiva. Ci si deve astenere da qualsiasi tipo di cooperazione formale alla promulgazione o all'applicazione di leggi così gravemente ingiuste e, per quanto è possibile, dalla cooperazione materiale sul piano applicativo. In questa materia ognuno può rivendicare il diritto all'obiezione di coscienza"<sup>234</sup>.

Nel precedente paragrafo abbiamo discusso sulle "coppie di fatto" o unioni civili, ora continuiamo la riflessione puntando la nostra attenzione sulle "coppie di persone omosessuali" poiché alcuni si chiedono: "se un uomo e una donna possono unirsi civilmente e ottenere determinati diritti perché gli stessi non dovrebbero spettare all'unione di due uomini o di due donne? Proibire ciò non è discriminare gli individui in base alle loro tendenze sessuali?".

"No", essendo diverso il "discriminare" dal "proibire"! E' la stessa proibizione che viene posta in essere, ad esempio, nei confronti della poligamia...

Nessuno intende negare "diritti individuali" alle persone omosessuali, anzi se non ne godono alcuni fondamentali è doveroso riconoscerli. Ma, unicamente, "diritti individuali" e non quei diritti derivanti dalla condizione matrimoniale. Gli uomini e le donne omosessuali, posseggono la libertà di scegliere la convivenza, e non potrebbe essere che così, ma da questa non possono trarre i diritti conseguenti al matrimonio. E poiché oggi questa situazione di libertà è già presente nella nostra società, è incomprensibile la richiesta di altre normative<sup>235</sup>.

---

<sup>233</sup> Essendo in esame in Parlamento e avendo suscitato forti proteste nella società civile non possiamo prevedere l'esito finale.

<sup>234</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Considerazioni circa i progetti di riconoscimento legale delle unioni tra persone omosessuali*, 2003, n. 7.

<sup>235</sup> Su questa tematica riportiamo alcune riflessioni di una nota scrittrice: Oriana Fallaci: "In una società, in qualsiasi angolo della Terra, in qualsiasi Paese, esclusa la Spagna di Zapatero, il matrimonio è l'unione di un uomo e di una donna. (...) Non capisco perché in una società dove tutti possono convivere liberamente cioè senza dar scandalo o essere considerati reprobati, gli omosessuali sentano l'improvviso e acuto bisogno di sposarsi. (...) Spero che sia un'isteria temporanea un capriccio alla moda, una forma di esibizionismo o di conformismo, perché, se non lo è, si tratta d'una provocazione legata alla pretesa di adottare i bambini e sovvertire il concetto biologico di famiglia. Insomma un'intimidazione".

Poi continua: "Le leggi dello Stato non possono ignorare le leggi della Natura. Non possono falsare le parole 'genitori' e 'coniugi'. Lo Stato non può consegnare un bambino, cioè una creatura indifesa e ignara, a genitori coi quali egli vivrà credendo che si nasce da due babbi o da due mamme e non da un babbo e da una mamma. E a chi ricatta con la storia dei bambini senza cibo e senza casa rispondo: un bambino non è un

Oggi, non ci troviamo di fronte alle situazioni che caratterizzarono le cosiddette "battaglie per i diritti civili" dal divorzio all'aborto, comportamenti che erano proibiti dalla legge; l'unione privata di persone omosessuale non è vietata o perseguita legalmente.

Coloro che promuovono il riconoscimento delle unioni omosessuali sono le stesse lobby che negli anni 60' del XX secolo decretarono la "fine del matrimonio" e denigravano la famiglia come "struttura borghese" e predicavano il "libero amore". Oggi, questi ambienti, chiedono che "tutto" diventi "famiglia" e "matrimonio".

Il riconoscimento delle unioni omosessuali avrebbe esiti devastanti per la nostra società e per le future generazioni come l'ebbero il divorzio e l'aborto, poichè la visione che sottostà a queste richieste è quella di diffondere nella società e nel contesto educativo l'idea della "normalità" dei disordini nella sfera sessuale distruggendo definitivamente i pochi valori che ancora possediamo.

La finalità della campagna mediatica e ideologica che vari gruppi e lobby stanno conducendo ha come obiettivo la "parificazione culturale di ogni tipo di unione affettiva" elevando l'omosessualità a modello societario e di costume.

Una precisazione: alcuni sostengono che nella nostra Costituzione non si parli di matrimonio tra uomo e donna ma solo di "famiglia naturale". E' vero che negli articoli 29,30,31 riguardanti la famiglia si usa il termine "famiglia naturale" ma senz'altro i Padri Costituenti si riferirono alla famiglia formata da un uomo e una donna. Non è stato specificato per un motivo così spiegato da G. Ferrara: "Per i costituenti non c'era niente da specificare, l'indifferenza di genere avrebbe portato chi la sosteneva verso la fine degli anni Quaranta direttamente in manicomio. La famiglia naturale è ciò che allora si riconosceva come evidenza del reale"<sup>236</sup>.

Inoltre, questo concetto, è stato più volte affermato dalle varie Corti. Riportiamo a titolo di esempio due giudizi due pareri della Corte Costituzionale.

Sentenza n. 138/2010: "... l'istituto del matrimonio civile, come previsto nel vigente ordinamento italiano, si riferisce soltanto all'unione stabile tra un uomo e una donna... La giusta e doverosa tutela, garantita ai figli naturali, nulla toglie al rilievo costituzionale attribuito alla famiglia legittima ed alla (potenziale) finalità procreativa del matrimonio che vale a differenziarlo dall'unione sessuale".

Sentenza n. 170/2004: "...stabiliva (e tuttora stabilisce) che i coniugi dovessero essere persone di sesso diverso".

Dunque, il matrimonio omosessuale, cioè l'unione tra persone dello stesso sesso è chiaramente anticostituzionale!

E' opportuno concludere riservando una riflessione sui gravi *danni antropologici e psicologici* che rischiano nella crescita i figli di coppie omosessuali. E' questa una riflessione che si è fatta urgente anche a seguito di sentenze che ci lasciano sbigottiti<sup>237</sup>.

---

cane o un gatto da nutrire e basta, alloggiare e basta. E' un essere umano, un cittadino, con diritti inalienabili. Ben più inalienabili dei diritti o presunti diritti di due omosessuali con smanie materne o paterne" (*L'Apocalisse*, Rizzoli, Milano 2004, pp. 222-224).

<sup>236</sup> IL FOGLIO, 27 maggio 2015.

<sup>237</sup> Una tra le più eclatante fu quella della Corte Europea di Strasburgo per i diritti dell'Uomo del febbraio 2013 che assegnò un bambino a due mamme lesbiche austriache.

Una delle due donne ha un figlio nato dalla precedente relazione coniugale. Con la separazione il bambino



Un recente studio “Più a rischio suicidio e malattie” di M. Regnerus, sociologo dell’Università del Texas, pubblicato sulla rivista "Social Science Reserach" che riporta i risultati di una ricerca sui figli delle coppie omosessuali, è alquanto allarmante.

Alcuni dati:

- Il 12% dei figli delle coppie omosessuali “pensa” al suicidio contro il 5% dei figli delle coppie eterosessuali;
- il 40% dei figli delle coppie omosessuali è più propenso al tradimento contro il 13% dei figli delle coppie eterosessuali;
- il 28% dei figli delle coppie omosessuali sono disoccupati contro l’ 8% dei figli delle coppie eterosessuali;
- il 19% dei figli delle coppie omosessuali ricorre alla psicoterapia contro l’ 8% dei figli delle coppie eterosessuali;
- il 40% dei figli delle coppie omosessuali contrae patologie trasmissibili sessualmente contro l’8% dei figli delle coppie eterosessuali;

Lo studio di Regnerus fu giudicata “la ricerca scientifica più ampia e più dettagliata a livello internazionale”. Anche il “New York Times” evidenziò positivamente la ricerca in base alle valutazioni di diciotto esperti e docenti universitari che l’hanno definita “attendibile” e “rigorosa”.

I drammi psicologici dei figli delle coppie omosessuali sono riportati anche nel libro: “La famiglia. Il genoma che fa vivere la società”<sup>238</sup> del sociologo Pier Paolo Donati docente di sociologia all’università di Bologna e già presidente dell’Associazione italiana di sociologia. In un’intervista al quotidiano Avvenire, alla domanda: “Riguardo ai figli delle coppie gay ci sono dati precisi?”, Donati rispose: “Da indagini effettuate su alcune migliaia di adulti cresciuti in coppie omosessuali in Paesi dove queste sono realtà assodate, risultano dati molto negativi: hanno una percentuale tre volte superiori di propensione al suicidio; una propensione tre volte superiore di tradimento del partner; una percentuale cinque volte superiore di disoccupazione, ricorrono tre volte di più a terapie psicologiche”. Allora il giornalista continuò: “Tutto documentato?”. Il sociologo: “Non solo è documentato, ma è il frutto di indagini condotte su campioni vasti da ricercatori che sono partiti dall’intento di dimostrare l’omogeneità fra le varie forme di famiglia, ma che si sono trovati con risultati di segno opposto. Insomma, non è un giudizio morale ma una presa d’atto”<sup>239</sup>.

### **2.3.LE COPPIE STERILI**

La sterilità è una dolorosa situazione che coinvolge il 15-20% delle coppie italiane per un totale di 5 milioni e 300mila persone, ferendole profondamente e

---

fu affidato alla madre. La compagna della madre chiese di poter adottare il piccolo ma la legge austriaca lo vieta, permettendo “l’adozione congiunta” unicamente a persone eterosessuali. Anche il padre del bambino si oppose, dato che “l’adozione congiunta” farebbe cessare il legame genitoriale con il genitore biologico per instaurarlo con l’adottante. Ma, la Corte di Strasburgo, con motivazioni non condivisibili e incomprensibili, riferendosi al “principio di non discriminazione”, si schierò dalla parte delle due donne lesbiche.

E’ scioccante pensare che il papà del bambino essendo vivo, lo incontra regolarmente e lo mantiene economicamente, ma il suo parere “di padre” non conterà più nulla.

<sup>238</sup> Ed. Rubbettino 2013.

<sup>239</sup> AVVENIRE, *La famiglia artificiale*, 9.2.2013, pg. 21.

ponendo in crisi, a volte, la loro identità, non potendo realizzare ciò che è connaturale per gli sposi: la maternità e la paternità. Il dramma, assume nelle singole situazioni, valenze positive o negative; può determinare anche la separazione, oppure consolidare l'amore rendendolo più forte e più aperto, quando i coniugi comprendono che la maternità e la paternità, oltrepassano il vincolo familiare, aprendosi alla fecondità spirituale, che supera la "non idoneità alla procreazione".

La circostanza che la Chiesa cattolica reputi significativo e rilevante il matrimonio degli sposi sterili, attesta che i coniugi possono essere fecondi anche senza figli.

La faticosa ammissione della sterilità incoraggia alcune coppie a rivolgersi ai Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita, accrescendo, il più delle volte, la sofferenza, poichè una percentuale rilevante falliscono l'obiettivo. Inoltre, come ricordato da Benedetto XVI, "il matrimonio costituisce l'unico luogo degno per la chiamata all'esistenza, mentre oggi lo scientismo e la logica del profitto sembrano dominare anche il campo della procreazione umana, giungendo a limitare molte altre aree di ricerca"<sup>240</sup>.

Unicamente una minoranza, prende in considerazione *l'istituto dell'adozione e dell'affido familiare*, interpretato come donare la propria coniugalità ad un bambino, affinché egli possa intraprendere un percorso "di rinascita", che gli restituirà piena dignità e calore umano.

L'*adozione* (nazionale ed internazionale) che fornisce definitivamente la famiglia a chi ne è privo, è un percorso tortuoso prevalentemente per le formalità burocratiche, i costi (diverse migliaia di euro deducibili solo per il 50%) e le incertezze dell'esito finale. Inoltre, si richiedono alcune condizioni: l'età dei coniugi compresa tra i 18 e i 45 anni, con o senza figli, uniti in matrimonio almeno da tre anni.

Con l'adozione, terminano i vincoli giuridici con il nucleo d'origine, e si stabiliscono rapporti di parentela con ascendenti e discendenti dei nuovi genitori.

Secondo i dati dell'ottobre 2014 forniti dall'Aibi (Associazione amici dei bambini), uno dei 62 Enti autorizzati dalla "Commissione per le adozioni internazionali" (Cai), le richieste di adozione sono in vertiginoso calo: dalle 6.000 del 2006 alle 3.000 del 2013, e l'associazione ipotizza che senza interventi legislativi adeguati nel 2020 le adozioni spariranno. E qui, un interrogativo è doveroso: come mai si afferma il presunto "diritto al figlio" e poco o nulla si fa per garantire il diritto ad ogni bambino ad avere dei genitori?

Nell'ottica dell'amore, anche questa modalità di accoglienza va accuratamente verificata per non banalizzarla, o trasformarla in una egoistica realizzazione dei propri desideri.

Più complesso è *l'affido*, cioè l'accoglienza temporanea di un bambino o di un ragazzo, per offrirgli un ambiente diverso dalla famiglia originale supportando così i genitori naturali nel superamento delle difficoltà che li impossibilitano ad occuparsi del figlio. L'affido, della durata massima di due anni, non determina nessun rapporto giuridico di parentela, richiede solidarietà e generosità, comportando un investimento affettivo ed economico, almeno

---

<sup>240</sup> BENEDETTO XVI, *Discorso alla Pontificia Accademia per la Vita*, 25 febbraio 2012.

all'apparenza, privo di gratificazioni. E il distacco è doloroso e drammatico!  
Concludiamo con la testimonianza di Elena e di Maurizio, venticinque anni di matrimonio con tredici affidi, quattro ancora in corso: "Quando si accoglie non si apre la porta di casa solo a un bambino, si accolgono anche la sua storia, le sue fatiche, la sua famiglia naturale e i suoi problemi. Ogni mattina quando ci alziamo, prima di svegliare i nostri quattro figli accolti, ci guardiamo negli occhi e, senza parole, ci riconosciamo felici di questa nostra scelta e contenti di poter crescere accanto a loro, per quel pezzo di strada lungo la quale Dio vorrà farci camminare con loro. Certi che nulla ci è stato tolto, ma molto ci è stato donato"<sup>241</sup>.

## 1.Exkursus sul divorzio

Un dramma ben taciuto e mascherato che la società italiana sta vivendo è quello del divorzio familiare in continua crescita, dimenticando che i soggetti coinvolti, il più delle volte, sono almeno tre: marito, moglie e figlio/i, e questi subiscono le maggiori sofferenze a livello affettivo e psicologico, ma "l'egoismo" dei genitori spesso le ignora.

Il divorzio, legalmente denominato "scioglimento del matrimonio" fu approvato in Italia il 18 dicembre 1970 con la legge n. 898. Nel 1974 fu indetto un referendum per abrogarlo ma la maggioranza della popolazione decise di mantenere in vigore la legge. Fu l'inizio della modifica delle coscienze degli italiani e l'avvio nella società di un dibattito per mettere in discussione i modelli familiari tradizionali.

E i numeri mostrano la concretezza alla nuova realtà. Ad esempio nel 1995, venticinque anni dopo l'entrata in vigore della legge, per ogni 1.000 matrimoni si contavano 158 separazioni e 80 divorzi mentre nel 2013 si è arrivati a 311 separazioni e 182 divorzi per un totale, in un anno, di 88.797 separazioni e 53.806 divorzi. E il 72% delle separazioni e il 62,7% dei divorzi riguardavano coppie con figli nati nel corso del matrimonio (Dati Istat).

Nell'aprile 2015 la Camera dei Deputati con 398 voti favorevoli e soltanto 28 contrari (una maggioranza da alcuni definiti "bulgara"), ha approvato definitivamente il cosiddetto "divorzio breve" su proposta della relatrice della legge, la deputata del PD Alessandra Morani. Se c'è il consenso di entrambi i coniugi, i tre anni per ottenere il divorzio sono ridotti a sei mesi. In così breve tempo, il vincolo matrimoniale, potrà considerarsi dissolto anche in presenza di figli minorenni.

Sul tema del "divorzio breve" così si espresse contrariamente, spiegandone le motivazioni, il cardinale A. Bagnasco, presidente della CEI nella "Prolusione" al Consiglio Permanente il marzo 2014. "I tempi più lunghi tra la separazione e il divorzio sono in una funzione di aiuto, non vogliono essere una coercizione". I tre anni oggi previsti per ottenere il divorzio "sono, da parte della società e dello Stato, una possibilità perché le persone coinvolte possano far decantare

---

<sup>241</sup> FAMIGLIA CRISTIANA, 19/2010, pg. 43.

l'emotività e le situazioni di conflitto e per un tempo di maggiore riflessione e di pausa in modo da affrontare con maggiore serenità un passo così grave". "Accorciare questo tempo – ha proseguito il presidente della CEI – apparentemente può essere una maggiore considerazione della libertà degli individui ma sarebbe, dall'altra parte, una facilitazione ad una decisione così grave, non solo per i coniugi ma per il Paese intero", perché "se due persone stanno insieme con un progetto comune – ha concluso – questo è molto importante per tutta la società e non è un fatto meramente privato".

Il "divorzio breve", è un altro passaggio per mostrare che il matrimonio non è più un bene costituzionale, ma un "contratto" sempre più privato. Ora, alcuni chiedono il "divorzio lampo" o "divorzio immediato"; una sconfitta dopo l'altra dello Stato nei confronti della famiglia! Quando una coppia va in crisi, invece di poter trovare nella comunità un referente che sappia prendersi in carico la situazione, è abbandonata a se stessa.

Alcune riflessioni sui drammi che un divorzio comporta.

1. Il divorzio non è un problema unicamente cattolico ma investe la società civile nel suo complesso, atei compresi.

E' un grosso equivoco racchiudere "l'indissolubilità del matrimonio" nell'ambito del cristianesimo poiché il valore della indissolubilità può essere compreso da tutti anche solo mediante la ragione. Ogni matrimonio, celebrato con rito religioso o civile, comporta un "consenso libero degli sposi" che si promettono un amore esclusivo ed eterno di fronte a qualsiasi situazione e l'apertura alla generazione e all'educazione dei figli.

2. Il divorzio è una grave ingiustizia nei confronti dei figli e procura loro terribili sofferenze e ferite affettive e psicologiche<sup>242</sup>.

---

<sup>242</sup> Tra le centinaia di lettere sull'argomento che popolano il web riporto quella di Anna che ben descrive il suo dolore e il suo disagio.

"Ho 23 anni e i miei genitori sono divorziati da 10. Se ripenso a tutti questi anni devo dire che il divorzio di certo non ha migliorato la vita di nessuno di noi, anzi, di certo ha peggiorato la mia, ma quello era ovvio, ma non vedo la felicità neppure nella vita dei miei. Io e mio fratello, che ha un anno meno di me, non li consideriamo neppure dei genitori. Ci hanno rovinato la vita e lo fanno tuttora. Credete che la guerra tra loro, dopo tutti questi anni, sia finita? Sono ancora lì a farsi dispetti. E sempre attraverso me e mio fratello, perché pensate che siano abbastanza maturi da parlare come due persone civili? Ci hanno fatto passare l'inferno. Mio papà mi ha torturato. Dovevo sopportare ore e ore d'insulti verso mia mamma (e stare zitta) e dovevo portargli il conto delle spese e chiedergli l'assegno di mantenimento, ogni mese. E ogni volta non voleva pagare certe spese e allora si litigava. Io avevo 14 anni. Ma vi rendete conto? Come fanno dei genitori a caricare una ragazzina di certe responsabilità e poi venivano a piangere da me ed io dovevo consolarli. Quanto li detesto! E mia mamma non pensate che sia stata da meno... A lei devo riconoscere che ha fatto davvero un sacco di sacrifici per mantenerci perché mio papà non le ha mai dato nulla. Ma è uscita con un sacco di uomini finché non se n'è portata a casa uno e ci ha fatto una bambina. Ma dovevate vedere questo tipo; uno schifo d'uomo. Io e mio fratello ormai avevamo 19 e 18 anni e vivere con un estraneo, che passava le giornate a dormire; non potevamo sopportarlo. Mio fratello allora è andato da mio papà che ha pensato bene di andare dal giudice e farselo affidare, per poi sbatterlo fuori di casa dopo un mese dalla sentenza, così lui figura di mantenere mio fratello ed io di essere sotto mia mamma. Il fatto è che mio fratello abita con noi e non ha mai ricevuto un euro dal mio grandioso papà ed io nemmeno, visto che lui doveva mantenere mio fratello. Con quella specie di compagno di mia mamma ho litigato furiosamente e ora se n'è andato. Mi sento terribilmente in colpa verso la mia sorellina, ma d'altra parte dovevo difendere mio fratello, che ormai non poteva più convivere con quell'uomo del cavolo. Io sono all'università. ho un appartamento in affitto e vado avanti con la borsa di studio. Mio papà e mia mamma mi danno 80 euro ciascuno per l'affitto, ma adesso sono tre mesi che mio papà magicamente si dimentica di versarmi il bonifico. Mio papà mi dà dieci euro di mancia quando vado a mangiare da lui, circa due domeniche al mese e pretende di ricevere il regalo a natale e al compleanno. Genitori miei fate schifo! Scusate il lungo

Possediamo, inoltre, alcune ricerche internazionali che evidenziano queste sofferenze.

Una ricerca del 1993 di B. Elshtain, docente presso varie università americane e studioso del rapporto tra politica ed etica, mostra che negli Usa 3 suicidi su 4 in età adolescenziale coinvolgono ragazzini di famiglie divorziate<sup>243</sup>.

La ricercatrice inglese R. O'Neill dell'Istituto Civitas ha rilevato che il 16 % dei bambini tra i 5 e 15 anni di età che vivono in famiglie divorziate, soffre di disturbi psichici contro l'8 % dei loro coetanei che vivono con entrambi i genitori. Tali bambini, inoltre, hanno una probabilità tre volte superiore di ottenere cattivi risultati a scuola e il doppio dei rischi di contrarre malattie psicosomatiche.

Anche crescendo la situazione non migliora. J. Wallerstein, J.M. Lewis, S. Blakeslee dimostrano in uno studio che i figli dei divorziati soffrono per il 50 % di depressione e forniscono prestazioni professionali non all'altezza delle loro capacità<sup>244</sup>.

Dunque, è del tutto falso sostenere che quando i genitori non vanno d'accordo è meglio per i figli che essi divorzino, tranne che nei casi in cui i conflitti divengano molto forti e continui.

3. Anche per gli uomini e le donne divorziate la situazione non appare migliore; il divorzio fa male anche ai divorziati.

Dal Rapporto Caritas 2014 "False partenze" su povertà ed esclusione sociale emerge che l'indigenza colpisce molti reduci dalla chiusura di un rapporto matrimoniale. Il 66,1% dei separati che si rivolgono alla Caritas dichiara di non riuscire a provvedere ai beni di prima necessità. Gli effetti negativi della separazione colpiscono anche la sfera fisica con maggiori probabilità degli sposati di essere vittime dell'alcolismo o di altre dipendenze.

Pure la sfera psicologica soffre. Il 66,7% dei divorziati accusa un più alto numero di sintomi psico-somatici rispetto alla pre-separazione giungendo anche al suicidio.

Anche per le donne la situazione non è migliore; ad esempio, le donne divorziate, rischiano con il doppio di probabilità di cadere in povertà rispetto a quelle sposate. Da ultimo non possiamo dimenticare le dinamiche di violenza che innesca un divorzio con implicazioni penali. Dal gennaio 1994 all'aprile 2013 la cronaca ha registrato 1708 omicidi maturati come conseguenza di divorzi.

La conclusione è dell'avvocato M. Fiorin, esperto del settore, che in un'intervista al SIR, alla domanda: "In che misura violenze domestiche, suicidi, depressione, emarginazione, criminalità giovanile si possono attribuire alla cultura divorzista?", così rispose. "Perché sono sofferenze che, direttamente o indirettamente, hanno il divorzio facile proprio – o dei propri genitori – tra le principali concause. Ma tutto questo nessuno dei nostri politici sembra vederlo, né tanto meno lo vuole ammettere. Preferiscono trincerarsi dietro la retorica dei 'nuovi diritti'".<sup>245</sup>

---

resoconto" (Da "Forum al femminile.com").

<sup>243</sup> Cfr. L. PESENTI, *Appello laico per la famiglia*, in *Il Domenicale*, 6.3.2004, pp. 1-2.

<sup>244</sup> Cfr.: J. WALLERSTEIN, J. M. LEWIS, S. BLAKESLEE, *The Unexpected Legacy of Divorce*, Hyperion 2000.

<sup>245</sup> SIR, 24 aprile 2015.

## 2.Exkursus: I “sindaci disubbedienti” che trascrivono le unioni di persone omosessuali contratte all'estero

In Italia da tempo stiamo osservando un fenomeno preoccupante: il pessimo esempio che alcuni giudici e alcuni sindaci stanno offrendo ai cittadini. Prima i giudici con sentenze assai creative riguardanti prevalentemente la Legge 40/2004 sulla Procreazione medicalmente assistita, una normativa che si sta distruggendo a colpi di picconate<sup>246</sup>, poi alcuni sindaci si sono dati la facoltà di trascrivere nei “registri comunali di stato civile” le unioni di persone omosessuali contratte all'estero, nonostante ciò sia incostituzionale come ricordato dal Ministro degli Interni. Tutto ciò è un evidente oltraggio alle norme vigenti.

Il caso più eclatante fu quello di Roma, dove il sindaco Ignazio Marino nel settembre 2014, trascrisse nel registro comunale di stato civile il matrimonio contratto all'estero da 16 coppie omosessuali. Ma questo fenomeno attraversa tutta l'Italia da Torino a Milano, da Udine a Grosseto, da Livorno a Napoli passando per Firenze e Bologna dove il sindaco Virgilio Merola ha risposto al ministro degli Interni Angelino Alfano senza nessun pudore: "io non obbedisco". E Marino annunciò di andare oltre, riconoscendo “i congedi parentali” ai dipendenti omosessuali del Comune di Roma che otterranno la trascrizione della loro unione. I Prefetti hanno provvedendo con grandi difficoltà, se non lo fa il sindaco, alla cancellazione delle trascrizioni.

Ma queste trascrizioni, per il momento attuate dai sindaci di almeno dieci numerose città che governano oltre il 15% della popolazione italiana pongono due rilevanti problemi etici e giuridici.

Il matrimonio nella Costituzione Italiana (articolo 29)

Il matrimonio previsto nella Costituzione Italiana, come abbiamo evidenziato in precedenza è unicamente quello tra un uomo e una donna che s' impegnano davanti alla comunità civile a vivere il loro amore.

Queste trascrizioni non hanno nulla a che vedere con il matrimonio e Marco Tarquinio, direttore di Avvenire, mette in guardia “ ‘a definire “matrimonio’ una relazione tra due persone dello stesso sesso e, conseguentemente, a stabilire un ‘diritto’ a rivendicare quei figli che naturalmente non possono esserci, ma possono essere ‘prodotti’ attraverso processi che comportano il trionfo di manipolazioni di laboratorio e di logiche di mercato: dalla selezione dei figli all'affitto del grembo di madre o all'acquisto del seme di padre necessari perché una nuova vita nasca”<sup>247</sup> Oltre che dalla Costituzioni, queste trascrizioni, sono proibite e quindi non posseggono nessun valore, anche da alcune sentenze delle Corti.

Esaminiamo la n. 4184 del 4 novembre 2011 della 1° Sezione Civile della Cassazione per comprendere i motivi.

Il caso riguardava due cittadini italiani che nel 2002 contrassero il matrimonio a L'Aja, in Olanda e nel 2004 si rivolsero al sindaco di Latina, luogo di loro residenza, affinché trascrivesse il relativo atto nel registro comunale di stato civile. Il sindaco rifiutò, e dopo vari passaggi, il caso giunse in Cassazione che confermò

---

<sup>246</sup> Il tema sarà trattato nel capitolo 6 di questo Manuale.

<sup>247</sup> AVVENIRE.IT, *Lettere al Direttore*, 19 ottobre 2014.

le precedenti decisioni compresa quella del sindaco. Si legge nella sentenza: “La diversità di sesso dei nubendi è (...) requisito minimo indispensabile per la stessa ‘esistenza’ del matrimonio civile come atto giuridicamente rilevante (...). Questo requisito - pur non previsto in modo espresso né dalla Costituzione, né dal codice civile vigente (...), né dalle numerose leggi che, direttamente o indirettamente, si riferiscono all’istituto matrimoniale - sta tuttavia, quale ‘postulato’ implicito, a fondamento di tale istituto, come emerge inequivocabilmente da molteplici disposizioni di tali fonti e, in primo luogo, dall’art. 107, primo comma, cod. civ. che, nel disciplinare la forma della celebrazione del matrimonio, prevede tra l’altro che l’ufficiale dello stato civile celebrante riceva da ciascuna delle parti personalmente, l’una dopo l’altra, la dichiarazione che esse si vogliono prendere rispettivamente in marito e in moglie (...). L’inequivocabile corrispondenza di tali parole ‘marito’ e ‘moglie’ - utilizzate dal legislatore in modo assolutamente prevalente rispetto ad altre espressioni di analogo significato -, rispettivamente, con la parte maschile e con la parte femminile dell’atto (e del rapporto) matrimoniale è attestato anche da numerose disposizioni del diritto vigente”. La sentenza ricorda anche che tutti gli atti amministrativi conseguenti e fondati su tale atto, ad esempio il riconoscimento del congedo parentale, sono arbitrari e quindi non hanno valore.

Una riflessione sul comportamento di questi sindaci.

Ricordava san Francesco di Sales: “Un grammo di esempio vale più di un quintale di parole”.

Il sindaco, che ha responsabilità maggiori di altri essendo investito di un “potere pubblico in ordine al bene comune”, di fronte ai suoi cittadini, dovrebbe porsi come credibile, autorevole ed esempio di osservanza e di correttezza nei confronti delle leggi dello Stato, consapevole che i provvedimenti di un’amministrazione comunale non possono porsi in contrasto con le leggi vigenti. Di conseguenza, quando l’osservanza della legge viene meno in modo consapevole, dovrebbe essere oggetto di sanzione e risarcire per il danno provocato all’immagine della città.

Con queste prese di posizione dei sindaci disobbedienti che rivestono una chiara valenza ideologica, la minima credibilità rimasta allo Stato diminuisce ulteriormente e potrebbe aprirsi la strada dell’anarchia poiché i cittadini potrebbero ritenere non più valida l’affermazione dell’ “uguaglianza di fronte alla legge”. Di questo i sindaci si rendono conto?

## **CAP. 5 LA VITA UMANA E IL SUO INIZIO: IL CASO DELL'EMBRIONE UMANO**

### INDICE DEL CAPITOLO

Introduzione

**1.La Dottrina Cattolica**

**2.La Risposta Laicista**

**3.Approfondimenti sull'embrione**

**4.Le cellule staminali embrionali umane**

-Conclusione

-Exkursus: "Uno di noi"

### **Introduzione**

*Quando il frutto del concepimento è da considerarsi come vita embrionale propriamente detta? Quel'è il confine tra esserci o non esserci? Quando comincia la vita umana? Quando "io" ho iniziato ad esistere?*

Le risposte che vogliamo fornire in questo capitolo sono alquanto ardue poichè riguardano "l'inizio della vita umana", cioè quando il concepito può essere definito "persona" e quindi titolare del "diritto di vivere" a livello scientifico, ontologico e giuridico. E le opinioni sono al quanto divergenti!

Non possiamo però sottrarci al pesante onere essendo queste questioni centrali nella riflessione Bioetica, poichè dalle risposte comprenderemo quando una "nuova vita" dovrà godere del rispetto totale e quali atteggiamenti assumere nei confronti di questa nuova identità.

Dal parere fornito, inoltre, scaturisce il limite tra azioni lecite ed illecite nei confronti della vita prenatale sotto attacco per la procreazione medicalmente assistita (PMA), per l'aborto chirurgico e farmacologico, per la contraccezione, l'eugenetica e la clonazione, in un contesto storico ben descritto da un filosofo attuale: "un tempo il problema era dimostrare l'esistenza di Dio, oggi il problema è quello di dimostrare l'esistenza dell'uomo". Poiché questi argomenti richiamano la biologia, l'embriologia e la genetica, tematiche complesse per i non addetti ai lavori, sarà nostro impegno "snocciolare" i vari passaggi e la terminologia affinché gli uomini e le donne comuni possano rendere ragione delle motivazioni sull'inizio della vita nei confronti delle due teorie presenti nel contesto societario: quella cattolica e quella laicista.

### **1.La Dottrina Cattolica**

Per la *dottrina cattolica* l'inizio della vita di una persona avviene con



l'incontro dello spermatozoo<sup>248</sup> maschile e l'ovocita<sup>249</sup> (o oocita) femminile nella tuba uterina (o tuba di Falloppio) attorno al quattordicesimo giorno del ciclo mestruale. In quel preciso momento incomincia il "processo del concepimento" che origina un individuo detentore di un nuovo DNA composto da ventitrè cromosomi dello spermatozoo e ventitrè cromosomi dell'ovocita che guiderà lo sviluppo del nuovo essere umano e non potrà essere sostanzialmente modificato. Un DNA geneticamente diverso dall'uomo e dalla donna che lo hanno concepito, quindi dotato di una "vita propria". E' questo il momento di "non ritorno" poichè i due patrimoni genetici intraprendono la costituzione di un individuo intersecandosi a vicenda. Dunque, come ricorda il professore F. Gilbert nel testo *Developmental Biology* (il manuale di biologia maggiormente diffuso nelle università americane), nel capitolo VII intitolato "La fertilizzazione: l'inizio di un nuovo organismo": "La fertilizzazione è il processo mediante il quale due cellule sessuali (i gameti) si fondono insieme per creare un nuovo individuo con un corredo genetico derivato da entrambi i genitori"<sup>250</sup>.

Negli ultimi anni, i progressi della genetica e dell'embriologia, hanno confermato anche scientificamente, quindi rigorosamente argomentata, questa teoria. La stessa procreazione medicalmente assistita ha mostrato aspetti prima ignorati.

K. Kalthof afferma: "Gli animali, inclusi gli uomini, iniziano la propria vita come oociti fertilizzati, che si sviluppano in adulti attraverso lo stadio embrionale e giovanile"<sup>251</sup>.

A. Vescovi, scienziato di fama internazionale, è ancora più esplicito: "Qualunque fisico esperto di termodinamica può dire che all'atto della fecondazione c'è una transizione repentina e mostruosa in termini di quantità e qualità d'informazioni. Una transizione d'informazioni senza paragoni che rappresenta l'inizio della vita: si passa da uno stato di totale disordine alla costituzione della prima entità biologica. Un'entità biologica che contiene tutta l'informazione che rappresenta il primo stadio della vita umana, concatenato al successivo, e al successivo, e al successivo, in un continuum assolutamente non scindibile, se non in modo arbitrario"<sup>252</sup>.

Dunque, il processo dal "non esistere" all' "esistere", avviene in un attimo!

Il processo di fusione dei due gameti ha la durata di circa ventiquattro ore e porta alla formazione della prima cellula dell'embrione definita "zigote"<sup>253</sup> fornendo la specificità all'essere umano. Lo zigote, trenta ore dopo, da origine ad un embrione di 2 cellule; quaranta ore dopo passa da 2 a 4 cellule, poi da 4 a 8 cellule, da 8 a 16 cellule, da 16 a 32 cellule... Circa tre giorni dopo la fecondazione le cellule formeranno una struttura definita "morula" e al quinto/sesto giorno, nello stadio definito della "blastociste", la morula si riempirà di un liquido. Ora l'embrione della misura di poco più di un decimo di millimetro e costituito da circa cento cellule, si impianterà, se troverà le condizioni favorevoli,

---

<sup>248</sup> Spermatozoo: cellule germinali maschili prodotte dal testicolo.

<sup>249</sup> Cellule germinali femminili presenti nell'ovaio ed ogni mese una sola giunge a maturazione.

<sup>250</sup> F. GILBERT, *Developmental Biology*, Sunderland 2004, pg. 185.

<sup>251</sup> K. KALTHOF, *Analysis of Biological Development*, McGraw-Hill 2000, pg. 8.

<sup>252</sup> AVVENIRE, 22 febbraio 2005, pg. 11.

<sup>253</sup> Nuova entità vivente non generata dalla meiosi o dalla mitosi di un determinato individuo ma dalla fusione di due cellule di individui diversi.

mediante tre fasi: apposizione<sup>254</sup>, adesione<sup>255</sup> e invasione<sup>256</sup>, nella parete dell'utero materno. Un'operazione che completerà in 6/7 giorni e formerà anche la placenta canale per la nutrizione e l'ossigenazione.

Da quel momento "lo sviluppo biologico dell'identità umana embrionale" sarà ininterrotto, unico, irripetibile, autonomo e finalisticamente orientato, cioè senza necessità di ulteriori interventi. L'organismo della madre è unicamente il luogo idoneo che lo protegge con particolare intensità e non la causa prioritaria e determinante della maturazione. Tutto ciò è chiaramente verificabile nella procreazione medicalmente assistita. E questo sviluppo procederà unicamente con salti "quantitativi" e non "qualitativi". Perciò dobbiamo parlare di "embrione" nella fase di *zigote*, di embrione nella fase di *morula*, di embrione nella fase di *blastula* e infine di *feto*. Anche se, solamente al 14° giorno, comparirà la *stria primitiva*<sup>257</sup>, quando le cellule si trasformeranno da "totipotenti"<sup>258</sup> in "differenziate"<sup>259</sup> e "specifiche" e inizierà l'organogenesi<sup>260</sup>. E qui è opportuno una precisazione sulle cellule totipotenti. E' vero che nel primo momento della fecondazione le cellule sono totipotenti ma questo non significa che sono semplice materiale biologico avendo in sé la capacità costruire autonomamente il tutto dell'individuo.

E' dunque dal concepimento che il nuovo soggetto, sollecita "il riconoscimento" e il "rispetto totale" possedendo, in fase germinale, mediante, appunto, il codice genetico "unico" e "irripetibile" per costituire i vari tipi di molecole e di tessuti. Dunque, "un codice", mai esistito prima e che non si ripeterà inseguito. Rammenta C. Casini "Ciascuno di noi, ci dicono i biologi e ci conferma l'esperienza personale, è unico e irripetibile. Nessun altro essere umano vivente o che è vissuto in passato o che nascerà in futuro è identico a noi. Principalmente ciò dipende dalla eredità cromosomica. Il dimezzamento dei cromosomi (da 43 a 23) fa sì che nessuno sia geneticamente identico alla madre o al padre. D'altronde la praticamente infinita possibilità di combinazione dei miliardi di geni e il fatto che il dimezzamento dei cromosomi avvenga ad ogni trapasso generazionale rendono praticamente inimmaginabile una ricombinazione identica del materiale genetico"<sup>261</sup>.

*Ciò significa che nei primi quattordici giorni esiste, non il nulla, ma un essere umano che possiede un misterioso principio vitale che guiderà progettualmente e progressivamente la sua crescita* come ben riassunto da A. Vescovi e L. Spinardi: "l'inizio della vita coincide con l'atto del formarsi di un'identità biologica che

---

<sup>254</sup> L'embrione si appoggia all'endometrio.

<sup>255</sup> L'embrione deve contrarre legami con l'endometrio.

<sup>256</sup> L'embrione deve penetrare all'interno dell'endometrio.

<sup>257</sup> La stria primitiva "è la struttura embrionale che determina l'asse antero-posteriore (testa-coda) dell'embrione... Coincide con l'iniziale differenziazione delle cellule embrionali dopo la quale diventa impossibile per l'embrione dividersi in due (il processo che dà origine ai gemelli)" (M. BUCCHI – F. LERESINI, *Cellule e cittadini: biotecnologie nello spazio pubblico*, Sironi editore, Milano 2006, pg. 151).

<sup>258</sup> Totipotente: "Si dice di cellula staminale che, non essendosi ancora differenziata, può evolvere in qualunque tipo di cellula dell'organismo" (da [www.treccani.it](http://www.treccani.it)).

<sup>259</sup> Pronte a svolgere una determinata funzione all'intero di un organo o tessuto specifico. L'argomento sarà ripreso nella parte quarta di questo capitolo trattando le cellule staminali embrionali.

<sup>260</sup> "Fase dello sviluppo embrionale durante la quale si formano i tessuti e gli organi definitivi e si determina l'accrescimento del corpo dell'embrione" (in [www.treccani.it](http://www.treccani.it)).

<sup>261</sup> C. CASINI, *Uno di noi. La prima iniziativa dei cittadini europei*, Cantagalli, Siena 2014, pg. 37.

contiene ed è dotata dell'intero programma di crescita e dell'informazione necessaria ad evolvere e ad attraversare tutti gli stadi che caratterizzano un essere umano e che sono parte integrante della sua storia naturale – zigote, morula, blastocisti, embrione, feto, neonato, bambino, ragazzo, uomo – fino alla morte. Quest'ultima coincide con la perdita e/o distruzione di tale informazione e/o capacità<sup>262</sup>. Concetto presente anche nel professor Gilbert, che nel citato *Developmental Biology*, afferma: “Con la fecondazione inizia un nuovo organismo vivente. C'è un unico continuo processo dalla fecondazione allo sviluppo embrionale e fetale, alla crescita post natale, alla senescenza, fino alla morte<sup>263</sup>”. E trecento genetisti e studiosi hanno pubblicato sul Corriere della Sera del 27 aprile 2002 il seguente “comunicato”: “L'embrione, fin dallo stadio unicellulare, embrione a una cellula, cioè dal concepimento, è un individuo umano. Il nuovo genoma determina l'identità biologica specifica ed individuale del nuovo soggetto e l'eventuale selezione naturale non ne cambia la realtà ontologica. Il processo vitale del nuovo soggetto umano è unico e continuo dallo stadio unicellulare alla morte individuale”. Ma già Tertuliano era profondamente convinto che: “E' già uomo colui che lo sarà<sup>264</sup> per il disegno progettato e programmato nel suo genoma, il coordinatore di tutte le attività, della continuità e della gradualità nello sviluppo.

Per alcuni questa impostazione è semplicemente una supposizione o un'ipotesi. Anche se lo fosse, dobbiamo rammentare il dovere di procedere con la massima “cautela” e “precauzione” che è la scelta da farsi di fronte ad ogni dubbio, seguendo la via più sicura e meno dannosa. Illuminante è questa osservazione di Casini: “Nel dubbio sulla vita bisogna scegliere la vita umana, cioè bisogna comportarsi come se la vita ci fosse fino a che non è rimosso l'ultimo dubbio. Quando avviene una catastrofe, un terremoto, un naufragio, una valanga, la ricerca dei naufraghi, dei sepolti dalle macerie e dei dispersi deve continuare finché resiste il dubbio che qualcuno possa essere ancora in vita. Perciò il principio di precauzione risponde a coloro che dicono: 'sull'inizio della vita umana alcuni la pensano in un modo e altri in altri. Lasciamo liberi tutti di comportarsi secondo coscienza e non imponiamo per legge un certo comportamento a tutti'. In realtà è proprio questo ragionamento che impone a tutti ciò che alcuni pensano. Infatti quando si stanno svolgendo operazioni di ricerca dei dispersi e qualcuno pensa che siano tutti morti (cioè che non vi siano individui viventi) non per questo la collettività deve decidere di sospendere le ricerche. Ciò corrisponde alla accettazione collettiva (di tutti) di una opinione che è soltanto di alcuni. Ciascuno può decidere in coscienza per se stesso, ma non per gli altri. Il dubbio sull'esistenza di un altro non riguarda se stessi. La collettività, dunque, anche se fosse vero, il che non è, che vi è un dubbio sull'inizio della vita umana, dovrebbe affermare in linea pratica l'esistenza dell'uomo<sup>265</sup>”. Il cristiano, inoltre, è cosciente che ogni uomo è desiderato Dio fin dall'eternità: “Prima di formarti nel grembo

---

<sup>262</sup> A. VESCOVI, L. SPINARDI, *La natura biologica dell'embrione*, Medicina e Morale 2004,1, pp. 60-61.

<sup>263</sup> *Developmental Biology*, op.cit., pg. 311.

<sup>264</sup> TERTULIANO, *Apologeticum*, IX, 8.

<sup>265</sup> *Uno di noi*, op. cit., pp. 80-81

materno ti conoscevo, prima che tu uscissi alla luce ti avevo consacrato”<sup>266</sup>.

## 2. La risposta Laicista

La risposta laicista, supportata da scienziati che prediligono la visione empiristica e gli aspetti psicologici, sociali, politici ed economici a scapito di quelli antropologici e filosofici, afferma l'esordio della vita umana dal 14° giorno dalla fecondazione, quando, come già affermato, nella blastocisti impiantata nella parete dell'utero, compare la stria primitiva. In questa data, le cellule che costituiscono l'embrione, si sono differenziate da quelle che formeranno i tessuti placentari e protettivi. Prima di quel momento ci troviamo di fronte unicamente ad una cellula appartenete alla specie umana in contatto accidentale con le altre. Ad esempio, secondo A. McLaren, lo sviluppo embrionale fino al 14° giorno sarebbe “un periodo di preparazione, durante il quale sono elaborati tutti i sistemi protettivi e nutritivi richiesti per sostenere il futuro embrione”, quindi unicamente “quando i sistemi di supporto sono stabiliti può incominciare a svilupparsi l'embrione come identità individuale”<sup>267</sup>. E tutto questo riferendosi al “Rapporto della Commissione Warnock”<sup>268</sup>, istituita nel 1984 dal Governo Inglese, che sta anche alla base della legislazione del Regno Unito sulla procreazione medicalmente assistita e sull'utilizzo degli embrioni.

Dunque, per questa corrente, unicamente il 14° giorno segna il termine dello stadio della *preorganogenesi* e del *preimpianto*, poichè solo allora si nota un abbozzo del sistema nervoso, organo fondamentale della vita sensoriale e relazionale e le cellule si trasformano, come più volte affermato, da *totipotenti* in *differenziate*.

“Unicamente”, a quel punto, è razionale parlare di “*individualità*”, caratteristica specifica dell'identità personale. Ad esempio, alcuni si riferiscono al filosofo S. Boezio (475-525) che affermava che la persona è: “*una sostanza individuale di natura razionale*”<sup>269</sup>. Inoltre, fino al 14° giorno, non è possibile conoscere se lo *zigote* produrrà solo un individuo o due (gemelli monozigoti). Perciò, si utilizza questo fatto, per dimostrare la mancanza di individualizzazione effettiva, ma come ricorda M. Cascone: “Il soggetto individuale, inteso come un essere indiviso in se stesso e distinto da qualunque altro, non implica necessariamente il concetto di indivisibilità biologica, ma l'esistere come un tutt'uno distinto dagli altri. Oltre a differenziare il concetto di indivisibilità da quello di individualità, è giusto distinguere anche i termini identità e individualità, perché il primo risponde alla domanda ‘chi è’, mentre il secondo alla domanda ‘quanti sono?’”. Ora, l'embrione ha una sua identità fin dal concepimento, anche se non è ancora in grado di

---

<sup>266</sup> LIBRO PROFETA GEREMIA, 1,5.

<sup>267</sup> A. MCLAREN, *Prelude to embryogenesis*, in THE CIBA FOUNDATION, *Human Embryo Research: yes or no?*, London 1986, pg. 15.

<sup>268</sup> Un'affermazione base del rapporto: “Un embrione umano non può essere pensato come una persona umana o anche una persona potenziale: è semplicemente un insieme di cellule che, a meno che si impianti in un ambiente uterino umano non ha potenziale di sviluppo. Non c'è, perciò, ragione per accordare a queste cellule alcuna protezione”

<sup>269</sup> S. BOEZIO, *De consolazione philosophiae*.

sapere se si svilupperà un solo individuo o se ne formerà di più”<sup>270</sup>.

Per i seguaci del “Rapporto Warnock” prima del 14° giorno esisterebbe unicamente il *pre-embrione* così descritto da C. Grobstein: “Il pre-embrione umano ha un insieme di caratteristiche che lo distinguono biologicamente dall’uovo che lo precede e dall’embrione che lo segue. Esso è un individuo geneticamente, ma non morfologicamente”<sup>271</sup>. In altre parole, non è vita umana ma semplice “materiale biologico”.

Questa tesi fu ribadita anche da ricercatori di *Politeia*<sup>272</sup>: “Prima del 14° giorno dalla fecondazione è da escludersi che ‘l’embrione’ abbia ‘vita personale’ o sia ‘persona’”. Ma la loro conclusione è a favore dell’embrione: “Da questo tuttavia non consegue che all’embrione non sia dovuto alcun rispetto anche prima del 14° giorno”<sup>273</sup>. Alcuni, infine, parlano di “*persona umana potenziale*”. Ma la personalità c’è o non c’è; cosa significa “potenziale” come aggettivo attribuito alla personalità?

Il vocabolo *pre-embrione* anche oggi è sfruttato dall’opinione pubblica a fini prevalentemente ideologici. Fu ideato, come affermato, solo nel 1979 dall’embriologo C. Grobstein ed è privo di fondamenti biologici e filosofici. Per questo, immediatamente, la comunità scientifica internazionale, lo giudicò arbitrario; per questo è assente dai manuali di embriologia umana; per questo fu rifiutato dal Consiglio d’Europa nelle sue raccomandazioni relative agli interventi sugli embrioni<sup>274</sup> e dal Parlamento Europeo. La motivazione è semplice: ciò che precede l’embrione sono i gameti e ciò che lo segue è il feto e il bambino.

Quella proposta da Grobstein è “una distinzione artificiosa che ha lo scopo di negare l’individualità umana del concepito mediante il cambiamento del linguaggio, qualificando ‘pre-embrione’ il concepito nella prima fase di sviluppo”<sup>275</sup>.

Come conclusione riportiamo una riflessione di A. Bompiani: “La biologia non può dare una risposta diretta alla domanda: I ‘embrione è ‘persona umana’?, perché la risposta appartiene a un’altra branca del sapere dell’uomo, quella filosofico-giuridica, e travalica in quella metafisica, nella quale riposa la risposta alla domanda: quale è il destino dell’uomo? Tuttavia la biologia dello sviluppo offre un apporto inestimabile e incontrovertibile, che consiste nel concetto di ‘individualità somatica, unica e irripetibile’ dell’embrione umano in ogni fase e stadio dello sviluppo endouterino e nel concetto di ‘storia individuale’, guidata da un preciso ‘piano’ codificato nel patrimonio genetico individuale, acquisito al momento stesso del concepimento. Inoltre, la biologia dello sviluppo, offre la dimostrazione che non si verificano salti quantitativi e qualitativi nel processo, e che non vi è alcun apporto di materiale cromosomico organizzato che interviene,

---

<sup>270</sup> M. CASONE, *Diaconia della vita. Manuale di bioetica*, Edizioni Università della Santa Croce, Roma 2004, pg. 95.

<sup>271</sup> C. GROBSTEIN, *Biological characteristics of the preembryo*, in *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1988, 541, pg. 346.

<sup>272</sup> Centro per la ricerca e la formazione in politica ed in etica.

<sup>273</sup> F. COMPAGNONI, *Quale statuto per l’embrione umano?*, in AA VV, *La bioetica, questioni morali e politiche per il futuro dell’uomo*, Biblioteche, Milano 1991, pg. 94.

<sup>274</sup> Cfr.: Intervento n. 934 del 1982; Intervento n. 1046 del 1986; Intervento n. 1100 del 1989.

<sup>275</sup> C. CASINI, M. CASINI, M.L. DI PIETRO, *La legge 19 febbraio 2004, n. 40*, G. Giappichelli, Firenze 2004, pg. 53.

dall'esterno, a modificare il primitivo, particolare assetto del concepito (...). Su queste basi vi sono tutte le premesse per estendere il concetto 'ontologico' di 'soggetto personale' (che è concetto filosofico) anche a livello embrionale e tirarne le relative conseguenze sul piano giuridico: una tutela assicurata 'oggettivamente' all'embrione, e non affidata alla sola volontà materna<sup>276</sup>

### 3. Approfondimenti sull'embrione .

Come seguito alle domande che ci siamo posti all'inizio del capitolo, ci interroghiamo: "Chi è l'embrione umano?".

Da quanto affermato in precedenza possiamo rispondere con certezza che l'embrione è *qualcuno*, cioè un soggetto ben determinato già nelle primissime fasi del suo sviluppo e se posto in condizioni idonee, si svilupperà in un organismo adulto poichè rappresenta la prima fase dell'esistenza di ogni persona, infatti "dal concepimento in poi non ci sono salti nello sviluppo: la differenza tra embrione-feto-bambino è come quella tra bambino-adolescente-adulto: è un fatto quantitativo e non qualitativo"<sup>277</sup>.

Dunque, l'embrione non è un agglomerato di cellule, un'appendice del corpo della madre, o una creatura dissimile dal futuro neonato; è il prossimo adulto in fase di sviluppo, con un patrimonio genetico differente da chi lo ha concepito. Per questo, l'embrione non è proprietà della madre o del padre, della società o della scienza, poichè nessun essere umano è possesso di un altro. L'embrione appartiene a sé stesso e a Dio, fonte della Vita!

Da questo deduciamo che l'embrione dall'atto della fecondazione, è un essere umano da rispettare "come una persona"; di conseguenza è immorale, sacrificarlo nei processi di fecondazione medicalmente assistita dove un numero notevole di embrioni sono uccisi; per questo, è indispensabile, produrre unicamente quelli che potranno essere trasferiti nell'utero. Anche ogni trattamento sperimentale è legittimo unicamente se intrapreso a beneficio dell'embrione.

Il nostro convincimento, oltre che nella Parola di Dio e nel Magistero della Chiesa, identifica un fondamento filosofico e giuridico nel *Diritto Romano Classico*: "Qui in utero sunt intelliguntur in rerum natura esse".

Inoltre, molteplici documenti internazionali, dell'Unione Europea e nazionali sostengono questa tesi.

#### DOCUMENTI INTERNAZIONALI:

-ONU (1948): *Dichiarazione Universali dei Diritti dell'Uomo*

#### DOCUMENTI UNIONE EUROPEA

-Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (1986): *Raccomandazione 1046 relativa all'utilizzo di embrioni e di feti umani a fini diagnostici, terapeutici,*

---

<sup>276</sup> A. BOMPIANI, *La difesa della vita: i problemi del nascere*, in AA VV, *La medicina per la civiltà della pace*, Roma 1985.

<sup>277</sup> C.V. BELLINI, *Il mio "paziente" soffre, sogna, ricorda*, AVVENIRE 5 marzo 2005, pg. 7.

*scientifici, industriali e commerciali.*

-Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (1989): *Raccomandazione 1100 sulla ricerca scientifica relativamente agli embrioni e ai feti umani.*

-Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (1989): *Risoluzione sui problemi etici e giuridici della manipolazione genetica.*

-Parlamento Europeo (1989): *Risoluzione sulla fecondazione artificiale "in vivo" e "in vitro.*

-Consiglio d'Europa (1996): *Convenzione sui Diritti dell'uomo e la biomedicina.*

-Il 18 ottobre 2011, la *Corte di Giustizia dell'Unione Europea*, chiamata ad esprimersi sulla brevettabilità dei procedimenti che si avvalgono delle cellule staminali estratte da embrioni umani, nella sentenza, oltre che proibirne l'uso, sottolineò che la "nozione di embrione umano deve essere intesa in senso ampio".

## DOCUMENTI ITALIANI

Comitato Nazionale per la bioetica (1996): *Identità e statuto dell'embrione umano.*

Questi eminenti pareri sostengono la convinzione che l'embrione, a seguito della fecondazione, è un "essere vivente" appartenente alla specie dell'*homo sapiens*; per questo dobbiamo garantirgli, come sollecitato dal "principio di uguaglianza", il diritto alla vita e all'integrità fisica.

Il "concetto di embrione" è stato approfondito più volte anche dal Magistero della Chiesa Cattolica<sup>278</sup> a partire dal Concilio Vaticano II: "Dio, padrone della vita, ha affidato agli uomini l'altissima missione di proteggere la vita: missione che deve essere adempiuta in modo umano. Perciò la vita, una volta concepita, deve essere protetta con la massima cura; e l'aborto come l'infanticidio sono abominevoli delitti"<sup>279</sup>, fino al Catechismo della Chiesa Cattolica: "la vita umana deve essere rispettata e protetta in modo assoluto fin dal momento del concepimento. Dal primo istante della sua esistenza l'essere umano deve vedersi riconosciuti i diritti della persona, tra i quali il diritto inviolabile alla vita"<sup>280</sup>.

Tra i vari testi sull'argomento è alquanto significativo questo intervento di Benedetto XVI: "Anche in mancanza di espliciti insegnamenti sui primissimi giorni di vita del nascituro, è possibile trovare nella Sacra Scrittura preziose indicazioni che motivano sentimenti d'ammirazione e di riguardo nei confronti dell'uomo appena concepito. I libri sacri, infatti, intendono mostrare l'amore di Dio verso ciascun essere umano ancor prima del suo prender forma nel seno della madre. 'Prima di formarti nel grembo materno, ti conoscevo, prima che tu venissi alla luce, ti avevo consacrato'(Ger.1,5), dice Dio al profeta Geremia. E il Salmista riconosce con gratitudine: 'Sei tu che hai creato le mie viscere e mi hai tessuto nel

---

<sup>278</sup> Alcuni documenti del Magistero della Chiesa

-CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, 18 novembre 1974, n. 19.

-*Donum Vitae*, op. cit., I,2-6.

-*Evangelium vitae*, op.cit, nn. 18-19; 44-45; 60.

-CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dignitas Personae*, 8 settembre 2008, n. 5.

<sup>279</sup> *Gaudium et spes*, op. cit., n. 51.

<sup>280</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2270.

seno di mia madre. Ti lodo perché mi hai fatto come un prodigio; sono stupende le tue opere, tu mi conosci fino in fondo' (Sal. 139,13-14). Sono parole, queste, che acquistano tutta la loro ricchezza di significato quando si pensa che Dio interviene direttamente nella creazione dell'anima di ogni nuovo essere umano<sup>281</sup>.

Dunque, chi uccide un embrione, annienta una vita in divenire!

Una precisazione: l'Istruzione *Donum Vitae* (1986) della Congregazione per la "Dottrina della Fede" affermò che "L'essere umano è da rispettare - *come una persona* - fin dal primo istante della sua esistenza. (...). Il Magistero -dunque - non si è espressamente impegnato su un'affermazione d'indole filosofica..."<sup>282</sup>.

Perciò, la Chiesa, non afferma espressamente che l'embrione è *persona*; non si addossa osservazioni filosofiche e scientifiche; interpella a rispettarlo *come persona*, sottolineando che il "valore di uomo" accompagna l'individuo dal concepimento alla morte naturale, quindi anche nel grembo della madre dalla fusione dei gameti.

Concetto ripreso e specificato nella Istruzione *Dignitatis Personae* (2008): "Se l'Istruzione *Donum Vitae* non ha definito che l'embrione è persona, per non impegnarsi espressamente su un'affermazione d'indole filosofica, ha rilevato tuttavia che esiste un nesso intrinseco tra la dimensione ontologica e il valore specifico di ogni essere umano. Anche se la presenza di un'anima spirituale non può essere rilevata dall'osservazione di nessun dato sperimentale, sono le stesse conclusioni della scienza sull'embrione umano a fornire 'un'indicazione preziosa per discernere razionalmente una presenza personale fin da questo primo comparire di una vita umana'. La realtà dell'essere umano, infatti, per tutto il corso della sua vita, prima e dopo la nascita, non consente di affermare né un cambiamento di natura né una gradualità di valore morale, poiché possiede una piena qualificazione antropologica ed etica. L'embrione umano, quindi, ha fin dall'inizio la dignità propria della persona"<sup>283</sup>.

Un seconda precisazione è contenuta nella *Dichiarazione sull'aborto procurato*. "Questa dichiarazione lascia espressamente da parte la questione circa il momento dell'infusione dell'anima spirituale. Non c'è su tale punto tradizione unanime e gli autori sono ancora divisi. Non spetta alla scienza di prendere posizione, perché l'esistenza di un'anima immutabile non appartiene al suo campo. E' una discussione filosofica, da cui la nostra affermazione morale rimane indipendente per due ragioni. 1. Pur supponendo un'animazione tardiva, esiste già una vita umana che prepara e richiede quest'anima nella quale si completa la natura ricevuta dai genitori. 2. D'altronde basta che questa presenza dell'anima sia probabile (e non si proverà mai il contrario) perché toglierle la vita significhi accettare il rischio di uccidere un uomo, non soltanto in attesa, ma già provvisto della sua anima"<sup>284</sup>.

Negli ultimi decenni, l'embrione sta smarrendo celermente la sua dignità, essendo ritenuto da alcuni, come abbiamo più volte notato, un essere umano, ma

---

<sup>281</sup> BENEDETTO XVI, *Discorso al Congresso sull'embrione in fase preimpianto*, 27 febbraio 2006.

<sup>282</sup> *Donum Vitae*, op. cit., n. 1, parte prima.

<sup>283</sup> *Dignitatis Personae*, op. cit., n. 5.

<sup>284</sup> *Dichiarazione sull'aborto procurato*, op. cit., n. 19.



unicamente *in potenza*, che acquisirà i diritti della persona in un determinato momento del suo sviluppo, da stabilirsi per convenzione.

Contribuiscono a questo declassamento le pratiche abortiste favorite dall' "anti-life mentalità" e alcune tecniche medico-scientifiche: dalla fecondazione medicalmente assistita alle ricerche sulle cellule staminali embrionali. Altri pericoli giungono dagli studi sul ciclo cellulare e sul loro metabolismo e dalla diagnosi pre-impianto.

Da ultimo, non possiamo scordare la moltitudine di embrioni creati per la fecondazione medicalmente assistita e posti in recipienti di nitrogeno liquido, definito da J. Leieune, "*latte di concentrazione*", che ignorano la loro sorte.

## 4. Le cellule staminali embrionali umane

La tematica è delicata umanamente e tecnicamente complessa, per questo è opportuna chiarezza per comprendere l'argomento. Osservava A. Vescovi: "Chi si occupa di cellule staminali sul fronte della ricerca si sente un fante in trincea: esplodono notizie da tutte le parti (...), inconsciamente o forse incoscientemente, senza curarsi delle conseguenze. Nelle discussioni si mischiano termini recenti o spolverati di recente come clonazione o partenogenesi, altri più vecchi e intrisi di valori, giudizi, credenze, come embrione, e quello carico di speranza: terapia"<sup>285</sup>.

Le "cellule staminali" sono cellule "capostipiti" o "primitive" che stanno all'origine di tutte le altre, dotate dell'abilità di trasformarsi in cellule "differenziate" e specifiche dell'organismo umano. In base alla fonte di prelievo si suddividono in "staminali adulte" e "staminali embrionali". Sono "autologhe" quelle personali ed eterologhe quelle di donatore; "riparano" o "ricostruiscono" tessuti danneggiati.

Le "cellule staminali adulte", in parte già specializzate, cioè indirizzate alla costituzione di un tessuto specifico, sono presenti nei tessuti fetali e dell'adulto, nel cordone ombelicale, nella placenta e nei feti abortiti. Non pongono problematiche etiche, forniscono eccellenti risultati e sono ben tollerate dall'organismo. Le fasi di ricerca sono avanzate e si ipotizza un incremento nell'impiego.

Lo attestano i 3.500 trial clinici in svolgimento nel mondo in 160 aziende<sup>286</sup>.

Lo confermano alcune riviste scientifiche: "Una trachea creata da cellule staminali adulte" (Karolinska University Hospital di Huddinge, Stoccolma); "Il primo dente nato da cellule staminali adulte" (Università della Scienza, Tokyo); "Cellule staminali per riparare lesioni spinali" (IBRO, Congresso Internazionale sulle Neuroscienze, Firenze 2011).

Le cellule staminali adulte hanno migliorato o guarito molteplici patologie; dalle anemie alle artriti, dai tumori alle leucemie, dal diabete alle malattie neurodegenerative.

A scopo terapeutico, sono prelevate dal paziente o dal donatore, coltivate affinché

---

<sup>285</sup>A. VESCOVI, *La cura che viene da dentro*, Mondadori, Milano 2005, pg. 7.

<sup>286</sup>Dato di R. Smith, amministratore delegato della "NeoStem" e presidente della "Stem for life foundation" al Congresso Mondiale organizzato dal Pontificio Consiglio per la Cultura nel novembre 2011.

si accrescano e si differenzino in “cellule specializzate” per il tessuto danneggiato, ed infine, innestate nel malato. Dunque, non occorre procedere all’uccisione dell’embrione per sviluppare terapie che guariranno milioni di persone.

Le “cellule staminali embrionali” da prelevate nei primi giorni di vita dell’embrione (tra il 5° e il 14° dalla sua fecondazione), ne provocano la morte. Il procedimento è eticamente condannabile!

Il governo guidato da S. Berlusconi, nel novembre del 2005, firmò con Austria, Germania, Malta, Polonia e Slovacchia la “Dichiarazione etica” contro il programma di ricerca europea sulle cellule staminali embrionali. L’anno successivo, l’esecutivo di R. Prodi, ritirò l’impegno italiano.

Il “Magistero della Chiesa”, ha dichiarato più volte mediante l’intervento dei Pontefici e di alcuni Organismi, la contrarietà all’uso delle cellule staminali embrionali.

Esaminiamo alcuni interventi.

San Giovanni Paolo II ha trattato l’argomento prevalentemente in due occasioni.

Nell’ “*Evangelium vitae*”, l’enciclica dedicata al rispetto della vita umana, l’argomento è evidenziato al numero 63 quando il Papa analizza l’utilizzo di materiale di derivazione embrionale per la ricerca e la terapia.

“La valutazione morale dell’aborto è da applicare anche alle recenti forme di intervento sugli embrioni umani che, pur mirando a scopi in sé legittimi, ne comportano inevitabilmente l’uccisione. È il caso della sperimentazione sugli embrioni, in crescente espansione nel campo della ricerca biomedica e legalmente ammessa in alcuni Stati. Se ‘si devono ritenere leciti gli interventi sull’embrione umano a patto che rispettino la vita e l’integrità dell’embrione, non comportino per lui rischi sproporzionati, ma siano finalizzati alla sua guarigione, al miglioramento delle sue condizioni di salute o alla sua sopravvivenza individuale’, si deve invece affermare che l’uso degli embrioni o dei feti umani come oggetto di sperimentazione costituisce un delitto nei riguardi della loro dignità di esseri umani, che hanno diritto al medesimo rispetto dovuto al bambino già nato e ad ogni persona.

La stessa condanna morale riguarda anche il procedimento che sfrutta gli embrioni e i feti umani ancora vivi — talvolta ‘prodotti’ appositamente per questo scopo mediante la fecondazione in vitro — sia come ‘materiale biologico’ da utilizzare sia come fornitori di organi o di tessuti da trapiantare per la cura di alcune malattie. In realtà, l’uccisione di creature umane innocenti, seppure a vantaggio di altre, costituisce un atto assolutamente inaccettabile”.

Il secondo intervento di san Giovanni Paolo II è quello che tenne al “XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti”.

“La scienza, lascia intravedere altre vie di intervento terapeutico che non comporta né la clonazione né il prelievo di cellule embrionali, bastando a tale scopo l’utilizzazione di cellule staminali prelevabili in organismi adulti. Su queste vie dovrà avanzare la ricerca, se vuole essere rispettosa della dignità di ogni essere umano, anche nello stadio embrionale”<sup>287</sup>.

---

<sup>287</sup> GIOVANNI PAOLO II, Discorso al XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti, 29 agosto 2000.

Anche papa Benedetto XVI riaffermò l'inaccettabilità dell'uccisione del embrioni per finalità scientifiche o terapeutiche rivolgendosi alla "Pontificia Accademia per la Vita" e alla "Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche" (FIAMC).

"Vorrei ripetere in questa circostanza quanto ho avuto modo di affermare in una recente Udienza: 'Il progresso può essere progresso vero solo se serve alla persona umana e se la persona umana stessa cresce; se non cresce solo il suo potere tecnico, ma cresce anche la sua capacità morale' (Udienza Generale del 16 agosto). In questa luce, anche la ricerca sulle cellule staminali somatiche merita approvazione ed incoraggiamento quando coniuga felicemente insieme il sapere scientifico, la tecnologia più avanzata in ambito biologico e l'etica che postula il rispetto dell'essere umano in ogni stadio della sua esistenza. Le prospettive aperte da questo nuovo capitolo della ricerca sono in se stesse affascinanti, perché lasciano intravedere la possibilità di curare malattie che comportano la degenerazione dei tessuti, con i conseguenti rischi di invalidità e di morte per chi ne è affetto (...).

Di fronte alla diretta soppressione dell'essere umano non ci possono essere né compromessi né tergiversazioni; non si può pensare che una società possa combattere efficacemente il crimine, quando essa stessa legalizza il delitto nell'ambito della vita nascente (...).

Il fatto che voi, in questo Congresso abbiate espresso l'impegno e la speranza di conseguire nuovi risultati terapeutici utilizzando cellule del corpo adulto senza ricorrere alla soppressione di esseri umani neoconcepiti e il fatto che i risultati stiano premiando il vostro lavoro, costituiscono una conferma della validità del costante invito della Chiesa al pieno rispetto dell'essere umano fin dal concepimento. Il bene dell'uomo va ricercato non soltanto nelle finalità universalmente valide, ma anche nei metodi utilizzati per raggiungerle: il fine buono non può mai giustificare mezzi intrinsecamente illeciti. Non è soltanto questione di sano criterio per l'impiego delle limitate risorse economiche, ma anche, e soprattutto, di rispetto dei fondamentali diritti dell'uomo nell'ambito stesso della ricerca scientifica"<sup>288</sup>.

La "Congregazione per la Dottrina della Fede" tratta specificatamente dell'argomento anche da un'angolatura scientifica nella Istruzione "Dignitatis Personae" (2008) dove si afferma:

"Le cellule staminali sono cellule indifferenziate che possiedono due caratteristiche fondamentali: a) la capacità prolungata di moltiplicarsi senza differenziarsi; b) la capacità di dare origine a cellule progenitrici di transito, dalle quali discendono cellule altamente differenziate, per esempio, nervose, muscolari, ematiche.

Da quando si è verificato sperimentalmente che le cellule staminali, se trapiantate in un tessuto danneggiato, tendono a favorire la ripopolazione di cellule e la rigenerazione di tale tessuto, si sono aperte nuove prospettive per la medicina rigenerativa, che hanno suscitato grande interesse tra i ricercatori di tutto il mondo.

---

<sup>288</sup> BENEDETTO XVI, Discorso al *Congresso sulle Cellule staminali* promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita e dalla FIAMC, 16 settembre 2006.

Nell'uomo, le fonti di cellule staminali finora individuate sono: l'embrione nei primi stadi del suo sviluppo, il feto, il sangue del cordone ombelicale, vari tessuti dell'adulto (midollo osseo, cordone ombelicale, cervello, mesenchima di vari organi, ecc.) e il liquido amniotico. Inizialmente, gli studi si sono concentrati sulle *cellule staminali embrionali*, poiché si riteneva che solo queste possedessero grandi potenzialità di moltiplicazione e di differenziazione. Numerosi studi, però, dimostrano che anche le *cellule staminali adulte* presentano una loro versatilità. Anche se tali cellule non sembrano avere la medesima capacità di rinnovamento e la stessa plasticità delle cellule staminali di origine embrionale, tuttavia studi e sperimentazioni di alto livello scientifico tendono ad accreditare a queste cellule dei risultati più positivi se confrontati con quelle embrionali. I protocolli terapeutici attualmente praticati prevedono l'uso di cellule staminali adulte e sono al riguardo state avviate molte linee di ricerca, che aprono nuovi e promettenti orizzonti" (n. 31).

“Per la valutazione etica occorre considerare sia i metodi di prelievo delle cellule staminali sia i rischi del loro uso clinico o sperimentale.

Per ciò che concerne i metodi impiegati per la raccolta delle cellule staminali, essi vanno considerati in rapporto alla loro origine. Sono da considerarsi lecite quelle metodiche che non procurano un grave danno al soggetto da cui si estraggono le cellule staminali. Tale condizione si verifica, generalmente, nel caso di prelievo: a) dai tessuti di un organismo adulto; b) dal sangue del cordone ombelicale, al momento del parto; c) dai tessuti di feti morti di morte naturale. Il prelievo di cellule staminali dall'embrione umano vivente, al contrario, causa inevitabilmente la sua distruzione, risultando di conseguenza gravemente illecito. In questo caso «la ricerca, a prescindere dai risultati di utilità terapeutica, non si pone veramente a servizio dell'umanità. Passa infatti attraverso la soppressione di vite umane che hanno uguale dignità rispetto agli altri individui umani e agli stessi ricercatori. La storia stessa ha condannato nel passato e condannerà in futuro una tale scienza, non solo perché priva della luce di Dio, ma anche perché priva di umanità..

L'utilizzo di cellule staminali embrionali, o cellule differenziate da esse derivate, eventualmente fornite da altri ricercatori, sopprimendo embrioni, o reperibili in commercio, pone seri problemi dal punto di vista della cooperazione al male e dello scandalo.

Per quanto riguarda l'uso clinico di cellule staminali ottenute mediante procedure lecite non ci sono obiezioni morali. Vanno tuttavia rispettati i comuni criteri di deontologia medica. Al riguardo occorre procedere con grande rigore e prudenza, riducendo al minimo gli eventuali rischi per i pazienti, facilitando il confronto degli scienziati tra di loro e offrendo un'informazione completa al grande pubblico.

È da incoraggiare l'impulso e il sostegno alla ricerca riguardante l'impiego delle cellule staminali adulte, in quanto non comporta problemi etici" (n.32).

La “Pontificia Accademia per la vita” nella “Dichiarazione sulla produzione e sull'uso scientifico delle cellule staminali umane” (2000) pone risponde a tre quesiti etici e prona degli itinerari da percorrere.

Il primo: *È moralmente lecito produrre e /o utilizzare embrioni umani viventi per la preparazione di ES<sup>289</sup>”? La risposta è negativa<sup>290</sup>.*

---

<sup>289</sup> Cellule staminali embrionali umane = ES, ESE, Embryo stem cells.

Il secondo: *È moralmente lecito eseguire la cosiddetta “clonazione terapeutica”* attraverso la produzione di embrioni umani e la loro successiva distruzione per la produzione di ES? Anche in questo caso la risposta è negativa<sup>291</sup>.

Il terzo: *È moralmente lecito utilizzare le ES, e le cellule differenziate da quelle ottenute, eventualmente fornite da altri ricercatori o reperibili in commercio?*. Pure per questo caso la risposta è negativa<sup>292</sup>.

Gli itinerari da percorrere.

“La possibilità di utilizzare cellule staminali adulte per raggiungere le stesse finalità che si intendono raggiungere con le cellule staminali embrionali, indica questa come la via più ragionevole e umana da percorrere per un corretto e valido progresso in questo nuovo campo che si apre alla ricerca e a promettenti applicazioni terapeutiche”<sup>293</sup>.

L'avvalersi delle cellule embrionali “che lede gravemente e irreparabilmente l'embrione umano, troncandone lo sviluppo, resta un atto gravemente immorale e quindi gravemente illecito”<sup>294</sup>.

A questo punto, è fondamentale comprendere se le cellule staminali embrionali siano “magiche”, poichè l'opinione pubblica anche a causa di una carente oggettività dei mezzi di comunicazione, vi ha puntato ostinatamente l'attenzione. Dobbiamo chiederci se questa tipologia cellulare fornirà “terapie straordinarie”, come assicurano alcuni scienziati. Le staminali embrionali, conquistarono anche il presidente americano B. Obama, che alcuni giorni dopo l'insediamento alla Casa Bianca revocando i provvedimenti dell'Amministrazione Bush, ne autorizzò l'uso ed oggi, negli Stati Uniti, assistiamo ad esperimenti di laboratorio con embrioni umani utilizzando la stessa metodologia adoperata per

---

<sup>290</sup> “1. Sulla base di una corretta e completa analisi biologica, l'embrione umano vivente è - a partire dalla fusione dei gameti - un *soggetto umano* con una ben definita identità, il quale incomincia da quel punto il suo proprio *coordinato, continuo e graduale sviluppo*, tale che in nessuno stadio ulteriore può essere considerato come un semplice accumulo di cellule<sup>290</sup>.”

2. Ne segue che: come «*individuo umano*» ha diritto alla sua propria vita; e, perciò, ogni intervento che non sia a favore dello stesso embrione, si costituisce come atto lesivo di tale diritto. La teologia morale ha da sempre insegnato che nel caso dello «*jus certum tertii*» il sistema del probabilismo non è applicabile<sup>290</sup>[xv].

3. Pertanto, l'ablazione della massa cellulare interna (ICM) della blastociste, che lede gravemente e irreparabilmente l'embrione umano, troncandone lo sviluppo, è un atto *gravemente immorale* e, quindi, *gravemente illecito*.

4. *Nessun fine ritenuto buono*, quale l'utilizzazione delle cellule staminali che se ne potrebbero ottenere per la preparazione di altre cellule differenziate in vista di procedimenti terapeutici di grande aspettativa, *può giustificare tale intervento*. Un fine buono non rende buona un'azione in se stessa cattiva.

5. Per un cattolico, tale posizione è confermata dal Magistero esplicito della Chiesa che, nella enciclica *Evangelium Vitae* - riferendosi anche alla Istruzione *Donum Vitae* della Congregazione per la Dottrina della Fede - afferma: “La Chiesa ha sempre insegnato, e tuttora insegna, che al frutto della generazione umana, dal primo momento della sua esistenza, va garantito il rispetto incondizionato che è moralmente dovuto all'essere umano nella sua totalità e unità corporale e spirituale: ‘l' essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzitutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita’ (n.60)”.

<sup>291</sup> “Ogni tipo di clonazione terapeutica, che implichi necessariamente la produzione di embrioni umani e la susseguente distruzione degli embrioni prodotti, al fine di ottenerne cellule staminali, è illecita; poichè, si ricade nel problema etico precedentemente esposto, il quale non può avere che una risposta negativa”.

<sup>292</sup> “Al di là della condivisione, formale o meno, dell'intenzione moralmente illecita dell'agente principale, nel caso in esame, c'è una cooperazione materiale prossima da parte del produttore o fornitore”.

<sup>293</sup> PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, 25 agosto 2000.

<sup>294</sup> Idem.

la sperimentazione dei farmaci.

Attualmente, le cellule staminali embrionali, non stanno fornendo nessun risultato terapeutico attendibile. Anzi, essendo totipotenti, sono pericolose: producono infezioni virali non sempre diagnosticabili; crisi di rigetto per l'incompatibilità immunologica; posseggono un elevato rischio di cancerogenesi originando forme di tumori e, da ultimo, non possiamo scordare i difetti epigenetici.

Questo rischio, fu denunciato già nel 2000 da G. Vogel sulla rivista *Science*<sup>295</sup>. Nonostante ciò, nel 2011, presso la clinica "Shepherd Center" di Atlanta, si avviò la prima sperimentazione clinica sull'uomo; un trattamento per la lesione della colonna vertebrale.

Si ha però, l'impressione diffusa, di delusioni; per questo, alcuni laboratori, dirottano il loro interesse su altre tipologie di studio.

Nel settembre 2006, al Congresso Mondiale organizzato dalla "Pontificia Accademia per la Vita", lo scienziato giapponese S. Yamanaka (Università di Kyoto), annunciò la scoperta dell' iPS (Induced Pluripotent Stem Cells). Aveva riprogrammato delle cellule differenziate di topolini, trasformandole in cellule staminali indifferenziate e pluripotenti in possesso di tutte le caratteristiche delle cellule staminali embrionali. Questa metodologia che riporta le cellule adulte differenziate allo stato di cellule immature, indifferenziate e di tipo embrionale, non pone problematiche etiche e potrebbe offrire significativi contributi alla ricerca. La scoperta di Yamanaka, fu definita nel dicembre del 2007 dalla rivista *Science Magazine*, "il passo più significativo dell'anno nel settore scientifico". Per obiettività, non possiamo nascondere che le cellule "ringiovanite" da Yamanaka con l'uso di virus, posseggono per le reazioni avverse lo stesso limite delle embrionali.

Nel 2009, A. Nagy di Toronto e K. Kaji di Edimburgo, svilupparono una nuova tipologia di cellule staminali pluripotenti ottenute non con lo sviluppo degli embrioni, ma riprogrammando le cellule adulte. Per regredire le cellule adulte, sfruttarono al posto del virus, uno speciale vettore molecolare denominato "piggyBac", cioè una sequenza di materiale genetico (traspostone) che può spostarsi da una posizione all'altra del genoma. Una metodologia più sicura ed eticamente compatibile.

Di fronte alla caparbia, anche di scienziati e clinici "ritenuti famosi", nel difendere spasmodicamente l'ipotesi terapeutica fallimentare delle cellule staminali embrionali, dobbiamo concludere che sopra il giudizio scientifico prevale l'interesse economico delle multinazionali, che prive di scrupoli inseguono l'affare, poichè sulla manipolazione degli embrioni si concentrano, a livello globale, colossali profitti. Nel frattempo, migliaia di malati, sono illusi da obiettivi irraggiungibili!

---

<sup>295</sup> Cfr.: *Science*, n. 287, pp. 1418-1419.

## Conclusione

Scrisse O. Fallaci, nota scrittrice laica, morta il 15 settembre del 2006, all'età di settantasette anni, a seguito di una grave forma di tumore: "Come dissi in un'intervista, non me ne importerebbe niente se le staminali embrionali (che determinano la morte dell'embrione) servissero a guarire il mio cancro, anzi i miei cancri. Dio sa se amo vivere, sì, vorrei vivere il più a lungo possibile. Sono innamorata, io, della vita. Ma a guarire i miei cancri iniettandomi le cellule d'un bambino mai nato (cioè di un embrione) mi parrebbe d'essere una cannibale. Una Medea che uccide i propri figli. ("Donna maledetta, aborrita dagli Dei, da me, dall'intero genere umano. Crepa, essere osceno, assassina dei tuoi figli" le dice Euripide attraverso Giasone)"<sup>296</sup>.

Nella premessa al capitolo ci siamo posti l'interrogativo sull'inizio della vita; ora al termine della riflessione, a modo di riassunto, ci chiediamo: "*in quale momento iniziò la mia avventura umana?*" Appena avvenuto l'incontro tra l'ocita di mia madre e lo spermatozoo di mio padre, quindi circa 280 giorni prima del parto. E allora, non è meraviglioso rammentare che ognuno di noi fu un embrione cui fu concessa la possibilità di svilupparsi divenendo uomo ?

Il nostro auspicio è che i diritti definiti "di prima generazione", approvati nel 1950 dalla "Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali", siano estesi, in tutti i Paesi, anche all'embrione, superando ogni divergenza ideologica.

## Exkursus: "Uno di noi"

Il "Trattato dell'Unione Europea" (TUE) definito anche "Trattato di Lisbona", che istituì ufficialmente l'Unione Europea il 13 dicembre 2007, per ridurre la "carenza democratica" di questa Istituzione e per "avvicinare" i cittadini all'Europa, introdusse la possibilità, all'articolo 11, di proporre "iniziative popolari", cioè la possibilità di ottenere la discussione di un determinato tema dinanzi alle Istituzioni europee, con la partecipazione dei promotori, quando l'argomento è accompagnato da oltre un milione di firme di cittadini europei appartenenti ad almeno sette Stati membri.

Il 1° aprile 2013 si avviò la raccolta di firme da parte di trenta "Movimenti per la vita" in rappresentanza di 21 Paesi dell'Unione Europea, affinché ogni essere umano fosse riconosciuto come "uno di noi" fin dal concepimento in ogni azione svolta direttamente dall'Unione Europea. Si chiese inoltre alla Ue di non finanziare attività che presuppongano la distruzione di embrioni umani nei settori della ricerca, nei programmi di riduzione delle nascite e nella pratiche di sanità pubblica che violano il diritto alla vita.

Il successo dell'iniziativa fu strabiliante raccogliendo 1.901.947 firme nei Paesi della Ue, di cui 600.000 in Italia. Ma la Commissione Europea "uscente",

---

<sup>296</sup> CORRIERE DELLA SERA, 3 giugno 2005, pg. 3.

cioè al termine del suo mandato, nel maggio 2014, quindi in una delle sue ultime deliberazioni, approvò di non presentare la proposta al Parlamento europeo. La motivazione del non recepimento della petizione fu: “gli Stati membri e il Parlamento europeo hanno discusso e deciso la politica della Ue in questo settore solo recentemente”, cioè di finanziare con soldi pubblici europei la ricerca scientifica su embrioni umani, oltre contribuire ai progetti di cooperazione internazionale che implicano la diffusione dell’aborto e dei farmaci abortivi nei Paesi del Terzo Mondo, anche in quelli che vietano l’aborto.

La Commissione Europea commise un “notevole abuso” essendo essa unicamente un Organismo esecutivo dell’Unione. Di conseguenza, deliberare in questa materia, non stà nei suoi poteri che appartengono al “legislatore europeo”, cioè al Parlamento e al Consiglio.

Pur non potendo prevedere come finirà la vicenda, i promotori della campagna “Uno di noi”, non si arresero. “Da parte nostra – affermò G. Puppink (responsabile europeo della campagna) – intendiamo continuare a lavorare col Parlamento europeo appena eletto, oltre che con la futura Commissione, ed eventualmente ricorreremo alla Corte di giustizia del Lussemburgo. Il nostro impegno è e rimane quello di testimoniare l’umanità e la dignità della vita umana e non accetteremo di essere ridotti al silenzio a seguito di una decisione arbitraria”<sup>297</sup>.

---

<sup>297</sup> Intervista al SIR, 29 maggio 2014.



## CAP. 6 LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

### INDICE DEL CAPITOLO

#### **1.La procreazione**

##### 1.1.Introduzione

#### **1.2.Fecondazione intra-corporea**

##### 1.2.1.Inseminazione Artificiale (IA)

##### 1.2.2. Trasferimento dei Gameti (GIFT)

#### **1.3.Fecondazione extra-corporea**

##### 1.3.1.Fecondazione in vitro (FIVET)

##### 1.3.2.Micromanipolazioni (ICSI)

##### 1.4. Conclusione

#### **2.La Legge 40/2004**

##### 2.1.L'importanza

##### 2.2.Esame della Legge

##### 2.3. "Linee guida" del 1 luglio 2015

##### 2.4.Conclusione

##### 3. Il futuro della Legge 40/2004

## **1.La procreazione**

### **1.1.INTRODUZIONE**

San Giovanni XXIII nell'enciclica *Mater e Magistra* sosteneva che la trasmissione della vita umana fu affidata dalla natura ad "un atto personale e cosciente e, come tale, soggetto alle leggi di Dio, immutabili e inviolabili"<sup>298</sup>. E san Giovanni Paolo II ribadì: "La fecondità è il frutto e il segno dell'amore coniugale, la testimonianza viva della piena donazione reciproca degli sposi"<sup>299</sup>.

Questo atto è l'intima unione d'amore degli sposi che donandosi totalmente si aprono alla vita divenendo "pro-creatori", chiamati ad agire in sintonia con il progetto divino. Pertanto, l'azione procreativa insita nella sessualità umana, non ammette interferenze di estranei nel rapporto della coppia poichè rendono l'atto incompleto, spersonalizzato e disumanizzato. L'atto della coppia coinvolge "la totalità dell'essere dei coniugi", cioè il cuore, il corpo, la psiche e lo spirito in una reciproca donazione mostrando così l'altissima dignità della persona del figlio.

Dunque, per la Dottrina cattolica, come già sottolineato in precedenza, la "responsabilità procreativa" si esprime come inscindibile unità dei due significati dell'atto coniugale: quello unitivo e quello procreativo.

Ma oggi il rapporto tra sessualità e procreazione, tra dimensione fisica, psichica ed affettiva e il dono totale e reciproco degli sposi, sono a volte annullati dall'intervento della tecnica medica che permette la procreazione umana all'esterno dal suo processo naturale di amore mediante la "fecondazione artificiale" "intra-corporea" ed "extra-corporea".

---

<sup>298</sup> GIOVANNI XXIII, *Mater e Magistra*, n. 8.

<sup>299</sup> *Familiaris consortio*, op. cit., n. 28.

A volte, alcune coppie, mosse dal dramma della sterilità che fa apparire la loro unione incompiuta o incompleta, oppure affascinate dall'errata mentalità del "diritto al figlio", si rivolgono alla tecnica medica.

Varie sono le tecniche.

\*Per la fecondazione "intra-corporea":

-Inseminazione Artificiale (IA).

-Trasferimento dei Gameti (GIFT).

\*Per la fecondazione "extra-corporea":

-Fecondazione in vitro e embryo-transfer (F.I.V.E.T);

-Micromanipolazione (I.C.S.A.).

Mentre è accettata, a determinate condizioni, quella "intra-corporea" in quanto il concepimento avviene nel luogo naturale, lo scindere la dimensione "unitiva" da quella "procreativa" rende per la Dottrina cattolica inaccettabile la fecondazione "extra-corporea". Ma anche in quella "intra-corporea" il mezzo tecnico deve risultare "non sostitutivo dell'atto coniugale, ma si deve configurare come una facilitazione ed un aiuto affinché esso raggiunga il suo scopo naturale"<sup>300</sup>.

## 1.2.FECONDAZIONE INTRA-CORPOREA

### 1.2.1.L'INSEMINAZIONE ARTIFICIALE (AI) .

L'inseminazione artificiale consiste nel prelevare il seme maschile e introdurlo, appunto, artificialmente mediante una canula nel canale cervicale femminile e qui gli spermatozoi imboccano la tuba uterina e la fecondazione avviene con modalità naturali.

E' *omologa*, quando si avvale del seme del partner che però soffre, ad esempio, di difetti degli organi genitali maschili; è *eterologa* quando i gameti sono donati all'esterno della coppia, ad esempio per mancanza di spermatozoi.

La fecondazione intra-corporea *omologa*, è la pratica meno problematica a livello etico e giuridico, essendoci perfetta identità fra "genitori genetici" e "genitori giuridico-sociali". Il bioeticista, cardinale E. Sgreccia, invita ad utilizzare la tecnica con cautela, e soprattutto "deve trattarsi di un aiuto terapeutico e integrativo a far sì che l'atto coniugale, in sé completo in tutte le sue componenti (fisiche, psichiche, spirituali), possa aver effetto procreativo"<sup>301</sup>.

Dunque, il mezzo tecnico, non deve risultare sostitutivo dell'atto coniugale, ma unicamente facilitarlo.

Nella modalità *eterologa* è presente un "terzo soggetto": il donatore del seme o la donatrice dell'ovulo; ciò implica problemi etici e giuridici.

Questa presenza: costituisce la violazione dell'unità coniugale; una modalità particolare di concepire la famiglia; l'alterazione del rapporto figlio-genitori (la madre è totalmente mamma, il padre unicamente a livello legale e educativo, quindi è svuotata la paternità "biologica") con probabili ripercussioni anche nella famiglia. Osservava lo psichiatra e sessuologo W. Pasini: "Per le donne il rischio ricorrente è quello di sentirsi deluse dal proprio partner che viene 'squalificato'

---

<sup>300</sup> *Donum vitae*, op. cit., II, B, 6.

<sup>301</sup> E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Vol. I°, Vita e Pensiero, Milano 1996, pg. 320.

dalla maggior potenza del donatore, o anche di sentire inconsciamente di 'tradite' il partner coltivando così al tempo stesso sentimenti di aggressività e di colpa nei suoi confronti. Non meno difficile è la situazione dell'uomo, per il quale l'accettazione della tecnica eterologa da donatore, suppone la definitiva accettazione della propria sterilità"<sup>302</sup>.

Anche a livello giuridico si pongono degli interrogativi.

-Quale dovrà essere il rapporto dei "nati" rispetto al donatore?

-Quali vincoli si pongono sull'anonimato di questo?

Si pone, poi, il problema dell' eventuale trasmissione di patologie genetiche. In Inghilterra, ad esempio, alcune madri, sollecitarono cospicui risarcimenti per il trasferimento di difetti genetici dal donatore al nato anche se la donazione del gamete dovrebbe rimanere anonima ed essere gratuita. In Italia, il Consiglio superiore di sanità (Ccs), ha approvato nel giugno 2015 "un regolamento" elaborato dal Ministero della Salute per recepire l'allegato 3 della Direttiva della Comunità Europea 17/2006, ponendo "paletti sanitari stretti" per tutelare la salute del concepito. Secondo questo regolamento è necessaria la mappa cromosomica del donatore accompagnata da esami approfonditi prima di utilizzare i gameti donati per la fecondazione eterologa. E' fissato anche il limite massimo di dieci nascite per ogni donatore e l'età entro cui è possibile donare gameti: uomini di età compresa fra i 18 e i 40 anni e donne fra i 20 e i 35 anni. Infine, Deve essere volontaria e altruistica e non può essere retribuita.

Per il Magistero della Chiesa l'inseminazione artificiale eterologa come la fecondazione extra-corporea è illegittima per l'invasione della tecnica rispetto alla naturalità dell'atto generativo umano, inoltre "lede i diritti del figlio, lo priva della relazione filiale con le sue origini parentali e può ostacolare la maturazione della sua identità personale"<sup>303</sup>.

### 1.2.2.TRASFERIMENTO DEI GEMETI (Gamete Intra Fallopian Transfer = GIFT)

E' il trasferimento intratubarico dei gameti per via laparoscopica. E' una tecnica semplice a livello tecnico e, quella omologa, non pone problematiche a livello etico.

## 1.3.FECONDAZIONE EXTRA-CORPOREA

### 1.3.1.FECONDAZIONE IN VITRO E EMBRYO-TRANSFER (FIVET)

#### IL METODO

Nella fecondazione extra-corporea, comunemente denominata FIVET, cioè in vitro con trasferimento dell'embrione, "l'incontro" tra l'ovulo femminile e lo spermatozoo maschile è provocato all'esterno dell'apparato genitale femminile.

Le procedure iniziano con la valutazione del tipo di sterilità presente nella coppia e il primo passo è il blocco, mediante ormoni, della funzione specifica

---

<sup>302</sup> W. PASINI, *Valutazione critica degli aspetti psicologici dell'inseminazione artificiale eterologa*, in *Sessuologia*, 1978, pg. 2.

<sup>303</sup> *Donum vitae*, op. cit., II. 2.

dell'ipofisi. Si si procede poi alla somministrazione delle gonadotropine<sup>304</sup>.

Quando gli ovuli collegati al follicolo "sono pronti", si procede alla loro aspirazione per via transvaginale, guidata da un ecografo e portati all'esterno. Si ripongono in un'ambiente idoneo e poi posti a contatto con gli spermatozoi. Nella "provetta" spermatozoo ed ovulo si potranno uniranno dando inizio ad nuova vita.

Il "trasferimento" nella donna della nuova creatura avviene poi per "via vaginale" (immettendo un catetere nel collo dell'utero) o per "via addominale" con un ago particolare che penetra l'utero sotto controllo ecografico.

La prima bambina nata con questa tecnica fu Louise Brown nel 1977.

## PROBLEMATICHE

La fecondazione extra-corporea, metodica alquanto onerosa per la donna sia a livello di sforzi fisici che di costi, si scontra con speranze e illusioni e pone problematiche etiche e fisiche.

I risultati sono carenti: il prelievo ovcitario ha circa il 95% di riuscita; la fecondazione degli ovuli è tra il 65% e l'80%; ma solo il 15%-20% giunge al termine della gravidanza.

## PROBLEMATICHE ETICHE

*-Separazione dell'atto unitivo da quello procreativo.*

Afferma la *Donum vitae*: "L'origine di una persona umana è in realtà il risultato di una donazione. Il concepito dovrà essere il frutto dell'amore dei suoi genitori: non può essere voluto né concepito come il prodotto di un intervento di tecniche mediche e biologiche: ciò equivarrebbe a ridurlo a diventare l'oggetto di una tecnologia scientifica. Nessuno può sottoporre la venuta al mondo di un bambino a delle condizioni di efficienza tecnica valutabili secondo parametri di controllo e di dominio"<sup>305</sup>. Di conseguenza: "la procreazione è privata dal punto di vista morale della sua perfezione propria quando non è voluta come il frutto dell'atto coniugale, cioè del gesto specifico dell'unione degli sposi"<sup>306</sup>.

*-Molteplice perdite (cioè morte) di embrioni* che giunge anche al 90% di quelli trasferiti nella donna. Questi non sono aborti spontanei, ossia subiti ma volontari.

Sostiene la *Donum vitae*: "E' già stato ricordato come, nelle circostanze in cui è abitualmente praticata, la FIVET implichi la distruzione di esseri umani, fatto questo che è contro la dottrina già richiamata sulla illiceità dell'aborto"<sup>307</sup>.

*-Parti gemellari plurimi nel 46% delle gravidanze.*

"Di fronte alla gravidanza multipla, l'équipe medica domanda se si vuole procedere alla 'riduzione delle camere' o alla 'riduzione embrionale'. Di cosa si tratta? Della soppressione volontaria degli embrioni indesiderati che si sono annidati. Spesso questa viene praticata introducendo con un ago del cloruro di

---

<sup>304</sup> Ormoni che hanno lo scopo di stimolare l'ovaio a produrre e portare a maturazione un certo numero di ovuli.

<sup>305</sup> *Donum vitae*, op. cit., II. 4 B.

<sup>306</sup> *Donum vitae*, op. cit., II. 4 B. Questi concetti sono presenti oltre che nella *Familiaris consortio* di Giovanni Paolo II, nella Costituzione *Gaudium et spes* del Concilio Vaticano II, n. 51 e nella enciclica *Humanae Vitae* di Paolo VI, n. 12.

<sup>307</sup> *Donum vitae*, op. cit., n. 5.

sodio negli embrioni indesiderati: l'iniezione di questa soluzione salina ne provoca la morte"<sup>308</sup>.

*-L'atto procreativo che si trasforma in processo tecnologico.*

*-Alte percentuali d'insuccessi: 87%.*

Anche oggi 8 donne su 10 falliscono l'obiettivo essendo il successo della fecondazione extra-corporea basato unicamente su ripetuti tentativi. E' più aumenta l'età, più diminuiscono le percentuali di riuscita. Ammonisce il dottor Pasquale Totaro, responsabile medico del Centro per la fecondazione assistita della clinica barese "Santa Maria", pioniera nel settore e attiva dal 1991: "Bisogna essere lucidi, a 43 anni la riuscita di una fecondazione assistita è minima infatti dopo i 40 anni quasi tutti gli ovociti sono anomali geneticamente, ecco perché è molto difficile rimanere incinta e, spesso, si abortisce naturalmente"<sup>309</sup>.

*-Elevati costi degli interventi per il Sistema Sanitario o per i singoli che solitamente vanno ripetuti più volte.*

### PROBLEMATICHE FISICHE

*-Rischio presente e futuro per la donna.*

Scrisse il professore C. Flamigni, uno dei fautori della fecondazione extra-corporea: "L'intera procedura impone uno sforzo fisico non indifferente, sottoponendo l'organismo a stimoli ormonali non fisiologici, a mini-interventi chirurgici (il prelievo degli ovociti) e almeno a un'analgesia profonda o a un'anestesia"<sup>310</sup>. Nel futuro, inoltre, la donna potrebbe soffrire alcune patologie: gestosi, placente previe, malformazioni fetali, gravidanze extrauterine, lesioni vascolari, iperstimolazione ovarica. Dunque, le tecniche di procreazione medicalmente assistita, non sono esenti da rischi e spesso le donne non sono adeguatamente informate anche se dovrebbero essere esplicitati sia nei vari colloqui che il medico ha con la coppia, sia nel consenso informato sottoposto alla paziente prima dell'inizio della procedura.

In Italia, la prima vittima fu Arianna Acrivoulis, di 38 anni, morta nel giugno 2015 all'ospedale di Conversano (Bari) mentre si sottoponeva, sotto anestesia, a una fase del trattamento di procreazione medicalmente assistita. E, così, un intervento "di routine" nel Centro Pma si trasformò in tragedia. Una grande tragedia che si somma al dolore; quello che deve averlo preceduto negli anni di attesa del figlio desiderato e cercato.

*- Incognita per i bambini.*

Nascendo solitamente prematuri, questi neonati richiedono cure intensive prolungate.

Rischiano maggiormente la paralisi celebrale (+ 3,7%) e ritardi nello sviluppo mentale (+ 4%). Ad esempio, i ricercatori del *Telethon Institute For Child Health Research* della *Western Australia University*, pubblicarono nel 2010 i risultati di alcuni studi che indicavano un aumento del 25% di difetti in questi bambini.

---

<sup>308</sup> G. CARBONE, *La fecondazione extracorporea: tecniche, valutazioni e disciplina giuridica*, Studio Domenicano, Bologna 2005, pg. 28.

<sup>309</sup> LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO, 12 giugno 2015

<sup>310</sup> C. FLAMIGNI, *Il libro della procreazione*, Mondadori, Milano 1998, pg. 327.

Vari scienziati, inoltre, temono la comparsa d'anomalie tardive e malattie degenerative riguardanti il sistema nervoso e i muscoli.

Due testimonianze.

Il professor *J. Winston*, “padre scientifico” della prima bambina concepita in provetta, l'11 settembre 2010 ad un convegno, a *Manchester*, asserì che alcune tecniche di fecondazione artificiale “dovrebbero essere più approfonditamente studiate”, poiché “potrebbero causare problemi di salute a lungo termine nei bambini nati dalla fecondazione in vitro”.

*D. Sicard*, già Presidente del Comitato di Bioetica Francese, sostenne in un'intervista pubblicata da *Figarò*, il 16 novembre 2010: “Da un lato si fa ricorso a tecniche estremamente complesse e sofisticate (...) dall'altro, sempre più nati da queste tecniche di procreazione medicalmente assistita nascono fortemente prematuri e sono portatori di severi handicap”.

### 1.3.2. MICROMANIPOLAZIONI (ICSI: INTRA CYTOPLASMIC SPERM INJECTION)

Varie sono le forme di intervento diretto sull'ovocita; la più utilizzata è la microiniezione per inserire direttamente lo spermatozoo nel citoplasma ovarico.

### 1.4. CONCLUSIONE

Alle coppie consigliamo di non lasciarsi ingannare quando mostrano madri serene con in braccio figli nati “dalla provetta” o indicano centri che dispensano la felicità. Non scordiamo la sofferenza delle donne che hanno ottenuto esiti negativi, ma soprattutto, non dimentichiamo le centinaia di embrioni uccisi. I diritti di questi piccoli esseri umani precedano ogni nostro desiderio!

## 2. Legge 40/2004

### 2.1.L'IMPORTANZA

La Legge n. 40 del 19 febbraio 2004: “*Norme in materia di Procreazione Medicalmente Assistita*”, frutto di convergenze trasversali, fu varata dal Parlamento Italiano per regolamentare la procreazione medicalmente assistita priva di normative e costituì il risultato di un lungo e travagliato cammino legislativo.

Non è il meglio nei confronti dell'inizio della vita ma il *male minore*, avendo colmato un pericoloso vuoto legislativo che rese l'Italia per lungo tempo il “*far-west della provetta*”. Era senz'altro, a detta di molti, una legge lacunosa sotto vari profili, pertanto bisognava nel tempo, revisionarla e migliorarla in base all'esperienza clinica e scientifica, ma da parte del Parlamento, e non come sta avvenendo, con le sentenze del potere giudiziario.

Resta sottinteso che per il cristiano perdurano i principi enunciati dall'Istruzione *Domun Vitae*: “La legge civile non potrà accordare la sua garanzia a quelle tecniche di procreazione artificiale che sottraggono, a beneficio di terze persone (medici, biologi, poteri economici e governativi), ciò che costituisce un diritto inerente alla relazione fra gli sposi (...). La legislazione dovrà proibire inoltre, in

forza del sostegno che è dovuto alla famiglia, le banche di embrioni, l'inseminazione post morte e la maternità sostitutiva"<sup>311</sup>. Dunque, i cattolici, non possono avallare la legge ma la ritengono importante per i principi positivi di matrice costituzionale che costituiscono la condizione minima per garantire alcuni diritti fondamentali a tutti i soggetti coinvolti nelle procedure.

La legge fu ed è accompagnata da polemiche che continuano nel tempo!

Il primo tentativo di modificarla per ampliare maggiormente le tecniche riproduttive e per togliere alcuni vincoli, fu il referendum del 2005 predisposto da alcune forze politiche capitanate dai Radicali. La Corte Costituzionale, nel gennaio del 2005, decise l'inammissibilità del referendum di abrogazione totale delle Legge 40 e l'ammissibilità di quattro referendum parzialmente abrogativi.

-Eliminare il limite d'accesso unicamente alle coppie sterili e il vincolo dei tre embrioni da trasferire nella donna.

-Autorizzare la ricerca sugli embrioni e, di conseguenza, sulle cellule staminali embrionali.

-Abrogare l'articolo 1 che stabilisce i diritti dell'embrione.

-Acconsentire la procreazione medicalmente assistita eterologa.

I referendum che si svolsero il 12-13 giugno 2005 fallirono miseramente, poiché il 74,5 % degli elettori esercitarono il diritto costituzionale "dell'astensione"<sup>312</sup> indicando la volontà di non modificare le basi portanti della legge.

Da quel momento, vari, tentarono di smantellare la legge per "via giudiziaria" ritenendola una normativa proibizionista, talvolta anche a causa di informazioni non corrispondenti agli articoli della normativa; per questo la esaminiamo.

## 2.2.ESAME DELLA LEGGE

*-Articolo 1: Finalità.*

Enuncia i tre criteri fondanti seguiti dal legislatore:

\*la limitazione dell'uso delle nuove tecniche ai casi di sterilità e di infertilità;

\*la valutazione del concepito come soggetto titolare di diritti;

\*il carattere sussidiario delle tecniche in rapporto ad altri metodi terapeutici idonei a rimuovere le cause di sterilità o di infertilità.

L'articolo 1 reputa inoltre l'embrione *un essere umano titolare degli stessi diritti fondamentali accordati ad ogni persona.*

*-Articolo 2: Interventi contro la sterilità e la infertilità.*

L'articolo tratta la prevenzione della sterilità e dell'infertilità a livello sanitario, sociale ed economico.

*-Articolo 3: Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405.*

Si aumento le attribuzioni di responsabilità ai consultori familiari.

*-Articolo 4: Accesso alle tecniche.*

Sono elencati gli accertamenti medici da compiersi per appurare la sterilità e

---

<sup>311</sup> *Donum vitae*, op. cit, n. 6.

<sup>312</sup> L'articolo 75 della Costituzione Italiana, recita: "E' indetto *referendum* popolare [cfr. art. 87 c. 6] per deliberare l'abrogazione, totale o parziale, di una legge o di un atto avente valore di legge [cfr. artt. 76, 77], quando lo richiedono cinquecentomila elettori o cinque Consigli regionali. (...) Hanno diritto di partecipare al *referendum* tutti i cittadini chiamati ad eleggere la Camera dei deputati. La proposta soggetta a *referendum* è approvata se ha partecipato alla votazione la maggioranza degli aventi diritto, e se è raggiunta la maggioranza dei voti validamente espressi".

l'infertilità che dovranno essere certificati medicalmente. Quindi, va accertata l'impossibilità di rimuovere con altre modalità le cause che impossibilitano il concepimento.

Si evidenzia, inoltre, l'unitarietà delle figure genitoriali e il divieto alla procreazione medicalmente assistita eterologa.

*-Articolo 5: Requisiti soggettivi.*

Con questo articolo lo Stato stabilisce i criteri di generazione della vita umana in base alla dimensione sociale della procreazione.

Le condizioni per accedere alla procreazione medicalmente assistita sono:

\*la richiesta della coppia coniugata o convivente,

\*entrambi maggiorenni,

\*di sesso diverso,

\*di età potenzialmente fertile,

\*viventi.

E' proibita la procreazione ai singoli, agli omosessuali, alle cosiddette "mamme-nonne". E' impossibile ricorrervi nel post-mortem. E' esclusa la "maternità surrogata"<sup>313</sup>.

Con queste condizioni si riconosce la famiglia o la coppia convivente da anni la struttura che crea le condizioni per una adeguata crescita.

*-Articolo 6: Consenso informato.*

Per permettere alla coppia la maturazione di una volontà consapevole, questa dovrà essere adeguatamente informata sugli effetti medici e psicologici e sui costi.

Inseguito, dovrà firmare un Consenso informato, irrevocabile dopo il concepimento.

*-Articolo 7: Linee guida: natura, finalità e limiti.*

*-Articolo 8: Stato giuridico del nato.*

Il nato possiede lo stato di figlio legittimo.

*-Articolo 9: Divieto di disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre.*

*-Articolo 10: Strutture autorizzate.*

La procedura sarà effettuata unicamente in strutture autorizzate dalle Regioni.

*-Articolo 11: Registro.*

Presso l'Istituto Superiore di Sanità è istituito un Registro Nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.

*-Articolo 12: Divieti generali e sanzioni.*

Sono previste sanzioni amministrative, civili e penali rapportate alla gravità delle violazioni delle disposizioni di legge.

*-Articolo 13: Sperimentazione sugli embrioni.*

Sono tutelati i diritti dell'embrione e come seguito a ciò che è affermato

---

<sup>313</sup> Maternità surrogata = Una donna porta avanti una gravidanza su commissione di un'altra impossibilitata a compierla, fermo restando l'impegno di consegnarle il neonato. L'argomento sarà trattato nel capitolo 19 di questo Manuale.



nell'articolo primo è vietata la sperimentazione sulle cellule staminali e la clonazione.

Anche la diagnosi preimpianto dovrà porsi come obiettivo lo sviluppo e la salute, cioè l'ulteriore benessere dell'embrione.

*-Articolo 14: Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni.*

Per tutelare la vita umana è proibita:

\*la soppressione degli embrioni,

\*la crioconservazione,

\*la riduzione embrionaria di gravidanza plurima,

\*la produzione per ogni trattamento di oltre tre embrioni che dovranno essere immediatamente trasferiti nella donna (Norma eliminata dalla Corte Costituzionale).

*-Articolo 15: Relazione in Parlamento.*

L'Istituto Superiore di Sanità predisporrà ogni anno una relazione per il Parlamento.

*-Articolo 16: Obiezione di coscienza.*

Il personale sanitario potrà avvalersi dell'obiezione di coscienza.

*-Articolo 17: Disposizioni transitorie<sup>314</sup>.*

### **2.3."LINEE GUIDA" DEL 1 LUGLIO 2015**

Il 1 luglio 2015, il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin ha firmato il Decreto di aggiornamento delle "Linee-guida per l'applicazione della Legge 40/2004 sulla procreazione medicalmente assistita (Pma)". "Il nuovo testo - recita il comunicato ufficiale del ministero - che aggiorna le linee guida del 2008, è stato rivisto in rapporto all'evoluzione tecnico-scientifica del settore e all'evoluzione normativa; in particolare ai decreti legislativi 191/2007 e 16/2010 e all'Accordo Stato Regioni del 15 marzo 2012 (che applica alla Pma le normative europee su qualità e sicurezza di cellule umane), e alle sentenze della Corte Costituzionale n.151/2009 e n.162/2014, le quali hanno eliminato, rispettivamente, il numero massimo di tre embrioni da creare e trasferire in un unico e contemporaneo impianto e il divieto di fecondazione eterologa".

Le "nuove linee-guida" da una parte chiedono agli operatori la massima scrupolosità nell'espletamento delle procedure tecniche e dall'altra è ribadito il dovere di tutela dell'embrione contro possibili derive eugenetiche. Per questo rimane "il divieto della diagnosi preimpianto a fini eugenetici": "le indagini relative allo stato di salute degli embrioni creati in vitro, ai sensi dell'art.14, comma 5, dovranno sempre essere volte alla tutela della salute e dello sviluppo di ciascun embrione".

Quali le novità rispetto alle linee-guida precedenti?  
-La possibilità di ricorrere alla fecondazione eterologa anche nella modalità "doppia", con entrambi i gameti da donatore: "Il ricorso alla tecnica di Pma di tipo eterologo è legittimo, come indicato dalla sentenza 162/2014 della Corte

---

<sup>314</sup> Per approfondire la Legge: C. CASINI, M. CASINI, M.L. DI PIETRO, *La Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. Commentario*, Giappichelli, Torino 2004; C. CASINI, *La legge sulla fecondazione artificiale. Un primo passo nella giusta direzione*. Cantagalli, Siena 2004; AA. VV., *La fecondazione assistita. Riflessione di otto grandi giuristi*, Rcs, Milano 2005.

Costituzionale, ‘esclusivamente in riferimento al caso in cui sia stata accertata l’esistenza di una patologia che sia causa irreversibile di sterilità o infertilità assolute’” ma “non è possibile per le coppie scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore”.

-L’accesso alla procreazione medicalmente assistita di “coppie sierodiscordanti” (in cui uno dei due partner è portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili per infezioni da Hiv, Hbv o Hcv). Nella versione precedente l’accesso era previsto solo per l’uomo portatore, mentre ora è consentito anche alla donna portatrice.

Il ministro Lorenzin ha inoltre precisato che “riguardo la fecondazione eterologa, nelle linee guida vengono fornite le indicazioni per la coppia che accede ai trattamenti di fecondazione assistita, mentre tutto ciò che riguarda i donatori di gameti sarà contenuto nel testo di un nuovo Regolamento, già approvato dal Consiglio Superiore di Sanità, che sta proseguendo il suo iter per il recepimento delle direttive europee di riferimento”.

## **2.4.CONCLUSIONE**

I massmedia, discutendo sulla Legge 40, solitamente evidenziano gli aspetti da loro ritenuti negativi, conservatori ed oscurantistici, travisando il significato della normativa e occultando i dati positivi forniti dal Ministero della Salute.

Ad esempio, mentre nel 2005 solo 1 donna su 10 riusciva ad avere il figlio, oggi questa percentuale è scesa ad 1 donna su 8. Nel 2013, secondo i dati diffusi dal Ministero della sanità, in Italia sono stati fatti 91.556 cicli di fecondazione artificiali e sono nati 12.187 bambini, per un tasso di successo del 13,31%. E i bambini nati con questa tecnica rappresentano il 2,4 delle nascite. Un altro dato rilevante è il calo delle gravidanze plurime (-22,3%).

Rimane aperta “la strage degli embrioni”!

Secondo i dati sopra riportati, ammettendo che i Centri abbiano impiantato in ogni ciclo tre embrioni (ma in molti casi di più), nel 2013 furono impiantati circa 274.600 embrioni, ma nacquero unicamente 12.187 bambini; circa 262.481 embrioni furono distrutti e 22.143 furono congelati (il 16,8% in più rispetto al 2012). Dove finiranno queste decine di migliaia di embrioni? Nessuno lo sa e nessuno se lo chiede!

Per questo, non possiamo definirla una “buona legge”, ma unicamente “il male minore”.

## **3. Il futuro della Legge 40/2004**

La cocente sconfitta del 2005 da molti fu “digerita male”, così si avviarono una serie di ricorsi ai tribunali, ai Tar e alla Corte Europea per i Diritti Umani di Strasburgo; attualmente sono in corso 19 procedimenti. Inoltre, l’ 11 aprile 2008, calpestando la volontà popolare, il Ministro della Sanità L. Turco, firmò “nuove” Linee Guida che autorizzavano, tra l’altro, i soggetti sieropositivi ad usufruire di questa tecnica.

Ma i casi più preoccupanti sono tre: la sentenza della Corte Europea per i

diritti umani di Strasburgo a favore di Walter Pavan e Rosetta Costa e le Sentenze n.162 del 9 aprile 2014 della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittimo il divieto di “fecondazione eterologa” previsto dall’articolo 4 comma 3 Legge 40/2004 e la Sentenza n. 96 del 5 giugno 2015 riguardante la diagnosi pre-impianto.

Esaminiamo i casi.

A Walter Pavan (37 anni) e Rosetta Costa (35 anni), due coniugi romani, nel 2006 nacque una bambina affetta da fibrosi cistica (o mucoviscidosi), una grave malattia genetica, a volte mortale. I due genitori, dopo essersi sottoposti allo screening genetico, apprendono di essere entrambi portatori sani del “gene difettoso” all’origine della patologia della figlia.

Nel 2010 la signora Rosetta è nuovamente gravida, ma dalla diagnosi prenatale apprende che il feto è anch’esso affetto dalla patologia del feto precedente, perciò abortì. Dopo questa seconda negativa esperienza, la coppia romana, pretese di usufruire della procreazione medicalmente assistita per poter sottoporre gli embrioni alla diagnosi genetica pre-impianto.

Il Tribunale di Roma negò l’autorizzazione. I due coniugi si rivolsero alla Corte Europea per i diritti umani di Strasburgo, argomentando che la legge 40/2004 violava alcuni articoli della Convenzione dei Diritti Umani. In particolare, l’articolo 8 (rispetto della vita familiare e privata) dovendo seguire la comune prassi del concepimento naturale e poi eventualmente abortire e l’articolo 14 (divieto di discriminazione) in quanto la legge prevedeva il ricorso alla procreazione medicalmente assistita unicamente alle coppie sterili o affette da malattie sessualmente trasmissibili.

Sul primo punto, nel settembre 2012, la Corte di Strasburgo accolse il ricorso dei due coniugi condannando l’Italia a un risarcimento di 17.500 euri, mentre ruscò la seconda accusa.

Quali motivazioni indussero i giudici di Strasburgo a sentenziare che la legge 40/2004 violi la Convenzione dei Diritti Umani?

Si legge nel comunicato emesso dalla Corte: “(i giudici) hanno ritenuto che il desiderio dei ricorrenti di rivolgersi alla procreazione assistita e alla diagnosi genetica pre-impianto per avere un figlio non affetto da fibrosi cistica sia una forma della loro vita privata e familiare”.

Inoltre, il comunicato, parla anche di “incoerenza” della legge 40/2004; è vietata la diagnosi genetica pre-impianto ma la legge 194/1978 (“Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”) “autorizza l’aborto di feti che mostrano sintomi della malattia”.

Per molti bioeticisti e giuristi non esiste nessuna “incoerenza” essendo le due leggi assai differenti tra loro.

La 194/1978 riguarda specificatamente la pratica dell’aborto e consente “l’aborto terapeutico” per salvaguardare la salute della madre, anche se in moltissimi casi è la salute del feto e non quella della madre a determinare l’aborto come dimostra l’ampio crollo delle nascite di bambini affetti da sindrome di Down.

Mentre la legge 40/2004 acconsente a chi è infertile di avere figli, indipendentemente dal loro stato di salute.

Di conseguenza, esiste una profonda differenza tra diagnosi “pre-prenatale” e diagnosi “pre-impianto”, che non dovrebbe provocare la morte dell’embrione anche se gravato da malformazioni.

E questa è la conclusione della Corte: “(la posizione italiana) lascia ai ricorrenti una sola possibilità che comporta ansia e sofferenza: avviare una gravidanza e porvi termine se i test prenatali mostrano che il feto è malato”.

Il governo italiano ricorse alla *Grande Chambre*, essendo il verdetto non definitivo. Ma nel marzo 2013, la *Grande Chambre*, confermò la sentenza precedente.

Cosa accadrà ora?

Nulla, poichè la sentenza si applicherà unicamente al singolo caso della coppia in oggetto.

Un secondo caso preoccupante riguarda la “Sentenza 162” del 9 aprile 2014 della Corte Costituzionale che ha dichiarato illegittimo “il divieto di fecondazione eterologa” previsto dall’articolo 4 comma 3 Legge 40/2004.

La motivazione fornita dalla Corte Costituzionale è l’esistenza del “diritto al figlio” che è incoercibile, cioè assoluto rientrando nella “la sfera più intima e intangibile della persona umana”. Per la Corte il divenire genitori e il formare una famiglia che abbia anche dei figli è “espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi: una libertà costituzionalmente fondata” (si richiamano in proposito gli articoli 2, 3 e 31 della Costituzione Italiana). “E se è vero – continua la sentenza – che la Costituzione non pone una nozione di famiglia inscindibilmente correlata alla presenza di figli, la formazione di una famiglia caratterizzata dalla presenza di figli, anche indipendentemente dal dato genetico è favorevolmente considerata dall’ordinamento giuridico (...) come dimostra la regolamentazione dell’istituto dell’adozione”.

Un terzo caso riguarda la “Sentenza 96” del 5 giugno 2015 della Corte Costituzionale che ha autorizzato la diagnosi pre-impianto.

Nel pomeriggio del 14 maggio 2015, la Corte Costituzionale, ha comunicato l’esito del quesito posto da due coppie, non sterili ma portatrici di anomalie genetiche trasmissibili, sulla incostituzionalità del divieto previsto dalla legge 40/2004 ai partner non sterili di poter eseguire la diagnosi pre-impianto degli embrioni prodotti in laboratorio tramite la fecondazione artificiale.

I giudici, però, hanno precisato che l’accesso alla fecondazione in vitro e alla conseguente diagnosi pre impianto non è permesso a tutte le coppie che soffrono di patologie ereditarie, ma solo a quelle predisposte a generare embrioni con malformazioni tali da sottoporre la gestante a gravi rischi. Dunque è stata aggiunta unicamente una categoria in più di fruitori della provetta: non solo le coppie sterili o infertili, ma anche quelle con “particolari patologie genetiche”. Afferma il comunicato: “La Corte costituzionale nella camera di consiglio del 14 maggio, ha dichiarato l’illegittimità costituzionale degli artt. 1, commi 1 e 2, e 4, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 (norme in materia di procreazione medicalmente assistita), nella parte in cui non consentono il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie

genetiche trasmissibili”. E queste malattie devono essere rispondere “ai criteri di gravità di cui all’art. 6, comma1, lettera b), della legge 22 maggio 1978, n. 194, ed essere “accertate da apposite strutture pubbliche”.

Il 5 giugno 2015 sono state rese pubbliche le motivazioni della sentenza della Corte e, oltre ribadire quello che abbiamo affermato in precedenza, il Parlamento, dovrà redigere una griglia soggetta ad aggiornamento sulla base della evoluzione tecnico-scientifica, di “patologie che possano giustificare l’accesso alla procreazione medicalmente assistita” e alla conseguente diagnosi pre-impianto.

E’ inutile evidenziare che rimane la gravità della sentenza poiché apre nuove porte all’eugenetica ben riassunta nel pensiero di E. Roccella: “Un bambino che non sia sano avrà, d’ora in poi, un diritto affievolito a nascere, e potrà essere scartato”<sup>315</sup>.

Alcuni casi di ricorsi ai Tribunali.

*Luglio 2005:* il Tribunale di Cagliari sollevò una questione di legittimità costituzionale sull’articolo 13 della legge 40/2004 sollecitato da una coppia portatrice sana di beta-talassemia che chiese di sottoporsi alla diagnosi genetica pre-impianto, ma la Corte di Cassazione nel novembre del 2006 dichiarò la “richiesta inammissibilità”<sup>316</sup>.

Nel settembre 2007 il Tribunale di Cagliari ci riprovò trovando l’appoggio del TAR del Lazio che annullò per “eccesso di potere” le linee guida per l’applicazione della legge<sup>317</sup>.

Il percorso seguito dal Tribunale di Cagliari fu un evidente atto di eugenismo, infatti le probabilità di partorire un figlio affetto da talassemia sono del 50%; inoltre, oggi, anche i portatori di questa patologia conducono un’accettabile qualità di vita.

Non possiamo tacere che la tecnica della diagnosi genetica pre-impianto provoca effetti collaterali, ostacola lo sviluppo degli embrioni ed elimina, spesso, anche quelli sani. I dati sono sconcertanti! Spiega, il dottor Giuseppe Noia, presidente dell’Associazione italiana ginecologi ostetrici cattolici: “il tasso di perdita degli embrioni si mantiene ancora ben superiore al 50%. (...) In un atto medico c’è un bilancio fra utilità della diagnosi e il rischio. Per esempio, per l’amniocentesi il rischio è fra lo 0,5 e l’1%, moltissime tecniche invasive possono attestarsi intorno al 2%. (...) Non si può effettuare una diagnosi sapendo che perderò dal 50 al 60 % degli embrioni. Il livello dell’utilità di una metodica non può prescindere dal concetto antropologico della vita umana. La diagnosi pre-impianto sottende in realtà una grande menzogna culturale, che cioè dell’embrione prima degli 8 giorni si possa fare quello che si vuole. Il dogma culturale generale è stato quello di spostare l’inizio della vita umana dal concepimento all’impianto. Ma quello che è tecnicamente possibile non è sempre accettabile”. Il dottor Noia evidenzia poi la tematica della salute del nascituro. “Tutte le manipolazioni realizzate nella fase pre-impianto implicano una serie di complicazioni cosiddette

---

<sup>315</sup> AVVENIRE, 6 giugno 2015.

<sup>316</sup> Cfr.: CORTE DI CASSAZIONE, *Ordinanza n. 369/2006*.

<sup>317</sup> Cfr.: TAR DEL LAZIO, *Sentenza n. 398/08*.

epigenetiche, per cui alcune condizioni mal formative non nascono intrinsecamente all'embrione, ma sono dovute proprio alla manipolazione nelle fasi prima dell'impianto<sup>318</sup>. Per il dottore, sulla diagnosi pre-impianto, l'informazione che viene fornita alle coppie è spesso inesatta, se non del tutto insufficiente.

*Luglio 2008*: il Tribunale di Firenze si interrogò sulla legittimità della limitazione a solo tre degli embrioni da inserire nella donna, perciò chiese di ampliare il numero come pure la possibilità di crioconservazione degli stessi.

La Consulta di Stato dichiarò incostituzionale una parte del comma 2 dell'articolo 14; di conseguenza abrogò il limite della produzione di embrioni e il divieto di crioconservazione<sup>319</sup>.

*Gennaio 2010*: il Tribunale di Salerno autorizzò la diagnosi genetica pre-impianto ad una coppia fertile portatrice sana di fibrosi cistica per evitare il rischio della nascita un altro figlio malato. Da notare che da genitori portatori di fibrosi cistica il 25% dei bambini ha probabilità di nascere malato, il 50% di nascere sano ma portatore e il 25% di nascere sano e non portatore.

*Aprile 2010*. Una coppia di Milano, affetta da "azoospermia completa", chiese di accedere alla fecondazione eterologa nonostante il divieto.

Secondo i giudici del Tribunale civile di Milano questo divieto si pone in contrasto con alcuni principi costituzionali, tra cui il diritto all'autodeterminazione della coppia, il principio di eguaglianza tra le coppie e il diritto alla salute.

---

<sup>318</sup> AVVENIRE, *E' vita*, 18 giugno 2015.

<sup>319</sup> Cfr. : CONSULTA DI STATO, *Sentenza 151/2009*.

## CAP. 7. LE DIAGNOSI E GLI ATTI CONTRO LA VITA NASCENTE

### INDICE DEL CAPITOLO

#### *Introduzione*

#### **1.Le diagnosi**

1.1.Diagnosi prenatale

1.2.Diagnosi genetica

#### **2.Atти contro la vita che nasce**

##### **2.1.L'aborto**

2.1.1.Il fenomeno e il suo significato nella società attuale

2.1.2.La gravità dell'atto

2.1.3.Il nostro atteggiamento

2.1.4.Alle donne che hanno abortito

2.1.5.Una lettura obiettiva della legge

2.1.6.Aborto post natale

##### **2.2.Pratiche abortive**

2.2.1. Ru 486

2.2.2.La Pillola del giorno dopo (Norlevo)

2.2.3.EllaOne

2.2.4.Diversità tra Norlevo, ElleOne e Ru 486

2.2.5. I rischi dei contraccettivi

##### **3.La depressione post-patum (psicosi peurerale)**

##### **4.Atти a favore della vita: I metodi naturali della procreazione**

Exkursus: 1.Le donne eroiche che non hanno abortito

2.I nati prematuri

### **Introduzione**

"Un grido è stato udito in Rana, un pianto e un lamento grande: Rachele<sup>320</sup> piange i suoi figli e non vuole essere consolata, perché non sono più"<sup>321</sup>.

Il versetto del profeta Geremia è ripreso dall'evangelista Matteo per introdurre l'infanticidio ordinato da Erode per "tutti i bambini di Betlemme e del suo territorio dai due anni in giù"<sup>322</sup>, dopo aver appreso dai Re Magi la nascita di Gesù.

Questo grido apre la nostra riflessione sui metodi che anche oggi ricopiano le stragi "contro gli innocenti"; infatti, ogni anno nel mondo sono perpetrati oltre 53milioni di aborti.

A. Soggi, nel testo *Il genocidio censurato. Aborto: un miliardo di vittime*

---

<sup>320</sup> Rachele, figlia minore di Labano e moglie di Giacobbe piange gli uomini di Efrain, Beniamino e Manasse massacrati o deportati dagli Assiri.

<sup>321</sup> LIBRO DEL PROFETA GEREMIA, 31,15.

<sup>322</sup> VANGELO DI MATTEO, 2,17.

*innocenti*<sup>323</sup>, sostiene nella IV° pagina di copertina che “il più grande genocidio del Novecento non è avvenuto in guerra, nei gulag o nei campi di sterminio” ma “è una strage di cui nessuno parla di oltre un miliardo di vittime innocenti dovute all’aborto”.

Socci, ha acquisito il dato, dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Approfondiamo le cifre.

*Italia.* Ogni giorno sono eseguiti circa 350 aborti; annualmente raggiungono i 130mila legali oltre quelli clandestini. Il totale di aborti in 36 anni (1978-2014) è di oltre 4 milioni e 550mila.

Dalla somma sono esclusi i dati riguardanti *l’abortività clandestina* e quella provocata dalle *pillole abortive*. Ogni anno, sono vendute 380mila confezioni di pillole, che con varie modalità bloccano il concepimento o evitano l’impianto dell’ovulo fecondato nell’utero materno. Ciò significa, che migliaia di futuri bambini pur non essendo nati, non sono registrati ufficialmente come aborti.

*Europa.* E’ consumato un aborto ogni 25 secondi, per un totale annuale di un milione e 220mila.

Nel 2014: Regno Unito 215.000, Francia 209.913, Romania 191.038, Germania 129.650, Spagna 84.985 (con un aumento dell’ 87% negli ultimi dieci anni). Nell’Est Europeo sono effettuati 103 aborti ogni 100 nati vivi. 1 aborto su 7 (14,2%) riguarda ragazze minori di 20 anni<sup>324</sup>.

*Mondo.* Alcuni casi emblematici.

La Cina, negli anni ’80 del XX secolo, avviò il programma di controllo delle nascite che impose il limite del figlio unico. “Chi viola queste regole” scriveva B. Cervellera, missionario del PIME e responsabile dell’agenzia giornalistica *Asia News*, “rischiava multe salatissime, aborto forzato anche al nono mese, infanticidio, distruzione della casa o requisizione dei beni”<sup>325</sup>. Gli effetti furono drammatici: “Lo stato si vanta dei successi raggiunti: 300 milioni di nascite in meno in 21 anni”<sup>326</sup>. Questa scellerata politica, fu premiata dalle Nazioni Unite nel 1993, assegnando al ministro cinese per la Pianificazione Familiare Q. *Xinzhong* il “premio per la popolazione”, accompagnato da un profondo apprezzamento del Segretario Generale dell’Onu.

La miopia di questa strategia, ha prodotto un pesante divario tra la popolazione in età produttiva e quella in età avanzata. Di fronte al rischio di giungere tra pochi anni al collasso del sistema economico, nel 2012 il governo cinese ha abolito la norma restrittiva.

In India, mancano all’appello 60 milioni di bambine.

Nel continente Africano si contano 5 milioni e mezzo di aborti ogni dieci anni; oltre due milioni nell’Africa Orientale.

Ma questo fenomeno, osserva amaramente Socci, “nonostante le sue colossali dimensioni, il più vasto olocausto della storia umana, è totalmente e sistematicamente rimosso da tutta la società contemporanea”<sup>327</sup> o condiviso con

---

<sup>323</sup> Piemme, Casale Monferrato (AI) 2006.

<sup>324</sup> Dati del Rapporto: *L’aborto in Europa e Spagna*, Istituto Spagnolo di Politica Familiare – IPF.

<sup>325</sup> B. CERVELLERA, *Missione Cina*, Ancora, Milano 2003, pg. 140.

<sup>326</sup> *Missione Cina*, op. cit., pg. 143.

<sup>327</sup> *Il genocidio censurato*, op. cit., pg. 10.



motivazioni inaccettabili: "l'aborto è un bene sociale" affermò J. Gruber<sup>328</sup>; "normalizziamo l'aborto" propose la femminista americana K. Pollitt<sup>329</sup>; facciamolo diventare una pratica online si legge nel sito internet di R. Gomperts<sup>330</sup>.

Non possiamo infine scordare anche la trasformazione di alcune tecniche contraccettive in atti di contragestazione che ampliano la spirale di morte.

Per questo, anche oggi: "Rachele piange i suoi figli e non vuole essere consolata, perché non sono più".

## 1. Le diagnosi

### 1.1. DIAGNOSI PRENATALE

La maggioranza delle donne gravide<sup>331</sup> ritengono un loro diritto sottoporsi allo *screening prenatale* per accertare se il feto è affetto da malformazioni, dimenticando che la prassi medica lo consiglia alle gravide oltre i 35 anni di età, a chi proviene da famiglie con precedenti di alterazioni cromosomiche o genetiche, oppure a chi detiene indici di rischio elevato evidenziato dal *duo-test* o dal *tri-test*, o per anomalie fetali riscontrate ecograficamente, oppure per la presenza di malattie infettive (*citomegalovirus, parvovirus B19* ...), o dopo aver generato figli con gravi patologie. "Al di fuori di queste indicazioni mediche", sottolinea il cardinale D. Tettamanzi, "il ricorso alla diagnosi non validamente motivato diventa almeno problematico sotto il profilo morale"<sup>332</sup>.

La donna, a volte, non percepisce la valenza etico-morale del gesto. Anzi, la cultura dominante le fa credere che rifiutando lo *screening* non compie il suo dovere di madre, perciò è soggetta al rimprovero della società. L'opinione della Chiesa, riassunta nel *Catechismo della Chiesa Cattolica*, è opposta a questa visione: "La diagnosi prenatale è moralmente lecita, se rispetta la vita e l'integrità dell'embrione e del feto umano ed è orientata alla sua salvaguardia o alla sua guarigione (...). Ma essa è gravemente in contrasto con la legge morale quando contempla l'eventualità, in dipendenza dai risultati, di provocare un aborto: una diagnosi (...) non deve equivalere a una sentenza di morte"<sup>333</sup>.

Alcune donne, appresa l'anomalia del feto anche lieve, praticano l'interruzione della gravidanza, invece di intervenire con buon successo a livello farmacologico con medicinali assunti dalla madre, oppure agendo direttamente

---

<sup>328</sup> "L'aborto è un bene sociale" perché ha fatto "risparmiare al governo americano oltre 14 miliardi in welfare fino al 1994". Come? Impedendo la nascita dei "bambini emarginati", cioè coloro che sarebbero probabilmente diventati criminali o poveri che il governo avrebbe dovuto mantenere. Queste affermazioni sono state scritte da Jonathan Gruber, meglio conosciuto come l'architetto della riforma sanitaria di Obama: il cosiddetto Obamacare (Tempi it. 11 dicembre 2014).

<sup>329</sup> "Dobbiamo parlarne, e dobbiamo farlo in modo diverso. Non come qualcosa che tutti giudichiamo negativamente e che ci fa scuotere tristemente la testa [...]. Dobbiamo parlare dell'aborto come di un evento comune, perfino normale nella vita riproduttiva delle donne, e non solo delle moderne donne statunitensi, ma delle donne nella storia e in tutto il mondo" ("*Libere di abortire*" in INTERNAZIONALE, novembre 2014).

<sup>330</sup> "Hai una gravidanza indesiderata? Questo servizio di aborto farmacologico on line aiuta le donne ad avere accesso all'aborto sicuro, tramite pillola, al fine di ridurre il numero di morti causate invece dall'aborto non sicuro".

<sup>331</sup> In Italia oltre il 70% delle gravidanze hanno un decorso fisiologico normale.

<sup>332</sup> D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2000, pg. 305.

<sup>333</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2227.

sul feto.

A volte, l'esito dello *screening*, scatena nella futura mamma meccanismi che travolgono anche le migliori intenzioni, dovendo scegliere se accogliere il nascituro con probabili anomalie o ricorrere all'aborto. Ad esempio, negli Stati Uniti, a seguito dei risultati degli *screening*, è negata la vita al 43% dei feti con "palato fesso" e al 64% di quelli con "piede torto", nonostante entrambe le situazioni siano curabili<sup>334</sup>.

Emblematico, fu l'aborto praticato nel maggio 2007 all'ospedale Careggi di Firenze, ad una donna alla 22° settimana di gravidanza. Pochi giorni prima, fu comunicato alla futura mamma che il figlio, probabilmente, era affetto da atresia esofagea<sup>335</sup>. La donna, senza ulteriori accertamenti, interruppe la gravidanza; inseguito si accertò l'inesistenza della malformazione.

La costante diffusione di questa pratica che racchiude evidenti significati eugenetici, infatti, il più delle volte, tende alla soppressione del feto e non alla cura, è dovuta a numerosi motivi: la medicalizzazione della gravidanza, il timore dei ginecologi di ripercussioni medico-legali, il business, l'ideologia del benessere fisico ad ogni costo e le campagne finanziate da alcune regioni.

E' urgente regolamentare l'accesso agli *screening* prenatali, come pure costituire centri di consulenza scientificamente attendibili ed intellettualmente onesti, per consentire alle donne di manifestare le loro preoccupazioni e liberarsi da paure immotivate anche a causa di gravidanze a volte trascurate.

La maggioranza delle donne fanno in media cinque ecografie in luogo delle tre consigliate, mentre solo il 30% delle gravide partecipa ai corsi di preparazione al parto, perciò molte giungono in sala parto con informazioni errate, dolorose fantasie, stato emotivo gravato dalla paura e dall'ansia<sup>336</sup>.

Ogni *screening* dovrebbe essere deciso nel corso di una consulenza con il ginecologo e preceduto da una chiara informazione, infatti tutte le tecniche di diagnosi, escluso l'esame radiografico che permette la visualizzazione di anomalie scheletriche e l'ecografia che visualizza le strutture fetali, portano con sé fattori di rischio.

Esaminiamo le più comuni:

-*Cordocentesi o funicolocentesi*, puntura ecoguidata per il prelievo di sangue dal cordone ombelicale; rischio: 1% - 4%. E' eseguita solitamente dalla 18 settimana di gestazione.

-*Amniocentesi*, prelievo di 15-20 ml. di liquido amniotico in cui sono presenti cellule fetali di sfaldamento; rischio 0,5%-1,9%. E' eseguita solitamente tra l'11 e la 25 settimana di gestazione.

-*Fetoscopia*, immissione del fetoscopio nell'utero per osservare la conformazione

---

<sup>334</sup> Cfr.: D.I. BROMAGE, *Journal of Medical Ethics*, 2006, pg. 2.

<sup>335</sup> "L'Atresia esofagea è una malformazione congenita dell'esofago che colpisce 1 bambino su 3500 nati vivi e si determina tra la 3a e la 5a settimana di vita del feto. Le cause di questo "errore" nello sviluppo embrionale sono, ad oggi, sconosciute" ([www.atresiaesofagea.it](http://www.atresiaesofagea.it)).

<sup>336</sup> Si pensi all'ingiustificata crescita dei parti cesarei; l'Italia con la Grecia e la Turchia ha la media più alta, il 35% (un bambino su tre) contro il 12% di Svezia, Danimarca, Olanda, in linea con le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che invitano a non oltrepassare il 15%. Parecchi sono atti medici inutili e dannosi per la salute della donna e del feto. Negli ospedali pubblici i parti cesarei sono il 29% mentre nelle cliniche private il 44%.

somatica o per il prelievo di sangue del feto o di tessuti fetali; rischio: 2%-8%. E' eseguita solitamente tra il 5 e 6 mese di gestazione.

-*Placentocentesi*, prelievo di sangue fetale con puntura della placenta dal piatto coriale; rischio: 7%-10%. L'esame, potrebbe ripetersi varie volte, essendo il sangue fetale, a volte, inquinato da quello materno. E' eseguita solitamente nel 4 o 5 mese di gestazione.

-*Villocentesi o biopsia dei villi coriali*, prelievo di tessuto placentare (chorion) per via transcervicale o transaddominale: rischio 4%-7%. E' eseguita solitamente tra la 9 e 11 settimana di gestazione.

-*Embrioscopia*, osservazione diretta dell'embrione mediante fibre ottiche: rischio 1% - 3%. E' eseguita solitamente nel primo trimestre di gravidanza.

Il rischio che supera il 5%, ammoniva il cardinale Tettamanzi, "è inaccettabile, non solo da un punto di vista etico, ma anche da un punto di vista deontologico"<sup>337</sup>.

Anche l'aborto terapeutico, previsto dalla legislazione<sup>338</sup>, si configura come un delitto contro la vita.

Ai ginecologi sono richieste l'onestà intellettuale e il rigore morale nella prescrizione e nella pratica delle tecniche d'indagine e dei procedimenti diagnostici non del tutto immuni da rischi per il nascituro. Vanno eseguiti a beneficio del feto; non possono essere ritenuti "l'anticamera" dell'aborto nel caso di responso sfavorevole. "Il medico che è chiamato a prestare la sua opera professionale commetterebbe un'azione illecita qualora fosse certo in anticipo che questa sua opera verrà ad essere un atto preparatorio all'aborto. Qui ricorre la cooperazione ad un'azione cattiva: non è illecito soltanto compiere un'azione cattiva, ma è illecito prestare la cooperazione ad essa"<sup>339</sup>.

Nel passato la coppia pregava Dio affinché il figlio nascesse sano, mentre oggi, le rassicurazioni, si esigono dal medico, anche se la garanzia totale non potrà offrirla nessuno.

La maternità che preveda un nascituro con malformazioni non può essere abbandonata alla solitudine poichè la nuova vita cambierà radicalmente il futuro della coppia<sup>340</sup>. Di conseguenza, si comprende la gravità dell'atteggiamento di chi fornisce la notizia superficialmente o all'esterno di una significativa relazione ginecologo-genitori. Si consiglia, affinché l'informazione sia obiettiva, corretta e

---

<sup>337</sup> D. TETTAMANZI, *Bio-etica. Nuova sfida per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 1987, pg. 69.

<sup>338</sup> Cfr.: Legge 194/78, art. 6.

<sup>339</sup> *Manuale di bioetica*, op. cit., pg. 362.

<sup>340</sup> *Una testimonianza*:

"La nostra terza figlia è affetta dalla sindrome di Down, e dal momento in cui è nata, la nostra vita è cambiata profondamente sia sul piano sociale che su quello affettivo- sentimentale.

*Quali difficoltà abbiamo dovuto affrontare?*

L'impreparazione: quando nasce un figlio 'diversamente abile' si è completamente impreparati; si sa che capita, ma si pensa sempre che interessi gli altri. La completa ignoranza sulla malattia: non avevamo la minima idea su cosa comportasse l'essere down. Gli aiuti sono stati pochi e rapidi: presto ci siamo ritrovati da soli, con l' indirizzo e il numero di telefono di un'associazione. Per noi la vita è cambia totalmente, e dopo un certo numero di anni, possiamo affermare che è cambiata 'in meglio'. La nostra bimba, oggi ormai cresciuta, si è rivelata un dono di Dio e ci ha aiutato a comprendere le reali priorità della vita. Ci riempie inoltre con l' affetto, e spesso non ci accorgiamo delle sue differenze. Ma non per tutti è così!" (Dal materiale predisposto dall'Ufficio per la pastorale della salute della diocesi di Milano per la Giornata Mondiale del Malato 2012).

completa, che non sia comunicata da chi in futuro potrebbe anche eseguire l'atto di interruzione della gravidanza. Come pure serve non solo enfatizza ciò che il bambino non è ('non è normale'), creando un immaginario falsato, ma evidenzia invece quello che è e quanto può dare. B.Haring così riassume il colloquio tra il consulente e la coppia: "Il modo giusto di dare l'informazione sarebbe quello di far capire che per loro non si tratta di una decisione neutra ma di una dalle più gravi conseguenze che coinvolge i più alti valori umani"<sup>341</sup>. Una comunicazione corretta, completa e positiva può dunque "fare la differenza".

Infine dobbiamo rammentare che le previsioni, a volte, fortunatamente, non si realizzano o sono meno drammatiche di quelle prospettate<sup>342</sup>.

Ma purtroppo "la gran parte dei centri favoriscono o nulla fanno per far sì che la coppia eviti l'aborto; la mentalità circostante sollecita, dal canto suo, verso l'aborto la volontà della donna con una specie di pressione sociale; su questo fatto esistono tante testimonianze anche se difficilmente riducibili a dati numerici: si tratta della mentalità che antepone la 'qualità della vita' intesa in senso di salute fisico-psichica, al rispetto della vita in sé considerata"<sup>343</sup>.

Il dramma della nascita di un figlio diversamente abile ha alle spalle una lunga storia. Pur suscitando preoccupazioni, angosce e anche vergogna, pochi nel passato sceglievano di abortire poichè predisposte alla difesa della vita. Migliaia di famiglie, viceversa, hanno agito coraggiosamente per superare i problemi; associandosi, combattendo ed ottenendo positivi risultati che mitigano i disagi e l'emarginazione. La legge quadro sull'handicap, la scuola aperta a tutti, la normativa contro le barriere architettoniche, la presenza dei diversamente abili nei settori societari..., sono ottimi risultati<sup>344</sup>.

---

<sup>341</sup> B. HARING, *Medicina e manipolazione*, Paoline, Roma 1976, pg. 277.

<sup>342</sup> Questa testimonianza è un esempio per le coppie che vivono l'angosciante attesa di un figlio che potrebbe nascere con delle malformazioni.

"Malformazione cerebrale compressa. Una diagnosi atroce sempre, ma ancor di più sconvolgente quando è comunicata ad una mamma in gravidanza. Il bambino che si sta formandosi dentro di lei probabilmente non riuscirà né a camminare, né a parlare. Forse non riuscirà neppure a sopravvivere. Cosa pensa una giovane donna sdraiata sul lettino accanto al monitor? Quando quest'annuncio è comunicato ad una donna gravida, nove volte su dieci, segue l'irreparabile scelta dell'aborto. Ma L. ha fatto subito un altro pensiero: 'Voglio che la mia gravidanza vada comunque avanti'. Oggi, a tre anni di distanza da quell'ecografia, la piccola B, non solo ha quasi completamente superato il suo *problema*, ma parla e cammina come qualsiasi altra bambina della sua età. Eppure, in quel dicembre 2009, la situazione non sarebbe potuta apparire più preoccupante.

Ricorda ancora la mamma: 'Quando B. è nata era una bambina diversa, ma noi le abbiamo voluto bene e poi mostrava una vitalità sorprendente'. Non era ancora la fine dell'incubo ma solo il primo bagliore di speranza che attraversava la spessa coltre di preoccupazione in cui fino a quel momento eravamo vissuti tutti. Una tenue luce che è stata sufficiente per permettere di superare i tanti interventi di neurochirurgia cui B. è stata sottoposta. Quattro nei primi sei mesi di vita perché era necessario, ridurre poco alla volta, la grande ciste che aveva schiacciato il cervello. Poi sono servite stimolazioni continue e frequenti interventi di fisioterapia. E conclude la mamma: 'Lei che secondo la diagnosi pre-natale non avrebbe potuto parlare, oggi bisogna sentirla come chiacchiera; non sta zitta un minuto' " (AVVENIRE, 4 febbraio 2013, pg. 13).

<sup>343</sup> E. SGRECCIA, *Liceità e limiti della diagnosi prenatale*, in Atti Convegno A.N.M.I.R.S., *Problematiche etiche, psicologiche e medico legali della diagnosi prenatale*, Milano 26 febbraio 1998, pg. 24.

<sup>344</sup> Due testimonianze

*Una lettera di una mamma rivolta a tutti i genitori di bambini "diversi".*

"Recentemente abbiamo fatto alcuni incontri che mi hanno ispirato per scrivere questo post che è qualcosa che spero tutti leggano. E' un messaggio che non riguarda solo Jameson, ma tutti i bambini che vengono presi in giro e beffeggiati per la loro diversità; inoltre sono abbastanza sicura che i loro genitori si sentano come me.

---

Voglio iniziare dicendo che io non ho nulla contro questi bambini, o contro i loro genitori. Capisco che può essere estremamente imbarazzante quando il vostro bambino prende in giro un altro bambino. Ma spero che la prossima volta che questo accade i genitori possano fare di più. Perché anche se non mi offendo, sarei una bugiarda se dicessi che non fa male. Lo fa. Fa male vedere mio figlio essere preso in giro, sapendo che questo farà parte del suo mondo per il resto della sua vita.

A questo punto verrebbe da chiedersi che cosa è successo per farmi scrivere queste parole. Non è successo nulla che non fosse già successo prima e che purtroppo accadrà di nuovo.

Ci siamo recentemente trasferiti in una nuova città e la figlia più grande va alla scuola di primo grado. La seconda settimana hanno aperto le porte della scuola per visitarla ed incontrare le maestre. Tutti siamo stati riuniti in mensa per ascoltare il discorso di apertura e di benvenuto. Mentre stavamo camminando tra la mensa affollata siamo stati subito accolti da un ragazzino che ha indicato Jameson, ha dato una gomitata a sua madre e ha detto che sembrava buffo. Non abbiamo dato peso alla cosa e abbiamo continuato a camminare attraversando la caffetteria in cerca di un posto per sedersi. Poco dopo due bambine con la loro madre si sono sedute di fronte a noi. Una bambina ci guarda, si rivolge a sua madre e dice: ‘Ha un aspetto spaventoso’, e indica Jameson. Sua madre le dice che non è bello da dire, e si volta.

Lo scorso fine settimana, nel negozio di alimentari con i miei due figli, una madre e suo figlio stanno camminando verso di noi. Vedo lo sguardo del ragazzino; gli sorrido. Comincia a ridere, e dice a sua mamma, ‘Guarda mamma, che bambino buffo’. Guardo la madre e lei non riesce nemmeno mettere insieme una parola, rimane lì con la mascella spalancata. Come genitore mi sono trovata in situazioni nelle quali mio figlio ha fatto o ha detto qualcosa di inappropriato, quindi capisco l’imbarazzo. Capisco anche che questi bambini non sono da biasimare. Pensate, insegniamo loro dalla nascita a identificare le cose diverse dal gruppo. Si mettono un po’ di blocchi rossi insieme, e se ne nasconde uno verde, poi si dice loro di cercare quello verde, il diverso. Si scelgono le forme che funzionano solo se infilate attraverso il buco giusto. Non entrerà mai la forma di un piolo rotondo in un buco quadrato. Il primo passo è sbagliato. E’ bene notare le differenze. Ecco come identifichiamo una cosa dall’altra. Insegniamo ciò che è da insegnare e ciò che non è. Ma questi sono oggetti. Possiamo individuare e scegliere quello giusto, quello che si adatta meglio, ma non possiamo fare questo con le persone, con i bambini.

Come madre di un bambino che ha un aspetto diverso questo è il mio appello per voi: Se sei il genitore e tuo figlio dice ad un altro bambino che sembra ridicolo o spaventoso, non puoi semplicemente raccontargli che ‘Questa non è una bella cosa da dire’. Hai ragione, non è carino, ma semplicemente dicendo questo fai in modo che si isoli mio figlio. La prossima volta fai seguire questa affermazione con: ‘Sono sicuro che lui è un ragazzo molto bello, andiamo a incontrarlo’. Per favore, vieni a presentarti e a chiedere il nome di mio figlio. Vi assicuro che non morde! Mio figlio è proprio come il tuo, può essere dolce, amorevole, arrabbiarsi ed essere manesco. E vi assicuro, io sono come voi, io sono un genitore e sto imparando questo con lui. Se il vostro bambino è curioso e non dice nulla ma nota che lui è diverso; per favore, presentatevi a noi, chiedeteci i nostri nomi! Includete il mio bambino nel vostro mondo. Te lo prometto, non fa paura, è solo un ragazzino.

A tutti i genitori dei bambini là fuori che già fanno questo, e per quelli che hanno volutamente fatto qualcosa per illuminare la giornata di Jameson: Grazie. Dal profondo del mio cuore, grazie. Posso onestamente dire che ricordo vividamente ogni incontro in cui uno sconosciuto ha fatto uno sforzo cosciente per conoscere Jameson e per includerlo nel proprio mondo. Il mio bambino di sei anni mi stupisce quando gli sento raccontare un ricordo di quando aveva tre anni, quindi sono sicura che anche Jameson ricorda”. (*Tratta dal blog di AliceAnn*).

*Una lettera di una mamma di un figlio Down al Direttore di Avvenire.*

“Gentile direttore, un famoso scienziato, professore a Oxford, ha dunque sostenuto che la scelta di mettere al mondo un bambino down è ‘immorale’. Forse il professor Richard Dawkins dovrebbe ragionare un po’ sul significato del termine morale. Forse avrebbe potuto dire che è una scelta poco pratica, che è una scelta coraggiosa, che è una scelta impopolare e che può provocare perciò sorpresa in chi la apprende. Ma perché immorale? Devo credere che mio figlio, con la sua sola esistenza, costituisca una sfida alla morale comune? Magari ai pregiudizi sì, sicuramente. Ma non vedo come possa essere ritenuto ‘immorale’ e quindi ingiusto, indegno di esistere. Forse il professor Dawkins non ha mai conosciuto un bambino o una persona Down da vicino. Avranno sicuramente limiti cognitivi, impacci nella comunicazione, ma hanno certamente una marcia in più per quanto riguarda la capacità di amare.

Mio figlio ha una dedizione totale alle persone che si prendono cura di lui, una sensibilità fuori dal comune quando noi, parenti ‘normali’, stiamo male e una carica di vitalità e ottimismo che infonde attorno a sé e che

## 1.2.LA DIAGNOSI GENETICA

La possibilità della trasmissione di patologie ereditarie induce alcune coppie a rivolgersi ai consultori genetici per acquisire informazioni particolareggiate o per sottoporsi alla diagnosi genetica che spesso prosegue con quella pre-natale.

Le consulenze pongono alcuni interrogativi etici. È corretto che la coppia ad alto rischio sia aiutata a comprendere i pericoli della procreazione, la situazione diventa problematica quando s'intende conoscere, senza valido motivo, come si svilupperà la vita del concepito.

Le malattie provocate da modifiche del patrimonio genetico, possono essere ereditarie e si suddividono in cromosomiche, monogeniche e multifattoriali.

-Le cromosomiche scaturiscono dall'alterazione del numero e della struttura

dei cromosomi; generalmente non sono ereditarie e possono provocare la sindrome di Down, quella di Klinefelter e di Turner.

-Le monogeniche sono dovute ad errori d'informazione in un singolo gene; solitamente sono ereditarie e possono determinare l'emofilia e la talassemia.

-Le multifattoriali derivano da geni alterati, ereditarie in piccola parte, possono causare l'idrocefalia, la spina bifida e alcune forme di tumori.

## 2. Atti contro la vita che nasce

### 2.1. ABORTO

L'aborto è l'uccisione deliberata e diretta di un essere umano nella prima fase della vita, quindi un omicidio<sup>345</sup>, o meglio un "figlicidio", anche se autorizzato

---

difficilmente conoscono le persone cosiddette normodotate. Parlo da mamma che non ha potuto decidere se essere mamma o no di un bimbo così. Parlo da persona che si considera libera da schemi ideologici e anche religiosi. Se avessi avuto la possibilità di scegliere, anch'io avrei scelto per l'aborto, ma a posteriori posso dire che mi sarei persa qualcosa di unico, qualcuno di veramente grande. Siamo ancora purtroppo schiavi di pregiudizi ancestrali nei confronti della diversità. E siamo anche schiavi di una società che ci vuole tutti perfetti, tutti efficienti e produttivi. Ma chi li conosce da vicino sa che anche Down è possibile, è vitale, è efficiente. È bello, a modo suo.

Mio figlio non sarà di certo una cima, ma a nove anni legge, scrive e si orienta perfettamente nello spazio. Sa prepararsi la colazione, fa il letto, passa l'aspirapolvere... Purtroppo non è facile crescerlo in un mondo come questo, in cui la diversità continua e continuerà a far paura, per il solo fatto che non la si conosce, in un mondo in cui bisogna sempre primeggiare ed essere veloci. Lui non è veloce, no. Sto scrivendo un libro, direttore, questo è il passo in cui descrivo uno dei momenti più significativi del rapporto con mio figlio: 'Anche martedì scorso siamo stati per un bel po' occhi negli occhi. Ci siamo messi sdraiati sull'asciugamano, con la sabbia che ci veniva addosso da mille parti: acquattati tutt'e due sotto lo stesso fazzoletto, con le teste accanto. Ci schermavamo così dal sole, complici di quel momento magico. Provavo ad addormentarlo raccontandogli la fiaba dei musicanti di Brema, che sa a memoria. Ma a ogni verso, a ogni parola, con l'inflessione della voce cercavo in realtà di farlo ridere e lui di risposta si sbellicava come un matto. Occhi negli occhi. Quegli occhi piccoli, dal taglio orientale, sanno ridere da pazzi e ti travolgono con la loro ilarità. In quel momento mi adorava e io lo adoravo. A un certo punto, a forza di ridere e di non smettere mai di guardarci, mi sono commossa, e mi sono scese le lacrime, proprio come una cretina, sotto quel fazzoletto. Nascosta agli occhi indiscreti della gente, ma nuda ai suoi, così docili e pieni di amore. Sono veri e propri attimi di eternità, in cui il cuore mi si allarga e avverto tutta la pienezza di senso della nostra esistenza. Juri sa essere questo: amore allo stato puro. Incondizionato. Totale' ". Sara Bisanti (AVVENIRE, 1 settembre 2014).

<sup>345</sup> Ammonì san Giovanni Paolo II nel Messaggio per la XIII Giornata Mondiale per la Pace: "Restaurare la

e tutelato dalla legge.

Questa discutibile legalizzazione mostra che nei confronti di chi non ha voce poichè piccolo, debole, fragile ed indifeso, è “la forza che prevale sul diritto” e non viceversa; è il potere di vita e di morte su un altro essere umano!

### 2.1.1.IL FENOMENO E IL SUO SIGNIFICATO NELLA SOCIETA' ATTUALE

Le forme di aborto sono diverse e con responsabilità etiche differenti.

-*L'aborto spontaneo* è la perdita del feto durante le prime venti settimane di gravidanza; si verifica per cause indipendenti dalla donna.

Essa è colpevole unicamente quando questo fatto è determinato dalla sua negligenza: fatiche eccessive, attività rischiose, abusi d'alcool o di fumo...

-*Aborto indiretto*: potrebbe avvenire quando una donna gravida si scopre malata tumorale e deve sottoporsi a cicli di chemioterapia antitumorale non dilazionabili nel tempo, oppure ad interventi chirurgici per gravidanze ectopiche o per asportare un cancro uterino.

Riferendosi al principio etico del duplice effetto, la gestante può procedere nella cura anche se rischiosa per il feto. Occorrono però alcune condizioni: la terapia deve essere finalizzata alla rimozione della malattia della madre; non può prevedere l'uccisione diretta del feto; la cura deve presentarsi urgente ed insostituibile.

-*L'aborto terapeutico* presenta invece una situazione eticamente inaccettabile. Infatti, "non si agisce sulla malattia in atto, ma s'ipotizza la soppressione del feto sano per evitare l'aggravamento o il pericolo di vita della madre; è un'azione su ciò che è sano (il feto) per prevenire una malattia o il rischio di morte"<sup>346</sup>.

In questo caso, il fine buono, cioè la salvezza della madre, è raggiunto utilizzando un mezzo iniquo: l'uccisione del feto.

-Sono gravemente immorali e condannabili *l'aborto diretto e volontario e quello selettivo o eugenetico*. In questi atti vi è una drammatica aggravante rispetto ad altri delitti: la vittima è una creatura indifesa e l'uccisione è richiesta da colei che l'ha chiamata alla vita.

L'aborto legale è autorizzato in Italia dalla legge 194/78 dal titolo drammaticamente beffardo: "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza".

La legge, approvata nel maggio 1978, fu predisposta culturalmente dall'avvento della rivoluzione sessuale e dal movimento femminista, ergendola ad emblema intoccabile dell'autodeterminazione della donna ("l'utero è mio e me lo gestisco io"), anche se non si gestisce unicamente il proprio destino ma anche quello di un'altra creatura, e fu sbandierata come segno di libertà femminile. Determinante fu il contributo del partito Radicale, che inseguito si fece paladino della rogazione internazionale sulla pena di morte e dei diritti dei carcerati. La normativa fu confermata, inoltre, dal referendum del 17 maggio 1981, quando il 70% degli italiani scelsero "l'aborto di Stato".

La legge autorizza l'interruzione della gravidanza entro 90 giorni dal

---

verità significa innanzitutto chiamare con il loro nome gli atti di violenza, quali che siano le forme che assumono. Bisogna chiamare l'omicidio con il suo nome: l'omicidio è omicidio".

<sup>346</sup> E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano 1986, pg. 205.

concepimento<sup>347</sup> e anche dopo, in caso di rischio per la vita della madre o di malformazioni del nascituro che potrebbero determinare un pericolo per la salute fisica e psichica della donna.

L'intervento avviene mediante "tecniche strazianti per il feto" quali l'aspirazione<sup>348</sup>, il raschiamento della parete dell'utero<sup>349</sup>, l'avvelenamento<sup>350</sup>, l'induzione di contrazioni per espellere il feto, l'isterotomia o il taglio cesareo.

Di fronte ai dati riportati in precedenza è inevitabile chiedersi come sia possibile in Italia la presenza di molteplici situazioni di "grave pericolo" per cause attinenti ad una gravidanza in corso.

Alcuni ritengono che queste cifre siano conseguenza della diminuzione degli aborti clandestini; una spiegazione non veritiera non potendo fornire numeri reali, essendo l'atto "clandestino" (dal latino *clandestinus*) "un' azione nascosta". Inoltre, si ha l'impressione, che la piaga dell'aborto clandestino continui, poichè varie donne per quella che è definita l'"onorabilità sociale", oppure per evitare procedure burocratiche, continuano a rivolgersi a strutture prive dei requisiti per praticare l'aborto. Di conseguenza, quale credibilità posseggono le cifre fornite dal Ministero della Salute: 300mila aborti clandestini annuali alla fine degli anni '70 del XX secolo e di 15/20mila nel 2014? Dunque, legalizzando l'aborto, non è scomparso l'aborto clandestino.

A riguardo del numero degli aborti totali, osservava C. Casini: "Gli aborti non sono diminuiti dall'introduzione della legge 194. Confrontando l'anno 1983 con il 2013, a causa della denatalità si rileva infatti che le donne in età fertile sono diminuite del 32%; ragion per cui ogni dato sul numero di aborti per essere efficace deve essere letto all'interno del crollo demografico che ha significativamente ridotto le donne feconde"<sup>351</sup>.

Alla conclusione della mancata eliminazione o diminuzione di molto degli aborti clandestini è giunta anche un' inchiesta pubblicata sul quotidiano Repubblica il 23 maggio 2013<sup>352</sup>. Il fine dell'inchiesta che era di colpevolizzare i "medici obiettori" con casi fuori luogo<sup>353</sup> e affermando che le donne devono "migrare da una

---

<sup>347</sup> L'articolo 4 dimostrare l'ampia permissività della legge: "La donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto e la maternità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni d'anomalie o di malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico o ad una struttura socio-sanitaria a ciò stabilita dalla Regione o ad un medico di fiducia".

<sup>348</sup> Si utilizza un potente aspiratore introdotto mediante un tubo di gomma nell'utero; si maciulla il feto e lo si aspira.

<sup>349</sup> Si introduce nell'utero un cucchiaino ricurvo che taglia a pezzi il feto.

<sup>350</sup> Si introducono nel sacco amniotico delle sostanze saline tossiche che bruciano la pelle del feto e lo avvelenano.

<sup>351</sup> ZENIT.ORG, 9 dicembre 2014.

<sup>352</sup> M. NOVELLA DE LUCA, *194, così sta morendo una legge. In Italia torna l'aborto clandestino*, 23 maggio 2013, in [inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/inchiesta-italiana/2013/05/23/news/aborti\\_obiettori\\_di\\_coscienza-59475182/](http://inchieste.repubblica.it/it/repubblica/rep-it/inchiesta-italiana/2013/05/23/news/aborti_obiettori_di_coscienza-59475182/)

<sup>353</sup> Si parla di Alem, minorenni, che ha abortito da sola perché non voleva che i genitori lo sapessero e perché in ospedale non l'hanno voluta perché minorenni; cosa c'entrano gli obiettori? L'ospedale, senza l'autorizzazione del Giudice tutelare evidentemente non poteva effettuare un aborto. Si parla di un'altra ragazzina che ha abortito da sola perché "è troppo povera per avere un altro figlio"; cosa c'entrano gli obiettori? Si parla della triste vicenda di un "fantomatico e anonimo" ginecologo, obiettore di coscienza, che aveva convinto una donna che voleva abortire a partorire e a vendere il bambino ... Non poteva



regione all'altra", anche se le ultime statistiche disponibili parlavano di aborti al 90% eseguiti su donne residenti nella stessa Regione. Sono riportate anche cifre sull'abortività clandestina così commentate da De Luca: "Come si fanno a calcolare i numeri di un fenomeno clandestino? Con quali parametri? Da anni ormai nella relazione al parlamento sulla legge 194, si cita una stima di 15/20mila aborti illegali, un numero calcolato soltanto sul tasso di abortività delle donne italiane (6,9 per 1000) e sottostimato per stessa ammissione del ministero. Molti altri elementi però portano almeno al raddoppio di quella cifra, facendo salire la quota delle interruzioni di gravidanza clandestine a 40/50mila l'anno. (...) Analizzando poi i dati Istat ad esempio si vede con chiarezza quanto gli aborti spontanei sono aumentati, passando dai 55mila casi degli anni Ottanta, ai quasi ottantamila di oggi. E secondo molti studiosi questa impennata altro non è che il ritorno dell'aborto clandestino 'mascherato', esattamente come avveniva prima della legge, quando le donne dopo aver tentato di 'fare da sole' arrivavano in ospedale con emorragie e dolori, e i medici per salvarle completavano gli aborti, registrati come 'spontanei'".

Quindi, la causa principale di un alto numero di aborti, potrebbe essere l'identificazione della "legalità" con la "legittimità morale". "Come potrebbe la legge permettere un atto immorale?", si chiedono molti. Alla stessa conclusione pervenne un' editoriale di *Civiltà Cattolica*. "Legalizzare l' interruzione della gravidanza significa per moltissime persone, che non distinguono facilmente ciò che è morale e ciò che è legale, che l'aborto ormai si può fare, che è lecito anche moralmente se la legge lo permette. Ciò equivale a generare una spinta incontenibile verso il ricorso all'aborto anche di fronte a piccole difficoltà che ogni gravidanza normale comporta. In concreto, quindi, la legalizzazione dell'aborto conduce inesorabilmente ad un abbassamento della coscienza morale e ad un ineluttabile aumento della pratica abortiva. E tutto ciò, senza raggiungere mai - come documenta l'esperienza - il fine di estirpare la piaga dell'aborto clandestino"<sup>354</sup>.

Inoltre, la donna, si sente autorizzata a decidere in piena autonomia e come ritiene più idoneo la sorte del concepito. Ogni scusante, anche quelle sociali ed economiche sono sufficienti per abortire, escludendo totalmente dalla decisione il padre, cioè il ruolo maschile nel processo della generazione ed ovviamente il feto.

### 2.1.2.LA GRAVITÀ DELL'ATTO

Sulla gravità morale dell'aborto, il Magistero della Chiesa, si è espresso ripetutamente.

L'enciclica *Evangelium vitae* riassume le varie condanne: "...dichiaro che l'aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave in quanto uccisione deliberata di un essere innocente.

Tale affermazione è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta e

---

mancare, inoltre, l'intervento di Silvana Agatone, presidente della Laiga (Libera associazione italiana ginecologi per l'applicazione della Legge 194/1978) che ricorda il caso di una donna nigeriana giunta in ospedale in condizioni gravissime, infatti il ricorso all'aborto clandestino delle donne nigeriane è altissimo; ma cosa c'entrano gli obiettori di coscienza? Ma tutto serve a calunniare i medici che affermano il loro diritto a curare e non a uccidere.

<sup>354</sup> CIVILTÀ CATTOLICA, 21 febbraio 1981, pg. 2.

trasmessa dalla dottrina della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario ed universale. Nessuna circostanza, nessuna finalità, nessuna legge al mondo potrà mai rendere lecito un atto che è intrinsecamente illecito, perché contrario alla legge di Dio, scritta nel cuore di ogni uomo, riconoscibile dalla ragione stessa e proclamata dalla Chiesa<sup>355</sup>.

Questa dichiarazione, per il suo contenuto e per le sue caratteristiche formali, è “*infallibile e irreformabile*”, cioè vincolante per il cristiano, come sottolineato per questi pronunciamenti dalla “Nota Dottrinale illustrativa della formula conclusiva della *Professio Fidei*”<sup>356</sup>.

La condanna dell’aborto e della sua legalizzazione non è un’opinione unicamente cattolica; vari *laici* si affiancarono alla Chiesa in questa comune battaglia. Affermò U. Bobbio: “Vorrei chiedere quale sorpresa ci può essere nel fatto che un laico consideri come valido in senso assoluto, come un imperativo categorico, il ‘non uccidere’. E mi stupisco a mia volta che i laici lascino ai credenti il privilegio e l’onore di affermare che non si deve uccidere”<sup>357</sup>.

### 2.1.3.IL NOSTRO ATTEGGIAMENTO

Da un punto di vista religioso la Bibbia non fornisce, al riguardo, insegnamenti particolari ma evidenzia le basi fondamentali ed imprescindibili cui riferire le nostre azioni: *la dignità dell'uomo, la protezione della vita dell'innocente, il comandamento dell'amore*. Gesù ha mostrato particolare predilezione per i piccoli, affermando che a loro dobbiamo il massimo rispetto poiché saranno i primi ad entrare nel Regno dei Cieli<sup>358</sup>. E si è violentemente scagliato contro chi scandalizza un piccolo.

Ma il Cristo ammonisce anche i Maestri della legge dichiarando che la sola condanna è insufficiente: “Voi caricate sugli uomini pesi difficili da portare, ma personalmente non li toccate nemmeno con un dito”<sup>359</sup>.

Per questo dobbiamo chiederci *quali alternative offrire alla donna intenzionata a sopprimere la vita che porta nel grembo*.

E’ ingenuo e semplicistico limitarsi ad affermare che “la vita è sacra” e “non va soppressa” dal momento che possiamo confrontarci con donne che abortiscono superficialmente, forse sono al terzo o quarto aborto<sup>360</sup>, ma anche con madri, sposate o non, con grosse difficoltà che vivono dilemmi angosciosi, e per loro la gravidanza è motivo d'angustia e di immensa sofferenza. Occorre ergersi a paladini della vita non unicamente a parole ma concretamente, ponendosi a fianco delle madri in difficoltà per donare loro l'amore e il coraggio per affrontare una gravidanza.

Il cristianesimo presenta come modello per ogni mamma la Madonna, colei

---

<sup>355</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n.62.

<sup>356</sup> Cfr.: CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Nota Dottrina illustrativa della formula conclusiva della Professio Fidei*, 29 giugno 1998.

<sup>357</sup> CORRIERE DELLA SERA, 8 maggio 1981, pg. 8.

<sup>358</sup> Cfr.: VANGELO DI MARCO, 9,33-37.

<sup>359</sup> VANGELO DI LUCA 11,46.

<sup>360</sup> Dalla relazione al Parlamento riguardante l’aborto del Ministro della Salute nel 2013 si evidenzia: 19-20% di donne che abortiscono per la seconda volta, 5-6% abortiscono per la terza volta, 2-3% abortiscono per la quarta volta, 1-2% abortiscono per la quinta volta.

che nel periodo della gravidanza sperimentò difficoltà fisiche, psicologiche e sociali. Anche il concepimento, annunciato dall'angelo, avvenne in condizioni umanamente difficili da comprendere: "Non temere, Maria, perché hai trovato grazia presso Dio. Ecco, concepirai un figlio, lo darai alla luce e lo chiamerai Gesù"<sup>361</sup>. Di conseguenza entrarono in crisi i rapporti con Giuseppe e lo sposo che "era giusto, e non volendo ripudiarla, decise allora di licenziarla in segreto"<sup>362</sup>. Dopo il parto, Maria, fu costretta a fuggire in Egitto per salvare la vita del bambino Gesù e lì visse per un po' di tempo da profuga.

Alle future mamme nell'angoscia dobbiamo consigliare le istituzioni che le sosterranno e le assisteranno: i *Centri di Aiuto alla Vita*, i *Movimenti per la Vita*, i *Consultori Familiari di ispirazione cattolica*.

In Italia operano oltre 345 *Centri di Aiuto alla Vita* che, in 30 anni, hanno aiutato a nascere 160mila bambini; 10mila nel solo 2014. Un vero dono alla vita e all'Italia che invecchia!

Il 78% delle donne soccorse avevano già ottenuto il certificato per abortire; ma l'incontro con questi enti e l'impegno dei volontari, hanno consentito loro di concludere serenamente la gravidanza. Queste associazioni hanno ideato anche il *Progetto Gemma* per l'adozione a distanza di madri a rischio di aborto. Forniscono loro, nell'anonimato e con riservatezza, per 18 mesi (gli ultimi sei mesi di gravidanza e il primo anno di vita del bambino), somme di denaro ed aiuti concreti. Il *Progetto Gemma* ha accompagnato oltre 15mila mamme. Noi possiamo contribuire offrendo del tempo come volontari, oppure economicamente "adottando" una mamma.

Altra alternativa all'aborto è la possibilità di partorire in ospedale "anonimamente", ed abbandonare il neonato alla struttura sanitaria che provvederà alla cura<sup>363</sup>. Norma che rischia di essere abolita dal Parlamento con un emendamento alla legge 184/1983 (sull'adozione) con il prevedibile rischio dell'aumento degli aborti e degli infanticidi.

Non dimentichiamo, infine, le "culle per la vita" che si stanno aprendo in vari luoghi del nostro Paese.

Dobbiamo, inoltre *vigilare* ed esigere che gli aspetti definiti "positivi" della legge 194, cioè i "filtri" previsti, ma poco attuati, siano rispettati ed ampliati. Ciò dovrebbe svolgersi nei consultori pubblici e in alcune strutture socio-sanitarie. E' loro obbligo "far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza"<sup>364</sup>.

Costituiti come luoghi di accoglienza, di sostegno e di dissuasione, spesso si sono mutati per la carenza di risorse e per la presenza di operatori non obiettori, in "fabbriche dell'aborto", ammettendo ogni scusante della donna, mentre medici, infermieri, psicologi... dovrebbero operare insieme per "prevenire" l'aborto. La vigilanza va attuata anche nei riguardi degli "aborti tardivi" vietati dall'articolo 7,

---

<sup>361</sup> VANGELO DI LUCA 1,30.

<sup>362</sup> VANGELO DI MATTEO, 1,19.

<sup>363</sup> L'anonimato è in vigore dagli inizi del ventesimo secolo per permettere alle donne di partorire assistite, a casa o in ospedale, sostituendo le cosiddette "ruote degli esposti". E' tutelata dal comma 7 dell'articolo 28 della legge sull'adozione del 1983, dal D.P.R. 3 novembre 2000, art. 30, comma 1, dal codice della Privacy del 2003.

<sup>364</sup> Legge 194/78, art. 2.

“quando sussista la possibilità di vita autonoma del feto”, solitamente dopo la ventiduesima settimana.

Un altro impegno riguarda il *livello culturale* per neutralizzare la pressante campagna massmediatica che sta modificando nella coscienza del popolo italiano un’azione negativa, in atto neutro o anche positivo essendosi formata, come ricordava Benedetto XVI al Movimento per la vita, “una mentalità di progressivo svilimento del valore della vita. Da quando in Italia fu legalizzato l’aborto ne è derivato un minor rispetto per la persona umana, valore che sta alla base di ogni convivenza, al di là della fede professata”<sup>365</sup>.

-Molti italiani, il 17 maggio 1981, affermarono: “L’aborto è un fatto di coscienza: io non lo farei mai, ma devo rispettare la libertà altrui”. Dichiarazione viziosa, poichè l’aborto non riguarda unicamente la coscienza della donna ma il diritto alla vita di un altro essere umano di cui siamo responsabili, essendo ogni uomo “il guardiano di suo fratello, perché Dio affida l’uomo all’uomo”<sup>366</sup>.

-Chiesa e Stato. Per la mentalità comune, è legittimo che la Chiesa condanni l’aborto ma lo Stato laico ha l’obbligo di legalizzarlo. L’errore del ragionamento sta nel fatto che l’aborto non è unicamente un peccato, ma un atto omicida perciò contrario al “bene comune”. E nessuna società civile può legalizzare *l’omicidio di Stato*. L’articolo 2 della Costituzione Italiana, dichiara: “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali...”.

#### 2.1.4.ALLE DONNE CHE HANNO ABORTITO

“La Chiesa è contro il peccato, ma non si scaglia contro i peccatori”<sup>367</sup>, disse l’11 febbraio 2008 il cardinale J. Lozano Barragan a seguito di un increscioso episodio avvenuto al Policlinico Federico II di Napoli.

San Giovanni Paolo II nell’ *Evangelium vitae* si rivolse alle donne che hanno abortito con toni paterni: “Un pensiero speciale vorrei riservare a voi, donne che avete fatto ricorso all’aborto. La Chiesa sa quanti condizionamenti possono aver influito sulla vostra decisione, e non dubita che, in molti casi, si è trattata di una decisione sofferta, forse drammatica. Probabilmente la ferita nel vostro animo non si è ancora rimarginata. In realtà, quanto è avvenuto è stato e rimane profondamente ingiusto.

Non lasciatevi prendere però dallo scoraggiamento e non abbandonate la speranza. (...) Se ancora non l’avete fatto, apritevi con umiltà e fiducia al pentimento.

Il Padre di ogni misericordia vi aspetta per offrirvi il suo perdono e la sua pace nel sacramento della riconciliazione. Vi accorgete che nulla è perduto e potrete chiedere perdono anche al vostro bambino, che ora vive nel Signore”<sup>368</sup>.

E papa Benedetto XVI evidenziò che il disagio più profondo è procurato alla donna dalla *voce della coscienza* che la società post-moderna vuole tacitare, ma drammaticamente risuona nel suo cuore, ricordandogli di aver negato a suo figlio

---

<sup>365</sup> BENEDETTO XVI, *Udienza al Movimento per la Vita*, 12 maggio 2008.

<sup>366</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 19.

<sup>367</sup> LA REPUBBLICA, 14 febbraio 2008, pg. 8.

<sup>368</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 99.

il diritto alla vita. “La tematica della sindrome post-abortiva, vale a dire il grave disagio psichico sperimentato frequentemente dalle donne che hanno fatto ricorso all’aborto volontario, rivela la voce insopprimibile della coscienza morale, e la ferita gravissima che essa subisce ogni qualvolta l’azione umana tradisce l’innata vocazione al bene dell’essere umano, che essa testimonia”<sup>369</sup>.

L’aborto, dunque, suscita nella donna una profonda sofferenza spirituale e psicologica, *la sindrome post-abortiva o lutto post-aborto*, che può manifestarsi immediatamente dopo l’interruzione della gravidanza, oppure presentarsi dopo vari anni<sup>370</sup>. La dottoressa C. Baccaglino, psicoterapeuta e presidente del

---

<sup>369</sup> BENEDETTO XVI, *Ai partecipanti all’Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita*, 26 febbraio 2011.

<sup>370</sup> *La testimonianza di una giovane*

“Quando, entrando in classe, incrociai il suo sguardo per la prima volta, rimasi senza parole. Non avevo mai visto degli occhi azzurri e affascinanti come i suoi. I suoi capelli biondi e il suo sorriso dolce e ribelle insieme, non lasciavano trasparire quasi mai la rabbia e la sofferenza che si portava dentro. Ma niente mi avrebbe preparato ad aiutarla nel suo evento più doloroso. Era primavera e la vita, oltre a sbocciare nei campi, aveva iniziato a sbocciare anche dentro di lei.

Un giorno mi confidò questa sua situazione, insieme alla marea di problemi familiari che pesavano sulle sue giovanissime spalle. Io cercai di aiutarla come potevo e la misi in contatto con persone specializzate a star vicino ad un’adolescente ‘in attesa’. La pregai di andare all’appuntamento che le avevo procurato. Avrei fatto qualsiasi cosa per darle un valido aiuto nella decisione che doveva prendere. E la decisione era importante: far fiorire il fiore che aveva in grembo o chiudersi alla vita, illudendosi così di evitare tanti altri problemi.

Dopo una settimana, mi disse: ‘Ho fatto tutto prof. Sono andata fuori città e ho fatto. La mia mamma mi ha accompagnata’. Non ho detto niente. L’ho solo guardata come si guarda un vaso fragile che non sopporterebbe ulteriori scossoni; cercavo di farle capire che io le volevo ancora bene. Nella mia vita, ogni volta che mi sono avvicinata a donne che avevano abortito, ho toccato con mano il dolore. Per questo mi sembrava così strana l’apparente tranquillità di questa ragazzina.

Passarono i mesi ed a scuola la vedevo serena, allegra... come sempre, insomma. Almeno sembrava. Un giorno, in rete, leggo una discussione sull’aborto, dove lei sta intervenendo. Scrive con rabbia; difende la libertà di scelta e, contro di lei, intervengono coloro che sono contrari all’aborto. Quella discussione mi fa vedere il suo dolore. La sua apparente grinta e sicurezza nell’argomentare, ai miei occhi, sono solo meccanismi di difesa di una creatura che non vuole pensare il peggio di se stessa e non vuole più star male come un cane. Prendo l’occasione per scriverle in privato e in privato lei mi risponde. Una ragazzina, un’adolescente, una mia alunna, mi ha spiegato l’aborto meglio di tante relazioni e libri che ho letto in questi anni.

‘Prof... proprio perché so cos’è l’aborto, mi girano le balle a sentire certi discorsi in rete. L’aborto è un trauma, uno shock per chi lo vive, un qualcosa di buio e orribile che ti trascini dietro a vita... è la consapevolezza di non aver dato l’opportunità di vivere a tuo figlio... è un rimorso a vita... un flagello... eppure spesso... molto spesso... è l’unico spiraglio di luce in fondo ad un tunnel buio. o in altri casi, come nel mio, è imposto.

Non dico che questo sia giusto. o tanto meno sia giustificato.. ma non si ha nessun diritto di parlare di certe cose così... come si potrebbe parlare di un ‘no alla tav’.

Mi sembra altrettanto futile, sciocco, egocentrico e anche poco rispettoso nei confronti di chi gli è stato imposto (nel bene o nel male che sia) un dolore di questo livello... tutto qua.Si... cinque mesi fa è successo, prof.

Però cerco di essere una persona forte ... e non si sa per quale motivo riesco a sorridere anche adesso... forse più per dare forza a chi ho intorno e si preoccupa per me, che non per darla a me... non è facile... ma per sfortuna o per fortuna, da questa vita, quel poco che ho imparato è che non sempre è tutto facile e giusto, anzi!

E ho anche imparato che i calci sulle gengive, quando li prendi, il dolore lo senti tu... e chi ti è vicino può solo compatirti e starti ancora più vicino... ma per quanto lo faccia con amore, è chi sta male che deve stringere i denti e andare avanti. Non posso negare che ho ancora nella testa gli occhi dei dottori, delle persone che sapevano; occhi di ‘pena’.

Ricordo le urla di dolore e quella donna che mi stava vicino e gridava ‘Stiamo perdendo troppo sangue!’ e continuava a ripeterlo...Ricordo le lacrime negli occhi di mia madre e le parole balbettate di mio padre, che a stento tratteneva le lacrime... ricordo di aver sentito il calore delle mie sorelle... ricordo gli incubi che ho

Movimento per la Vita di Ravenna annota: “Possiamo paragonare l’IVG (aborto) ad una mina che dopo essere stata innescata è gettata nell’oceano. Questa mina può rimanere inattiva per svariati anni, può esplodere dopo brevissimo tempo, può anche non esplodere. Però una ‘piccola’ mina può affondare anche una grossa nave! Uscendo dall’esemplificazione la ‘mina’ cioè l’aborto, vaga nel ‘mare’ che è l’inconscio, l’ostacolo su cui può detonare è la percezione dell’interruzione stessa. Infatti, la donna può rimuovere, può anche negare, mediante meccanismi di difesa, quanto è accaduto, però può anche recuperare la percezione cosciente dell’interruzione avvenuta, evidenziando il bisogno di elaborazione del lutto”<sup>371</sup>. Di “lutto post-aborto” ne tratta anche B. Foa, psicologa clinica e counselor, nel testo “Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l’aborto del figlio”<sup>372</sup>, offrendo un percorso terapeutico scientificamente validato per affrontare una sofferenza ancora troppo taciuta<sup>373</sup>.

Questa fragilità della donna richiede la nostra fraterna e comprensiva vicinanza!<sup>374</sup>

---

tutt’ora... ricordo quanto è stato amaro il boccone da mandare giù quando io ero in ospedale e la persona che diceva di amarmi era lontana e mi chiamava da una discoteca... ricordo la mente confusa durante l’operazione e lo strazio come se fossi carne da macello... ricordo quel bacio affettuoso sulla fronte che mi diede il chirurgo dopo l’operazione... ricordo il sangue che colava... ricordo il mio stomaco stringersi fino a quasi non farmi respirare, ogni volta che avrei voluto piangere; ma non l’ho fatto per non creare disagio a nessuno.

Ricordo l’emorragia e ricordo di aver ricordato tutto quello che aveva passato mia mamma con la sua malattia; e questo mi dava forza.

Ma forse la cosa di cui ho avuto più ‘paura’ è stata quella voce... quella notte... pochi giorni dopo l’operazione. Ero nel mio letto... dormivo... mi sono svegliata di soprassalto... ero stata svegliata da una voce che mi aveva chiamata ‘mamma’.. e io mi sono svegliata con naturalezza come se tutto ciò fosse reale...problemi mentali!? fantasia!? subconscio?! immaginazione?! Non lo so. so solo che io parlo con lui ogni giorno ... e se è vero che esiste qualcosa.. beh, quel qualcosa mi sta dando forza’ ”. Per tutti gli approfondimenti, visitare [www.intemirifugio.it](http://www.intemirifugio.it) (M.C. CORVO, *Zenit.org*, 23 giugno 2014).

<sup>371</sup> IL TIMONE, 86/2009, pg. 27.

<sup>372</sup> Ed. Effatà, Cantalupa (To) 2014.

<sup>373</sup> Alla domanda: “*Come si manifesta lo stress post-aborto?*”. Così risponde la dottoressa Foa.

“Per quello che ho potuto constatare, la donna dopo l’intervento abortivo non rimane più la stessa. Necessariamente si deve incassare un colpo enorme: un trauma. Il trauma è tale che si vive una sorta di schizofrenia tra due diverse rappresentazioni del sé: l’immagine che si aveva della propria persona prima dell’evento aborto, e l’immagine nuova di sé, che non corrisponde più a quella precedente all’aborto, e che è, di fatto, quella reale. La donna, dopo aver compiuto una scelta decisiva, pensa, erroneamente, di poter andare avanti come se l’evento aborto non fosse mai accaduto. Ma la coscienza, prima messa a tacere, si rifà viva. Infatti è proprio la morte del figlio che rende la donna consapevole del fatto che in precedenza il bambino era vivo; e che era un bambino, non un girino! Il vissuto di Annie, una delle protagoniste del libro, aiuta bene a chiarire questo aspetto: ‘Mi sembra di vivere due vite parallele, una normale, in cui vado a lavorare, accudisco la casa, curo marito e figli, e l’altra piena d’orrore, di sensazioni di vuoto che cerco di staccare dal resto della mia vita. Ma entrambe queste vite sono inquinate dal malessere di aver perso un figlio per colpa mia. Il male che ho dentro è diventato anche male fisico’. Tutte le madri che vengono a cercare aiuto per elaborare il lutto soffrono di quella che è stata individuata come la sindrome da stress post-aborto (PSA). Questa sindrome è caratterizzata dalla presenza di numerosi sintomi e può essere classificata tra i disturbi post traumatici da stress (PTSD), dove lo stress è evidentemente determinato dall’avvenuta interruzione di gravidanza. Il trauma è una situazione di impotenza, è una circostanza in cui la violenza d’impatto dell’evento esterno è tale da causare una lacerazione di quella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi. Questo porta ad una scissione psichica, depressione, ansia, pianto continuo, incapacità a concentrarsi, umore irritabile, pensieri negativi, abuso di sostanze (sonniferi, ansiolitici, antidepressivi, droghe, alcol)” *Fonte: vitanascente.blogspot.it*

<sup>374</sup> Un’associazione che propone percorsi per sanare le ferite delle donne che hanno abortito è la “Vigna di Rachele” ([www.vignadirachele.org](http://www.vignadirachele.org))

Proponiamo alcuni studi internazionali che espongono un notevole incremento dei disturbi psichici e dei rischi per la salute di queste donne.

\*La ricerca dell'*Elliot Institute for Social Sciences Research* di *Springfiel (Illinois – USA)*, giunse alle seguenti conclusioni:

-il 90% delle donne che hanno abortito soffre di danni psichici nella stima di sé;

-il 50% inizia o aumenta il consumo di bevande alcoliche e/o quello di droghe;

-il 60% è soggetta ad idee di suicidio;

-il 28% ammette di aver tentato di suicidarsi;

-il 20% soffre di gravi sintomi di *stress post-traumatico* e il 50% in modo meno grave;

-il 52% ha rancore o avverte sentimenti di odio nei confronti di chi gli ha "consigliato l'aborto".

\*L'*equipe* del *Suicide anonymous* di *Cincinnati (Ohio – USA)*, coordinata da *M. Uchmann*, si occupò per due anni e mezzo di oltre 4000 tentativi di suicidi di donne; oltre la metà erano reduci dall'aborto.

\*Lo studio *STAKE*, condotto per quattordici anni in Finlandia, arruolando tutte le donne che avevano interrotto la gravidanza, mostrò in queste una mortalità tripla e un tasso di suicidiarietà sette volte superiore alle partorienti<sup>375</sup>.

L'aborto, a volte, instaura sfiducia e diffidenza anche tra marito e moglie, estendendosi al rapporto con i figli, che inconsciamente, potrebbero frapporre delle barriere verso colei che ha tolto la vita ad un loro fratello.

Chi procura l'aborto incorre nella scomunica *latae sententiae*<sup>376</sup>, vale a dire con effetto automatico e simultaneo all'atto. Questa può essere revocata dal vescovo o dai suoi delegati dopo che la donna ha manifestato un sincero pentimento ed assunto il proposito, per quanto possibile, di fare ammenda della colpa.

Sono coinvolti nella scomunica, oltre la donna, anche "coloro che con comune deliberazione criminosa concorrono al delitto"<sup>377</sup>, cioè gli operatori sanitari.

Il cardinale D. Tettamanzi motiva le ragioni della grave pena per i fautori dell'aborto. "Chi nel Battesimo e nella fede è stato introdotto nel mistero della Chiesa, sa che questa col ricorso alla scomunica prende dolorosamente atto che un suo fedele, per la gravità del peccato commesso, si è autoescluso dalla piena comunione con lei e lo aiuta sulla via del pentimento e del ritorno a Dio e alla comunità dei fratelli.

Per questo, il significato autentico della scomunica, può essere compreso solo alla luce della dimensione ecclesiale del peccato del cristiano: questi è membro del Corpo di Cristo e con il suo peccato non solo offende Dio Padre, ma anche insieme 'ferisce' la Chiesa santa di Dio, come scrive il Concilio Vaticano II (*Lumen gentium* 11). E con l'aborto da parte del cristiano siamo di fronte ad una ferita ecclesiale non certo secondaria. Senza dire che il cristiano che è colpevole d'aborto contraddice gravemente un aspetto fondamentale e irrinunciabile della

---

<sup>375</sup> Per approfondire la tematica invitiamo a consultare il sito: <http://www.uccronline.it/2010/04/22/studi-scientifici-dimostrano-lesistenza-della-sindrome-post-aborto-pas/>, che riporta dettagliatamente 19 studi scientifici internazionali.

<sup>376</sup> CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1398.

<sup>377</sup> CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1329, par. 1.

missione della Chiesa, quello di porsi al servizio della vita nascente"<sup>378</sup>.

*Non darò mai ad una donna un rimedio abortivo".*

La frase, tratta dal Giuramento di Ippocrate, è in forte contraddizione con la Legge 194/78, anzi stravolge la finalità della scienza medica non più promovendo la vita ma provocando la morte. Di fronte al dramma di coscienza della maggioranza degli operatori sanitari, la legge prevede all'articolo 9 "l'obiezione di coscienza" per il personale sanitario. Il suddetto articolo afferma che il personale obiettore non è tenuto agli adempimenti previsti dagli artt. 5 e 7, e quindi è esentato non solo dall'intervento chirurgico, ma anche da tutte le procedure di certificazione e autorizzazione che portano all'aborto.

L'obiezione è un "obbligo" per chi ama la vita e ne rispetta la sacralità, anche se oggi, pure questo diritto, è sotto attacco da alcune amministrazioni regionali (ad esempio Lazio) o comuni (Torino<sup>379</sup>) che obbligano anche i medici obiettori ad attestare e certificare lo stato di gravidanza della donna; prescrivere i contraccettivi d'emergenza e applicare sistemi contraccettivi meccanici (IUD, c.d. "spirale"), con la scusante dell'emergenza di alcune strutture sanitarie con un "eccesso" di obiettori, penalizzando coloro che richiedono l'interruzione della gravidanza. Affermazione falsa, poichè ogni ginecologo non obiettore non è sottoposto a ritmi di lavoro intollerabili, praticando mediamente 1,4 aborti ogni settimana come afferma "La Relazione ministeriale sulla attuazione della legge 194 per il 2013". Nel 1988 la percentuale era di 3,3 aborti a settimana, quindi molto più alta. E anche i dati riguardanti i "tempi di accesso" confermano questi numeri. Dunque, l'attacco all'obiezione, non ha nessun fondamento organizzativo ma unicamente ideologico capitanato da lobby abortiste.

Non possiamo scordare, nell'ottobre del 2010, la battaglia di alcune lobby abortiste capitanate dall' "International Planned Parenthood Federation European Network" (Ippf), contro la libertà di coscienza presso il Consiglio d'Europa. Ma l'Organismo europeo riaffermò chiaramente il diritto all'obiezione di coscienza.

### 2.1.5. UNA LETTURA OBIETTIVA DELLE LEGGE

La legge 194 si definisce a tutela della maternità, quindi si potrebbero negare quasi tutti gli aborti, poichè i requisiti per "interrompere la gravidanza" sono il rischio per la vita della madre oppure condizioni incompatibili con la prole.

Perciò, per la legge 194, tutti i bambini "hanno il diritto di nascere", anche i portatori di handicap.

Eloquente fu la sentenza 14488/04 della Corte di Cassazione che negò ad una coppia un risarcimento miliardario richiesto ad un ginecologo che non informò i genitori sul rischio che il bambino potesse nascere affetto da talassemia maior.

Evidenziamo alcuni passaggi della sentenza.

"L'interruzione volontaria della gravidanza è finalizzata solo ad evitare un pericolo per la salute della gestante, serio o grave. La sola esistenza di malformazioni del feto, che non incidano sulla salute o sulla vita della donna, non permettono alla gestante di praticare l'aborto". L'aborto "non è l'esercizio di un diritto della gestante, ma un mezzo concessole per tutelare la sua salute e la sua vita,

---

<sup>378</sup> *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pp. 293-294.

<sup>379</sup> Provvedimento del 27 luglio 2014.



sopprimendo un altro bene giuridico protetto". E dato che il nostro ordinamento non prevede l'aborto eugenetico, non è ammissibile che il "concepito malformato possa, una volta nato, richiedere il risarcimento del danno per la vita ingiusta che egli ha avuto in conseguenza del comportamento omissivo o errato del medico nei confronti della propria genitrice, per mancata o errata informazione".

La Corte di Cassazione sentenziò, dunque, l'illegalità dell'aborto poiché il feto è malato. Ma nella quotidianità la condotta è differente; molti medici che volevano rispettare la legge<sup>380</sup> sono stati denunciati e condannati!

---

<sup>380</sup>Per approfondire l'argomento

*Così una legge ha ridotto gli aborti e salvato i bambini.*

“ ‘Texas House Bill 2’. È il titolo della legge firmata dal governatore repubblicano Rick Perry il 18 luglio 2013 dopo un dibattito infuocato terminato ai tempi supplementari.

Con un discorso di 11 ore ininterrotte pronunciato in piedi, la deputata democratica Wendy Davis era riuscita a fare superare i tempi utili per la votazione. Quello sforzo è servito ad assicurarle la candidatura a sfidante democratico per la carica di governatore. Ma dalle parti del grande Stato del Sud gli uomini sono uomini e così il governatore Perry ha usato i suoi poteri per aprire una sessione supplementare. In un clima che è stato una vera e propria bolgia, dove attiviste abortiste richiamate dalla multinazionale dell'aborto Planned Parenthood gettavano dall'alto sulla platea dei parlamentari ogni sorta di oggetti, contenute a stento dalle forze dell'ordine e fronteggiate da silenziosi ed espressivi pro-life che recitavano il rosario, la legge è finalmente stata approvata. L'ha difesa con le unghie e con i denti la relatrice repubblicana Jodie Laubenberg che per 36 ore non ha mollato il proprio presidio perché venissero respinti tutti i tentativi di annacquare la legge fino al colpo di scena, quando ha risposto a chi le mostrava cruccette di ferro insanguinate, mostrando un paio di scarpine da neonato.

I punti qualificanti della legge sono cinque: l'aborto è proibito dalla 20ª settimana dalla fecondazione, a meno che non sia presente una condizione che secondo un ragionevole giudizio medico può portare alla morte della donna o ad un 'danno fisico sostanziale ed irreversibile di una funzione corporea maggiore diversa dalla condizione psicologica'. L'aborto farmacologico tramite webcam è proibito perché deve essere presente fisicamente il medico. La somministrazione di farmaci abortivi deve seguire lo schema approvato dalla Fda (7 settimane di gestazione per la Ru-486). I medici abilitati ad eseguire gli aborti possono farlo solo se ottengono privilegi di ricovero con un ospedale posto entro 30 miglia dalla struttura abortiva dotato di servizio ginecologico. Le strutture abortive devono dotarsi entro il 1 settembre 2014 degli standards richiesti ai centri ambulatoriali chirurgici.

Sono soprattutto le ultime due misure ad avere scatenato le ire del fronte abortista perché, stante il sistema americano, esse rappresentavano un colpo mortale per molte cliniche per aborti che, sebbene siano solo il 19% delle strutture abortive, eseguono il 63% degli aborti con un carico medio annuale di oltre 2042 aborti per struttura. Il titolo della legge è 'Circa la regolazione delle procedure, dei fornitori e dei servizi abortivi; sulla comminazione di sanzioni'. Non si tratta di una legge abolizionista, la cosa è preclusa dalle sentenze della corte suprema Usa, ma, come dice il titolo della legge, di una regolazione delle procedure, una regolazione in senso restrittivo tra le più stringenti del Paese.

Il governatore del Texas è considerato dai pro-life americani un eroe, nel 2013 è stato oratore principale alla marcia per la vita del Texas, evento organizzato da 56 associazioni pro-life. Quest'anno è stata la volta di Gregg Abbott, avvocato generale dello Stato, che ha costruito la difesa della legge dagli attacchi legali forsennati lanciati dagli abortisti. Il governatore Perry è stato anche premiato al Congresso Nazionale pro-life di Grapevine del 27 giugno 2013. Accennavamo ai ricorsi degli abortisti. Sono stati numerosi e articolati. In primo grado hanno trovato una sponda favorevole nel giudice distrettuale Lee Yeakel che ha dato loro ragione sia sui privilegi di ricovero, sia sull'adeguamento agli standards chirurgici, da lui giudicati incostituzionali. In entrambi i casi la Corte d'Appello del 5º circuito ha rovesciato il giudizio mantenendo in vigore la legge.

Un aspetto delle sentenze emesse dai giudici della Corte d'Appello merita di essere sottolineato, soprattutto se lo confrontiamo con la debordante interferenza della magistratura Italiana con i processi legislativi: i giudici, hanno detto, non devono mettere in discussione la bontà degli strumenti messi in atto dal legislatore per perseguire dei fini legittimi, essendo sufficiente che il percorso adottato dal legislatore abbia 'una base razionale'. Altro elemento da valutare con attenzione è come il legislatore e la difesa processuale della legge sia stata condotta utilizzando uno degli argomenti chiave di sempre degli abortisti: la protezione della salute della donna. Se nelle aule di tribunale l'argomentazione fosse stata quella di ostacolare l'accesso all'aborto per difendere la vita del bambino, sarebbe stata arrostita sul fuoco delle sentenze della Corte a Suprema Usa che in Roe vs Wade aveva stabilito il principio del diritto all'aborto come espressione del diritto di privacy

### 2.1.6. ABORTO POST NATALE

La rivista *Journal of Medical Ethics* pubblicò nel febbraio 2012 un' articolo dal titolo "After-birth abortion: why should the baby live?" ("L'aborto post-natale: perché il bambino deve vivere?") di Alberto Giubilini e di Francesca Minerva, ricercatori italiani emigrati in Australia presso la *Monash University di Melbourne*, "tempio" della bioetica utilitarista.

I due ricercatori sostenevano la liceità della soppressione del neonato con le stesse motivazioni con cui è giustificato l'aborto. Di conseguenza, secondo loro, facendo proprio il pensiero di P. Singer (uno dei padri dell'università di *Melbourne*) e dell'editore della rivista (il docente universitario J. Savulescu), non vi sono ragioni morali d'impedimento all' "aborto post natale".

I due autori si domandano: "nei Paesi dove è permesso l'aborto perché non consentire anche l'infanticidio dato che né il feto né il neonato hanno ancora lo status morale di persona", "sono privi di quelle caratteristiche che giustificano il diritto alla vita" poiché, per un minimo di due settimane dopo la nascita, il bambino non presenta nessun elemento di autocoscienza.

Di conseguenza, dato che "l'adozione non è sempre nel loro interesse, si può concludere che l'aborto post-nascita (l'uccisione di un neonato) è ammissibile in tutti i casi in cui l'aborto lo è: inclusa l'ipotesi in cui il bambino nasca disabile".

Quindi, alcuni neonati vivranno, altri no, e i difetti del bambino o le problematiche psicologiche o economiche che devono affrontare la madre o la famiglia, sono motivazioni sufficienti per giustificare questo infanticidio anche quando il neonato è sano.

Si esprimono Giubilini e Minerva: "Se i criteri come i costi (sociali, psicologici ed economici) per i potenziali genitori sono buone ragioni per avere un aborto anche quando il feto è sano, se lo status morale del neonato è diverso da quello del bambino e se non ha alcun valore morale il fatto di essere una persona potenziale, le stesse ragioni che giustificano l'aborto dovrebbero anche

---

che può essere compreso soltanto se lo Stato dimostra di avere un "interesse impellente", criterio la cui stringenza è stata ridotta nella sentenza Casey in cui è il ricorrente ad essere obbligato a dimostrare che la legge pone un "peso indebito" al suo diritto di privacy.

Ma Gregg Abbott è un pro-life e non è uno sprovveduto e per questo ha impostato la propria strategia sulla difesa della salute della donna, non esitando ad usare in aula persino una pubblicazione della National Abortion Federation che avvalorava i suoi argomenti, sottraendoli al sospetto di partigianeria pro-life. È possibile che gli abortisti ricorrano alla Corte Suprema, ma si tratta per loro di un rischio. La Corte si è già pronunciata in senso favorevole alla legge nel respingere un ricorso d'urgenza e un'eventuale conferma potrebbe aprire la strada a una serie di leggi analoghe in altri Stati a maggioranza repubblicana.

Quali sono gli effetti della legge? Le cliniche per aborti si sono ridotte da 41, prima della presentazione della legge, a 33 nei mesi della sua discussione, a 22 dopo la sua approvazione, a 7 (un'altra clinica della Planned Parenthood è in costruzione) dopo l'entrata in vigore, grazie alla decisione della Corte d'Appello del 2 ottobre, dell'obbligo di adeguamento ai centri chirurgici che richiede spese per milioni di dollari reputati economicamente insostenibili dai proprietari delle cliniche che hanno chiuso. Da uno studio pubblicato sulla rivista *Contraception* da autori abortisti gli aborti si sono ridotti del 13,2%, ma ora che l'ultima misura della legge è entrata in vigore portando alla chiusura di altre 15 cliniche, tutto fa pensare che il numero di aborti subirà un'ulteriore contrazione. Al minore numero di aborti corrisponde un incremento dei bambini da 377.445 nel 2011 i nati sono cresciuti nel 2013 a 394.993 (+ 17.548). Si tratterà di bambini che gli abortisti considerano di seconda e terza scelta perché non sono planned (pianificati), non sono wanted (voluti), non sono timed (al momento giusto), ma si tratta "solo" di bambini saved. (RENZO PUC CETTI, *La Nuova Bussola Quotidiana*, 7 ottobre 2014).

giustificare l'uccisione della persona quando è allo stadio di neonato”.

“Inorridisce” che questi due ricercatori trasformano l'amore, la tenerezza e la dolcezza che circonda ed implora il neonato nell'atto più indegno che dei genitori possano compiere; negare il diritto alla vita al loro figlio.

## 2.2.PRATICHE ABORTIVE

### 2.2.1.RU 486

Il 31 luglio 2009, l'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA), autorizzò la commercializzazione della *RU 486* definita dal famoso genetista J. Lejeune “*pesticida umano*” e da molti “*kill pill*” (la pillola killer).

L'autorizzazione fu emessa al termine delle sperimentazioni avviate nel 2005 presso alcune aziende sanitarie dell'Emilia Romagna, della Toscana, delle Marche e del Piemonte, arruolando 2293 donne, alcune però furono vittime di gravi effetti collaterali. Ad esempio, una donna, dopo aver assunto la seconda pillola ritornò in ospedale per setticemia, altre subirono rischi abortendo prive di adeguata assistenza sanitaria, alcune dovettero ricorrere inseguito all'aborto chirurgico.

La *RU 486* fu ideata negli anni '80 del XX secolo dal medico francese *E. Beaulieu*. Procura l'aborto non chirurgicamente ma farmacologicamente assumendo “due pillole” entro la settima settimana di gravidanza.

La “prima pillola”, composta da 600 milligrammi di *mifepristone*, uccide il feto; “la seconda”, da 400 milligrammi di *misoprostol*, provoca le contrazioni affinché il feto sia espulso. Tuttavia il 5-8% delle donne sono costrette a ricorrere all'intervento chirurgico essendo l'aborto incompleto.

In Italia, per il momento, il procedimento si svolge in ospedale.

Nei Paesi esteri, la donna si reca in farmacia, acquista questo veleno e a casa esegue l'aborto nella più disperata indifferenza e solitudine.

Osservazioni sulla *RU 486*.

*-Rischiosa per la salute della donna.*

La *RU 486* ha causato gravi effetti collaterali e provocato dei morti.

Ventisette, sono quelle denunciate alla comunità scientifica, ma se ne sospettano molte di più. In Italia la prima vittima fu all'ospedale “Martini” di Torino, dove una donna di 37 anni, dopo la somministrazione del *misoprostol* per l'eliminazione del feto ebbe una grave crisi cardiaca con esito fatale, nonostante i tentativi dei medici di salvarla.

I gravi effetti collaterali e i decessi furono segnalate dalla stessa industria produttrice del farmaco, la francese *Exelgyn*, e documentati da riviste scientifiche internazionali.

Uno studio pubblicato da “*The Annals of Pharmacotherapy*” (febbraio 2008) che analizzò i disturbi collaterali provocati dalla Pillola su 607 donne, segnalò 237 emorragie e 66 infezioni a volte accompagnate da choc settici; altre subirono interventi d'urgenza per gravidanze extrauterine; unicamente il 30% non ebbero “incidenti di percorso”.

Per questo, negli Stati Uniti, la *Food and Drug Administration*, (l'Agenzia del farmaco) impose l'applicazione di una “banda nera” sulle confezioni del

medicinale.

I dati, inoltre, indicano che la Pillola ha un'incidenza di mortalità dieci volte superiore rispetto all'aborto chirurgico (aborto chirurgico: 1 morto su 1 milione; aborto chimico: 1 morto su 80.000).

*-L'inganno per la donna.*

La Pillola, fu presentata dai mezzi massmediatici e da alcune forze ideologiche e politiche come un aborto "semplice" rispetto al tradizionale non richiedendo l'intervento chirurgico. Quindi, un procedimento indolore, anzi quasi "dolce", nascondendo volutamente i rischi e le controindicazioni.

*-La medicalizzazione della nascita.*

I farmaci che quotidianamente assumiamo hanno ottenuto, terminata una lunga e complessa fase di sperimentazione clinica, l'autorizzazione dall'AIFA per la commercializzazione. E il farmaco, lo utilizziamo per prevenire una patologia, per curare una malattia oppure per alleviare i dolori.

L'autorizzazione dell'AIFA per la *RU 486* mostra che nella nostra società si fa strada il convincimento che la gravidanza non è un momento lieto e naturale per la donna, ma una malattia.

Ciò modifica il significato della maternità, e la commercializzazione della *RU 486* ostenta l'esordio di questo cambiamento culturale.

La finalità di ogni farmaco, è la cura o la guarigione, non la soppressione della vita.

*-La somministrazione in ospedale, in regime di ricovero.*

La delibera AIFA per la commercializzazione della *RU 486* impone alla donna di assumere il farmaco in ospedale dove rimarrà ad attendere "l'espulsione del feto". Ma il passaggio dalla somministrazione ospedaliera alla prescrizione per l'acquisto della Pillola in farmacia è breve, infatti l'espulsione del feto potrebbe richiedere un lungo periodo, anche venti giorni. Inoltre, la Costituzione Italiana proibisce la coartazione al ricovero ospedaliero, tranne che per le situazioni previste dalla legge.

Di conseguenza, una donna potrebbe assumere la Pillola in ospedale e dimettersi, terminando l'aborto a casa, in viaggio, in ufficio..., dove capita, nell'assoluta e agghiacciante solitudine, con rischi anche mortali.

La decantata privatezza radicale dell'operazione abortiva tende a trasformarsi in un'amara sensazione di abbandono e di solitudine.

*-RU 486 e Legge 194/78.*

La *RU 486* viola la Legge 194/78 in due articoli.

L'impossibilità, per mancanza di tempo, di offrire alla gravida una "pausa di riflessione" di sette giorni da quando richiede la pratica dell'aborto (cfr.: art. 4) e l'intervento praticato unicamente in strutture pubbliche, in regime di ricovero (cfr.: art. 8) se l'intervento non fosse praticato totalmente in ospedale..

Ma pur volendo cancellare ogni traccia, rimane indelebile l'uccisione di un uomo!

### **2.2.2. PILLOLA DEL GIORNO DOPO (NORLEVO)**

La *pillola del giorno dopo*, comunemente chiamata *Norlevo*, fu presentata

ed è commercializzata come un “contraccettivo d'emergenza”<sup>381</sup>, da assumere entro e non oltre 24 ore a seguito di un rapporto sessuale ritenuto presumibilmente fecondante, per bloccare l’inizio di una gravidanza.

Nel bugiardino sul farmaco si legge: “la contraccezione d'emergenza è un metodo di emergenza che ha lo scopo di prevenire la gravidanza in caso di rapporto sessuale non protetto (...). Non c'è alcuna componente ormonale estrogenica (...). Il farmaco possiede una sostanza appartenente ad un gruppo di farmaci chiamati progestinici”.

Affermazioni volutamente ambigue essendo differente la realtà scientifica. La pillola, contiene prodotti chimici ormonali costituiti sia da estrogeni che da estrogeno-progestinici (in particolare il levonorgestrel farmaco potenzialmente abortivo) che rendono irrealizzabile l'annidamento dell'embrione nella parete uterina, cioè il prosieguo della fecondazione, poichè il farmaco interviene a fecondazione avvenuta. Affermano M. L. di Pietro e R. Minacori che “l'evidenza scientifica di tale effetto antinidatorio smentisce, quindi, la stessa terminologia utilizzata per definire l'utilizzo di dati prodotti: non si tratta di un meccanismo contraccettivo (l'inibizione del concepimento avviene solo in una piccola percentuale di casi), bensì di un meccanismo prevalentemente abortivo qual' è quello antinidatorio, che si estrinseca dopo l'avvenuta fecondazione, quando è già iniziato il processo di sviluppo di un nuova vita umana”<sup>382</sup>. Ammonisce J. Scotson: “È fondamentale essere precisi quando si usano parole e frasi (...). Contraccezione significa ‘contro la concezione’, ciò che impedisce che si verifichi la fecondazione. Lo scopo dell'utilizzo delle pillole contraccettive post-coitali è quello di prevenire l'annidamento e l'ulteriore sviluppo del concepito e di procurare un aborto chimico. Non si può impedire ciò che è già avvenuto, e quindi l'uso del termine ‘contraccezione d'emergenza’ per l'aborto precoce è errato”<sup>383</sup>.

Convinti, come già affermato, che la gravidanza inizi con la fecondazione e non con l'impianto della blastocisti nella parete uterina, risulta chiaro che l'azione antinidatoria della pillola è un evidente aborto provocato chimicamente nei confronti di un embrione fecondato. Di conseguenza, è improprio, presentarla come un contraccettivo!

Eticamente, l'uso del preparato, assume la stessa gravità morale

---

<sup>381</sup> Contraccezione d'emergenza.

L'OMS afferma che la contraccezione d'emergenza o post-coitale si riferisce a metodi contraccettivi che possono essere utilizzati per prevenire la gravidanza nei primi giorni dopo il rapporto (WHO MEDIA CENTER, *Emergency contraception, Fact sheet*, n. 244, luglio 2012 in <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html>: “*Emergency contraception, or post-coital contraception, refers to methods of contraception that can be used to prevent pregnancy in the first few days after intercourse*”).

La definizione è tuttora oggetto di discussione in ambito scientifico e bioetico.

La Società Italiana della Contraccezione (S.I.C.), in “Position paper sulla contraccezione per via orale” del 6 giugno 2011, puntualizza che “la contraccezione d'emergenza viene definita come “metodica contraccettiva” poichè può solo prevenire e non interrompere una gravidanza già in atto (...) “metodica di supporto” in quanto il suo utilizzo non è da considerarsi come metodo contraccettivo abituale o di prima scelta, ma solo quando altri metodi non siano stati del tutto o correttamente utilizzati”.

<sup>382</sup> Cfr.: M. L. DI PIETRO, R. MINACORI, *La “contraccezione d'emergenza”*, “Medicina e Morale”, n. 1, 2001, pp. 11-39

<sup>383</sup> Cfr.: J. SCOTSON, *Emergency Contraception. Use of the Term is Erroneous*, *BMJ* 1995, n. 311, pp. 762-763.

dell'aborto, essendo questa una pratica abortiva anche se compiuta omettendo le procedure tradizionali; quindi in aperto contrasto con la corretta applicazione della legge 194/78.

Inoltre, e questo è poco sottolineato, la “pillola del giorno dopo”, potrebbe procurare gravi conseguenze al fisico della donna: dalla nausea all'emicrania, da lancinanti dolori alla pancia alla mancanza di appetito, fino ad un disordine nel ciclo mestruale.

Il 26 settembre 2000 il Ministro della Sanità, professor U. Veronesi, firmò il Decreto per la commercializzazione del *Norlevo*, disinteressandosi della natura abortiva; anzi comunicò che il *Norlevo* “non svolge alcuna funzione abortiva nell'impedire l'impianto dell'ovulo fecondato o nel blocco dell'ovulazione”<sup>384</sup>. Secondo Veronesi, il farmaco opera precedentemente all'instaurarsi della gestazione perciò, a suo giudizio, è scorretto parlare di aborto dove non è mai sussistita una gravidanza.

La *Pontificia Accademia per la Vita* espresse un parere opposto<sup>385</sup>. Nella comunicazione si evidenziò che il *Norlevo* non è un farmaco contraccettivo ma abortivo; il contraccettivo rimanda alle tecniche che impossibilitano il concepimento, mentre l'abortivo a quelle che bloccano con mezzi chimici il prosieguo di una gravidanza. Dunque, il *Norlevo*, sopprime l'embrione nel suo sviluppo, prima che la donna possa accorgersi della sua presenza dall'assenza del ciclo mestruale.

### 2.2.3.ELLEONE

Negli Stati Uniti, la *Food and Drug Administration* (FDA), autorizzò nel 2008 la commercializzazione di un nuovo “abortivo di emergenza” a lunga durata di azione, a base di *ulipristal acetato* (*Ella*).

Nel bugiardino, descrivendo gli effetti della pillola, si parla di semplice effetto antiovulatorio. Di parere opposto è il ginecologo R. Puccetti: “Questo farmaco non è un contraccettivo d'emergenza, è un abortivo. E' in grado di modificare l'endometrio per rendere più difficile l'annidamento dell'ovulo fecondato. Ma se a livello scientifico è ancora dibattuto l'effetto antinidatorio della pillola del giorno dopo, la potenzialità abortiva di *EllaOne* è certa”<sup>386</sup>.

In Europa il farmaco fu approvato nel maggio 2009 dall'*Agenzia Europea per i Farmaci* (EMA ora EMA) che lo commercializzò con il nome di *EllaOne* (HRA Pharma), invitando i medici alla prudenza nella prescrizione.

In Italia la registrazione presso l'*Agenzia Italiana del Farmaco* (AIFA) terminò l'8 novembre 2011 e il farmaco fu posto in commercio nell'aprile 2012. Per l'acquisto si dovranno seguire quattro indicazioni. La non ripetibilità della ricetta; l'obbligatorietà della presentazione di un test di gravidanza negativo basato sul dosaggio dell'*Hcg beta* (essendo controindicata per le donne in gravidanza); l'attivazione da parte della Ditta produttrice di un registro delle eventuali gravidanze durante l'assunzione del medicinale; l'inserimento nell'elenco dei farmaci sottoposti a monitoraggio intensivo per le sospette reazioni

---

<sup>384</sup> Cfr.: *Comunicato stampa 231* del 29.9.2000.

<sup>385</sup> Cfr.: *Comunicato stampa sulla cosiddetta Pillola del Giorno dopo*, 31.10.2000.

<sup>386</sup> *AVVENIRE*, 1 marzo 2012, pg. 1.

avverse.

ElleOne, la pillola dei cinque giorni, va assunta entro 120 ore da un rapporto sessuale ritenuto presumibilmente fecondante, per bloccare il prosieguo della gravidanza.

Nel gennaio 2015, su richiesta della Ditta produttrice, l'EMA ha sdoganato questo prodotto a "farmaco da banco" senza necessità di prescrizione medica. Anche l'AIFA, si è adeguata agli altri Paesi, pur potendo resistere al discutibile diktat europeo, ignorando totalmente il parere di "non cedere sull'obbligo della ricetta", stilato dal Consiglio Superiore di Sanità a seguito di una richiesta di approfondimento tecnico sollecitata dal Ministro della Sanità. Ora, una donna maggiorenne, può acquistare il farmaco anche nelle "parafarmacie", mentre per le "minorenni" resta confermato l'obbligo di prescrizione medica e la vendita è autorizzata unicamente presso le farmacie.

#### 2.2.4.DIVERSITA' TRA NORLEVO, ELLEONE E RU 486

Il Norlevo e l'ElleOne bloccano l'annidamento dell'embrione nell'utero cioè non permettono la sua crescita, quindi è un aborto, mentre la RU 486 è un aborto che si attua entro la settima settimana non chirurgicamente ma farmacologicamente.

Osservava san Giovanni Paolo II: "Forse, questo fenomeno linguistico è esso stesso sintomo di un disagio delle coscienze. Ma nessuna parola vale a cambiare la realtà delle cose: l'aborto procurato è l'uccisione deliberata e diretta, in ogni modo sia attuata, di un essere umano nella fase iniziale della sua esistenza, compresa tra il concepimento e la nascita"<sup>387</sup>.

Un episodio ambiguo.

Nel mese di aprile 2014, cinque associazioni d'ispirazione cattolica, Giuristi per la vita, Farmacisti cattolici, Forum delle famiglie, Ginecologi cattolici e Pro Vita, si rivolsero al "Tar del Lazio" poichè il 17 dicembre 2013 l'AIFA accolse la richiesta dell'azienda produttrice del Norlevo, la francese "HRA Pharma", di eliminare dal "bugiardino" l'avvertenza sulla sua potenzialità abortiva.

Il 30 maggio 2014, il Tar, con un linguaggio burocrazeese chiuse il contenzioso affermando il non effetto abortivo della "pillola del giorno dopo": "Non sussistono, sotto il profilo del fumus, i presupposti per l'accoglimento della proposta istanza cautelare avuto presente, in linea con quanto evidenziato dalle resistenti amministrazioni, che recenti studi hanno dimostrato che il farmaco Norlevo non è causa di interruzione della gravidanza".

L'acquisto della *pillola del giorno dopo* e dell'*ElleOne* è in costante crescita. Secondo i dati del Ministero della Salute, le vendite sono aumentate negli ultimi cinque anni del 59% attestandosi a 356mila confezioni annuali, ponendosi fra i primi cinque farmaci più venduti in Italia con un fatturato di circa 13milioni di euro. Il 55% delle acquirenti hanno un'età compresa tra i 14 e i 20 anni<sup>388</sup>, e vi ricorrono

---

<sup>387</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 58.

<sup>388</sup> Una testimonianza.

"Leggendo alcuni forum in internet, frequentati soprattutto da ragazze, sono rimasta stupita nel constatare come sia pieno di giovani che assumono la 'pillola del giorno dopo' come se fosse una caramella. Ho letto di una che l'ha presa già per la seconda volta in tre mesi. Io resto senza parole... Grandi per fare sesso, ma con il cervello piccolo piccolo... Innanzitutto perchè non usano le precauzioni, secondo perchè assumono farmaci

con la convinzione di assumere un *innocuo farmaco*, mancando la consapevolezza d'imbottirsi di una "bomba ormonale" le cui conseguenze sulla propria fertilità sono valutabili unicamente nel lungo periodo<sup>389</sup>.

L'unica percorso per interrompere questo crinale pericoloso sta nell'intervento delle famiglie, che dovrebbero, con serietà, educare i figli all'affettività, a vivere positivamente le relazioni con l'altro sesso e al rispetto di se stesse. Come pure gli operatori sanitari, dovrebbero tra i loro ruoli sentirsi investiti di questo compito educativo, anche se può procurare incomprensioni e forse "provvedimenti disciplinari" dimenticando, come abbiamo già sottolineato in precedenza, che il Codice deontologico medico 2014 afferma all'articolo 22 che il medico "non è obbligato" a prescrivere un farmaco in contrasto con la propria deontologia e coscienza. Di conseguenza, un ospedale deve garantire l'erogazione di farmaci legali, ma il medico può prescriverli unicamente se in accordo con la sua coscienza morale e professionale<sup>390</sup>.

---

senza pensare a quello che comporta per il loro corpo, e terzo perchè se sono incinte allora esce la storia 'Ma sono troppo giovane...', e non si assumono le loro responsabilità. Mentre lo facevi non eri troppo giovane? Io non giudico nessuno, ma secondo me c'è qualcosa che non va nei ragazzi di oggi (non che abbia chissà che età). Io prima di avere rapporti mi sono sempre tutelata per non trovarmi in certe situazioni! Prima la testa e poi il resto...! Se non si vuole rischiare, se quella sera non puoi, non muore nessuno. Anch'io ho fatto il mio percorso, mi sono laureata, ma se fosse arrivato un bambino mi sarei assunta le mie responsabilità. Abortire ti distrugge psicologicamente, e se hai un pò di buon senso capisci che ci vogliono anni per riprendersi. Beatrice".

<sup>389</sup> "Ho visitato una ragazza che l'ha usata più volte e che per un mese intero non è riuscita a nutrirsi. Non solo, un dosaggio ripetuto innalza il rischio di trombosi (*Testimonianza della dott.ssa Rita Polo*, Tempi.it, 6 novembre 2014).

<sup>390</sup> Per approfondire l'argomento.

*Le evidenze della scienza e le conseguenze per l'obiezione*

"Quando una donna ha un rapporto non protetto nel giorno che precede l'ovulazione (quello più fertile e con la massima frequenza di rapporti) e il giorno dopo ovula, può concepire entro 24 ore dall'ovulazione, essendo l'uovo disponibile per 24 ore. Il concepimento può avvenire quindi entro due giorni da quel rapporto. Sorge dunque un quesito: se EllaOne può essere assunta con efficacia costantemente superiore all'80% fino a cinque giorni dopo quel rapporto, e cioè fino a quattro giorni dopo l'ovulazione (avvenuta nel giorno successivo al rapporto), e tre giorni dopo il concepimento che ne fosse seguito, come può invocarsi un effetto anti-ovulatorio?

Eppure l'Ema (European Medicines Agency, l'ente regolatorio europeo), l'Aifa (l'ente omologo per l'Italia) e le più note Società Scientifiche sostengono che questi farmaci agiscono soltanto prevenendo l'ovulazione. Non si può mentire su queste tematiche: è in gioco il rispetto per la vita umana dal suo inizio, valore cardine della nostra civiltà, fondamento della Costituzione e delle nostre leggi, della stessa 194 all'articolo 1 e, prima ancora, della legge 405/75 che alla 'tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento' finalizza la procreazione responsabile. Disinformare su questi temi significa impedire alle singole persone di operare scelte libere proprio in quanto informate, calpestare la libertà professionale dei medici, negare ai politici la possibilità di legiferare in base a conoscenze documentate e ai giudici la possibilità di giudicare rettamente. Mentire su questi temi è ancora più grave se a farlo è chi, per mandato, questa conoscenza dovrebbe invece garantire.

I contraccettivi d'emergenza non prevengono l'ovulazione: quando vengono assunti nei giorni più fertili del ciclo mestruale, essi impediscono l'annidamento del figlio che fosse concepito. I giorni più fertili sono il giorno che precede l'ovulazione, il precedente, e il giorno stesso dell'ovulazione. In essi è massima anche la frequenza dei rapporti sessuali e soprattutto di quelli non protetti. Ne deriva che il massimo numero di concepimenti consegue a rapporti che si verificano proprio in questi giorni. Un contraccettivo di emergenza che impedisce il manifestarsi di gravidanze con un'efficacia che va dal 65% del Norlevo (Levonorgestrel, Lng) all'80-85% di EllaOne (Ulipristal Acetato, Upa) dovrebbe avere il suo massimo di efficacia se assunto dopo i rapporti che avvengono nei giorni più fertili. La letteratura medica ci dice, però, che sia Norlevo sia EllaOne, quando vengono assunti nei giorni più fertili del ciclo, non hanno più alcun effetto sull'ovulazione: la loro efficacia è invece dovuta a un effetto antiannidamento. Vediamo nel dettaglio.

I dati scientifici mostrano che il Norlevo (la 'pillola del giorno dopo') può inibire la liberazione dell'uovo



## 2.2.5. I RISCHI DEI CONTRACCETTIVI

I contraccettivi, a volte, possono produrre gravissimi effetti collaterali. Una nuova conferma l'ha fornita il "British Medical Journal" del maggio 2015 riportando i risultati di una ricerca clinica condotta dall' "Università di Nottingham" su un campione di 10.500 donne di età compresa fra i 15 e i 49 anni che fanno uso del contraccettivo, allo scopo di verificare l'effettivo aumento del "rischio di trombosì" legato appunto a questo prodotto. I dati dimostrano "che l'assunzione dei contraccettivi orali di 'terza generazione' aumenta di quattro volte il rischio di sviluppare coaguli di sangue rispetto al resto della popolazione femminile che non

---

soltanto quando viene assunto nel primo dei giorni fertili (prima che i livelli di Lh inizino a crescere). Assunto successivamente, nei giorni pre-ovulatori più fertili, Norlevo consente l'ovulazione ma impedisce la formazione di un buon corpo luteo: la ghiandola che deriva dal follicolo che ha liberato l'uovo e che prepara l'endometrio (il terreno fertile dentro l'utero) a ospitare il figlio. La donna ovula e può concepire, ma l'endometrio non consentirà all'embrione di annidarsi. Il Norlevo assunto prima dell'ovulazione ha, quindi, un effetto prevalentemente post-concezionale.

Complessivamente EllaOne (la 'pillola dei cinque giorni dopo'), assunto nel periodo fertile del ciclo, inibisce o ritarda l'ovulazione in una percentuale di casi inferiore al 60%. In oltre il 40% dei casi invece la donna ovula e può concepire. Sono i dati (Brache 2010) ai quali tutti fanno riferimento. Se però analizziamo l'azione del farmaco nelle diverse fasi del periodo fertile vediamo che la sua efficacia, come per Norlevo, è del 100% solo quando viene assunto nel primo dei giorni fertili (prima che Lh inizi ad aumentare). Quando viene assunto successivamente la sua efficacia decresce fino quasi ad annullarsi (8%) 1-2 giorni prima dell'ovulazione, nel momento del picco di Lh, e cioè nei giorni più fertili del ciclo. In questi giorni, anche se la donna ingerisse EllaOne già durante il rapporto sessuale, il farmaco agirebbe come un placebo, senza alcuna efficacia sull'ovulazione, che seguirebbe entro due giorni come previsto da madre natura. Conseguentemente, il concepimento potrebbe avvenire. La gravidanza tuttavia, anche in caso di concepimento, non comparirebbe perché EllaOne agisce in modo praticamente identico alla Ru486 usata per l'interruzione della gravidanza, della quale anzi sembra essere ancora più efficace. EllaOne, infatti, impedisce l'azione del progesterone, l'ormone che – come dice il nome – favorisce la gestazione, ostacolandone il normale effetto di preparazione dell'endometrio all'annidamento. Questi dati sono ampiamente riportati nella letteratura medica, ma Ema e Aifa li ignorano, limitandosi a recepire le considerazioni dell'azienda produttrice. Peraltro c'è discordanza anche all'interno dei documenti ufficiali dell'Ema, che Aifa passivamente si limita a recepire senza adeguatamente verificarli. Nella documentazione su EllaOne, per esempio, è scritto che «i dati farmacodinamici mostrano che anche quando viene assunto nell'imminenza dell'ovulazione, Ulipristal Acetato è in grado di ritardarla in alcune donne». In alcune donne: l'8%, come già visto, mentre tutte le altre donne (il 92%) che assumono il farmaco in quei giorni, i più fertili, ovulano regolarmente e possono concepire.

La contraccezione d'emergenza viene prescritta a seguito di rapporti non protetti avvenuti nei giorni fertili, quando il muco cervicale lascia entrare gli spermatozoi. Quando la donna ovula non vi sono ostacoli al concepimento. Se le gravidanze attese non compaiono è dunque perché questi farmaci impediscono l'annidamento del figlio in utero.

Da ultimo una considerazione sull'obiezione di coscienza. A nostro avviso la mancata prescrizione dei contraccettivi di emergenza dovrebbe essere considerata, più che un gesto di obiezione, un atto di pieno ossequio alla legge. Come già ricordato, lo Stato italiano attraverso le sue leggi nel definire gli aspetti della procreazione responsabile la finalizza esplicitamente alla «tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento» (legge 405/1975). La tutela della salute della donna e del figlio che potrebbe essere generato è ribadita anche nella legge 194/1978 che, pur consentendo l'aborto in casi che dovrebbero essere eccezionali, proclama la tutela della vita umana dal suo inizio. Tutela della «vita umana», e non solo della gravidanza, che l'Organizzazione mondiale della sanità – riduttivamente e strumentalmente – pretende inizi dall'impianto in utero. La tutela del concepito, infine, è esplicitamente ribadita anche nel primo articolo della legge 40/2004, in un passaggio mai modificato dalle sentenze della Corte Costituzionale. In questo contesto, non si vede come al medico possa essere richiesto di prescrivere farmaci che agiscano o possano agire dopo il concepimento.

Disinformare il medico sul reale meccanismo d'azione di questi farmaci al fine di estorcerne la disponibilità a prescriberli è molto grave, soprattutto se a farlo è chi, per mandato istituzionale o accademico, ha il compito di tutelarne e promuoverne libertà e professionalità nell'interesse della salute e della vita".

(F. M. BOSCIA, G. L. GIGLI, B. MOZZANEGA, *Avvenire.it*, 15 ottobre 2014)

ne fa uso. Anche le donne che utilizzavano quelle di 'seconda generazione' presentano, rispetto alla popolazione che non prende la pillola, un rischio di 2,5 volte superiore di sviluppare trombosi venose". Dunque, tutte le pillole contraccettive presentano quindi potenziali rischi anche molto gravi. "Ma quelle di 'terza generazione', lanciate negli anni Ottanta e 'preferite' da un terzo delle donne che utilizzano la pillola (perché rispetto alle precedenti riducono alcuni effetti collaterali come l'aumento di peso o il mal di testa), secondo i ricercatori dell'ateneo su 10.000 donne causano ogni anno fino a 14 episodi di trombosi in più rispetto alla popolazione non esposta al farmaco"<sup>391</sup>. Nel mondo il totale delle donne che assumono questi contraccettivi è circa 100milioni.

Alcuni effetti collaterali gravi portano anche alla morte. E di ciò, le prime ad esserne consapevoli sono le "Ditte farmaceutiche" per i risarcimenti che devono sborsare. Ad esempio, la "Bayer", ha già speso 1.6 miliardi di dollari per 6.800 persone gravemente lese e le famiglie di 100 donne decedute dopo aver assunto la "Yaz", oppure la "Merck & Co" che ha speso 100 milioni di dollari per risarcire 3.800 donne lese e 83 famigliari di morte a causa del "Nuvaring". Eppure, nonostante che tutti sappiano, la strage continua, anzi molti Paesi li consigliano per il controllo delle nascite; "non mancano pressioni internazionali sui Paesi in via di sviluppo che condizionano gli aiuti economici a determinate politiche di 'salute riproduttiva' "<sup>392</sup>.

Papa Francesco, nell'enciclica "Laudato si", ha approfondito questa problematica anche nell' "aspetto ambientale" puntando l'attenzione sugli effetti dannosi ai "sistemi ormonali umani" (o sistema endocrito) provocati dalle sostanze chimiche nelle "riserve idriche" poiché molte ricerche scientifiche affermano che queste elementi chimici presenti nei contraccettivi e nelle pillole per il controllo delle nascite, stanno creando i cosiddetti pesci e fauna "intersessuale", e potrebbero minacciare seriamente la salute umana, la sessualità e le gravidanze<sup>393</sup>.

### **3. La depressione post partum (Psicosi peurerale)**

La depressione post partum è un dramma che colpisce circa il 20% delle neo-mamme; 80mila donne italiane ogni anno sulle 550mila che partoriscono, e conduce alcune, affette da "psicosi peurerale grave", come la cronaca ci documenta, a gesti estremi di infanticidio, aumentati dal 1993 del 41%. Dunque, una vera patologia, di cui si parla poco, ma che può essere intercettata e curata in tempo. Non solo: è provato scientificamente che i figli nati dalle 80mila madri depresse si porteranno dietro per il futuro una serie di disabilità anche gravi: il quoziente intellettivo sarà più basso di 5 punti, si ammaleranno 7 volte di più, nell'adolescenza e nell'età adulta avranno comportamenti più violenti...

Serve riconoscere, innanzitutto, che gli attori del parto-nascita sono due: la

---

<sup>391</sup> B. FRIGERIO, *Tempi.it*, 1 giugno 2015.

<sup>392</sup> PAPA FRANCESCO, *Laudato si*, n. 50.

<sup>393</sup> Si rimanda per l'approfondimento dell'argomento al n. 50 e seguenti dell'enciclica "Laudato si"

madre e il figlio, mentre spesso l'attenzione è rivolta unicamente al nascituro. Senza le dovute premure possono scatenarsi nella puerpera, bisognosa di calore, di cure e di attenzioni, sentimenti aggressivi e di invidia, e il ritorno a casa, che dovrebbe essere una festa, si trasforma in un incubo contrassegnato da ansia, lacrime ed insonnia.

I fattori che portano alla depressione sono di tipo sociale, familiare e genetico. Lasciamo la parola al professore A. Picano, psichiatra dell'azienda ospedaliera San Camillo di Roma e fondatore dell'associazione StraDe (Studio e trattamento della depressione).

*"Quali sono le cause profonde di questi comportamenti?"*

Le donne, in generale, pensano che mettere al mondo un figlio sia un fatto naturale. Infatti lo è, ma non altrettanto si può dire dell'accudimento: bisogna cioè imparare a gestire una creatura dipendente in tutto, senza autonomia.

La madre, inoltre, ha paura dell'imperfezione del figlio; nei casi di omicidio prevale un istinto primordiale negativo, un comportamento alterato ed isterico nei confronti del figlio: 'ucciderlo e farne uno nuovo'.

Anche la madre si sente imperfetta, inadeguata di fronte al ruolo genitoriale cui è chiamata.

*Cosa possono fare i parenti? Come intervenire quando i sintomi della depressione si manifestano?*

E' importantissimo il supporto del marito: deve condividere il problema della gestione del figlio, non aspettarsi una mamma perfetta, non lasciarla sola, collaborare con lei nella gestione del piccolo.

*Nella nostra società esiste la consapevolezza riguardo la depressione prima e dopo la nascita?*

Purtroppo, nel nostro Paese, è poco presente la cultura della depressione. E' invece importante parlarne, discuterne, far comprendere alle famiglie che la depressione coinvolge i sentimenti delle mamme nei confronti del bambino appena nato. Ad esempio, il perfezionismo della madre va 'educato' in modo che possa amare il figlio senza condizioni, anche se non è perfetto"<sup>394</sup>.

## **4. Atti a favore della vita: I Metodi Naturali della Procreazione**

I "Metodi Naturali della procreazione" o della fertilità, anche se poco conosciuti, sono ritenuti da molti inaffidabili e, soprattutto, limitativi della libertà e della spontaneità. Vogliamo con questa parte dimostrare il contrario!

I Metodi Naturali della procreazione "sono metodi che si basano sulla conoscenza dei processi biologici per cui una gravidanza può essere ricercata o evitata grazie all'osservazione dei segni e dei sintomi della fase fertile del ciclo mestruale. Quando si vuole evitare una gravidanza ci si deve astenere dai rapporti sessuali durante la fase fertile del ciclo, quando la si ricerca si possono

---

<sup>394</sup> AVVENIRE, "Noi Genitori & Figli", 6 marzo 2005, pg. 12.

utilizzare con precisione i giorni fecondi”<sup>395</sup>.

Dunque, consentono alla donna di scoprire e conoscere il proprio corpo e le sue leggi tramite l’osservazione e, quindi, di consumare l’atto sessuale con consapevolezza nel periodo di non fertilità, rinunciandovi in quello fertile, se non desidera un concepimento. Permettono, inoltre, una corretta pianificazione familiare e il rispetto della natura dell’atto sessuale coniugale, pur chiedendo un’astinenza periodica. Costituiscono per la coppia uno strumento privilegiato per acquisire la consapevolezza del valore della fertilità e maturare, di conseguenza, scelte basate sulla condivisione, il rispetto reciproco e l’amore per la vita. Diversamente dalla pillola e dai contraccettivi chimici o ormonali, non provocano effetti collaterali o negativi sulla salute della donna consentendo di salvaguardare intatto il ciclo ovulatorio. Di conseguenza, il desiderio di conoscenza dei metodi naturali, dovrebbero oltrepassare gli orientamenti etici-religiosi abbracciando quelli psico-pedagogici, sanitari ed ecologici. Alcune donne testimoniano di piacevoli sorprese avendo previsto la propria fertilità ed osservato gli eventi del proprio corpo, evitando il supporto di medici o di strumenti tecnologici.

L’Organizzazione Mondiale della Sanità stima nel 98% l’efficacia<sup>396</sup>. I dati sono pubblicati anche in autorevoli studi statistici<sup>397</sup>, mentre la relazione del febbraio 2012 dell’ “Agenzia Internazionale di Ricerca sul Cancro” (IARC) si conclude con un’inquietante osservazione: “I contraccettivi orali estroprogestinici aumentano il rischio di cancro al seno, alla cervice e al fegato”. Allarme non nuovo, già lanciato nel 2002 dal “Rapporto Women’s Health Initiative”, che stabilì l’aumento del rischio di cancro in donne che usavano da oltre cinque anni la terapia ormonale sostitutiva.

Sulla validità dei Metodi Naturali la Chiesa si pronunciò per la prima volta il 29 ottobre 1951 nel discorso che papa Pio XII tenne al “Congresso dell’Unione Cattolica Italiane Ostetriche, quando affermò che questi metodi sono accettati dalla Chiesa per “seri motivi, come quelli che si hanno non di rado nella cosiddetta ‘indicazione’ medica, eugenica, economica e sociale. Se però non vi sono, secondo un giudizio ragionevole ed equo, simili gravi ragioni personali (...), la volontà di evitare abitualmente la fecondità della loro unione, pur continuando a soddisfare pienamente la loro sensualità, non può derivare che da un falso apprezzamento della vita e da motivi estranei alle rette norme etiche”<sup>398</sup>. Troviamo altri riferimenti nell’ enciclica “*Humanae Vitae*” del beato papa Paolo VI (parte seconda, paragrafo 16), nell’ enciclica “*Evangelium vitae*” di san Giovanni Paolo II (parte quarta, paragrafi 87 - 88) e nel “*Vademecum per i confessori su alcuni temi di morale attinenti alla vita coniugale*” (parte seconda, paragrafo 6).

Due sono i Metodi Naturali della Procreazione: il *Metodo Billing* e il *Metodo Sintotermico*.

-Il *Metodo Billing* indica in base alle caratteristiche del muco del collo dell’utero (o muco cervicale) che si modifica prima, durante e dopo l’ovulazione, il tempo fertile

---

<sup>395</sup> Definizione O.M.S.

<sup>396</sup> Cfr.: *Adv. Contracept.* 10, 1994, pg. 195; *Contraception* 53, 1996, pp. 69-74; *Advances in contraception*, 15, 1999, pp. 69-83.

<sup>397</sup> Cfr.: *Studies in Family Planning*, 1987; *Family Planning Perspectives*, 1990; *Obstetrics and Gynecology*, 1990: J.TRUSELL ET AL., in *Am.J.Obstet.Gynecol.*, 1991; *Statistics in Medicine*, 1991.

<sup>398</sup> [http://w2.vatican.va/content/pius-xii/it/speeches/1951/documents/hf\\_p-xii\\_spe\\_19511029\\_ostetriche.html](http://w2.vatican.va/content/pius-xii/it/speeches/1951/documents/hf_p-xii_spe_19511029_ostetriche.html)

o infertile in ogni ciclo mestruale.

-Il *Metodo Sintotermico* segnala, ponendo attenzione alla combinazione di vari elementi derivanti dall'ovulazione (temperatura, tempo, muco...), il periodo fertile del ciclo mestruale. Questo metodo, presenta alla donna, maggiori elementi per identificare le due fasi.

Essendo fondamentale la conoscenza di sé, l'utilizzo dei Metodi Naturali si apprende rivolgendosi a Centri di Consulenza<sup>399</sup>.

Come si differenziano i Metodi Naturali della Procreazione dalla contraccezione? "Fra i Metodi Naturali e la contraccezione esiste una differenza di natura etica. Nella contraccezione l'uomo si fa padrone della propria natura, nei metodi naturali l'uomo si limita a far uso con intelligenza della propria natura, accogliendo il nesso fra unione e procreazione così come esso è stato posto dal Creatore, senza distruggerlo artificialmente e senza stringerlo ancora di più di quanto esso di fatto non lo sia. La norma, cui l'uomo in tal modo ubbidisce, non è di natura biologica ma di natura personalistica"<sup>400</sup>.

Un settore ostico, spesso chiuso al confronto, riguarda le sperimentazioni cliniche nei confronti delle donne in età fertile. La quasi totalità dei protocolli clinici pongono come criterio di inclusione l'uso dei contraccettivi: "se lei è in età fertile deve usare un metodo contraccettivo sicuro per tutto il tempo della sperimentazione". Alcuni Sponsor indicano anche le pratiche contraccettive da adottare.

Imporre l'uso del contraccettivo è eticamente scorretto; oltrepassa l'aspetto terapeutico ed evidenzia la sfiducia nella responsabilità della donna. Inoltre, il contraccettivo, soprattutto ormonale, potrebbe rendere inattendibili i risultati dello studio. E' fondamentale un' adeguata informazione per escludere la gravidanza nel corso della sperimentazione, e a volte, per un determinato periodo anche a ricerca conclusa. Andranno chiaramente evidenziati i rischi per il feto, evitando però "il ricatto" dei contraccettivi. Sarà la responsabilità della donna a stabilire le metodologie che riterrà più opportune adottare.

## **Exursus 1: Le donne eroiche che non hanno abortito**

L'amore per il figlio fino al sacrificio della vita dovrebbe essere la più alta caratteristica della donna. Abbiamo esempi di donne eroiche che in situazione di pericolo hanno rischiato la loro vita per salvare figli da incendi o da annegamenti. Tra i molti, mi colpì, l'azione edificante di Nera Ricci di 38 anni, che riconoscendo nel figlio Mattia di due anni il suo tesoro, fece di tutto per proteggerlo a seguito di una frana a Massa Carrara anche se non riuscì a salvarlo e neppure a salvare se stessa.

Ma la cronaca, non quella dei rotocalchi, testimonia che tante "mamme sconosciute" hanno prediletto il loro tesoro e non hanno abortito nonostante malattia anche gravi che le minacciavano; alcune sono morte, altre si sono curate

---

<sup>399</sup> Cfr.: [www.confederazionemetodinaturali.it](http://www.confederazionemetodinaturali.it).

<sup>400</sup> R. BUTTIGLIONE, *Introduzione al 4° ciclo di catechesi*, in *Uomo e donna lo credò*, Città Nuova 1987, III.

in seguito, ma tutte hanno privilegiato le creature che portavano nel cuore oltre che nel grembo.

Nell'Antico Testamento è narrato l'episodio del "giudizio di Salomone"<sup>401</sup>. Il re Salomone per conoscere la madre di un bambino conteso da due donne, comandò di tagliare in due parti il neonato. Salomone identificò la mamma in colei che rinunciò al piccolo pur di salvargli la vita.

Questa è storia anche dei nostri giorni. Alle mamme eroiche che non hanno abortito vogliamo rendere il nostro omaggio, citandone alcune ben consci però, come affermato, che sono centinaia.



*Santa Gianna Beretta Molla*, medico pediatra milanese, madre di tre figli, nel 1961 al termine del secondo mese di gravidanza fu colpita da un fibroma all'utero. Non accettò l'asportazione per salvare la vita che portava in grembo, pur pienamente consapevole dei rischi. Il 21 aprile 1962 partorì Gianna Emanuela ma le sue condizioni di salute peggiorarono velocemente. Morì il 28 aprile offrendo la vita per la sua bambina. A chi gli consigliò l'aborto rispose con fermezza: "Abortire? Non lo permetterò mai; è

peccato uccidere colui che porti in grembo".

Così la ricordò il cardinale C. M. Martini: "Donna meravigliosa amante della vita, sposa, madre, medico professionista esemplare offrì la sua vita per non violare il mistero della dignità della vita" (24 aprile 1994).



*Rita Fedrizzi*, già madre di due bambini, docente di lingue al liceo e, in precedenza, all'università di Bergamo abbandonata per dedicarsi maggiormente alla famiglia, nei primi mesi del 2004 scopre d'essere gravida ma anche malata di tumore. I medici la pongono di fronte ad un dilemma drammatico: o abortisce e si cura o è destinata alla morte. Rita, profondamente cristiana, non abortisce poiché quel feto è già suo figlio; lui nasce sano nell'ottobre 2004, mentre lei muore il 25 gennaio 2005.

Così la ricordò monsignor A. Maggiolini durante il funerale: "Quarantun anni, sportiva che si diverte soprattutto nello sci acquatico... sposa felice, madre di due bimbi. Nemmeno l'ombra di bigottismo. Una scioltezza che stupisce per la salute e la gioia che diffonde. Dopo aver scoperto di essere aggredita da un tumore che stava già degenerando in metastasi scopre di attendere un terzo bimbo. Si trova così di fronte a una decisione vertiginosa. Sarebbe forse possibile intervenire con una terapia la quale potrebbe essere efficace ma che certamente influirebbe sul nascituro mettendone a repentaglio la vita o la salute. Rita preferisce la soluzione radicale. Con la più disarmata delle semplicità comunica che non si presterà a lasciare che venga intaccata l'esistenza o la salute del figlio che porta in grembo".

*Veronica Giazzon*, 36 anni, infermiera, amante del rugby, madre di una bambina,

---

<sup>401</sup> Cfr.: 1 Libro dei Re 3,16-26.



residente a Trebaseleghe, nel Padovano, sapeva bene che cosa rischiava, quando, a metà della seconda gravidanza, le diagnosticarono una forma aggressiva di leucemia. Sollecitò i medici a far nascere anticipatamente la bambina che portava in grembo, per iniziare subito le cure. La piccola Matilde nacque nel novembre 2013 e Veronica morì il 14 dicembre 2014. Il trapianto non era riuscito e le complicanze ebbero la meglio su quel fisico fortemente indebolito.

“Il tutto con una lucidità straordinaria, che l’ha assistita anche quando – come provano le sue parole su *Facebook* – sapeva di avere davanti l’ultima prova: ‘Non sempre la vita ci riserva solo belle sorprese. Da una settimana sono ritornata a Verona per ricaduta malattia. Ora di nuovo fuori gli artigli, bisogna lottare tutti insieme. Ci sarete vero? Ci conto. Vi voglio bene’. Ora, come poteva questa donna conciliare così l’amara consapevolezza di una vita che non ‘ci riserva solo *belle sorprese*’ con la voglia di tirare ‘*di nuovo fuori gli artigli*’? Rassegnarsi sarebbe stato normale, comprensibile, umano. Ma Veronica non era sola e, oltre che sulla vicinanza della famiglia, contava ed ha contato, fino all’ultimo, su quella più alta: quella della fede”<sup>402</sup>.



*Chiara Corbella Petrino*, 28 anni, anche lei ha scelto di rinunciare a curarsi per far nascere il suo bambino.

E questa non era la prima volta che Chiara e il marito hanno dimostrato di amare la vita. Nel 2009 rimase incinta ma dalle ecografie fu diagnosticato al feto un’anencefalia (malformazione congenita grave dove il nascituro appare privo totalmente o parzialmente dell’encefalo). Chiara e Enrico hanno accolto la nuova creatura e accompagnata nella sua vita terrena per solo 30 minuti; poi Maria Grazia Letizia morì.

Una seconda gravidanza ma dalle ecografie ci si accorse che il feto era senza gambe con malformazioni viscerali e incompatibilità con la vita. Accompagnarono anche il piccolo Davide Giovanni, così l’avevano chiamato, per il breve periodo che visse.

Infine una nuova gravidanza; feto forte e sano ma al quinto mese di gravidanza a Chiara fu diagnosticato un carcinoma alla lingua. La gravidanza continuò anche se grande era il rischio per la vita della mamma che solo dopo il parto si sottopone ad un intervento chirurgico e a cicli di chemioterapia. Ma Chiara non ce l’ha fatta, è morta il 14 giugno 2012, quando Francesco aveva compiuto da poco un anno.

“Alle mamme vorrei dire che conta il fatto di avere avuto il dono del figlio, non il tempo che ci è riservato di stare con lui” (Chiara).

---

<sup>402</sup> Dal Blog di Giuliano Guzzo.

## Exkursus 2: I nati prematuri

Abbiamo già citato in precedenza che nel maggio 2007 all'ospedale Careggi di Firenze, fu praticato ad una donna alla 22° settimana di gravidanza, un aborto indotto. Pochi giorni prima, al termine di un'ecografia, i medici avevano comunicato alla futura mamma che il nascituro, probabilmente, era affetto da atresia dell' esofago. I sanitari la invitarono a sottoporsi ad altri accertamenti, ma la donna rifiutò ed abortì supportata dalla compiacenza di uno psichiatra che gli fornì il certificato. Inseguito, si verificò l'assenza della presunta malformazione.

L' atresia dell' esofago è una malformazione che colpisce 1 bambino su 3.500, con gravità variabile. Si sospetta la presenza della patologia quando nell' ecografia non è visibile lo stomaco; ma questo organo è poco distinguibile in 1 feto su 100. Il piccolo di Firenze, chiamato Tommaso, nacque vivo e pesava 500 grammi. Dai giornali, abbiamo appreso che le cure furono prestate trascorsi venti minuti dalla nascita. “Siamo stati chiamati dall'ostetrica 20 minuti dopo la nascita del bambino e solo allora siamo intervenuti. Il piccolo fino a quel momento è rimasto privo di assistenza. Forse se non avessimo tardato sarebbe potuto sopravvivere”, dichiarò il professor F. Rubaltelli, primario del reparto di terapia intensiva neonatale del Careggi, al Corriere della Sera e al Foglio.

Un episodio analogo si verificò il 24 aprile 2010 all'ospedale di Cosenza. Un corpicino affetto da labiopalatoschisi sinistra completa (labbro leporino) fu abbandonato privo di assistenza in una stanza adiacente alla sala parto. A seguito della segnalazione del cappellano, i sanitari si attivarono ad assisterlo, ma dopo poco tempo morì per grave asfissia perinatale.

Questi gravi episodi ci portano a trattare la tematica dei “nati prematuri”, sopravvissuti all'aborto, che in molti Paesi europei, forse anche in Italia, vengono abbandonati ogni giorno come “scarti”, dimenticando che ogni nato vivo ha diritto al rispetto della sua vita e alle cure, qualunque siano le circostanze della sua nascita .

Alla sedicesima settimana (quattro mesi) il corpicino del futuro neonato è perfetto e il feto si muove con agilità nel mondo acquatico del sacco amniotico e alla ventesima settimana (quinto mese) perfeziona i movimenti e gli impulsi dei nervi. Ad esempio, quando il pollice si avvicina alla bocca, immediatamente le labbra lo afferrano e la lingua pratica i movimenti di suzione. Inoltre, percepisce sensazioni sensoriali e fisiche come dimostrato dal neonatologo C. Bellieni nel testo: “Sento, dunque sono”<sup>403</sup>. Quindi, l'aborto, gli procurerà un'immensa sofferenza, intuendo che colei che reputava la sua futura mamma lo sta per uccidere.

Quando il personale sanitario ha di fronte feti nati vivi, l'articolo 7 della legge 194/78 obbliga il medico a adottare ogni idonea misura per salvaguardare la vita del neonato qualora sussista la possibilità di vita autonoma.

Il parto praticato prima del termine della 37° settimana dall'ultimo ciclo mestruale è definito a “pre-termine” ed il neonato “pre-maturo”, anche se è complesso accertare la corretta età del feto. Ma, più breve è la durata della

---

<sup>403</sup> Ed. Cantagalli, Siena 2011.



gravidanza, più piccolo e più fragile sarà il neonato.

La prima possibilità di vivere autonomamente la riscontriamo alla 22° settimana nella percentuale del 10% con un alto rischio di disabilità. Le probabilità di vita aumentano al 23% nella 23° settimana, al 39% nella 24°, al 52% nella 25° e ad oltre il 75% nella 26°.

Comunque, in ogni situazione, il neonato va rianimato, possedendo lo stesso diritto alla cura di ogni persona in condizione di rischio, evitando però l'accanimento terapeutico. La decisione sulla tipologia delle cure o sulla loro sospensione, spetta al medico nel maggior interesse del neonato.

I progressi della medicina consentono oggi al feto una vita autonoma in anticipo rispetto al passato; per questo, la legge 194/78, dovrebbe essere aggiornata anticipando il termine ultimo dell'aborto terapeutico dalla 24° alla 22° settimana.

In Italia, ogni anno, 50mila bambini nascono prematuri; questa situazione comporta settimane di ansia per i genitori. Per questo concludiamo il capitolo con un messaggio di fiducia con la testimonianza di Francesca<sup>404</sup>.

---

<sup>404</sup> “Mi chiamo Francesca, sono nata alla 24° settimana di gestazione a causa di una brutta infezione al liquido amniotico, il 9 novembre 2000. Una notte, la mia mamma, cominciò a sentire le contrazioni e si recò subito al pronto soccorso ginecologico. Le fu diagnosticata una dilatazione di circa un dito e le dissero che sarebbe stato molto difficile fermare il travaglio che era già in corso. La ricoverarono e le somministrarono subito Vasosuprina, per far cessare le contrazioni. I medici dissero che avrebbe partorito a breve e vista la mia bassa età gestazionale non sarei sopravvissuta. La mia mamma strinse i denti e riuscì a resistere alle contrazioni per due giorni in modo da permettere al Celestone (un corticosteroide che permette la maturazione dei polmoni dei bimbi) di fare il suo effetto. Quando i medici e gli infermieri uscivano dalla stanza, la mia mamma aumentava fino a due/tre volte il flusso della flebo con la Vasosuprina, rischiando la tachicardia, ma riuscendo a resistere minuto dopo minuto, per due giorni. Così venni al mondo, con la mia mamma spezzata da due giorni di dolori lancinanti; ero un ragnetto di 690 grammi tutto bluastro, mi portarono via dalla sala parto di corsa, non respiravo e non piangevo. L'unica cosa che funzionava, appena appena, era il cuore. Così mi ritrovai in un'incubatrice con una cannucchia nel naso che mi permetteva di respirare, con un ago in vena che mi nutriva e una serie di sonde che monitoravano il mio stato di salute. Il giorno dopo il primario disse ai miei genitori, che, nonostante le iniezioni di surfattanti, i polmoni non reagivano, e che essendo un caso di prematurità così spinto, se avessi continuato ancora per un po' di tempo così, sarebbe stato molto difficile salvarmi. Le mie condizioni sembravano disperate, ma il giorno seguente i polmoni cominciarono a dare segni di funzionamento. Il mio peso scese fino a 550 grammi; respiravo con l'aiuto della macchina. Mi si era perforato l'intestino a causa della NEC (Enterocolite Necrotizzante), una atologia tipica dei prematuri che è causata dalla scarsa vascolarizzazione dell'intestino e mi misero un drenaggio per sfogare i gas nella pancia”. Tralasciando altri mille problemi che Francesca dovette affrontare e superare, giungo alla conclusione. “La mia degenza durò 133 giorni, di cui 50 intubati, il mio peso passò da 690 grammi alla nascita a 2.180 grammi alle dimissioni. Ho affrontato veramente di tutto, ma ce l'ho fatta”.

E infine l'augurio di Francesca, una bella ragazza con i capelli biondi che oggi ha dodici anni, sta bene ed è felice di vivere: “Mi auguro che la mia storia possa servire a qualcuno... Spero che questo possa aiutare a sperare perché la luce in fondo al tunnel è sempre accesa” ([www.ventiquattrosettimane.it](http://www.ventiquattrosettimane.it)).

## Parte Terza

# LE FASI DELLA VITA

### Cap. 8. L'UOMO UNITA' DI CORPO, PSICHE E SPIRITO

#### INDICE DEL CAPITOLO

##### *Introduzione*

#### **1.L'origine del cosmo e dell'uomo**

1.1.Tesi evolucionista

1.2.Tesi creazionista

#### **2.Concezioni riguardanti l'uomo**

2.1.Concezione monistica

2.2.Concezione dualistica

2.3.Concezione personalistica

2.3.1.La supremazia dell'uomo

2.3.2. Qualità, dignità e sacralità della vita umana

##### *Conclusioni*

## Introduzione

Nel primo capitolo della terza parte di questo Manuale ci poniamo la domanda fondamentale per ogni tipologia di professione sanitaria: **Chi è l'uomo?** Dalla risposta che ognuno fornirà deriverà il "rapporto terapeutico" che terrà con il fragile e il sofferente che incontra nello svolgimento del suo lavoro, cioè nell'esercizio di una originale professione che autorizza l'operatore sanitario all'accesso al corpo altrui per formulare sentenze di vita o di morte.

Questo interrogativo, nella storia, se lo sono posti in molti; simbolico è l'aneddoto del filosofo Diogene che con la lanterna vagava in pieno giorno nelle strade di Atene e in modo folle e spregiudicato gridava: "cerco l'uomo".

Pochi, però, nelle varie epoche hanno fornito risposte esaurienti che possiamo riassumere in queste due posizioni opposte: "l'uomo è il suo corpo", oppure, "l'uomo è la sua anima".

Di fronte alla difficoltà del quesito ripercorreremo alcune tappe che possano aiutare il lettore a rispondere personalmente all'interrogativo, affinché il "concetto di uomo", per quanto riguarda la sua unicità e dignità, non rimanga a livello teorico ma si concretizzi nel quotidiano della prassi diagnostica e terapeutica. A tutto ciò, premettiamo come premessa, alcune osservazioni sull'origine del cosmo e dell'uomo.

## 1.L'origine del cosmo e dell'uomo

Alcuni modelli cosmologici si propongono l'arduo compito di illustrare l'origine dell'universo e dell'uomo rispondendo a numerosi interrogativi: Come si è costituita la vita? Mediante la creazione diretta da parte di Dio oppure attraverso una legge iscritta nel cuore della materia? E l'uomo, quale genesi ha seguito? Due le tesi più rilevanti: quella evoluzionista e quella creazionista.

### 1.1.TESI EVOLUZIONISTA

La tesi evoluzionista che ebbe origine nel XIX secolo in un clima culturale caratterizzato dal positivismo è il caposaldo della moderna biologia. Interpreta l'universo come l'effetto e la conseguenza di un processo di sviluppo naturale.

“Padre” dell'evoluzionismo fu C. Darwin (1809-1882), autore del trattato: “L'origine delle specie”, nel quale illustrò che le specie viventi, compreso l'uomo, scaturirono l'una dall'altra; le più complesse dalle meno complesse, mediante processi di trasformazione innestati dal mutamento naturale.

Qual'è l'opinione della Chiesa cattolica?

Ci poniamo questo interrogativo per superare una convinzione alquanto diffusa: che il pensiero religioso sia inconciliabile con quello scientifico, scordando, ad esempio, che la teoria del “Big Bang” fu formulata nel 1927 dal sacerdote belga G. E. Lemaître (1894-1966) che parlò di “ipotesi dell'atomo primigenio”<sup>405</sup>. Solo venti anni dopo, lo scienziato F. Hoyle (1915-2001) diede a questa teoria scientifica il nome di “Big Bang”, col quale oggi è nota<sup>406</sup>.

A seguito di decenni di discussioni e di confronti, l'opinione attuale della Chiesa cattolica è riassunta da G. De Rosa: “Il ‘fatto’ dell'evoluzione della vita sul pianeta terra - cioè il passaggio per evoluzione, vale a dire per trasformazione degli organismi gli uni negli altri, nel corso dei tempi geologici - sembra scientificamente accertato, tanto che oggi non si qualifica più l'evoluzione dei viventi come semplice ‘ipotesi’, che deve essere confermata o convalidata, ma si parla di ‘teoria dell'evoluzione biologica’ ”<sup>407</sup>.

Rimane però carente, tra i ricercatori, la consonanza sulle spiegazioni delle cause e dei meccanismi.

La dottrina cattolica, consapevole della scorrettezza di fare asserire alla scienza o alla fede ciò che non possono affermare non rientrando nel loro orizzonte conoscitivo, ammette l'ipotesi evoluzionista, purché si attesti che l'uomo non è “un prodotto del caso” ma desiderato dal Creatore a sua immagine e somiglianza.

Così si pronunciò san Giovanni Paolo II, il 22 ottobre 1996: “Nella sua enciclica *Humani Generis* (1950), il mio predecessore Pio XII aveva già affermato non esservi opposizione tra evoluzione e dottrina della fede perché non si

---

<sup>405</sup> Cfr.: G. LEMAÎTRE, *Un Univers homogène de masse constante et de rayon croissant rendant compte de la vitesse radiale des nébuleuses extra-galactiques* in *Annales de la Société Scientifique de Bruxelles*, vol. 47, aprile 1927, pg 49.

<sup>406</sup> Cfr.: F. HOYLE 1948 *Monthly Notices of the Royal Astronomical Society* 108, 1948, pg. 372.

<sup>407</sup> G. DE ROSA, *L'origine dell'uomo. Evoluzione e creazione*, Civiltà Cattolica, 2 aprile 2005, pg.12.

perdessero di vista alcuni punti fermi. Occorre definire bene il senso della Scrittura, scartando le interpretazioni indotte che le fanno dire ciò che non è nella sua intenzione di dire. La 'Humani Generis' considera la teoria dell'evoluzione un'ipotesi seria. Dopo circa mezzo secolo, nuove conoscenze inducono a non considerarla più una mera ipotesi. E' degno di nota che questa teoria si imposta all'attenzione dei ricercatori a seguito di una serie di scoperte fatte nelle diverse discipline del sapere. La convergenza non ricercata né provocata dei risultati dei lavori condotti indipendentemente gli uni dagli altri, costituisce di per sé un argomento a favore di questa teoria"<sup>408</sup>.

Papa Francesco, il 28 ottobre 2014, parlando alla Pontificia Accademia delle Scienze fu ancora più esplicito: " Il Big-Bang, che oggi si pone all'origine del mondo, non contraddice l'intervento creatore divino ma lo esige. L'evoluzione nella natura non contrasta con la nozione di Creazione, perché l'evoluzione presuppone la creazione degli esseri che si evolvono".

Dunque, la Chiesa cattolica, malgrado i "distinguo" evidenziati, ammette l'evoluzionismo.

## **1.2.TESI CREAZIONISTA**

La tesi creazionista, approvata per secoli, e oggi supportata dall'impressione che il procedere scientifico riporti continuamente a Dio come ricordato da papa Francesco, si fonda sul concetto teologico della creazione "dal nulla" e "nel tempo", affermando con queste espressioni la totale ed esclusiva subordinazione dell'Universo dal Dio creatore, come dichiarato nel credo Niceo-Costantinopolitano: "Credo in Dio Padre onnipotente, creatore del cielo e della terra".

Dunque, l'universo e l'uomo, sono doni della libera iniziativa di Dio poichè nulla preesisteva all'atto del Creatore, neppure l'uomo, che in forza della peculiarità spirituale che lo caratterizza, non può provenire da esseri inferiori. Anche l'evoluzione cosmica e biologica si sono sviluppate seguendo un "disegno superiore".

Per questo, il Catechismo della Chiesa Cattolica, afferma: "Noi crediamo che il mondo è stato creato da Dio secondo la sua sapienza. Non è il prodotto di una qualsivoglia necessità, di un destino cieco o del caso" (295). "La creazione è destinata, indirizzata all'uomo, immagine di Dio (...). La creazione, infatti, è voluta da Dio come un dono fatto all'uomo, come un'eredità a lui destinata ed affidata" (296).

Ma la tesi creazionista ha destato ideologiche e strumentali polemiche nei fautori più radicali ed intolleranti dell'evoluzionismo, riconoscibili nella posizione del Parlamento Europeo del 4 ottobre 2007. "L'Assemblea Parlamentare è preoccupata per i possibili effetti deleteri della diffusione delle teorie creazioniste nell'ambito del nostro sistema d'istruzione e intorno alle conseguenze che potrebbero avere per le nostre democrazie. Se non stiamo attenti, il creazionismo potrebbe diventare una minaccia per i diritti umani, che per il Consiglio d'Europa

---

<sup>408</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Discorso al Seminario per il 60° anniversario della rifondazione della Pontificia Accademia delle Scienze*, 22 ottobre 1996.

costituiscono una questione chiave” (Risoluzione 1580).

Il Parlamento Europeo condizionò, inopportuno, una discussione scientifica, filosofica e teologica.

Rileviamo, infine, che alcuni fautori dell'evoluzionismo, senza rinnegare il loro pensiero, si convertirono al cristianesimo abbandonando l'ateismo.

A. Wallace (1823-1913), naturalista e bio-geografo gallese, ritenuto da Darwin il co-fondatore della teoria dell'evoluzione, approdò alla fede mediante gli studi di naturalista presso la Royal Society e scrisse alcuni testi sull'anima.

R. Flew, docente di filosofia all'Università di Reading (Gran Bretagna), che per tutta la carriera accademica sostenne come follia irrazionale ed offesa all'uomo ragionevole l'esistenza di un Essere Superiore o di un Dio creatore come rivelato dalla Bibbia, modificò inaspettatamente la sua opinione. Dalla Nota dell' "Associated Press" del 9 dicembre 2004, apprendiamo: "In un simposio sponsorizzato dall'Università di New York, il professor R. Flew ha dichiarato che gli sviluppi della scienza moderna lo hanno condotto a convincersi dell'intervento di una Mente Intelligente nella creazione del mondo".

A. Gray (1810-1888), il maggiore darwinista americano, medico e botanico; C. Lyell (1797-1875) geologo scozzese, amico personale di Darwin e F. W. Herschel (1738-1822), astronomo e fisico britannico, furono credenti, rifiutando le interpretazioni ideologiche dell'evoluzionismo.

Dunque, la Chiesa cattolica, riconosce la teoria evoluzionista; la rifiuta tuttavia nell'interpretazione che mostra la creazione dell'uomo unicamente come "frutto di un processo casuale", perché "noi non siamo il prodotto casuale e senza senso dell'evoluzionismo. Ciascuno di noi è frutto di un pensiero di Dio"<sup>3</sup>. All'uomo, ricordava papa Francesco, "Dio dà un'altra autonomia, un'autonomia diversa da quella della natura, che è la libertà. E dice all'uomo di dare il nome a tutte le cose e di andare avanti nel corso della storia. Lo rende responsabile della creazione, anche perché domini il Creato, perché lo sviluppi e così fino alla fine dei tempi"<sup>409</sup>.

Concludendo: "Nell'apparizione dell'uomo, il processo evolutivo si è incontrato, per così dire, con l'atto divino creativo dell'anima umana. Come ciò sia avvenuto è impossibile dirlo, trattandosi di un atto propriamente divino e trascendente che va, quindi, al di là di quanto la scienza e la ragione possono percepire. Mostra tuttavia un fatto molto importante: che tra evoluzione e creazione non c'è né contrasto né opposizione"<sup>410</sup>.

## 2. Concezioni riguardanti l'uomo

Tre sono le concezioni riguardanti l'uomo che esamineremo: monistica, dualistica, personalistica.

### 2.1. CONCEZIONE MONISTICA (o unidimensionale)

Trae origine dall'epicureismo (IV secolo a. C.) che riteneva "la materia" l'

---

<sup>409</sup> PAPA FRANCESCO, *Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze*, 28 ottobre 2014.

<sup>410</sup> *L'origine dell'uomo. Evoluzione e creazione*, op. cit.

unico elemento fondante l' uomo e la sua realizzazione.

Ecco la spiegazione:

"A: La realtà è perfettamente penetrabile e conoscibile dalla intelligenza dell'uomo. B: Nelle dimensioni del reale c'è spazio per la felicità dell'uomo.

C: La felicità è mancanza di dolore e di turbamento.

D: Per raggiungere questa pace e questa felicità, l'uomo ha bisogno solo di se stesso; l'uomo è perfettamente 'autarchico' ”<sup>411</sup>.

L'idea, presentata più volte nella storia, ebbe ampia risonanza anche nei secoli scorsi; prima con C. Marx, in seguito con il neo-marxismo di J. P. Sartre e di H. Marcuse.

Marx, non solo rinnegò ogni riferimento trascendente della persona, ma persuaso che per “valorizzare” l' uomo fosse indispensabile “ripudiare Dio”, propose concezioni filosofiche che indirizzassero l' individuo esclusivamente alle categorie dell'azione e del lavoro. Di conseguenza, per Marx, la religione era “il sospiro della creatura oppressa, il cuore di un mondo spietato..., l'oppio del popolo”<sup>412</sup>, il prodotto di un'umanità alienata e sofferente che cercava illusoriamente nell'aldilà ciò che le era negato nell'aldiquà. Quindi, era fondamentale eliminarla, distruggendo le strutture sociali che la producevano e la sostenevano.

Questo mostra che Marx intese l'uomo costituito unicamente dalla dimensione materiale, gestore autonomo dell'esistenza, ed esaltò il corpo come il luogo privilegiato per la sua realizzazione, in grado di esaurire la totalità dell'uomo e delle sue esperienze.

Il suo pensiero fu riassunto da A. Gramsci: “L'uomo può dominare il proprio destino, può farsi, può crearsi una vita. Diciamo dunque che l'uomo è un processo e precisamente il processo dei suoi atti”<sup>413</sup>.

Questo fu anche il modello di riferimento dei regimi marxisti e leninisti del XX secolo che subirono una catastrofica disfatta negli anni '90 con la conclusione delle dittature comuniste nei Paesi dell' Est europeo.

Anche il processo di secolarizzazione galoppante in vari Paesi, fondato su processi culturali che più volte papa Benedetto XVI ha denominato “dittatura del relativismo” ricopia in modo accentuato la concezione monistica.

## **2.2.CONCEZIONE DUALISTICA (o bidimensionale)**

Il dualismo è una concezione filosofica o teologica che vede la presenza di due essenze o principi opposti ed inconciliabili; esaminiamo alcuni passaggi del suo sviluppo.

Collegandosi all'interpretazione orfico-pitagorica Platone (427-347 a.C.) sviluppò una teoria che considerava l' anima e il corpo due sostanze eterogenee, unite accidentalmente. Convinto che l'anima fosse l'autentica realtà dell' uomo, il centro della vita intellettuale ed etica della persona, giudicò il corpo “un carcere” ed un ostacolo al pensiero e alla virtù. L'anima, infatti, decaduta dalla sua condizione

---

<sup>411</sup> M.REALE – D. ANTIGERI, *Il pensiero occidentale dalla origini a oggi*, Vol. 1, La Scuola, Brescia 1983, pg. 176.

<sup>412</sup> K. MARX, *Introduzione alla critica della filosofia hegeliana del diritto pubblico*, 1844.

<sup>413</sup> AA. VV, *Il pensiero di Gramsci*, Editori Riuniti, Roma 1972, pg. 73.

iniziale di perfezione è prigioniera in un'entità corruttibile e mortale<sup>414</sup>, anche se continua ad esistere anche dopo la morte del corpo.

Con Aristotele, (384-322 a.C.) la concezione dualistica si indebolì ma non scomparve, influenzato dall'orientamento cosmocentrico dominante nel mondo greco.

Per questo filosofo, le due entità (anima e corpo), non sono separate ma costituiscono "elementi separabili" di un'unica sostanza. L'anima è la vita che possiede in potenza un corpo che, però, non è un semplice strumento dell'anima avendo "in se stesso il principio del movimento e della quiete"<sup>415</sup>; cioè quelle capacità che permettono all'organismo di vivere.

Pure lo gnosticismo<sup>416</sup> disprezzando, in contrasto con il cristianesimo, la corporeità e la risurrezione dei corpi, seguì il filone dualistico che rimase rilevante fino alla Scolastica<sup>417</sup>.

Anche nella Chiesa dei primi secoli, talvolta prevalse un'antropologia che privilegiò l'anima a scapito del corpo; per questo, si riscontrava in alcuni una fuga dalla società e il disprezzo delle realtà materiali e temporali. Pure nell'impegno ascetico e mistico, in taluni casi, si giudicava il corpo un ostacolo al perfezionamento dell'anima.

Tralasciando vari passaggi storici e filosofici intermedi, giungiamo a san Tommaso d' Aquino (1221-1274) che definì il corpo fondamentale per una compiutezza non altrimenti raggiungibile. Dimostrò, in altre parole, l'unità radicale e sostanziale tra anima e corpo: "L'anima comunica alla materia corporale l'atto di essere per cui essa stessa sussiste; da tale materia corporale e dall'anima intellettiva risulta un unico soggetto, dato che l'essere del composto è il medesimo essere dell'anima"<sup>418</sup>. Ma l'Aquinate parla pure dell'autonoma sussistenza dell'anima stessa: "tutta la natura corporea è sottoposta all'anima e compie rispetto a essa una funzione in quanto non si esercita per mezzo di un organo corporeo: questa è l'attività dell'anima razionale"<sup>419</sup>.

Il dualismo della filosofia cartesiana nell'epoca del trionfo del razionalismo<sup>420</sup> e dell'idealismo<sup>421</sup>, ripropose corpo e anima come "due sostanze" con valore ed essenza differenti.

Ad esempio, per Cartesio, la persona umana è un insieme di anima e di corpo, entità separate di natura indipendente. L'anima immateriale è la persona vera e propria che comunica con il corpo mediante la ghiandola pineale (epifisi), una struttura rudimentale posta alla base del cervello umano<sup>422</sup>.

Riferendosi a questa concezione ma anche a quella positivista, allo

---

<sup>414</sup> Cfr. PLATONE, *Fedone*, 66b.

<sup>415</sup> Cfr.: ARISTOTELE, *L'anima*, II, 1, 412b, 16

<sup>416</sup> Concezione religiosa-filosofica cui si riferivano alcune sette eretiche nei primi tempi del cristianesimo.

<sup>417</sup> Filosofia cristiana medioevale che tentò di conciliare la fede cristiana con un sistema di pensiero razionale, specialmente quello della filosofia greca.

<sup>418</sup> TOMMASO D' AQUINO, *Summa theologiae*, I, q. 76, a. 1.

<sup>419</sup> *Summa theologiae*, op. cit., I, q. 84, a. 2.

<sup>420</sup> Corrente filosofica che vede nella ragione umana la fonte di ogni conoscenza.

<sup>421</sup> Visione del mondo che riconduce totalmente l'essere al pensiero, negando esistenza autonoma alla realtà fenomenica, ritenuta il riflesso di un'attività interna al soggetto.

<sup>422</sup> Cfr.: R. DESCARTES, *Les passions de l'ame*, in C. ADAM – P. TANNERY (a cura di), *Oeuvres de Descartes*, Parigi 1974, pp. 351-353.

scientismo e al pragmatismo, la persona nel corso degli ultimi secoli, venne sempre più accostata mediante criteri oggettivizzanti, mostrando la primaria importanza al corpo.

Questa visione è spesso assunta dalla medicina moderna che considera la natura biologica accidentale, facendo propria la concezione organicistica-funzionale che cura, il più delle volte, unicamente un organo, cioè una patologia, trascurando le altre sfere della persona. Di conseguenza, è sempre più arduo, fornire significative risposte ai bisogni e alle attese del sofferente.

### **2.3. CONCEZIONE PERSONALISTICA (o tridimensionale)**

È il criterio che proponiamo nell'accostare e curare il sofferente.

Questa concezione è riassunta nel salmo VIII che così descrive l'uomo rivolgendosi a Dio: "*Hai fatto (l'uomo) poco meno degli angeli, di gloria e di onore lo hai coronato: gli hai dato potere sulle opere delle tue mani; tutto hai posto sotto i suoi piedi, tutti i greggi e gli armenti, tutte le bestie della campagna, gli uccelli del cielo e i pesci che percorrono le vie del mare*" (vv. 8,4-9).

E al termine il salmista proclama: "*O Signore, nostro Dio, quanto è grande il tuo nome su tutta la terra: sopra i cieli si innalza la tua magnificenza*" (vv. 10).

Nel salmo osserviamo che l'uomo è il centro della creazione, "partner di Dio" nel governo della terra, finalizzata unicamente a lui.

Di conseguenza, possiamo affermare con certezza, che la realizzazione e la felicità dell'uomo erano gli obiettivi primordiali di Dio, e questi consistevano nella comunione totale con il Creatore.

Questo "criterio base" della visione cristiana dell'uomo è ben evidenziato da sant'Ireneo: "*Gloria Dei vivens homo*" (l'uomo vivente è la gloria di Dio) e riassunto dalla Costituzione Pastorale "Gaudium et spes" del Concilio Vaticano II: "anima et corpore unus"<sup>423</sup>.

E' il concetto fondamentale dell'immutabile antropologia cristiana!

La giustificazione la riscontriamo nei primi capitoli del Libro della Genesi dove notiamo che Dio riserva all'uomo attenzioni e privilegi particolari.

La Bibbia descrive l'uomo primariamente con alcuni vocaboli: *corpo*, *psiche* e *spirito* da intendersi non come elementi autonomi, ma parti di un'unitotalità concreta e indivisibile.

Ne consegue che il corpo e la psiche non sono estranei all'aspetto spirituale, essendo l'antropologia biblica profondamente unitaria. Da notare che "nell'Antico Testamento non si riscontra, come oggi, una netta distinzione tra anima, spirito e psiche ma sovente l'anima e lo spirito sono intesi come 'totalità psico-fisica' che a volte significa l'intera realtà fisica dell'uomo, a volte una specie di principio psichico, a volte 'se stesso' o la coscienza. L'Antico Testamento non distingue questi vari concetti"<sup>424</sup>.

Per comprendere "la grandezza" dell'uomo esamineremo "la sua origine" con alcuni "quadretti" presenti nei primi capitoli del Libro della Genesi.

Il primo riguarda la narrazione della creazione dell'uomo: "Allora, il Signore Dio, plasmò l'uomo con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita e

---

<sup>423</sup> *Gaudium et spes*, op. cit., n. 14.

<sup>424</sup> B. MAGGIONI, *Termine "uomo"*, in *Dizionario Biblico*, Assisi 1981, pg. 1017.



l'uomo divenne un essere vivente"<sup>425</sup>.

L'uomo, plasmato dal fango, non è in continuità con un dinamismo biologico inferiore ma acquisisce dal soffio divino l'anima, la superiorità sulle altre creature e la capacità d'introspezione mediante il dono della libertà.

Di seguito leggiamo: "Allora il Signore Dio plasmò dal suolo ogni sorta di bestie selvatiche e tutti gli uccelli del cielo e li condusse all'uomo per vedere come li avrebbe chiamati: in qualunque modo l'uomo avesse chiamato ognuno degli esseri viventi, quello doveva essere il suo nome"<sup>426</sup>.

Nella descrizione dell'uomo che entra in contatto col cosmo ed è delegato ad attribuire il nome alle varie creature, è richiamata l'avventura della scienza, della tecnica e del lavoro. Ma, è opportuno puntualizzare: "Poiché immagine di Dio, e quindi collaboratore di Dio, l'uomo non è l'arbitro insindacabile o il padrone assoluto del creato: è unicamente 'l'economista di Dio' "<sup>427</sup>.

Ma l'uomo è solo e infelice per questo entra in scena la donna"<sup>428</sup>; creatura con pari dignità dell'uomo.

Tra Adamo ed Eva si stabilisce immediatamente una "omogeneità totale" che raggiunge il vertice nell'atto che li trasforma in "una carne sola"<sup>429</sup> pur mantenendo ognuno la propria singolarità e originalità.

La donna simboleggia anche il prossimo e la società e l'annullamento della solitudine, essendo l'uomo "costituito per la relazione"; quindi, da quel momento, amore, gioia e dolore si trasfonderanno nell'altro e viceversa.

Nel passaggio tra il capitolo 2° e il 3° del Libro della Genesi notiamo un altro elemento che esalta "l'unicità dell'uomo": "*la libertà*" che sarà da Dio sempre rispettata. Mediante l'uso della libertà, positivamente o negativamente, l'uomo sarà responsabile del suo futuro.

Purtroppo, la comunione personale con il Creatore, fu offuscata dal "peccato originale" quando l'uomo si lasciò plagiare dall'invito tentatore: "Sarete come Dio"<sup>430</sup>; vale a dire: "Sarete indipendenti da Dio; potrete decidere voi cos'è bene e cos'è male; diventerete gli arbitri della morale".

In quel momento l'essere umano si sottrasse all'Amore, ricercando unicamente in sé la propria identità"<sup>431</sup>.

Emarginato Dio, l'esistenza dell'uomo si trasformò in una tragedia, abbassando il livello della sua dignità ed incrinando "i rapporti".

*-I rapporti con la donna.*

La relazione d'amore fu compromessa, ridotta, a volte, a pulsioni violente: "Verso tuo marito sarà il tuo istinto, ma egli ti dominerà"<sup>432</sup>. Pure il parto comporterà dolore: "Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai figli"<sup>433</sup>.

---

<sup>425</sup> LIBRO DELLA GENESI, 2,7.

<sup>426</sup> LIBRO DELLA GENESI, 2,19.

<sup>427</sup> D. TETTAMANZI, *L'uomo immagine di Dio. Linee fondamentali di morale cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 1992, pg. 45.

<sup>428</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 2,18-24.

<sup>429</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 2,24.

<sup>430</sup> Cfr.; LIBRO DELLA GENESI,3,4-5.

<sup>431</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, CAP. 3.

<sup>432</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 3,16a

<sup>433</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 3,16b.

La gravidanza, fonte di vita e di gioia, si trasformò in percorso di sofferenza.

*-I rapporti con il cosmo.*

S'instaurò la conflittualità con la terra che si presentò avara di prodotti e il lavoro si mostrò duro e alienante: "Maledetto sia il suolo per causa tua! Con dolore ne trarrai il cibo per tutti i giorni della tua vita"<sup>434</sup> e "con il sudore del tuo volto mangerai il pane"<sup>435</sup>.

*-I rapporti con Dio.*

L'uomo fu cacciato dal giardino dell'Edem essendosi ormai infranta la comunione con il creatore<sup>436</sup>.

Immediatamente la violenza dilagò; un esempio è il primo omicidio della storia, quello perpetrato da Caino nei confronti di Abele, simbolo del sangue che attraverserà nei secoli l'umanità<sup>437</sup>.

Per l'uomo iniziò il tempo delle limitatezze; il corpo si mutò in un peso, sopraffatto dalle sofferenze e dalle concupiscenze, e dovrà affrontare la tragica esperienza della morte.

Non essendo questo un trattato di teologia o di spiritualità, concludiamo ricordando che il Creatore promise all'uomo di non abbandonarlo; il suo amore e la sua fedeltà si manifesteranno nel corso della storia del popolo d'Israele e soprattutto con la nascita di Gesù Cristo, il Figlio di Dio.

Mentre l'umanità viveva la tragedia della disperazione, il Messia proclamò l'attuazione della salvezza; infatti, con la morte in croce di Gesù, ma soprattutto con la sua risurrezione, fu data all'uomo una speranza eterna che non sarà mai delusa.

Dunque, la Sacra Scrittura, mostra che l'uomo, nonostante la sua fragilità, è al vertice della creazione, superiore a tutte le creature terrestri ed inferiore unicamente agli spiriti celesti, perché:

-con l' "intelligenza" può scrutare, dominare e trasformare l' universo;

-con la "libera volontà" può assoggettare a sé le creature;

-mediante i "sensi" può gustare la bellezza e l' armonia delle cose;

-per mezzo delle "mani" può trasformare la realtà fisica in ciò che pensa e desidera.

Ma l'uomo, è pure mediocre, per le conseguenze del peccato originale.

La centralità dell'uomo come valore assoluto, e di conseguenza, l'approccio integrale alla persona, sta alla base della corrente di pensiero denominata "personalismo ontologico". Esponenti di rilievo furono E. Mounier, J. Maritain e A. Rosmini.

Mounier affermava: "Il personalismo è uno sforzo integrale per comprendere e per superare la crisi dell'uomo nella sua totalità"<sup>438</sup>. "Uomo", inteso come "una tensione fra le sue tre dimensioni: quella che sale dal basso e l'incarna in un corpo; quella che è diretta verso l'alto e la solleva ad un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso una comunione. Vocazione, incarnazione,

---

<sup>434</sup> LIBRO DELLA GENESI, 3,17.

<sup>435</sup> LIBRO DELLA GENESI, 3,18.

<sup>436</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 3,20.

<sup>437</sup> Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 3,23.

<sup>438</sup> E. MOUNIER, *Il Rinascimento*, Esprit 1 (1932) 12.

comunione sono le tre dimensioni della persona”<sup>439</sup>.

Per il modello personalista ontologico “la dignità” è il fattore costitutivo della persona, quindi un valore da rispettare pienamente in tutta l’esistenza: dal concepimento alla morte naturale.

La “dignità”, è inoltre, un valore universale ed il legame che unisce tutti gli esseri umani. Tommaso d’Aquino sosteneva che la persona umana rappresenta “l’essere più perfetto della natura”<sup>440</sup>; perciò, ledendola, si infligge una grave ferita alla società nelle sue radici e nel suo vertice.

La società ha origine dall’uomo ed è al suo servizio; di conseguenza, la difesa del valore primario e inalienabile dell’individuo è il presupposto di ogni autentico progresso.

Per concretizzare l’ argomento proponiamo alcune riflessioni.

### 2.3.1.LA SUPREMAZIA DELL’UOMO

Il canone della “supremazia dell’uomo”, oggi, in diverse situazioni, appare capovolto. Molti, ad esempio, s’impegnano meritoriamente nella difesa degli animali ma rimangono indifferenti nei riguardi dei feti che a causa dell’aborto non nasceranno, dimenticando che ogni creatura terrestre è finalizzata unicamente al benessere della persona che non può essere trasformata, da nessuno, in strumento.

Gli abusi perpetrati da taluni regimi, quali il nazismo, il fascismo, il comunismo marxista-leninista hanno manipolato ed umiliato l’ uomo e, talora, strutturato la comunità prevalentemente sull’ “utopia della burocrazia”.

E “la burocrazia”, è un gravoso problema anche della nostra società, quando ci si scorda che la finalità primaria delle Istituzioni pubbliche e private è il “benessere del cittadino” e, di conseguenza, il rispetto dei suoi “diritti fondamentali” anche tramite il superamento di alcune rigidità spesso disumane.

La burocrazia, della quale siamo ostaggi, potrebbe anche uccidere!<sup>441</sup>.

Quella di Angela è una storia terminata positivamente nonostante i vari ostacoli posti da una burocrazia ottusa, perversa e inefficiente ma, molti sofferenti, sono quotidianamente schiavi di questo “squallido malcostume”.

Oggi, alcuni malati e disabili, devono implorare di “essere liberi di vivere”!

Tutti, in teoria, siamo d’accordo riguardo ai loro diritti; ma chi li cura, li assiste o li sostiene affettivamente ed economicamente...? Nonostante le tutele

---

<sup>439</sup> E. MOUNIER, *Le personalisme*, Presses Universitaires de France, Paris 1950.

<sup>440</sup> *Summa Theologiae*, op. cit., I, q.29, a, 3g.

<sup>441</sup> E’ la storia di Angela, 26 anni di Casal Velino, al quinto mese di gravidanza, soffriva dolorosi mal di testa; la diagnosi è drammatica: tumore al cervello. Deve essere operata d’urgenza, oppure sottoporsi a trattamenti di chemioterapia e, di conseguenza, interrompere la gravidanza. Immediatamente la giovane donna afferma: “No, non se ne parla. Preferisco morire”. Scrisse pure a Papa Francesco: “Non si può chiedere a una madre di salvarsi ammazzando sua figlia”. Angela, non si arrende al destino, e dopo alcune ricerche scopre l’esistenza di un robot, il “cyberknife” che esegue interventi di radiocirurgia alla clinica “Mater Dei” di Bari. Questa nuova metodologia, già utilizzata in varie nazioni, non causerebbe danni al feto. Il “cyberknife” è guidato da un computer in grado di orientare alte dosi di radiazioni in modo mirato. Ma, per inspiegabili motivazioni burocratiche, il macchinario già collaudato non può essere utilizzato. Da vari giornali apprendiamo che in molti si danno da fare affinché “cyberknife” possa essere adoperato per operare Angela, ma la burocrazia s’impantana nelle secche dell’indolenza. Angela, quindi decide di farsi operare ad Atene, dove l’intervento è perfettamente riuscito e la piccola Francesca Pia potrà nascere nei tempi stabiliti da una mamma davvero coraggiosa.

Costituzionali e le molteplici normative, centinaia di fragili non sono adeguatamente supportati adeguatamente dallo Stato e dalla società civile, oltre che, come ricordato precedentemente, ostaggi della burocrazia e dell'enorme iter burocratico per ottenere interventi essenziali e vitali.

Superare la burocrazia, fornirgli un "volto umano", è un dovere morale!

Il punto di partenza è la sconfitta della tendenza ad esprimersi in "termini generali": umanità, classi, ceti, categorie, pazienti, utenti..., per "riconoscere la persona" che, con un nome ed un volto, sta di fronte in quel momento, con il suo problema.

L'esempio eccellente è offerto da Dio, che come ricorda un autore, è Colui che "sa contare solo fino ad uno".

Nell'Antico Testamento si parla maggiormente di "uomo" che di "umanità", e Dio "chiama per nome" coloro cui affida una missione.

Anche per Gesù Cristo era assente "la classe" dei bisognosi o quella dei malati o dei fragili...; per Lui, in quel momento, era presente "unicamente" quel lebbroso, quel cieco, quel paralitico, quella donna vedova che seppelliva il figlio o quella samaritana incontrata al pozzo di Sichem.

Questi esempi divini ci mostrano come concretizzare la pedagogia dell'incontro "da persona a persona" e ci invitano a rinnegare la convinzione, a volte trasformata in idolatria, che unicamente sofisticate riforme possano rispondere più efficientemente ed efficacemente alle esigenze dei sofferenti.

Questa visione è di preoccupante attualità nel contesto socio-sanitario dove le riforme, il più delle volte, accrescono l'aspetto burocratico: quello da "persona a struttura", svantaggiando il rapporto "da soggetto a soggetto".

### 2.3.2. QUALITÀ, DIGNITÀ E SACRALITÀ DELLA VITA UMANA

La bioetica cattolica ha come fondamento assoluto, universale ed irrinunciabile la dignità e la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale.

Questa persuasione si fonda sulla creaturelità dell'uomo: "ogni persona è stata voluta da Dio per se stessa ad immagine e somiglianza del Dio vivente e santo"<sup>442</sup>.

Un'essenza, questa, che offre all'uomo la più alta dignità rispetto alle creature terrene, e rende la vita di ogni persona non disponibile a nessuna situazione o atto che può nuocerla o sopprimerla.

Per la grandezza che l'uomo possiede agli occhi di Dio, ogni vita, anche quella con grave handicap fisico o ritardo mentale, o vissuta in stato vegetativo permanente, è sempre un valore immenso e, come tale, "un bene" sul quale, solo il Creatore, può deciderne la conclusione.

Concetto chiaramente ribadito dalla "Congregazione della Dottrina della Fede" affermando: "Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente"<sup>443</sup>, e da san Giovanni Paolo: "di questa vita (...) Dio

---

<sup>442</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA n. 2319.

<sup>443</sup> *Donum vitae*, Introduzione, op. cit., n. 4.

è l'unico signore: l'uomo non può disporne"<sup>444</sup>.

Di fronte a situazioni di sofferenza e di fragilità particolarmente gravi, molti si chiedono: dobbiamo salvaguardare la "qualità" o la "dignità" del sofferente? E' un interrogativo fondamentale abitando una società che tende principalmente alla "qualità" a scapito della "dignità", dove molti agiscono pavlovianamente indotti dai mass media.

La nostra risposta è: "dobbiamo proteggere entrambi"; qualità, dignità, ed aggiungiamo "sacralità" che si intersecano, essendo l'uomo unitario.

La dicitura "qualità della vita" è d'uso comune coinvolgendo la sfera societaria e personale ed estendendosi dalla salute al desiderio di autodeterminazione.

La "qualità della vita" percepita unicamente in termini di beni, d'efficienza e di piacere..., come più volte affermato, diverge notevolmente dalla nozione cristiana di "dignità e sacralità della vita", poichè chi non consegue a causa della fragilità, un livello minimale o affronta situazioni di completa compromissione, senza opportunità di recupero, smarrirebbe il significato dell'esistenza. Di conseguenza, come reputare gli handicappati gravi o mentali, gli affetti da alzheimer, i malati terminali o in stato vegetativo persistente?

Decantare la qualità della vita equivale, come ribadito precedentemente, a valorizzare unicamente la porzione di esistenza riferibile alla materialità, tralasciando le dimensioni percepibili dai sensi (relazioni affettive, amore, amicizia, mutualità, solidarietà...) e l'aspetto spirituale.

E' irrinunciabile identificare "parametri alternativi" per dimostrare che ogni vita, anche se immersa nella sofferenza, può ottenere una rilevante ed accettabile qualità. Questa coincide con l'adattamento alle limitazioni esistenziali, con l'accoglienza positiva delle trasformazioni che una patologia comporta, con il significato attribuito a quel determinato periodo dell'esistenza. E' opportuno, quindi, riappropriarsi della "cultura della malattia" per procurare senso al soffrire e valore di esperienza pienamente umana al morire.

Quella proposta, è la semplice teoria di un sano, o corrisponde all'esperienza di alcuni sofferenti?

E' la testimonianza di san Giovanni Paolo II che ha trascorso lunghi periodi di dolore fisico e ha denominato i sofferenti "tesori" per la Chiesa e per l'umanità.

E' la voce di molti malati che incontro da cappellano ospedaliero.

E' l'esperienza del cardinale A. Comastri, già arcivescovo di Loreto, che ci offre una testimonianza più significativa che mille ragionamenti<sup>445</sup>. L'orgoglio di

---

<sup>444</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 39.

<sup>445</sup> "Una sera al termine della preghiera nella basilica di Loreto, piena di malati, mi avvicino ad una culletta sostenuta dalle braccia robuste di un barelliere, ma dentro non vedo un bambino bensì una donna adulta: un piccolissimo corpo (58 centimetri) con un volto splendidamente sorridente. Tendo la mano per salutare, ma l'ammalata con gentilezza mi risponde: 'Padre non posso darle la mano, perché potrebbe frantumarmi le dita: io soffro di osteogenesi imperfetta e le mie ossa sono fragilissime. Voglia scusarmi'. Ovviamente non c'era nulla da scusare, ma rimasi affascinato dalla serenità e dalla dolcezza dell' ammalata e volevo sapere qualcosa in più della sua vita.

Mi prevenne e mi disse: 'Padre, sotto il cuscino della mia culletta c'è un piccolo diario è la mia storia. Se ha tempo, può leggerla'.

Presi i fogli lessi il titolo: 'Felice di vivere'. Io la riguardai e domandai: 'Perché sei felice di vivere? Puoi anticiparmi qualcosa di quello che hai scritto?'. L'ammalata mi disse: 'Padre, lei vede le mie condizioni, ma

affermare: "Padre non è bella la mia vocazione?", racchiude l'esperienza di una donna che aveva conseguito una degna qualità di vita, convivendo con le proprie limitazioni.

## Conclusione

Chi è l'uomo? Ci siamo chiesti all'inizio del capitolo.

Scrivendo il filosofo Pascal: "L'uomo non è che una canna, l'essere più debole della natura, ma una canna pesante. Non è necessario che l'intero universo si armi per schiacciarlo: un po' di fumo, una goccia d'acqua basta per ucciderlo. Ma, quando pure l'universo lo schiacciasse, l'uomo sarebbe ancora più nobile di chi lo uccide, perché egli sa di morire e conosce il vantaggio che l'universo ha su di lui; l'universo invece non sa nulla"<sup>446</sup>.

E' un pensiero fondamentale per la professione sanitaria e per la nostra quotidianità, quando dal mattino alla sera accostiamo gli altri, essendo ognuno "custode" della dignità, del rispetto e della felicità di tutti.

All'inizio della storia, Dio, nel libro della Genesi, all'uomo non solo proibì di versare il sangue di un altro uomo rischiando una punizione esemplare, ma pose a Caino una domanda impegnativa: "Dov'è Abele tuo fratello?". Ciò significa che ogni vita umana è affidata alla premura, alla cura e alla sollecitudine dell'altro. E Caino rispose: "Sono forse io il custode di mio fratello?".

"Sì", ogni uomo è guardiano di suo fratello, soprattutto chi svolge una professione sanitaria.

Custode "del fratello", quindi di tutti gli uomini, perché mentre gli amici ce li scegliamo i fratelli ce li troviamo.

Ne vale sempre la pena?

Per l'uomo a volte no, per Dio presente nell'uomo, sempre e comunque, qualunque siano i costi e i sacrifici. Onorare e rispettare l'uomo equivale a venerare il Creatore che ha impresso in ogni persona la propria immagine.

---

la cosa più triste è la mia storia! Potrei intitolarla così: abbandono! Eppure sono felice, perché ho capito qual è la mia vocazione. Sì, la mia vocazione! Io, per un disegno d'amore del Signore, esisto per gridare a chi ha il dono della salute: 'Non avete diritto di tenerla per voi, la dovete donare a chi non ce l'ha, altrimenti la salute marcirà nell'egoismo e non vi darà la felicità'. Io esisto per gridare a coloro che si annoiano: 'Le ore in cui voi vi annoiate mancano a qualcuno che ha bisogno di affetto, di cure, di premure, di compagnia; se non regalerete quelle ore, esse marciranno e non vi daranno felicità'. Io esisto per gridare a coloro che vivono di notte e corrono da una discoteca all'altra: 'Quelle notti, sappiatelo, mancano drammaticamente, mancano a tanti ammalati, a tanti anziani, a tante persone sole che aspettano una mano che asciughi una lacrima: quelle lacrime mancano anche a voi, perché esse sono il seme della gioia vera! Se non cambierete vita, non sarete mai felici!'

Io guardavo questa ammalata e non osavo commentare e fu lei che aggiunse: 'Padre, non bella la mia vocazione?' " (Dalla relazione: "Il malato e il giorno del Signore", tenuta a Chianciano Terme il 22 giugno 2004).

<sup>446</sup> *Pensieri* 287.

## CAP.9 - LA TEORIA DEL GENDER

### INDICE DEL CAPITOLO

Una premessa

**1. Cos'è a teoria del gender**

**2. I ripetuti tentativi per instaurare la teoria del gender nella società italiana**

Exkursus 1: Il massimo rispetto per la persona omosessuale

Exkursus 2: Omofobia: una rischiosa legge che limita la libertà d'espressione

### Una premessa

Introduciamo l'argomento ricordando un episodio avvenuto presso le Nazioni Unite nel novembre del 2008 quando l'Osservatore Permanente della Santa Sede presso l'ONU, monsignor Celestino Migliore, bocciò il Progetto che la Francia presentò a nome dell'Unione Europea, per la depenalizzazione universale dell'omosessualità. La depenalizzazione dell'omosessualità era un'ottima proposta, ma purtroppo, anche le idee migliori, a volte, sono ideologizzate trasformandosi in negative.

Per comprendere la posizione della Santa Sede, dobbiamo evidenziare il "secondo atto" previsto dal governo francese. Unificare, in un testo unico, la depenalizzazione dell'omosessualità e la mozione per fissare a livello internazionale alcuni capisaldi "sull'orientamento sessuale e sulla identità di genere", da inserire nei Diritti umani. Monsignor Migliore, intervistato dall'agenzia di stampa francese "I Media" affermò: "Tutto ciò che va in favore del rispetto e della tutela delle persone fa parte del nostro patrimonio umano e spirituale (...). Il Catechismo della Chiesa Cattolica, dice, e non da oggi, che nei confronti delle persone omosessuali si deve evitare ogni marchio di ingiusta discriminazione. Ma qui, la questione è un'altra".

Si tentò, nuovamente, la strategia di introdurre in Convenzioni ONU, o in Direttive dell'Unione Europea, o in sentenze di Corti di Giustizia sopranazionali, formule che concatenassero le scelte sessuali ai Diritti umani, vincolando i singoli Stati a legiferare sull'argomento. In questo caso per abrogare la naturale distinzione del sesso "maschile" e "femminile", sostituendolo con gli orientamenti sessuali, cioè "i generi".

Questa, non fu la prima volta che alcuni organismi internazionali, "azzardavano il colpo", allontanandosi dagli articoli 3 e 16 & 1 della "Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo" che riconosce come "famiglia" naturale quella fondata sul matrimonio tra un uomo e una donna<sup>447</sup>.

Evidenziamo alcuni episodi che miravano a modificare questo principio.

---

<sup>447</sup> Articolo 16: "1. Uomini e donne in età adatta hanno il diritto di sposarsi e di fondare una famiglia, senza alcuna limitazione di razza, cittadinanza o religione. Essi hanno eguali diritti riguardo al matrimonio, durante il matrimonio e all'atto del suo scioglimento".

-Nella “III° Conferenza internazionale dell’ ONU sulla donna” tenutasi al Cairo (1994), si discusse di libertà sessuale e dei diritti sessuali e riproduttivi, ritenendoli fondamentali per la donna, e si identificò nella contraccezione e nella sterilizzazione, metodologie idonee per il controllo demografico.

-Il 24 marzo 1994, il Parlamento Europeo, varò una “Risoluzione” riguardante “la parità di diritti per le persone omosessuali”.

-Alla IV° “Conferenza internazionale dell’ Onu sulla donna” tenutasi a Pechino (1995) fu dichiarato che “il genere si riferisce ai rapporti tra donne e uomini basati su ruoli definiti socialmente che vengono assegnati all’uno o all’altro sesso”, quindi modificabili mentre “il sesso” riguarda unicamente la differenza biologica tra maschile e femminile. Si propose, quindi, una “ri-biologazione” delle differenze sessuali riconoscendo cinque generi: maschile, femminile, maschile omosessuale, femminile omosessuale e transessuale.

-Nel “Trattato di Amsterdam” (1997) e nella “Carta Fondamentale dei Diritti Umani dell’Unione Europea” (Carta di Nizza) (2000) scomparve il vocabolo “sesso” sostituito da “orientamenti sessuali”. E all’articolo 9 della “Carta di Nizza” si riconobbe il diritto al matrimonio senza però specificare chi siano i “due soggetti del matrimonio”, lasciando così la possibilità anche alle persone omosessuali la possibilità di contrarre matrimonio, mentre l’articolo 21 vietò la discriminazione in base agli orientamenti sessuali.

-Il 12 marzo 2006, fu votata dal Parlamento Europeo e dal Consiglio d’Europa, una Direttiva sull’ “eliminazione degli stereotipi di genere”, in particolare contro la discriminazioni delle persone che cambiano sesso.

Direttiva già in vigore in alcuni Paesi; in Italia con la legge n. 164/1982 (“Norme in materia di rettificazione di attribuzione di sesso”), in Germania dal 2000 (“Transgendergesetz”), in Gran Bretagna dal 2004 (“Gender Recognition Act”) e in Spagna dal 2007, ammettendo anche la sostituzione del nome quando il sesso non corrisponde all’identità di genere.

-Nel 2008 l’Onu approvò la “Convenzione sui Diritti delle persone disabili” con un riferimento all’opportunità di “incorporare la prospettiva di genere” nel contesto dei Diritti umani.

-Nel marzo 2009, il “Parlamento della Serbia”, fu obbligato dall’Unione Europea ad approvare una legge che garantisse la libertà di orientamento sessuale e di identità di genere, come atto di “buona volontà” per una futura integrazione del Paese all’Unione.

-Da ultimo, non possiamo scordare il Documento: “Principi di Yogyakarta” del 26 marzo 2007, predisposto da 29 esperti internazionali, che interpretarono i Diritti umani in chiave di “identità di genere”, e nella prima versione, fecero esplicito riferimento alla mozione accennata in precedenza e presentata dalla Francia all’ONU.

E per ingarbugliare maggiormente la non facile tematica, anche Facebook presentò nel luglio 2014 cinquantotto modelli per presentare la propria personalità.



## 1. Che cos'è la teoria del Gender

Papa Francesco con la chiarezza che lo contraddistingue l'ha definita una "colonizzazione ideologica" e una vera e propria "destabilizzazione antropologica"<sup>448</sup>.

Per comprendere la teoria, senza entrare nella complessità dell'ideologia, distinguiamo due concetti: "identità sessuale" e "identità di genere"<sup>449</sup>, che alcuni vorrebbero farci credere riguardi unicamente un' "eleganza del linguaggio"<sup>450</sup>, mentre il vocabolo "genere" è già presente in molti casi nel diritto internazionale in sostituzione del vocabolo "sesso".

L' *identità sessuale* è il riconoscersi appartenenti al "sesso biologico maschile o femminile", e questa pertinenza è costituita dalle caratteristiche sessuali e biologiche iscritte nel Dna di ogni persona nel momento del concepimento. L'identità sessuale, è dunque, un elemento fondamentale per ogni uomo e donna e l'espressione del suo essere in relazione che supera ogni condizionamento culturale.

L' *identità di genere*, che traduce il termine inglese "gender" coniato dallo psicologo americano J. Money<sup>451</sup> e fatto proprio dal filosofo strutturalista francese

---

<sup>448</sup>“Perché dico ‘colonizzazione ideologica’? Perché prendono proprio il bisogno di un popolo o l’opportunità di entrare e rafforzarsi, per mezzo dei bambini. Ma non è una novità questa. Lo stesso hanno fatto le dittature del secolo scorso. Sono entrate con la loro dottrina. Pensate ai “Balilla”, pensate alla Gioventù Hitleriana... Hanno colonizzato il popolo, volevano farlo. Ma quanta sofferenza! I popoli non devono perdere la libertà. Il popolo ha la sua cultura, la sua storia; ogni popolo ha la sua cultura. Ma quando vengono condizioni imposte dagli imperi colonizzatori, cercano di far perdere ai popoli la loro identità e creare uniformità” (Conferenza Stampa durante il viaggio di ritorno dalle Filippine, 19 gennaio 2015).

<sup>449</sup>Per l’approfondimento cfr: T. ANATRELLA, *La teoria del “gender” e l’origine dell’omosessualità. Una sfida culturale*, San Paolo, Milano 2013; E. BADITER, *La strada degli errori. Il pensiero femminista al bivio*, Feltrinelli, Milano 2004.; G. CARBONE, *Gender. L’anello mancante?*, Ed. Studio Domenicano, Bologna 2015; P.D. GUEZZI, *Sesso/genere oltre l’alternativa*, Cittadella, Assisi 2011; F. RESTAINO, A. CAVARERO, *Le filosofie femministe*, Mondadori, Milano 2002; J. STUART MILL, H. TAYLOR, *Sull’uguaglianza e l’emancipazione femminile*, Einaudi, Torino 2008; M. WOLLSTONECRAF, *Sui diritti dei diritti delle donne*, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 2008;

<sup>450</sup> *Una simpatica descrizione delle assurdità che si stanno verificando nel complesso della società globale*. “Se li trovi nei contratti di assicurazione li temi. Piccoli, fastidiosi e spesso letali. Sono gli asterischi. Ti imbatti in uno di loro e subito vai al rimando a piè di pagina per scoprire in quali guai ti andrai a ficcare firmando il contratto (i famosi ‘guai assicurati’). Da poco però è nata una nuova genia di asterischi. Quelli gender. Nella ‘Dichiarazione d’intenti per la condivisione di buone pratiche non discriminatorie della lingua italiana’, siglata dagli atenei di Trieste ed Udine e dalla Scuola Superiore di Studi Avanzati di Trieste, si propongono suggerimenti in merito all’uso grammaticale del maschile e del femminile nei documenti ufficiali al fine di ‘non discriminare’ le donne. In particolare provocano imbarazzo sessista frasi del tipo: ‘gli studenti e le studentesse sono stati sgridati’. Perché ‘sgridati’ e non ‘sgridate’? Perché coniugare il participio, quando riferito sia a maschi che a femmine, prediligendo sempre il genere maschile? Occorre eliminare, si fa notare nel documento, queste dissimmetrie grammaticali. Da qui la soluzione proposta ad un convegno a Zurigo: ‘gli studenti e le studentesse sono stat\* sgridat\*’ (...).Quindi la soluzione per assegnare dignità grammaticale a color che sessualmente stan sospesi è un asterisco. Primo passo dell’esperanto omosessuale, della neo lingua per un neo popolo. D’altronde l’asterisco è la soluzione ottimale, infatti indica l’assenza di suono, la troncatura (o stroncatura) della parola. Così come il gender che è assenza di definizione, è neutralità sessuale, è (s)troncatura dell’umano nella sua dimensione binaria uomo/donna a noi così usuale. Né maschile né femminile come l’Onnipotente che però è Padre. Solo che ‘Dio’ si scrive senza asterisco alcuno” (T. SCANDROGLIO, *La Neolingua gender si impone nella grammatica*, LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANA, 19.9.2014).

<sup>451</sup> J. Money, chirurgo, prestò particolare attenzione ai bambini con ambigue conformazioni degli organi genitali che faticavano ad acquisire una identità personale.

C. Lévi-Struss, va oltre sostenendo l' "in-differenza sessuale" e ritenendo l'uomo il risultato dei modelli sociali e culturali che lo plasmano. In altre parole, eliminata la consistenza naturale dei due sessi, non esistono tra uomini e donne differenze biologiche iscritte nella natura, ma la diversità riguarda "l'identificarsi", "caratterizzato da una costellazione di aspetti psicologici, interessi, valori e attitudini associati ai generi in base ad aspettative, valori e norme culturali di riferimento"<sup>452</sup>.

L'identità di genere, dunque, attiene le modalità di identificazione nel ruolo maschile o femminile che supera l'ordine naturale e le costruzioni sociali indotte per aprirsi alle attitudini psicologiche, sociali e interiori. A volte, sesso biologico e genere sociale potrebbero coincidere, in altri casi divergono e si trovano in contrapposizione, ma poco importa essere concepiti come donne o come uomini, essendoci secondo questa ideologia, la possibilità "di cambiare": da donna in uomo e viceversa a livello comportamentario, di ruolo e anche a fisico. Accanto a questi due modi di presentarsi alla società esistono anche vie intermedie di inter-sessualità cioè "la bisessualità" con caratteristiche sia maschili che femminili.

Riassumendo, possiamo affermare che in questo fenomeno culturale, il sesso biologico è una semplice caratteristica del corpo che non determina l'identità che il soggetto attribuisce a se stesso; perciò attenzione a non confondere la somiglianza e la parità con l'uguaglianza. "I teorici del genere invitano a decostruire i quadri sociali e morali che obbligano l'uomo a essere uomo o donna per aprirsi a relazioni paritarie qualunque sia la scelta e l'orientamento sessuale delle persone (tutte le coppie e tutte le famiglie sono così possibili)"<sup>453</sup>.

La teoria del gender, ufficialmente nata negli anni '70 del XX secolo negli Stati Uniti sia all'interno della ricerca sociologica che antropologica, è ben riassunta da una famosa frase della scrittrice e filosofa francese S. De Beauvoir: "Donna non si nasce, lo si diventa". "Nessun destino biologico, psichico ed economico, continua la filosofa, definisce l'aspetto che riveste in seno alla società la femmina dell'uomo: è l'insieme della storia e della civiltà a elaborare quel prodotto intermedio tra il maschio e il castrato che chiamiamo donna"<sup>454</sup>. Altri soggetti rilevante nella diffusione di questa teoria fu la filosofa post-strutturalista statunitense J. Butler e il movimento femminista al quale non bastò le conquiste acquisite e le emancipazioni raggiunte che inneggiavano ad un atteggiamento antagonista e competitivo nei confronti dell'uomo, al carattere mutevole del corpo e alla negazione della sessualità come intrinsecamente procreativa ma si pose come obiettivo anche "l'irrilevanza biologica" puntando sulla identità e sulla progettualità psico-sociale e civile<sup>455</sup>. Visione ben diversa da quella proposta dalla Chiesa cattolica e ribadita da san Giovanni Paolo II nella Lettera Apostolica "Mulieris Dignitatem". "La donna è il complemento dell'uomo come l'uomo è il complemento della donna: donna e uomo sono tra loro complementari. La 'femminilità' realizza quanto la 'mascolinità' questa complementarietà sia pure

---

<sup>452</sup> V. ZAMMUNER, *Identità di genere e ruoli sessuali*, in S. BONINO (a cura di), *Dizionario di psicologia dello sviluppo*, Einaudi, Milano 2000, pg. 339.

<sup>453</sup> *La teoria del "gender" e l'origine dell'omosessualità*, op. cit. pag. 35.

<sup>454</sup> S. DE BEAUVOIR, *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano 2008, pg. 325.

<sup>455</sup> Cfr.: L. ELLENA, *Spazi e frontiere della storia dei movimenti delle donne* in AA VV, *Quaderno di storia contemporanea*, n. 40, numero monografico *Storie di genere*, 2006,

con modulazione diversa. E' soltanto grazie alla dualità del 'maschile' e del 'femminile' che l'umano si realizza appieno. Sia l'uomo che la donna hanno, fin dall'inizio, uguale responsabilità. A questa 'unità dei due' è affidata da Dio non solo l'opera della procreazione, ma la costruzione stessa della storia"<sup>456</sup>. Dunque, uomo e donna, detengono "eguale dignità" e "caratteristiche comuni", ma anche si distinguono per alcune diversità, che apprezzate e valorizzate arricchiscono reciprocamente. Riconoscere ed accogliere la propria identità sessuale femminile, cioè "la ricchezza della femminilità che ella ricevette nel giorno della creazione"<sup>457</sup>, è imprescindibile per l'equilibrio della donna e, di conseguenza, della famiglia.

Dunque, la "teoria del gender", reclama "il diritto" di ogni persona a manifestarsi in base agli aspetti psicologici del proprio temperamento e comportamento, come uomo o donna, gay o lesbica oppure transessuale, cioè, "il diritto" se accogliere l'identificazione tra "sesso biologico" e "genere", oppure modificarlo. E, il corpo, non può essere un ostacolo o un limite.

La negatività di questa teoria fu spiegata da papa Benedetto XVI: "L'uomo contesta di avere una natura preconstituita dalla sua corporeità, che caratterizza l'essere umano. Nega la propria natura e decide che essa non gli è data come fatto preconstituito, ma che è lui stesso a crearsela. Secondo il racconto biblico della creazione, appartiene all'essenza della creatura umana di essere stata creata da Dio come maschio e come femmina. Questa dualità è essenziale per l'essere umano, così come Dio l'ha dato. Proprio questa dualità come dato di partenza viene contestata. Non è più valido ciò che si legge nel racconto della creazione: 'Maschio e femmina Egli li creò' (Gen 1,27). No, adesso vale che non è stato Lui a crearli maschio e femmina ma è stata la società a determinarlo e adesso siamo noi stessi a decidere su questo. Maschio e femmina come realtà della creazione, come natura della persona umana non esistono più. L'uomo contesta la propria natura. Egli è ormai solo spirito e volontà. La manipolazione della natura, che oggi deploriamo per quanto riguarda l'ambiente, diventa qui la scelta di fondo dell'uomo nei confronti di se stesso"<sup>458</sup>.

L'obiettivo finale di questa aberrante filosofia della sessualità è dunque l'assoluta indifferenziazione e l'eclissi dei due sessi con l'abolizione dei segni sessuali della creazione e i vincoli della legge naturale, come richiesto dai Principi di Yogyakarta, che definiscono l'identità di genere come: "la profonda esperienza interna ed individuale di ciascuna persona che può o non può coincidere con il sesso assegnato alla nascita, incluso il senso personale del corpo (che può includere, se liberamente scelto, la modificazione dell'apparenza o delle funzioni attraverso mezzi medici, chirurgici e altro) e altre espressioni di genere, incluso il vestire, il parlare e i modi di comportarsi". Per questo, i "29 saggi", determinarono l'orientamento di genere come la "capacità di ogni persona per una profonda attrazione emotiva, affettiva e sessuale - e di relazioni intime e sessuali - verso individui di diverso genere o dello stesso genere o di più di un genere"<sup>459</sup>.

L'ideologia del Gender, che identifica nella famiglia fondata sul

---

<sup>456</sup> *Mulieris dignitatem*, op. cit., n. 9.

<sup>457</sup> *Mulieris dignitatem*, op.cit., n. 7.

<sup>458</sup> BENEDETTO XVI, *Discorso per la presentazione degli auguri natalizi alla Curia Romana*, 21 dicembre 2012.

<sup>459</sup> Cfr.: [www.yogyakartaptinciples.org](http://www.yogyakartaptinciples.org)

matrimonio tra un uomo e una donna e nella femminilità, identificata anche con la maternità biologica, degli ostacoli primari alla costituzione di “nuovi stili di vita”, oltre che essere favorevole all’aborto e alla contraccezione, intende come ricordato da Benedetto XVI, ridisegnare l’eterna visione della dinamica complementaria uomo-donna che origina la vita e trova nella Bibbia il suo fondamento, essendo la coppia eterosessuale che abbia contratto matrimonio l’unica depositaria dell’immagine Trinitaria di Dio<sup>460</sup>. Capovolge, inoltre, la realtà sessuale, demolisce i ruoli specifici dei due sessi, abroga o “rende tutto” famiglia, mentre il Catechismo della Chiesa Cattolica ammonisce: “spetta a ciascuno accettare la propria identità sessuale, riconoscendone l’importanza per tutta la persona, la specificità e la complementarità”<sup>461</sup>.

Ma anche la scienza si oppone a questa follia; chiarificatore è il pensiero del professor Alberto Oliverio, il più importante psicobiologo italiano: “Per fare chiarezza cominciamo dalle ovvie diversità di natura biologica che fanno parte del cosiddetto dimorfismo sessuale. Le caratteristiche dei due sessi dipendono da fattori genetici e cromosomici e non interessano soltanto gli organi genitali ma anche la struttura del corpo e del cervello. Per quanto riguarda il sistema nervoso esiste un dimorfismo (diversità tra i sessi) che riguarda sia le strutture, sia alcuni aspetti delle strutture cerebrali. Vi sono caratteristiche delle emozioni, dei comportamenti aggressivi, delle capacità spaziali eccetera che sono diversi nei due sessi sia in quanto esistono differenze a livello celebrale, sia in quanto gli ormoni, maschili e femminili, agiscono sul nostro comportamento. E’ ben noto che gli androgeni (gli ormoni sessuali maschili) potenziano l’aggressività e fanno sì che, in genere, i ragazzi siano più violenti delle ragazze. Queste differenze non sono omogenee come ogni aspetto della biologia: esistono forti differenze individuali che possono essere potenziate o indebolite dalla cultura ma è semplicistico negare che esse siano inizialmente un fatto biologico. (...) In conclusione, le diversità tra i due sessi esistono anche a livello celebrale e comportano differenze comportamentali e della personalità che non sono dettate soltanto dal moò in cui siamo allevati”<sup>462</sup>. E la sua conclusione: “Imboccare la strada secondo cui la parità sarebbe negata dal riconoscere che esistono differenze biologiche, come sostengono numerosi fautori delle teorie del ‘gender’, è un corto circuito che va evitato. Educare alla parità non implica necessariamente negare le differenze”<sup>463</sup>.

Un fenomeno rilevante, come abbiamo già constatato, è la “modifica del linguaggio”. Ad esempio, in Spagna, il riferimento al sesso dei genitori è stato modificato con “progenitore 1 e progenitore 2”<sup>464</sup>; in Argentina i termini “marito e moglie” sono stati sostituiti da “contraenti”<sup>465</sup> e anche in Italia qualche amministrazione comunale ha tentato l’azzardo<sup>466</sup>.

---

<sup>460</sup> Cfr.: AA.VV., *Amore e stabilità nel matrimonio*, Editrice Pontificia Università Gregoriana, 1976, pag. 21-22

<sup>461</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA n. 487.

<sup>462</sup> A. OLIVERIO, *Gender & neuroscienze: la differenza esiste*, in *Avvenire* 24 giugno 2015.

<sup>463</sup> *Gender & neuroscienze: la differenza esiste*, op. cit.

<sup>464</sup> Cfr. Legge sul matrimonio omosessuale.

<sup>465</sup> Cfr. Legge sul matrimonio omosessuale.

<sup>466</sup> Il sindaco di Bari, Antonio Decaro, nel novembre 2014 sostituì le parole nei moduli per l’iscrizione agli

Da quanto illustrato si comprende che far coincidere i “diritti umani” con l’ “identità di genere” è decisamente sviante, poiché unicamente il riconoscimento della propria identità sessuale femminile o maschile assicura il totale equilibrio alla persona oltre che l’identificazione delle soggettività che offrono concreta e insostituibile singolarità all’ “io”.

La Santa Sede, bocciando la Dichiarazione francese riguardante la depenalizzazione universale dell’omosessualità citata all’inizio del capitolo, avvertì che la proposta era il primo passo per imporre a tutti i Paesi la ratifica dei “Principi di Yogyakarta”, infatti “la filosofia del gender non è da considerarsi come un semplice modello teorico, bensì un orientamento di pensiero politicamente schierato per ottenere modifiche o per la creazione di normative nazionali e internazionali fondate su un differente presupposto rispetto a quello ereditato dalla tradizione e, soprattutto, sganciate dal riferimento al diritto di natura, che nella cultura occidentale ha costituito la base e l’orizzonte a partire dal quale definire gli ambiti e le caratteristiche della legge giuridica positiva”<sup>467</sup>.

Questa visione richiede anche un nuovo stato di “diritti anti-giusnaturalisti” mediante la negazione del diritto naturale e la trattazione delle questioni etiche, compresa la liberazione sessuale, nella sfera individualistica dell’agire soggettivo.

## **2.1 ripetuti tentativi per instaurare la teoria Gender nella società italiana**

Con mille tentativi le associazioni LGBT (sigla utilizzata per riferirsi a persone Lesbiche, Gay, Bisessuali e Transgender) hanno tentato, tentano e tenteranno di inserire l’ideologia del Gender nei programmi scolastici e nella formazione degli insegnanti mediante la “strategia nazionale per combattere le discriminazioni” basate, appunto, sull’orientamento e sull’identità del gender, con fuorvianti orientamenti sull’educazione sessuale di bambini, ragazzi, adolescenti e giovani, dimenticando la “libertà di educazione” che spetta di diritto alla famiglia<sup>468</sup>. E i genitori, il più delle volte, non sono a conoscenza di questi progetti

---

asili nido della città; al posto della dicitura “madre” e “padre” fece scrivere “genitore 1 e genitore 2”.

<sup>467</sup> *Sesso/genere oltre l’alternativa*, op. cit., pg. 84.

<sup>468</sup> Questa lettera di un padre ad un Preside ben descrive ciò che avviene in alcune scuole italiane. “Gentilissimo Signor Preside, sono il babbo (non genitore 1 o 2) di una ragazzina che frequenta la scuola media Luigi Magi di Asciano, facente parte dell’Istituto Comprensivo ‘Sandro Pertin’. Lunedì 1 dicembre 2014, quando mia figlia è tornata da scuola, le ho chiesto, come abitualmente faccio, come fosse andata la sua giornata scolastica. Con un volto serio, lei mi ha riferito di essere stata turbata non poco dagli argomenti affrontati durante la lezione di storia dell’arte. Il tema, quel giorno, verteva sulla figura del grande Leonardo da Vinci. Secondo quanto riferito da mia figlia, però, non si è parlato delle incredibili intuizioni di quell’artista, della bellezza dei suoi disegni con il gioco delle prospettive, del fascino del colore e della profondità delle sue pitture, dell’incanto dei suoi personaggi e paesaggi carichi di espressività e mistero. No, nulla di tutto ciò. Si è cominciato parlando dell’asserita omosessualità di Leonardo Da Vinci. E fin qui nulla di male, se non il fatto che tale orientamento sessuale non risulta storicamente accertato. Quella, però, è stata solo la premessa per arrivare a definire normale il fatto di avere rapporti sessuali con persone dello stesso sesso, o normale il fatto di ‘fare’ (forse intendeva dire produrre) bambini anche in altri modi artificiali, o normale il fatto che gli omosessuali possano adottare minori, per concludere affermando che per fare i bambini esistono più ‘posizioni’, tutte dettagliatamente descritte nel Kamasutra, libro che i ragazzi possono trovare su internet o in libreria.

presenti nelle scuole frequentate dai figli<sup>469</sup>. Ecco l'importanza, quindi, di offrirsi

---

Io non credo davvero che queste tematiche delicate possano essere affrontate in una maniera così maldestra e superficiale. Semmai, esse dovrebbero essere proposte, discusse e inserite con attenzione in un adeguato percorso pedagogico ben concordato e programmato. L'insegnante, poi, ha voluto travalicare anche l'ambito della religione, sproloquiando su aspetti che si pongono in netto contrasto con la dottrina cristiana, fino al punto di offendere il sentimento religioso di quella stessa fede. E, infatti, mia figlia si è sentita profondamente offesa. L'insegnante, in realtà, parlando a proposito dell'affresco raffigurante 'l'Ultima Cena', ha inteso stupire gli alunni raccontando loro dello scoop relativo al fatto che Gesù Cristo fosse sposato con la prostituta pentita Maria Maddalena, e che dal loro matrimonio fosse nata la figlioletta Sara, della quale esisterebbe una reliquia in Medio Oriente. Di qui, il collegamento alla Madonna Nera e l'invito rivolto agli studenti a comprare i vangeli apocrifi dove è possibile reperire tali 'notizie'. A fine lezione mia figlia, mostrando un coraggio di cui sono davvero orgoglioso e riuscendo a superare un senso naturale di vergogna, ha contestato fermamente, davanti a tutti i compagni di classe, le false affermazioni blasfeme dell'insegnante.

Sono profondamente indignato e scandalizzato da come tanta superficialità – voglio ancora presumere la buona fede dell'insegnante – possa oltrepassare le soglie di un istituto scolastico dove in un'ora di lezione, sono stati 'vomitati' argomenti che hanno turbato la sensibilità di mia figlia e quella mia personale, sia per i richiami al sesso che, per le offese alla confessione religiosa di cui orgogliosamente facciamo parte, e che mi pare sia tutelata anche dalla legge (articoli 403 e 404 del codice penale). Il giorno successivo all'episodio riportato, ossia il 2 dicembre, ho contattato i responsabili della scuola per informarli dell'accaduto. Devo ringraziare, in particolare, la responsabile del plesso, per la gentilezza e la disponibilità che ha mostrato nel darmi ascolto, e per la rassicurazione datami sul suo interessamento circa il modo inadeguato con cui sono stati esposti dall'insegnante di storia dell'arte i temi segnalati e del fatto che tali temi esulino dal programma didattico.

Non si può tollerare che in una scuola pubblica sia consentita questa deriva propagandistica e ideologica di matrice relativista, dove non vi sono più certezze neppure sulla reale natura dell'uomo, e dove ognuno è autorizzato a definire da sé, secondo i propri gusti e capricci, ciò che è bene e ciò che è male. Tutto ciò diventa ancora più pericoloso se si tenta di propinarlo a giovani in età di formazione. Come babbo rivendico il diritto dei genitori all'istruzione dei propri figli, come riconosciuto dalla Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo, agli articoli 18 e 26, terzo comma; dall'art. 2 dal primo protocollo addizionale alla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, e dall'art. 30 della nostra Costituzione. Questa lettera vuole essere un invito a prestare una particolare attenzione nei confronti dei genitori, in virtù anche delle 'Linee di Indirizzo sulla Partecipazione dei Genitori e Corresponsabilità Educativa' diramate dal Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca il 22 novembre 2012 in cui si è espressamente invocato il diritto dei genitori alla 'corresponsabilità educativa'. Come giustamente è ricordato nella bozza di lettera da inviare alle istituzioni scolastiche reperibile sul sito web dell'associazione 'Giuristi per la Vita', i genitori hanno diritto di informati se nell'ambito del Piano per l'Offerta Formativa sono previsti progetti relativi all'educazione sessuale ed affettiva, alla cosiddetta 'teoria del gender', o comunque connessi a forme di propaganda ideologica omosessualista, anche mediante lezioni tenute da educatori esterni o rappresentanti di associazioni Lgbt, come avvenuto nel caso dell'istituto scolastico I.T.C.G. 'Cattaneo-Dall'Aglio' di Castelnuovo ne' Monti (Re), o mediante distribuzione di materiale didattico, ovvero mediante la predisposizione di bibliografie sulle tematiche Lgbt e sulle nuove realtà familiari, come avvenuto al Liceo Classico 'Giulio Cesare' di Roma nella nota vicenda legata al romanzo 'Sei come sei' della scrittrice Melania Mazzucco.

Signor Preside voglio concludere citando quanto ha scritto Piero Angela nel suo saggio intitolato A cosa serve la politica?: 'l'insegnante è la persona alla quale un genitore affida la cosa più preziosa che possiede suo figlio: il cervello. Glielo affida perché lo trasformi in un oggetto pensante. Ma l'insegnante è anche la persona alla quale lo Stato affida la sua cosa più preziosa: la collettività dei cervelli, perché diventino il Paese di domani'. Saulo Gambelli" (Da: LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANA, 9 dicembre 2014).

<sup>469</sup> "E' il caso di un asilo nido comunale di Roma, il Castello Incantato, zona Buffalotta, dove 'Mery e Franci si amavano e volevano una famiglia. (...) Ma mancava il semino! In Olanda c'è una clinica dove dei signori gentili donano i loro semini per chi non ne ha. Franci si è fatta dare un semino nella clinica olandese e... l'ha messo nella pancia di Mery. Margherita ha cominciato a crescere! Margherita ha due mamme: solo una l'ha portata nella pancia ma entrambe, insieme, l'hanno messa al mondo. Sono i suoi genitori'. Le scritte grandi e ben scandite campeggiano su pagine dai colori pastello dove le figure di due donnine, che si scambiano bacini e cuoricini, completano l' 'idillio fiabesco'. Ebbene sì, perché quanto riportato qui sopra, è lo stralcio proprio di un racconto per bambini, *Piccola storia di una famiglia*, casa editrice Stampatello (...). Detto in altre parole, si insegna ai bambini, sin dalla più tenera età, che non si nasce maschi o femmine ma che 'sei quello che senti di essere', senza differenza. Che non esistono una mamma e un papà, ma un

come “rappresentanti di classe” o essere componenti dei “consigli di istituto”<sup>470</sup>.

Complice di tutto questo, in prima fila sta l'UNAR (Ufficio antidiscriminazione razziale del Dipartimento per le Pari Opportunità) distribuendo anche ingenti contributi alle associazioni LGBT.

Di esempi ne conosciamo molti. Dalla pubblicazione e distribuzione nelle scuole nel febbraio 2014 (poi sospesa dal Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca – MIUR ) di tre libretti “Educare alla diversità di genere” contenenti orientamenti secondo l'ideologia del Gender, al “Tavolo” di studio e di discussione dove sono presenti 29 rappresentanti delle associazioni LGBT e nessun membro del Forum delle Famiglie, al “Disegno di Legge Fedeli” riguardante l'introduzione dell'educazione di genere nelle attività e nel materiale didattico nelle scuole di ogni ordine e grado.

Da ultimo ricordiamo due recenti progetti del MIUR.

Il primo è intitolato: “Linee di orientamento per azioni di prevenzione e di contrasto al bullismo e al cyberbullismo” dell'aprile del 2015. Si tratta di alcune iniziative per prevenire e combattere il bullismo a scuola e in rete, poiché per il MIUR, “la vittima del bullismo degli ultimi” è l'adolescente omosessuale e transessuale. E' più che giusto condannare ogni violenza contro il ragazzo/adolescente omosessuale ma ciò che suscita problema è, come risulta dal progetto, mostrare

---

genitore 1 e 2. E che perciò la famiglia può essere tutto e il suo contrario” (COSTANZA SIGNORELLI, *Asili nido a Roma conquistati dalla lobby gay*, LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANA, 15 novembre 2014).

<sup>470</sup> Proponiamo un vademecum per i genitori predisposto dal “Comitato difendiamo i nostri figli”.

1. Ogni genitore deve vigilare con grande attenzione sui programmi di insegnamento adottati nella scuola del proprio figlio.

2. In particolare, va attentamente letto e studiato uno strumento denominato POF (piano offerta formativa). In esso devono essere elencate chiaramente tutte le attività d'insegnamento che la scuola intende adottare (attenzione: in alcuni casi il POF è annuale, in altri triennale!)

3. I genitori devono utilizzare lo strumento del “consenso informato”: devono, cioè, dichiarare per scritto se autorizzano, oppure no, la partecipazione del proprio figlio ad un determinato insegnamento. Il consenso va consegnato in segreteria e protocollato (obbligo di legge).

4. A questo punto, si deve avere ben chiaro che gli insegnamenti scolastici sono di due “tipi”: a) insegnamenti curricolari, cioè obbligatori (ad esempio: italiano; matematica, ecc.); b) insegnamenti extracurricolari, cioè facoltativi, dai quali è lecito ritirare il figlio.

5. Nel caso di insegnamenti curricolari (ad esempio, insegnamento delicato a scienze naturali, con nozioni sul corpo umano e sue funzioni, compresa la funzione riproduttiva) si raccomanda che i genitori vigilino con grande attenzione, intervenendo sul singolo insegnante e/o sul dirigente scolastico, qualora si scorgano impostazioni in contrasto con i propri valori morali e sociali di riferimento. Come sempre, più genitori si associano, maggiore è la forza di contrasto.

6. Ad oggi, l'insegnamento gender è possibile soprattutto nei programmi di educazione all'affettività e alla sessualità, oppure nei percorsi di “contrasto al bullismo e alla discriminazione di genere”. Sono insegnamenti extracurricolari ed è soprattutto a questi che si deve prestare speciale e massima attenzione.

7. Il consenso/dissenso deve essere formulato per ciascun singolo percorso/progetto/insegnamento (non deve essere generico), va depositato in segreteria e deve essere protocollato (obbligo di legge).

8. Il genitore ha il diritto di chiedere tutti i chiarimenti che vuole, coinvolgendo ogni istituzione scolastica, ad ogni livello: consiglio di classe, consiglio di istituto, consiglio dei professori, dirigente scolastico/preside.

9. Si raccomanda di informare e coinvolgere le associazioni dei genitori: AGE – segreteria.nazionale@age.it ; AGESC – segreteria.nazionale@agesc.it.

10. L'articolo 30 della costituzione italiana e l'art. 26 della dichiarazione universale dei diritti dell'uomo sanciscono il diritto dei genitori all'educazione ed istruzione dei figli: ogni genitore ha grande potere decisionale e – cercando di aggregare altre famiglie – la possibilità d'intervento sugli organismi scolastici diventa tanto più forte e positiva, soprattutto se sostenuta da un'associazione genitori accreditata (AGE, AGESC).

l'omosessualità e la transessualità come orientamenti naturali.

Il secondo progetto: "Promuovere l'avanzamento della condizione femminile e prevenire e contrastare la violenza la discriminazione di genere mediante un corretto percorso formativo in ambito scolastico" è realizzato in collaborazione con "Soroptimist"<sup>471</sup>. Si tratta di dieci moduli formativi da svolgersi in venti province. La finalità è la seguente: "favorire la consapevolezza del ruolo docente nella formazione dell'identità di genere delle giovani generazioni allo scopo di rendere più agevole il loro percorso verso la costruzione di identità libere e consapevoli. Dunque, con la scusa di difendere la donna da ingiuste discriminazioni, fine accettabilissimo, si vuole, anche in questo caso, diffondere la gender theory.

A questo punto, proponiamo, a tutti i fautori della dottrina gender una riflessione del professor I. Carta, rinomato psichiatra, già ordinario di psichiatria e direttore della Scuola di specializzazione in Psichiatria all'Università degli studi di Milano: "Quando si abolisce il principio di evidenza naturale, la mente compensa con squilibri psicotici gravissimi. Per questo pensare di introdurre l'uguaglianza dei sessi come normale significa attentare alla psiche di tutti. Penso poi ai più deboli: i bambini. Se gli si insegna sin da piccoli che quel che vedono non è come appare, li si rovina. Non sono solito fare affermazioni dure, dato che gli omosessuali sono persone spesso duramente discriminate, ma non posso non dire che introdurre l'idea che la differenza sessuale non esiste, e che quindi non ha rilevanza, è da criminali. Non conosciamo ancora gli scenari di un mondo disposto a stravolgere la normalità ma li prevedo terribili: l'uomo che obbedisce alla sua volontà e non alla norma si distrugge"<sup>472</sup>

Forse è tempo che anche in Italia, non solo i cattolici, ma tutti gli uomini convinti della bontà della famiglia naturale si esprimano pubblicamente. Un esempio virtuoso è avvenuto nel febbraio 2014 a Cagliari, dove il Comune decise di destinare i fondi residui del 2013 a un progetto didattico che prevedeva corsi di educazione alle differenze di genere. La protesta dei genitori sortì l'effetto desiderato; i corsi furono sospesi. A tutti l'invito, come ricordato nella Nota Pastorale dei vescovi veneti (3 febbraio 2014) a "non avere paura e a non nutrire ingiustificati pudori o ritrosie nel continuare a utilizzare, anche nel contesto pubblico, le parole più dolci e vere che ci sia mai dato di pronunciare: 'padre', 'madre', 'marito', 'moglie', 'famiglia', fondata sul matrimonio tra un uomo e una donna".

Da ultimo ricordiamo la Circolare Prot. AOODGSP n. 4321 del 6 luglio 2015 inviata dal ministro dell'Istruzione S. Giannini a tutti i dirigenti scolastici, in cui si spiega come debbono comportarsi le scuole di ogni ordine e grado quando propongono attività extra-curricolari, come nel caso del "gender"<sup>473</sup>.

---

<sup>471</sup> Organizzazione mondiale senza fine di lucro che opera attraverso progetti diretti all'avanzamento della condizione femminile, la promozione dei diritti umani, l'accettazione delle diversità, lo sviluppo e la pace.

<sup>472</sup> *Asili nido a Roma conquistati dalla lobby gay*, op. cit.

<sup>473</sup> Nel documento il ministero sottolinea anzitutto che i "progetti di istruzione, formazione e orientamento che coinvolgono gli alunni" debbono essere compresi nei Piani dell'offerta formativa (Pof), da elaborare a cura del collegio docenti e approvati dal Consiglio d'istituto. La circolare precisa che "ai fini della predisposizione del Piano il dirigente scolastico deve promuovere i necessari rapporti con tutti gli stakeholder e tenere conto delle proposte e dei pareri formulati dagli organismi e dalle associazioni dei genitori e, per le scuole secondarie di secondo grado, degli studenti". Per rafforzare ulteriormente la partecipazione attiva dei genitori, la circolare rammenta il "Patto di corresponsabilità educativa" istituito



Ma l'indottrinamento non riguarda solo la scuola ma anche altri settori societari. Ad esempio, il Comune di Trieste, l'11 maggio 2015, ha precettato tutti i propri dipendenti per "una giornata di educazione all'ideologia gender" in collaborazione con Arcigay e Arcigay Arcobaleno, imponendo al proprio personale non solo un comportamento ma anche una mentalità.

All'estero la situazione è anche peggiore. Ad esempio, in Germania, due genitori furono prima multati e poi arrestati per essersi rifiutati di pagare la multa alla scuola elementare, avendo rifiutato di far partecipare la figlia alle lezioni di educazione sessuale poiché le creavano disagio<sup>474</sup>.

## **Excursus1. Il massimo rispetto per la "persona" omosessuale**

### **PREMESSA**

Il tema dell'omosessualità<sup>475</sup> è complesso per questo suscita ampie polemiche, e spesso è strumentalizzato, manipolato e distorto.

Alcuni, accusano la Chiesa cattolica di instaurare nella società un clima "omofobico"<sup>476</sup>; visione profondamente ingiusta, poiché la Chiesa, da sempre, dimostra un forte rispetto per queste persone ed invita tutti ad assumere lo stesso atteggiamento: "Va deplorato con fermezza che le persone omosessuali sono state e siano ancora oggetto di espressioni malevole e di azioni violente. Simili comportamenti meritano la condanna dei pastori della Chiesa, ovunque si verificano. Essi rivelano una mancanza di rispetto per gli altri, lesiva dei principi elementari su cui si basa una sana convivenza civile. La dignità propria di ogni persona dev'essere sempre rispettata nelle parole, nelle azioni e nelle legislazioni"<sup>477</sup>

Non a caso, la Chiesa, nei vari Documenti adotta il vocabolo "persone omosessuali" e non semplicemente "omosessuali" per mostrare l'importanza della persona rispetto alla tendenza omosessuale, ed è convinta che le indicazioni emesse sono il "miglior atto di carità" per questi uomini e donne, "le cui sofferenze

---

nell'anno 2007 con Dpr n. 235, "finalizzato ad offrire agli insegnanti, ai ragazzi e alle loro famiglie, un'occasione di confronto responsabile, di accordo partecipato". Ne deriva che le famiglie "hanno il diritto, ma anche il dovere, di conoscere i contenuti del Pof per condividere in maniera dettagliata diritti e doveri" nell'elaborazione dei contenuti proposti ad alunni e studenti. La circolare spiega poi che "la partecipazione a tutte le attività extracurricolari è per sua natura facoltativa e prevede la richiesta del consenso dei genitori per gli studenti minorenni o degli stessi se maggiorenni".

<sup>474</sup> Fonte: *RADIO VATICANA* 18 novembre 2014.

<sup>475</sup> Che cosa intendiamo per omosessualità?

"L'omosessualità si definisce come un'attrazione (tendenza, inclinazione) sessuale stabile e prevalente nei confronti delle persona dello stesso sesso. In base a questa definizione, pulsioni omosessuali occasionali non autorizzano a parlare di omosessualità. Inoltre, e soprattutto, non sono gli atti omosessuali a definire l'omosessualità: esistono persone con tendenze omosessuali che hanno comportamenti eterosessuali, o che non esercitano comportamenti alcuna attività sessuale; come esistono persone con tendenze eterosessuali che, per vari motivi (prostituzione, pornografia...), hanno comportamenti omosessuali" (R. MARCHESINI, *Omosessualità e Magistero della Chiesa. Comprensione e speranza*, Sugarco Edizioni, Milano 2013, pg. 25).

<sup>476</sup> Cfr.: D. BORRILLO, *Omofobia. Storia e critica di un pregiudizio*, Edizioni Dedalo, Bari 2009, pp. 53-58.

<sup>477</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Cura pastorale delle persone omosessuali*, 1986, n. 10.

possono solo essere aggravate da dottrine errate e alleviate invece dalla parola della verità<sup>478</sup>, poichè “come accade per ogni altro disordine morale, l’attività omosessuale impedisce la propria realizzazione e felicità essendo contraria alla sapienza creatrice di Dio<sup>479</sup>. Ma “la doverosa reazione alle ingiustizie commesse contro le persone omosessuali non può portare in nessun modo all’affermazione che la condizione omosessuale non sia disordinata<sup>480</sup>.

Dunque, la Chiesa, con ampia deferenza e delicatezza verso gli omosessuali, distinguendo tra “persona” e “qualità morale” di suoi atti, non rinuncia a proporre posizioni controcorrente, a volte difficoltose da accogliere, oppure prevedibili anche di derisione. Come pure esprime una netta contrarietà a qualunque riconoscimento pubblico delle unioni tra persone dello stesso sesso.

E’ interessante inoltre notare la costante concezione della Chiesa nei confronti dell’omosessualità: “in effetti, dall’epoca dell’Antico e del Nuovo Testamento, ma anche nella Tradizione apostolica e nei concili, come pure nei documenti più recenti del Magistero, l’omosessualità appare l’espressione di una profonda incoerenza rispetto alla differenza sessuale che costituisce il soggetto umano e struttura tutte le società<sup>481</sup>.

## **I DOCUMENTI DEL MAGISTERO DELLA CHIESA SULLA OMOSESSUALITA’**

Quattro sono di documenti del Magistero sulla omosessualità.

Tre Dichiarazioni della Congregazione per la Dottrina della Fede: *Persona Humana. Alcune questioni di etica sessuale* (29 dicembre 1975), *Cura pastorale delle persone omosessuali* (1 ottobre 1986), *Considerazioni circa i progetti di riconoscimento legale delle unioni tra persone omosessuali* (3 giugno 2003) e il *Catechismo della Chiesa Cattolica* (nn. 2357- 2359).

Un altro documento riguarda un aspetto particolare: “*Criteri di discernimento vocazionale riguardo alle persone con tendenze omosessuali in vista della loro ammissione al seminario e agli ordini sacri*” (Congregazione per l’Educazione Cattolica) (2005).

Esaminiamo brevemente questi documenti per comprendere l’autentica posizione della Chiesa cattolica e le motivazioni delle varie posizioni.

### **PERSONA HUMANA. ALCUNE QUESTIONI DI ETICA SESSUALE (1975).**

La Dichiarazione si apre con una affermazione base: “La persona umana, a giudizio degli scienziati del nostro tempo, è così profondamente influenzata dalla sessualità, che questa deve essere considerata come uno dei fattori che danno alla vita di ciascuno i tratti principali che la distinguono. Dal sesso, infatti, derivano per la persona umana le caratteristiche che sul piano biologico, psicologico e spirituale la fanno uomo o donna, condizionando così grandemente l’iter del suo sviluppo verso la maturità e il suo inserimento nella società<sup>482</sup>.

---

<sup>478</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 18.

<sup>479</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 7.

<sup>480</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 10.

<sup>481</sup> T. ANATRELLA, *Prefazione al testo Omosessualità e Magistero della Chiesa. Comprensione e speranza*, op. cit., pg. 7.

<sup>482</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Persona Humana. Alcune questioni di etica sessuale*, 1975, n. 1.

Dunque, l'aspetto sessuale, è ritenuto dal Magistero un elemento essenziale e costitutivo della persona.

Si sottolinea, poi, come l'omosessualità sia in contrasto con questa visione: "Ai nostri giorni, contro l'insegnamento costante del magistero e il senso morale del popolo cristiano, alcuni, fondandosi su osservazioni di ordine psicologico, hanno cominciato a giudicare con indulgenza, anzi a scusare del tutto, le relazioni omosessuali presso certi soggetti. Essi distinguono - e sembra non senza motivo - tra gli omosessuali la cui tendenza, derivando da falsa educazione, da mancanza di evoluzione sessuale normale, da abitudine contratta, da cattivi esempi o da altre cause analoghe, è transitoria o, almeno, non incurabile, e gli omosessuali che sono definitivamente tali per una specie di istinto innato o di costituzione patologica, giudicata incurabile.

Ora, per ciò che riguarda i soggetti di questa seconda categoria, alcuni concludono che la loro tendenza è a tal punto naturale da dover ritenere che essa giustifichi, in loro, relazioni omosessuali in una sincera comunione di vita e di amore, analoga al matrimonio, in quanto essi si sentono incapaci di sopportare una vita solitaria"<sup>483</sup>. "Secondo l'ordine morale oggettivo, le relazioni omosessuali sono atti privi della loro regola essenziale e indispensabile"<sup>484</sup>.

Si indica di seguito l'azione pastorale nei loro confronti: "Certo, nell'azione pastorale, questi omosessuali devono essere accolti con comprensione e sostenuti nella speranza di superare le loro difficoltà personali e il loro disadattamento sociale. La loro colpevolezza sarà giudicata con prudenza; ma non può essere usato nessun metodo pastorale che, ritenendo questi atti conformi alla condizione di quelle persone, accordi loro una giustificazione morale"<sup>485</sup>.

E poi la conclusione: "Secondo l'ordine morale oggettivo, le relazioni omosessuali sono atti privi della loro regola essenziale e indispensabile. Esse sono condannate nella sacra Scrittura come gravi depravazioni e presentate, anzi, come la funesta conseguenza di un rifiuto di Dio. Questo giudizio della Scrittura non permette di concludere che tutti coloro, i quali soffrono di questa anomalia, ne siano personalmente responsabili, ma esso attesta che gli atti di omosessualità sono intrinsecamente disordinati e che, in nessun caso, possono ricevere una qualche approvazione"<sup>486</sup>.

Può essere una conclusione che provoca disagi ma serve ricordare, come già evidenziato, che un giudizio negativo nei confronti dell'omosessualità non significa assolutamente un atteggiamento avverso nei confronti di queste persona.

### **CURA PASTORALE DELLE PERSONE OMOSESSUALI (1986)**

Fu il primo documento del Magistero della Chiesa cattolica dedicato totalmente a questo tema.

Fu redatto nel 1986 come "Lettera ai Vescovi della Chiesa Cattolica" e pubblicato a seguito del diffondersi di "posizioni non conformi con l'insegnamento della

---

<sup>483</sup> *Persona Humana. Alcune questioni di etica sessuale*, op. cit., n. 8.

<sup>484</sup> *Persona Humana. Alcune questioni di etica sessuale*, op. cit., n. 8.

<sup>485</sup> *Persona Humana. Alcune questioni di etica sessuale*, op. cit., n. 8.

<sup>486</sup> *Persona Humana. Alcune questioni di etica sessuale*, op. cit., n. 8.

Chiesa<sup>487</sup> da parte di “gruppi di pressione”, che “non gradendo l’insegnamento del Magistero tentavano di sovvertirlo”<sup>488</sup>, oppure interpretando erroneamente alcune affermazioni di “Persona umana. Alcune questioni di etica sessuale” chiedevano una Dottrina differente<sup>489</sup>.

Esaminiamo le tesi principali.

-La Chiesa ha il diritto e il dovere di proclamare la morale cattolica anche relativamente all’omosessualità.

-La distinzione “fra condizione o tendenza omosessuale e atti omosessuali”. “L’inclinazione omosessuale” fino a quando non si concretizza in atti, non è “in sé peccato”, ma “una tendenza, più o meno forte, verso un comportamento intrinsecamente cattivo”, quindi va considerata “oggettivamente disordinata”. Mentre gli “atti omosessuali”, “non possono essere approvati in nessun caso”<sup>490</sup>.

-L’interpretazione delle Sacre Scritture

La Sacra Scrittura, condanna il comportamento omosessuale, non con “frasi isolate da cui si possono trarre discutibili argomentazioni teologiche, ma piuttosto sul solido fondamento di una costante testimonianza biblica”<sup>491</sup>.

”La teologia della creazione, presente nel libro della Genesi, fornisce il punto di vista fondamentale per la comprensione adeguata dei problemi posti dall’omosessualità”<sup>492</sup>. Dio, creò a sua immagine e somiglianza la persona, maschio e femmina, e affidò loro la cooperazione alla trasmissione della vita mediante la ‘reciproca donazione sponsale’”. Quindi, unicamente nella relazione coniugale, l’uso della sessualità, è moralmente retto.

Commenta il cardinale G. F. Ravasi: “L’uomo e la donna sono sempre la stessa realtà, l’una al maschile e l’altra al femminile. Anzi, perché la cosa sia ancora più comprensibile si usa un’altra immagine: i due saranno una carne sola. L’uomo si unirà alla sua donna: due principi si uniscono, due persone necessarie l’una all’altra, due pari; due occhi che si incontrano, due esseri simili che si incontrano e celebrano l’amore”<sup>493</sup>. E così conclude Ravasi: “Un famoso studioso tedesco dell’Antico Testamento, G. von Rad, ha sostenuto nel suo commento alla Genesi, un’ipotesi che non è forse del tutto da accantonare. Questa: ‘una carne sola’ è il bambino che nasce fra i due. Poiché essi si sono incontrati nell’amore, quella nuova creatura che continuerà la storia dell’umanità non è più né solo dell’uno né solo dell’altra, è ormai una carne sola che partecipa di entrambi e in cui si riflettono i volti dei genitori. E allora la finale di questa pagina è una finale piena di gioia e di pace: l’uomo si è realizzato”<sup>494</sup>.

Dunque, “scegliere un’attività sessuale con una persona dello stesso sesso equivale ad annullare il ricco simbolismo e il significato, per non parlare dei fini, del disegno del Creatore a riguardo della realtà sessuale. L’attività omosessuale non esprime un’unione complementare, capace di trasmettere la vita, e pertanto

---

<sup>487</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 1.

<sup>488</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 9.

<sup>489</sup> Cfr.: *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 14.

<sup>490</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 3.

<sup>491</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 5.

<sup>492</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 6.

<sup>493</sup> G.F. RAVASI, *Commento alla Bibbia*, vol. I, Ed. Corriere della Sera, pg. 357.

<sup>494</sup> *Commento alla Bibbia*, op. cit., 359.

contraddice la vocazione a un'esistenza vissuta in quella forma di auto-donazione che, secondo il Vangelo, è l'essenza stessa della vita cristiana"<sup>495</sup>

-L'ultima parte del Documento fornisce ai vescovi alcune indicazioni pastorali, in particolare sollecita la promozione di "un programma pastorale autentico per aiutare le persone omosessuali a tutti i livelli della loro vita spirituale, mediante i sacramenti e in particolare la frequente e sincera confessione sacramentale, mediante la preghiera, la testimonianza, il consiglio e l'aiuto individuale"<sup>496</sup>.

La conclusione del Documento ben riassume la posizione della Chiesa Cattolica nei confronti delle persone omosessuali. "Qualsiasi persona che vive sulla faccia della terra ha problemi e difficoltà personali, ma anche opportunità di crescita, risorse, talenti e doni propri. La Chiesa offre quel contesto del quale oggi si sente un'estrema esigenza per la cura della persona umana, proprio quando rifiuta di considerare la persona puramente come un 'eterosessuale' o un 'omosessuale' e sottolinea che ognuno ha la stessa identità fondamentale: essere creatura e, per grazia, figlio di Dio, erede della vita eterna"<sup>497</sup>.

### CONSIDERAZIONI CIRCA I PROGETTI DI RICONOSCIMENTO LEGALE DELLE UNIONI TRA PERSONE OMOSESSUALI (2003)

Riportiamo alcuni dei passaggi più significativi di questo Documento a firma del cardinale J. Ratzinger, allora Prefetto della Congregazione per la Dottrina della Fede.

"In presenza del riconoscimento legale delle unioni omosessuali, oppure dell'equiparazione legale delle medesime al matrimonio con accesso ai diritti che sono propri di quest'ultimo, è doveroso opporsi in forma chiara e incisiva. Ci si deve astenere da qualsiasi tipo di cooperazione formale alla promulgazione o all'applicazione di leggi così gravemente ingiuste nonché, per quanto è possibile, dalla cooperazione materiale sul piano applicativo. In questa materia ognuno può rivendicare il diritto all'obiezione di coscienza"<sup>498</sup>(...).

"La legalizzazione delle unioni omosessuali sarebbe destinata perciò a causare l'oscuramento della percezione di alcuni valori morali fondamentali e la svalutazione dell'istituzione matrimoniale"<sup>499</sup> (...).

"Come dimostra l'esperienza, l'assenza della bipolarità sessuale crea ostacoli allo sviluppo normale dei bambini eventualmente inseriti all'interno di queste unioni. Ad essi manca l'esperienza della maternità o della paternità. Inserire dei bambini nelle unioni omosessuali per mezzo dell'adozione significa di fatto fare violenza a questi bambini nel senso che ci si approfitta del loro stato di debolezza per introdurli in ambienti che non favoriscono il loro pieno sviluppo umano. Certamente una tale pratica sarebbe gravemente immorale e si porrebbe in aperta contraddizione con il principio, riconosciuto anche dalla Convenzione internazionale dell'ONU sui diritti dei bambini, secondo il quale l'interesse

---

<sup>495</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 7.

<sup>496</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 9.

<sup>497</sup> *Cura pastorale delle persone omosessuali*, op. cit., n. 16.

<sup>498</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Considerazioni circa i progetti di riconoscimento legale delle unioni tra persone omosessuali*, (2003), n. 5.

<sup>499</sup> *Considerazioni circa i progetti di riconoscimento legale delle unioni tra persone omosessuali*, op.cit., n. 6.

superiore da tutelare in ogni caso è quello del bambino, la parte più debole e indifesa”<sup>500</sup> (...).

“Poiché le coppie matrimoniali svolgono il ruolo di garantire l'ordine delle generazioni e sono quindi di eminente interesse pubblico, il diritto civile conferisce loro un riconoscimento istituzionale. Le unioni omosessuali invece non esigono una specifica attenzione da parte dell'ordinamento giuridico, perché non rivestono il suddetto ruolo per il bene comune”<sup>501</sup> (...).

### **CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA**

N. 2357: “L'omosessualità designa le relazioni tra uomini o donne che provano un'attrattiva sessuale, esclusiva o predominante, verso persone del medesimo sesso. Si manifesta in forme molto varie lungo i secoli e nelle differenti culture. La sua genesi psichica rimane in gran parte inspiegabile. Appoggiandosi sulla Sacra Scrittura, che presenta le relazioni omosessuali come gravi depravazioni, la Tradizione ha sempre dichiarato che ‘gli atti di omosessualità sono intrinsecamente disordinati’. Sono contrari alla legge naturale. Precludono all'atto sessuale il dono della vita. Non sono il frutto di una vera complementarità affettiva e sessuale. In nessun caso possono essere approvati”.

N. 2358: “Un numero non trascurabile di uomini e di donne presenta tendenze omosessuali profondamente radicate. Questa inclinazione, oggettivamente disordinata, costituisce per la maggior parte di loro una prova. Perciò devono essere accolti con rispetto, compassione, delicatezza. A loro riguardo si eviterà ogni marchio di ingiusta discriminazione. Tali persone sono chiamate a realizzare la volontà di Dio nella loro vita, e, se sono cristiane, a unire al sacrificio della croce del Signore le difficoltà che possono incontrare in conseguenza della loro condizione”.

N. 2359: “Le persone omosessuali sono chiamate alla castità. Attraverso le virtù della padronanza di sé, educatrici della libertà interiore, mediante il sostegno, talvolta, di un'amicizia disinteressata, con la preghiera e la grazia sacramentale, possono e devono, gradatamente e risolutamente, avvicinarsi alla perfezione cristiana”.

### **SONO POSSIBILI ITINERARI DI RI-ORIENTAMENTO?**

Un argomento di attualità riguarda “la definitività” di questo stato poiché circa il 20% delle persone con tendenze omosessuali avvertono la necessità di una forma di consulenza o terapia costruttiva, mirata al cambiamento per abbandonare uno stile di vita che può divenire anche auto-distruttivo. Ciò è previsto anche dall'OMS che nel Manuale Diagnostico, sotto il codice F66 – ICD-10 – parla di “persistente e marcato disagio per il proprio orientamento sessuale” e specifica che se l'individuo desidera un diverso orientamento a causa di disturbi psicologici o comportamentali associativi può aderirvi.

Inoltre, illustri psicologi e psicoterapeuti del '900, A. Adler (1870-1937),

---

<sup>500</sup> *Considerazioni circa i progetti di riconoscimento legale delle unioni tra persone omosessuali*, op.cit., n. 7.

<sup>501</sup> *Considerazioni circa i progetti di riconoscimento legale delle unioni tra persone omosessuali*, op.cit., n. 9.

C.W. Baars (1919-1981), E. Bergler (1899-1962), J. Lacan (1901-1981), G. Va De Aawer<sup>502</sup>, accreditati esperti nel settore, articoli della letteratura medica e psicologica e varie ricerche<sup>503</sup>, rispondono che lo stato di omosessualità non ha origine genetica<sup>504</sup> e non è definitivo, non essendo nella maggioranza dei casi innato ma unicamente e profondamente radicato psicologicamente e sociologicamente.

Le persone omosessuali, dispongono come ogni uomo, di una natura eterosessuale che faticano a scoprire e a sviluppare per svariati motivi. E' il pensiero di I. Bieber (1909-1991), uno dei più influenti psicoanalisti americani che affermava: "E' nostra opinione che ogni omosessuale sia, in realtà, un eterosessuale 'latente' "<sup>505</sup>. Interessante è anche la tesi di A. Alder, collaboratore di S. Freud, che si allontanò dalla psicoanalisi non condividendone le ossessioni per la sessualità e costituì una scuola psicologica autonoma nominata "psicologia individuale comparata". Nel testo *Das problem der Homosexualitat*<sup>506</sup> afferma che "molti omosessuali oppongono una violenta resistenza alla loro perversione e cercano di guarire"<sup>507</sup> e "(...) tanti pervertiti sentivano la loro perversione come un pesante, o davvero insopportabile, martirio e volevano essere liberati a qualsiasi prezzo"<sup>508</sup>. Eppure, già allora, siamo alla fine del XIX secolo e all'inizio del XX: "(...) nessuno aveva mai reso noto in più ampie cerchie neppure uno dei casi di inconfutabile guarigione dall'omosessualità, tanto che tutti i, pur numerosi, casi di 'superamento dell'omosessualità' sono stati dimenticati"<sup>509</sup>. Nel testo Adler descrive anche sette casi clinici accompagnati dalla seguente osservazione: "trasformare un codardo già adulto in un essere umano coraggioso (...). È infatti su questo che si incentra principalmente la terapia dell'omosessualità, come del resto anche quella della psiconevrosi"<sup>510</sup>. Nonostante l'uso di alcuni termini "forti" (codardia, perversione...), Adler sosteneva che il terapeuta deve possedere una appassionata inclinazione affettiva per i suoi pazienti: "L'intero processo educativo della terapia necessita della massima delicatezza pedagogica e di modi molto garbati"<sup>511</sup>.

Di conseguenza, in base a ciò che abbiamo affermato in precedenza, riteniamo che "liberamente", si possa intraprendere itinerari di ri-orientamento ad un'eterosessualità armoniosa ed appagante, anche se molti ritengono che non ci sia alcuna terapia per l'omosessualità ma le attrazioni sessuali per le persone dello stesso sesso sono naturali o congenite.

Negli Stati Uniti sono presenti associazioni, accreditati luoghi di ricerca e

---

<sup>502</sup>Psicologo e psicoterapeuta olandese vivente, una delle massime autorità mondiali in tema di omosessualità.

<sup>503</sup> cfr.: La review redatta nel 2005 da Gerard Van Den Aardweg *Omosessualità e fattori biologici: prove reali – nessuna; interpretazioni fuorvianti: molte*, che si integra con la più recente *On the psychogenesis of Homosexuality del 2011*).

<sup>504</sup> Cfr. J. TESTART, *Le désir du gène*, Flammarion, Parigi 1994.

<sup>505</sup> I BIEBER, *Omosessualità*, Il Pensiero Scientifico Editore, Napoli 1977, pg. 241.

<sup>506</sup>Tr. it. *Psicodinamica dell'eros*, Mimesis, Milano 2015.

<sup>507</sup> *Psicodinamica dell'eros*, op. cit, pg. 90.

<sup>508</sup> *Psicodinamica dell'eros*, op. cit, pg. 91.

<sup>509</sup> *Psicodinamica dell'eros*, op. cit, pg. 90.

<sup>510</sup> *Psicodinamica dell'eros*, op. cit, pg. 47.

<sup>511</sup> *Psicodinamica dell'eros*, op. cit, pg. 48.

di pratica clinica, che propongono “terapie riparative” all’omosessualità. Ad esempio: il NARTH (Nacional Association for Research and Therapy of Homosexuality), il PATH (Positive Alternative to Homosexuality), il JONAH (Jews Offering New Alternative to Homosexuality).

In Italia, la situazione è ambigua. Chi dichiara la possibilità per la persona omosessuale di ri-orientare la propria vita, potrebbe rischiare una denuncia per omofobia o se, psicologo, essere sospeso dalla sua attività. Casi emblematici furono quelli nei confronti di G. Povia che presentò la canzone “Luca era gay”<sup>512</sup> al Festival di Sanremo 2009, aggiudicandosi il secondo posto e quello del dott. Paolo Zucconi, psicologo da trent’anni e specializzato in psicoterapia cognitivo-comportamentale, sospeso per tre mesi dal Consiglio “dell’Ordine degli Psicologi della Lombardia” poichè sul sito internet: “guida psicologi.it”, osò rispondere ad positivamente alla seguente domanda di un lettore: “È possibile uscire dall’omosessualità?”. Zucconi articolò la sua risposta citando i protocolli della terapia cognitivo-comportamentale, da tempo utilizzati con successo negli Stati Uniti ma anche in Europa, e spiegò che “quando una persona avverte un evidente disagio nel suo comportamento sessuale può ricorrere a queste terapie”. Il Consiglio dell’Ordine lo accusò di vistose lacune nelle sue conoscenze scientifiche. Come pure altri psicologi che si sono esposti pubblicamente parlando di “cura” e di “guarigione” o utilizzando i termini: “terapia”, “remissione dei sintomi”, “nevrosi”.... sono stati denunciati da altri colleghi, abbandonando al loro destino, e questo è fortemente scorretto deontologicamente, pazienti che vivono come un assillante problema e profonda sofferenza la propria omosessualità, perciò desiderano superare questo stato.

Come abbiamo potuto constatare scorrendo la letteratura scientifica internazionale, possiamo affermare che abbandonare tendenze sessuali indesiderate è possibile; è un itinerario difficoltoso e il successo non è garantito a tutti<sup>513</sup>. Chi intende seguirlo va supportato con amore, comprensione e pazienza nel cammino di verifica anche per superare i timori provocati dalle bagarre mediatiche che vogliono far riconoscere l’omosessualità come normale, naturale e immutabile, e da chi esorta a rassegnarsi a questa situazione. Utile è anche la frequentazione dello psicologo e della psicoterapia; pratica che procura eccellenti risultati.

## **Excursus2. Omofobia: una rischiosa legge che limita la libertà di espressione**

In Italia, a tutti i cittadini, comprese le persone omosessuali, sono garantiti accurati diritti costituzionali essendo “*la legge uguale per tutti*”; quindi, insultare o percuotere una persona omosessuale, ha la stessa gravità che colpire

---

<sup>512</sup> Il testo narra la storia di un uomo che in seguito ad una situazione familiare difficile divenne omosessuale. Il padre era lontano e possedeva un attaccamento morboso della madre che continuamente gli ripeteva: “non sposarti mai”. Avere una relazione con una donna era vissuto da lui come un tradimento. Ma alla fine l’uomo conosce una donna, la sposa ed ha dei figli da lei.

<sup>513</sup> Cfr.: <http://omosessualitaeidenta.blogspot.com/2009/03/omosessualita-e-fattori-biologici-dr.html>



un eterosessuale, un disabile, una donna incinta o un bambino. E le normative per combattere le violenze e le discriminazioni sono presenti nel Codice Penale. E' carente, invece, l'applicazione con rigore delle leggi e la certezza della pena.

Nel novembre 2007 nell'ambito del cosiddetto "Decreto sicurezza" riguardante disposizioni urgenti in materia di allontanamento dal territorio italiano di extra-comunitari e nel luglio 2011, alcuni parlamentari del Centro Sinistra, proposero una normativa che avrebbe punito, anche con la reclusione, chi esprimeva giudizi etico-morali sull'omosessualità pur non rivestendo valenze discriminatorie. I due atti del Parlamento furono respinti per incostituzionalità.

Nel 2013, il deputato PD Ivan Scalfarotto presentò un DDL contro l'omofobia e la transfobia, che in sostanza estende la legge Mancino-Reale sulle discriminazioni etniche, razziali e religiose ad atti motivati da omofobia e transfobia. Secondo il parere di alcuni giuristi il testo è assai ambiguo e offre la possibilità a varie interpretazioni<sup>514</sup>, in particolare si lascia ampia discrezione alla qualificazione che ne faranno prima il Pubblico Ministero e, successivamente, il Giudice. Molto esplicito è l'avvocato S. Spinelli: "In sostanza, chiunque si ostini a sostenere e a propagandare che chi è attratto da persone dello stesso sesso, o chi si percepisce di sesso diverso da quello che ha non può sposarsi o non può avere il diritto di adottare figli, né di procurarseli al mercato degli embrioni o degli uteri in affitto, potrebbe essere punito perché discrimina o incita alla discriminazione degli omosessuali", e amaramente conclude: "La legge penale è irretroattiva e il disegno di legge Scalfarotto deve essere ancora approvato. Il reato non dovrebbe configurarsi per le opinioni espresse prima della sua entrata in vigore. Dico ciò a salvezza non solo delle affermazioni della Consulta<sup>515</sup> ma soprattutto delle mie affermazioni rese nelle presenti note. Si pensi che domani, forse, non sarebbe più possibile esprimersi negli stessi termini. E parlano di civiltà"<sup>516</sup>.

L'introduzione nel codice penale di un' aggravante specifica a favore delle persone omosessuali provocherebbe gravissime discriminazioni nei riguardi di tutti, rendendo alcuni cittadini più protetti rispetto ad altri, creando disparità in sede penale nei confronti di uno stesso reato, imponendo inaccettabili limitazioni alla libertà costituzionale di espressione del proprio pensiero e alla protezione del diritto di opinione. Una libertà di espressione, ad esempio alla satira, che molti hanno fortemente difeso dopo il tragico attentato terroristico al giornale francese "Charlie Hebdo"

Da notare, infine, come ricordava C.L. De Secondat de Montesquieu, giurista e pensatore politico francese (1689-1755), che "le leggi inutili indeboliscono le leggi necessarie"<sup>517</sup> soprattutto in un contesto come quello italiano dove non esiste nessuna "emergenza omofobia" come dimostrano i dati

---

<sup>514</sup> "La differenza tra un mero pregiudizio e una reale discriminazione dipenderà ovviamente dalle condizioni di tempo e di luogo, nel corso delle quali si manifesterà il messaggio, dalle modalità di estrinsecazione del pensiero, da precedenti condotte dell'autore, e così via, in modo da verificare se il fatto si possa ritenere realmente offensivo del bene giuridico protetto" ([http://www.camera.it/\\_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0003090.pdf](http://www.camera.it/_dati/leg17/lavori/stampati/pdf/17PDL0003090.pdf)).

<sup>515</sup> Si legge nell'articolo: "(...) mentre la stessa Corte Costituzionale è già intervenuta con la sentenza 138 del 2010 a sancire che «le unioni omosessuali non possono essere ritenute omogenee al matrimonio».

<sup>516</sup> Fonte: <http://www.tempi.it/omofobia-legge-scalfarotto-eterofobia-reato-opinione#.Ue75rqxC6fh>

<sup>517</sup> C.L. DE SECONDAT DE MONTESQUIEU, *Lo spirito della legge*, vol II, Rizzoli, Milano 1968, pg. 733.

del periodo 1 ottobre 2013 - 8 ottobre 2014, quando ci sono state 33 segnalazioni, pervenute 5 da associazioni LGBT, 2 da articoli di stampa, 9 dai Carabinieri, 9 dalla Polizia di Stato e 8 dall'UNAR. Le segnalazioni sono state relative a 13 lesioni, 12 ingiurie, 2 danneggiamenti, 4 minacce, 2 suicidi/omicidi. Per comprendere questi dati, vanno confrontati con quelli pubblicati dalla Direzione Centrale della Polizia Criminale relativi allo stesso periodo, riguardanti il cosiddetto "femminicidio": 4.038 donne hanno subito violenze sessuali, 12.117 maltrattamenti in famiglia e 12.320 atti persecutori.

Cosa accadrebbe se questo Disegno di Legge fosse approvato?

Immaginiamo alcune conseguenze.

Io sacerdote e tutti i miei colleghi, vescovi e cardinali compresi, potremmo rischiare sanzioni penali, e anche il carcere, se in un'omelia domenicale affermassimo contrarietà agli orientamenti sessuali, o al riconoscimento giuridico dei matrimoni tra persone omosessuali o alla loro richiesta di adottare dei figli. Emblematica, fu l'avventura di un pastore protestante svedese, condannato per un sermone riguardante la peccaminosità del comportamento omosessuale e quella di J. Craven che fu denunciato nel 2011 a Manchester per insulti omofobi. A Craven, che per sette anni predicò "in strada" il Vangelo, nel 2011 due ragazzi chiesero cosa pensasse dell'omosessualità. Lui rispose citando passi della Bibbia e aggiungendo: "Dio odia il peccato ma ama il peccatore". I due ragazzi, dopo essersi baciati davanti a lui e mimato atti sessuali, querelarono l'uomo per insulti omofobi. Il predicatore fu denunciato in base alla sezione 4A del "Public Order Act" per aver causato "allarme, molestia o sofferenza".

E voi lettori, magari, potreste vivere la stessa disavventura di una coppia di coniugi inglesi della contea del Lancashire non favorevole alle adozioni per le coppie omosessuali. Per questa affermazione, furono visitati da due poliziotti, subendo per 80 minuti una severa lezione sulla loro presunta omofobia. Da notare che in quella Contea, dall'introduzione della legge, le aggressioni alle persone omosessuali sono aumentate del 17%.

L'attacco parlamentare è in corso; l'onorevole A.M. Concia, tra gli altri, come evidenziato dal quotidiano *Avvenire*, ha assicurato il suo impegno per una "battaglia di civiltà contro le discriminazioni e la violenza, dentro e fuori il Parlamento"<sup>518</sup> e P.L. Bersani commentò così la sconfitta del luglio 2011: "questo voto è una vergogna, una delle pagine più brutte e spero che non passi inosservato".

Questi tentativi parlamentari favoriscono alcune riflessioni.

*Prima.*

I movimenti omosessualisti si presentano all'opinione pubblica "vittime di intolleranza e di violenza", mentre la loro tolleranza delle altrui idee è spesso carente come dimostrò la denuncia a G. Povia per la canzone "Luca era gay". Eloquenti è pure l'episodio riguardante il francese monsignor T. Anatrella, gesuita, psicoanalista, specialista in psichiatria sociale e commentatore sul "Lexicon. Termini ambigui e discussi su famiglia, vita e questioni etiche"<sup>519</sup> dei vocaboli "omosessualità" e "omofobia". Fu accusato di abusi sessuali da due

---

<sup>518</sup> AVVENIRE, 27 luglio 2011, pg. 13.

<sup>519</sup> EDB, Bologna 2003.

attivisti gay; inseguito si provò la falsità delle accuse. Si colpì con calunnie e discredito, esigendo il ritiro dell'opera, chi aveva manifestato una visione contraria all'omosessualità. Sempre a proposito di questi "termini", ci fu il 16 giugno 2003 una querela presso la Questura di Bologna da parte di Paolo Dell'Orto, presidente dell'"Associazione Genitori di Omosessuali" (AgeDO). Il Pubblico ministero l'archiviò il 23 giugno 2003<sup>520</sup>.

Da ultimo, non possiamo dimenticare, che le persone con tendenze omosessuali sono molte meno di quanto afferma la propaganda per la normalizzazione dell'omosessualità. "Secondo uno studio realizzato negli Stati Uniti nel settembre del 2011, le coppie, composte da persone dello stesso sesso rappresentano lo 0,55% dei nuclei americani. Nel 2010 c'erano 650.000 nuclei composti da persone dello stesso sesso di cui 132.000 sposati e questo rappresenta una percentuale molto ridotta rispetto alla popolazione americana"<sup>521</sup>. "Secondo uno studio realizzato in Francia nel 1992<sup>522</sup>, il 4,1% degli uomini e il 2,6% delle donne hanno dichiarato di avere avuto, almeno una volta nella vita, un'esperienza omosessuale. Nell'ultimo sondaggio pubblicato nel 2008, si nota che in totale solamente il 4% delle donne e il 4,1% degli uomini tra i 18 e i 39 anni dichiarano di aver sperimentato pratiche sessuali con un partner dello stesso sesso"<sup>523</sup>. Se si tolgono da queste le percentuali delle esplorazioni adolescenziali, le pratiche di reazione e di sfida, il bisogno di rispondere alle pressioni di una moda, il numero delle persone definite 'omosessuali', si riduce in maniera considerevole. Gli statistici dello studio sopra citato hanno registrato che nell'anno di riferimento, l'1,1% degli uomini e lo 0,3% delle donne hanno avuto contatti sessuali con una persona dello stesso sesso. Vi è quindi uno sfasamento importante tra la rappresentazione sociale e la pratica reale dell'omosessualità nella società. L'invasione e la manipolazione delle immagini da parte dei media, l'ascendente degli interventi dei militanti e gli effetti della moda che si diffondono nella società a causa dell'alterazione del significato della differenza sessuale danno l'impressione di un numero importante di omosessuali quando questo è in realtà molto esiguo"<sup>524</sup>.

*Seconda.*

I massmedia, sempre attenti ad ogni atto negativo nei confronti degli omosessuali, degli immigrati, dei rom e degli islamici..., spesso ignorano gli atti definiti di cristianofobia in aumento non solo nei Paesi asiatici e africani ma anche in quelli

---

<sup>520</sup> Questa è la spiegazione del Pubblico ministero: "Ma, se è incontestabile la piena liceità di tali pubblicazioni ed iniziative (da parte dell'AgeDO), stupisce invece che la querela non voglia riconoscere una simmetrica e pari libertà ad esponenti del mondo cattolico, di raccogliere in un volume il loro pensiero (...). Per fortuna viviamo in un Paese libero. L'art. 21 della Costituzione è il caposaldo di ogni dibattito culturale, anche su temi sociali e religiosi (sui quali ultimi concorre anche la libertà garantita, dall'art. 19 Cost.)." "I libri - strumento essenziale della nostra civiltà e della nostra cultura, per il progresso collettivo della società ed individuale delle persone - in altri tempi e in altri luoghi venivano bruciati pubblicamente, mentre oggi non possono essere sequestrati (come già spiegato nel provvedimento citato in data 20 giugno 2003) né penalizzati". "Ritenuta quindi l'infondatezza assoluta, della notizia di reato devesi richiedere immediatamente l'archiviazione, per insussistenza dei reati ipotizzati dalla querela".

<sup>521</sup> *La teoria del "gender" e l'origine dell'omosessualità*, op. cit., pg. 84.

<sup>522</sup> Cfr.: *Rapport Spira, Comportaments sexuel des francais*, Documentation française, Paris 2007.

<sup>523</sup> Cfr.: *La sexualité en France*, Rapport de Bajos Nathalie et Bozon Michel, La découverte, Parigi 2008, pg. 245.

<sup>524</sup> *La teoria del "gender" e l'origine dell'omosessualità*, op. cit., pg. 85.

europei. Emblematico, tra i molti, fu lo spot di Sky Italia: “Sky fa miracoli” (agosto-ottobre 2011), che derise il cristianesimo per promuovere un prodotto commerciale; ferì i cattolici ma nessuno lo condannò. E forse, pochi ricordano, che il 20 aprile 2005, il giorno seguente l’elezione di Papa Benedetto XVI, un quotidiano italiano commentò questo evento ponendo in prima pagina la foto del Papa, con la scritta “il pastore tedesco”. E come dimenticare che nel luglio 2011 alla consigliera emiliana Silvia Noè fu negata la presidenza della Commissione “Pari Opportunità” poichè cattolica. Dichiarò la Noè: “Sono stata discriminata per le mie convinzioni: evidentemente l’Emilia Romagna è una regione dove i cattolici non hanno più diritto di cittadinanza. E questo è un fatto gravissimo”.

*Terza.*

Si vuole proporre alla società il “modello omosessuale” come un comportamento “normalizzato”, e chi sostiene la normalità e l’armonia delle differenze sessuali, è tacciato come nemico della libertà o omofobo; sono esempio le molteplici aggressioni che in questi ultimi mesi hanno subito i vari gruppi delle “Sentinelle in piedi”<sup>525</sup>.

Tutto ciò, ovviamente, è negativo, come più volte ricordato, nella formazione della personalità degli adolescenti e dei giovani.

*Quarta.*

Leggi riguardanti il campo sessuale e riproduttivo o i rapporti di amore, sono profondamente errate poichè “il diritto”, in queste tematiche, trova il naturale fondamento nell’identità dell’uomo e della donna e nella legge naturale.

Cosa serve oggi?

Memori dell’ammonimento di Secondat de Montesquieu che “non bisogna toccare le leggi che con mano tremante”<sup>526</sup>, concordiamo con la risposta di M. Tarquinio, direttore di *Avvenire*: “serve tanta buona educazione”. “Che non è solo galateo, ma appunto un’educazione buona, cioè vera e umanamente profonda. Tesa a formare uomini e donne di autentica e civile moralità, che sentono e riconoscono come del tutto sbagliate e, dunque, da riprovare e ritenere giustamente sanzionabili brutalità e aggressivi esibizionismi, invettive e insulti, volgarità e provocazioni. Questo, e solo questo, serve a questo nostro Paese: leggi uguali per tutti”<sup>527</sup>.

---

<sup>525</sup> “Sentinelle in Piedi è una resistenza formata da persone che vegliano su quanto accade nella società denunciando ogni occasione in cui si cerca di distruggere l’uomo e la civiltà. Le Sentinelle vegliano nelle piazze per risvegliare le coscienze intorpidite e passive di fronte al pensiero unico. Ritti, silenti e fermi vegliamo per la libertà d’espressione” (cfr.: [www.sentinelleinpiedi.it](http://www.sentinelleinpiedi.it)).

<sup>526</sup> *Lo spirito delle leggi*, op. cit., pg. 700.

<sup>527</sup> *AVVENIRE*, 27 luglio 2011, pg. 1.

## CAP. 10 - L'AIDS

### INDICE DEL CAPITOLO

#### **1. Storia della malattia e contagio**

#### **2. Aspetti scientifici**

#### **3. Aspetti culturali**

#### **4. Aspetti etici**

4.1. Rapporto medico paziente e segreto professionale

4.2. Vita matrimoniale e sessuale

4.3. Obbligatorietà del test

4.4. Schedatura

4.5. Spesa sanitaria e ricerca scientifica

#### **5. Prevenzione ed informazione: Il caso del contraccettivo**

#### **6. La cura del malato**

#### **7. Problematiche particolari**

7.1. Aborto

7.2. Infanzia

#### **8. La proposta della Chiesa Cattolica e non solo**

AIDS, droga e alcolismo non conoscono confini geografici né barriere ideologiche; colpiscono a tutte le età, soprattutto i giovani, mietendo migliaia di vittime.

Queste drammatiche situazioni chiamano in causa i modelli proposti dalle società contemporanee mostrando delle evidenti “mentalità” contro la vita umana che possiamo definire “strutture di peccato”. Perciò, come rammentava H. Kung, “L’etica che nella modernità era considerata in misura crescente come una questione privata, nella post-modernità – per il bene dell’uomo e la sopravvivenza dell’umanità – deve tornare ad essere un’ esigenza pubblica di primaria importanza”. Dunque, “l’umanità post moderna richiede valori, fini e ideali”<sup>528</sup>.

Inoltre l’AIDS, spesso conseguenza di rapporti sessuali scorretti, come pure gli effetti della droga e l’abuso dell’alcol, sfruttando la fragilità della condizione umana non attengono unicamente alla patologia fisica ma anche a quella psichica e spirituale, spegnendo nel cuore delle vittima le motivazioni per vivere e le ragioni più profonde della speranza.

Questo capitolo e il seguente si prefiggono l’ostico obiettivo di offrire indicazioni di speranza soprattutto alle giovani generazioni per non lasciarsi “incatenare” da schiavitù che portano alla disperazione e in alcuni casi alla morte, convinti che nessuno è irrecuperabile se partirà nella ricostruzione della personalità dalle potenzialità presenti in lui. Il malato di AIDS, il tossicodipendente e l’alcolista sono fragili da fortificare, impauriti da rassicurare, immaturi da emancipare. Ricordava P. Devlin: “per nessun uomo vale la pena di modificare la propria condotta solo sul criterio di poter sfuggire alla punizione, per questo ogni società degna di questo nome crea per i suoi membri dei criteri superiori a quelli della legge”<sup>529</sup>.

---

<sup>528</sup> H. KUNG, *Progetto per un’etica mondiale*, (1990), trad. it. di G. MORETTO, Rizzoli, Milano 1991, pg. 23.

<sup>529</sup> P. DEVLIN, *The enforcement of morals*, Oxford University Press 1965, pg. 121.

La lotta all'AIDS, alla droga e all'alcol, si vinceranno unicamente nel "campo di battaglia dei valori".

## 1. Storia della malattia e del contagio

L'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome o Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) è una malattia infettiva del "sistema immunitario"<sup>530</sup>, trasmissibile e ad elevata mortalità. E' provocata dal virus denominato HIV (Human Immunodeficiency Virus) che producendo l'immunodeficienza<sup>531</sup> distrugge progressivamente gli anticorpi dell'uomo, quelli che lo difendono da "agenti estranei" pericolosi, rendendo le persone più vulnerabili alle infezioni.

Il virus HIV causa un ampio spettro di manifestazioni che vanno dalle infezioni acute alle gravi patologie opportunistiche e neoplastiche che caratterizzano, appunto, il quadro dell'AIDS conclamata.

La patologia fu identificata dal "Center for Disease Control and Prevention" (CDC)<sup>532</sup> il 5 giugno 1981 quando registrò, a Los Angeles, in cinque persone omosessuali casi sospetti di polmonite da "pneumocystis carinii pneumonia"<sup>533</sup>. Il fatto stupì, poiché questa malattia colpisce solitamente soggetti affetti da morbi del sistema immunologico. Il "Center for Disease Control" (CDC) responsabile della vigilanza epidemiologica degli USA affermò: "E' una malattia indicatrice di una deficienza sottesa dell'immunità cellulare in persone che non mostrano deficienza cellulare"<sup>534</sup>.

Il virus, però, fu isolato ufficialmente solo nel 1985 a seguito della morte dell'attore statunitense omosessuale Rock Hudson e si diffuse rapidamente in ogni angolo del pianeta, prevalentemente nei Paesi dell'Africa subsahariana. Il virus letale si era già diffuso "silenziosamente", in tutto il mondo, fra il 1960 e il 1980<sup>535</sup>.

Con oltre 25 milioni di morti (75% africane) l'Aids è una delle maggiori e più aggressive pandemie della storia. Attualmente l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ritiene, nonostante i recenti miglioramenti con l'accesso ai trattamenti antiretrovirali e le difficoltà nel reperire cifre attendibili, che oltre 36 milioni di soggetti siano affetti da AIDS<sup>536</sup> di cui 50 mila in Italia presenti prevalentemente in Lombardia, Lazio, Liguria ed Emilia Romagna.

Nei primi mesi del 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, lanciò un nuovo allarme poiché l'infezione in calo fra la "popolazione generale", dilagava ampiamente fra le persone omosessuali. G. Hirschall, capo dipartimento HIV presso l'OMS, rilevò che il rischio di contagio tra le persone omosessuali è 19 volte più alto che nel resto della popolazione e i transessuali rischiano 50 volte di

---

<sup>530</sup> Insieme di cellule dell'organismo che intervengono nella difesa delle infezioni o contro la penetrazione di qualsiasi elemento estraneo al corpo.

<sup>531</sup> Condizione nella quale è menomata l'efficienza delle difese immunitarie.

<sup>532</sup> Scopritori furono R. Gallo e L. Montagnier con i rispettivi gruppi di ricerca.

<sup>533</sup> Microorganismo tra quelli più comunemente presenti nelle infezioni in soggetti immunodepressi.

<sup>534</sup> R. NAJERA, in AA VV, *Sida, un problema de salud publica*, Diaz de Santos, Madrid 1987, pg. 82.

<sup>535</sup> Per approfondire l'argomento: M. GRMEK, *Storia di una epidemia attuale*, Laterza, Roma-Bari 1989.

<sup>536</sup> Cfr. : [www.unaids.org](http://www.unaids.org)

più, rispetto agli eterosessuale, di essere contagiati.

Escluso “il caso Italia” e quello riguardante “i Paesi occidentali”, la maggioranza di questi malati sono poveri, poichè anche l’AIDS, come la maggioranza delle epidemie nuoce vittime fra le categorie più fragili, gli “scarti” delle società, emarginandoli e in alcuni casi privandoli di cure adeguate. Per questo, la comunità internazionale, deve adottare nei confronti delle popolazioni più a rischio strategie di solidarietà.

Così fu definita l’AIDS dalla “Commissione Nazionale per la lotta all’AIDS” del Ministero della Sanità nel 1987 (seduta 22 gennaio 1987): “L’AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) è una malattia infettiva trasmissibile ad elevata mortalità causata dal virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) che preferibilmente colpisce le cellule del sistema immunitario, esponendo l’individuo a contrarre molteplici infezioni ed alcuni tipi di tumore. Lo stesso virus causa un’infezione che può essere responsabile di diversi quadri clinici (che possono precedere l’AIDS) o non dar luogo ad alcuna sintomatologia (portatore asintomatico). La sorgente dell’infezione è costituita non solo dai malati ma anche da portatori asintomatici”.

Quattro le vie di contagio.

#### *1. Il contagio sessuale.*

La trasmissione della malattia avviene per “via sessuale” mediante rapporti sessuali tra soggetti omosessuali<sup>537</sup> ed eterosessuali infetti<sup>538/539</sup>.

Di conseguenza, un alto numero di rapporti sessuali occasionali o un eccessivo numero di partner sessuali ampliano le percentuali di rischio. E il virus è trasmesso mediante lo sperma e gli altri liquidi biologici.

#### *2. Il contagio parenterale (o trascurante).*

La trasmissione della malattia avviene mediante l’uso di siringhe o di aghi contaminati con sangue infetto in persone assuefatte alle droghe. “Tra l’ago e la siringa, dopo l’uso, resta sempre un po’ di sangue (circa un microlitro), e quando il materiale è usato di nuovo, soprattutto se più volte e da più soggetti il rischio di iniettare una carica infettante del virus diviene elevatissimo”<sup>540</sup>.

A rischio è pure chi è costretto a ricevere emoderivati per tutta la vita; particolarmente gli emofiliaci.

---

<sup>537</sup> “Per ‘omosessualità’ intendiamo la condizione umana di una persona che a livello di sessualità, è caratterizzata dalla peculiarità di sentirsi costituzionalmente condizionata ad esprimersi sessualmente solo con un partner dello stesso sesso (...). Per omosessualità non intendiamo quindi direttamente ed esclusivamente i comportamenti omosessuali, ma la condizione omosessuale di una persona che, attraverso i comportamenti cerca la propria realizzazione (...). Infine, la condizione omosessuale non comporta di per sé nessun contenuto patologico dal punto di vista somatico o psichico” (J. C. BERMEJO, Voce AIDS, in AA. VV, *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1997, pg. 26).

<sup>538</sup> “E’ stato chiarito che nel rapporto fisico tra omosessuali, le uniche pratiche sicuramente a rischio (in particolare per il soggetto passivo) sono rappresentate dai traumatismi che quasi sempre precedono il coito anale” (G. VISCO- E. GIRARDI, AIDS, *epidemia del secolo? Il punto sulla situazione in Italia e nel mondo*, Editori riuniti, Roma 1989, pg. 9).

<sup>539</sup> “Nei rapporti etero sessuali le ricerche hanno suggerito che i rapporti vaginali costituiscono un canale di trasmissione e confermano altresì l’esistenza del contagio da uomo a donna e da donna a uomo” (C. DE SIMONE -a cura di, *Affrontare l’AIDS. Indicazione per la sanità pubblica, la salute del singolo e la ricerca*, Sigma-Tau, Roma 1987, pg. 70).

<sup>540</sup> AIDS, *epidemia del secolo? Il punto sulla situazione in Italia e nel mondo*, op. cit., pp. 46-47.

### *3. Il contagio da madre a figlio.*

La trasmissione dell'infezione da HIV può avvenire anche da parte di madri che infettano il concepito durante la gravidanza; nell'utero attraverso il cordone ombelicale, o nel parto essendo il corpo del bambino esposto al sangue della madre, oppure con l'allattamento materno.

### *4. Il contagio di altre categorie.*

Altre fonti di trasmissione dell'infezione sono i trapianti d'organo e l'inseminazione artificiale.

Dunque, il virus, si diffonde con il contatto diretto con il liquido biologico infetto o con il contatto con il sangue di una persona portatrice della patologia.

Non si sono registrati casi di trasmissione a seguito di "convivenze" (uso dello stesso appartamento o di oggetti adoperati da persone già infette...), oppure per vie "indirette" (saliva, lacrime, sudore, aria, acqua, animali...), o mediante baci. Anche il rischio d'infezione per gli operatori sanitari derivante da motivi di lavoro è molto basso.

Il trascorrere del tempo, e l'approfondimento scientifico della patologia, identificarono le modalità di trasmissione mostrando che l'epidemia possedeva configurazioni difformi rispetto alle precedenti. In particolare, l'intersecarsi dell'aspetto medico e culturale correlato alla trasformazione dei costumi sessuali e allo sfruttamento del sesso per finalità edonistiche.

Perciò, era opportuno, coordinare l'aspetto sanitario con quello educativo, poiché il preservativo, proposto come soluzione privilegiata, non avrebbe arginato la strage.

L'AIDS esige una riflessione etica e sociale particolare, essendo questo un problema non unicamente personale ma societario a causa dell'alto rischio di contagio conseguente a determinati comportamenti sessuali, come pure è una questione di giustizia poiché "le vittime spesso non hanno voce essendo i tossicodipendenti di New York, di Madrid, di Milano o di San Juan; le minoranze afro-americane o ispaniche negli Stati Uniti, le masse impoverite dell'Africa nera o del sudest asiatico"<sup>541</sup>.

In questi decenni troviamo anche un ampio coinvolgimento legislativo<sup>542</sup>.

---

<sup>541</sup> J.J. FERRER, *Sida y bioetica: de la autonomía a la justicia*, Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 1997, pg. 284.

<sup>542</sup> *Alcuni interventi.*

- Rapporto del convegno sul legame tra viaggi internazionali e infezione da HIV (Ginevra, 2-3 Marzo 1987);
- Rapporto del meeting sui Criteri da adottare per i programmi di Screening dell'HIV (Ginevra, 20-21 Maggio 1987);
- Documento del convegno sulla Prevenzione e il controllo del l'Aids nelle Carceri (Ginevra, 10-18 Novembre 1987);
- Rapporto del Meeting OMS sui criteri per la classificazione e la Standardizzazione dei Tests Diagnostici per la Ricerca degli anticorpi HIV (Stoccolma, 7-8 Dicembre 1987);
- Dichiarazione di Londra sulla Prevenzione dell'Aids adottata il 28 Gennaio 1988 dal Summit Mondiale dei Ministri della Sanità per i programmi sulla Prevenzione dell'Aids (Londra, 20-28 Gennaio 1988), organizzato dall'OMS e dal Governo del Regno Unito;
- Rapporto del convegno sugli Aspetti Neuro-Psichiatrici dell' Infezione da HIV (Ginevra, 14-17 Marzo 1988);
- Dichiarazione risultante dal Convegno sull'Aids nel posto di lavoro, organizzato dall'OMS e dall'ILO (Ginevra, 21-29 Giugno 1988);
- Dichiarazione di consensus risultante dal Convegno sulla Denuncia del Partner per la Prevenzione del Contagio (Ginevra, 11-13 Gennaio 1989);



Pur essendo l'AIDS causata da comportamenti trasgressivi e promiscui che l'emarginazione, la povertà e lo sfruttamento aumentano, e frequentemente questi malati sono tossicodipendenti o omosessuali, non possiamo ridurre il discorso unicamente al settore etico-morale come affermò il cardinale K. Lehmann: "Non possiamo ridurre il nostro messaggio ad alcuni e pochi ristretti quesiti di teologia morale, come ad esempio la valutazione della omosessualità, il controllo dei concepimenti e i rapporti sessuali tra i malati di AIDS. Tali problemi hanno la loro importanza nella giusta sede, ma in ultima analisi possono essere risolti in modo convincente soltanto prendendo in considerazione l'insieme del messaggio cristiano di salvezza. Se predichiamo veramente 'la speranza contro ogni speranza' (cfr. Rom. 4,18), i problemi etici di coloro che rispondono a tale invito si risolvono quasi da sé"<sup>543</sup>.

Perciò è importante, ma non è sufficiente, unicamente la risposta assistenziale ma è fondamentale porre accanto a questa anche quella che A. Autiero definisce "carità di tipo intellettuale"<sup>544</sup> sia nei confronti dei malati che dei sani, a livello preventivo, con l'obiettivo di supportare la persona a superare la "precarietà culturale" in cui spesso vive.

Da questa breve introduzione comprendiamo che l'AIDS è una malattia che per la sua natura specifica solleva problematiche assai complesse intrecciandosi tematiche medico-scientifici, culturali ed etico-morali che esamineremo di seguito, e di conseguenza, richiede la collaborazione dei componenti delle varie discipline per offrire un'interpretazione globale della patologia. E' impossibile focalizzare l'attenzione sul morbo, trascurando la globalità dell'uomo!

## 2.Aspetti scientifici

Numerose sono le pubblicazioni sull'eziologia, sulla sintomatologia e sulle modalità di diffusioni e sul contagio.

Con il trascorrere del tempo, il mondo scientifico ha constatato che il virus autore dell'AIDS, appartiene alla famiglia dei "retrovirus" del genere dei "lentivirus", ed origina infezioni croniche precedute da cinque/dieci anni d'incubazione, e colpisce il centro del sistema immunitario, cioè la cellula "T helper" quella che provvede all'equilibrio del sistema immunitario e regola la sintesi degli anticorpi.

Negli ultimi, la patologia, è stata variamente classificata.

---

- Dichiarazione a seguito del Convegno sui Criteri Internazionali per il Testing dei Vaccini HIV (Ginevra, 27 Febbraio-2 Marzo 1989)

<sup>543</sup> K. LEHMANN, *La pastorale della speranza*, in "Dolentium Hominum" 13 (1990), pg. 224.

<sup>544</sup> Cfr.: A. AUTIERO, *Quale sfida per l'etica?* In "Rivista di Teologia Morale", 80 (1988), pp. 14-15.

-Classificazione pazienti affetti da HIV-1 secondo l' OMS (prima versione 1990, seconda versione 2005)<sup>545</sup>.

<b>Stadio</b>	<b>Descrizione</b>
Infezione da HIV primaria	Può essere asintomatica o associata a sindrome retrovirale.
Stadio 1	L'infezione da HIV è asintomatica con la conta delle cellule CD4 superiore a 500/μl. Può includere anche l'ingrossamento generalizzato dei linfonodi.
Stadio 2	Lievi sintomi che possono includere minori manifestazioni mucocutanee e ricorrenti infezioni del tratto respiratorio superiore. Una conta di CD4 inferiore a 500/μl.
Stadio 3	Avanzamento dei sintomi che possono includere inspiegabili diarree croniche per oltre un mese, gravi infezioni batteriche tra cui la tubercolosi polmonare e una conta CD4 inferiore a 350/μl.
Stadio 4 o AIDS	Sintomi gravi che includono toxoplasmosi del cervello, candidosi dell'esofago, della trachea, dei bronchi o dei polmoni e sarcoma di Kaposi. Una conta di CD4 inferiore a 200/μl.

-Classificazione pazienti affetti da HIV 1 secondo i "Centers for Disease Control and Prevention"(CDC)<sup>546</sup>.

Questo metodo classifica l' infezione in base alla conta dei linfociti CD4+ e ai sintomi clinici caratterizzanti la condizione del paziente.

A secondo dell'attività replicativa dell'HIV con la conta dei linfociti CD4+ si nota anche la velocità con cui l'infezione corre verso l'AIDS.

<b>Stadio</b>	<b>Descrizione</b>
Stadio 1	CD 4 ≤ 500/μl e senza condizioni che definiscono l'AIDS.
Stadio 2	CD 4 ≤ 200-500/μl e senza

<sup>545</sup> Cfr.: WOORLD HEALTH ORGANIZATION (1990), *Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease*,. WHO Wkly Epidem. Rec. 65 (29): 221–228. PMID 1974812.

<sup>546</sup> E. SCHNEIDER - S. WHITMORE – KM. GLYNN – K. DOMINGUEZ – A. MITSCH – MT. MCKENNA (dicembre 2008), *Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged 18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to 13 year*, -United States, 2008, MMWR Recomm Rep 57 (RR-10): 1-12, PMID 19052530.

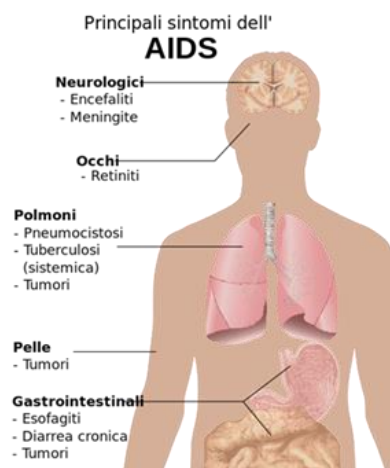
	condizioni che definiscono l'AIDS.
Stadio 3	CD 4 ≤ 200/μl con condizioni che definiscono l'AIDS.
Sconosciuto	Se i dati disponibili non sono sufficienti per una classificazione.

I dati riportati in precedenza sono riassunti da “tre stadi” che solitamente la malattia segue.

-La prima manifestazione è la LAS (Lympho-Adenopathy Syndrome) caratterizzata dalla comparsa di due linfonodi in due parti diverse del corpo. Il soggetto, per il momento, non presenta né sintomi, né disturbi.

-La seconda manifestazione è l' ARC (Aids Related Complex) contrassegnata da elevata replicazione virale e conseguente distruzione dei linfociti CD4+. Troviamo inoltre la comparsa di almeno due sintomi poiché l'organismo non riesce più a difendersi da una serie di microrganismi.

-Il terzo momento è la “fase acuta”, cioè l'AIDS conclamata che il più delle volte porta alla morte. Ecco alcune delle patologie che possono manifestarsi in questi soggetti:



Due sono i ceppi di virus responsabili dell'AIDS: l' “HIV1” presente prevalentemente in Europa, America ed Africa orientale e l' “HIV2” presente nell'Africa occidentale.

I ceppi, dopo essersi annidati nel sangue di un individuo, si evolvono nelle tre modalità accennate in precedenza.

Fino al 1985 l'AIDS era incurabile e il più delle volte conduceva ad una morte rapida. Ma anche ora, il mondo scientifico non ha individuato trattamenti altamente efficaci o vaccini per arrestare totalmente gli effetti devastanti della patologia. Possediamo però farmaci definiti anti-retrovirali che rallentano la progressione clinica della sindrome, anche se a volte con effetti collaterali, “pesanti”. Inoltre, l'elevato costo dei trattamenti, non permette l'accesso a tutte le popolazioni.

### 3. Aspetti culturali

L'AIDS assume non unicamente, come affermato in precedenza, una dimensione puramente biomedica, ma aspetti anche culturali e etici poiché investe la sfera sociale ed individuale della persona coinvolgendola non solo nella sua salute ma anche nel suo vissuto profondo e nel rapporto con gli altri poiché le varie modalità di trasmissione trovano la loro causa prevalentemente in comportamenti sessuali disordinati. Di conseguenza, questa patologia, detiene uno stretto rapporto con la visione antropologica investendo la vita di relazione, l'interpretazione della libertà e la dignità dell'uomo con tutte le sue conseguenze.

L'AIDS è una malattia "comportamentale" che si genera nelle dimensioni più intime della persona. Non a caso, la patologia, si comunica attraverso lo sperma e il sangue, due liquidi organici ai quali tutte le tradizioni culturali attribuirono un particolare significato e le posero direttamente in connessione con la vita.

La generale attività d'informazione chiede perciò di essere completata con un'opera di responsabilizzazione di "natura culturale". Per questo, è essenziale coinvolgere nel dibattito i legislatori e i politici, i massmedia e i leaders religiosi, gli scienziati e gli operatori sanitari affinché tutti assieme affermino con coraggio ciò che è ovvio. Che la sessualità dissociata dall'impegno coniugale, il comportamento basato sulle aberrazioni e promiscuità sessuali e il vagabondaggio erotico contribuiscono in maniera significativa e determinante a contrarre e a diffondere il virus.

Serve, inoltre, offrire valide alternative basate sui valori morali e spirituali collegati all'amore e alla sessualità umana. In altri termini, questa epidemia contratta attraverso i comportamenti sopra citati, quando non dipende da anomalie organiche, chiaramente è conseguenza di scelte personali oggettivamente disordinate perciò assume una chiara "dimensione morale". Tutte queste negatività hanno trovato terreno favorevole nel permissivismo degli ultimi decenni, nei comportamenti perversi e nel turismo sessuale che pochi deplorano. Da qui l'importanza, non solo di una corretta informazione sanitaria, ma anche di un'educazione ad un rigoroso rapporto con la propria ed altrui sessualità.

Tentando un approccio storico nella ricerca delle cause dobbiamo riferirci agli anni '60 e '70 del ventesimo secolo quando nei Paesi occidentali si avviò la cosiddetta "Rivoluzione sessuale", proposta come una conquista di libertà, che tra l'altro, scisse la procreazione dalla sessualità umana. Fu abolito il significato originario e naturale della sessualità a cui l'uomo da sempre si era riferito. E questa interpretazione cancellò anche la diversità fra "atti naturali" e umani ed "atti non naturali" convinti dell'assenza in questo, come in altri settori, di differenze fra ciò che è "normale" cioè naturale, quindi dovuto, e ciò che è "anormale", perciò illecito.

Non possiamo infine scordare l'intervento dell'autorità pubblica che spesso pubblicizza il contraccettivo per un "nesso protetto e sicuro", senza prendere posizione nei confronti dei comportamenti che portano alla diffusione del contagio.

E' vero, che a volte, legge morale e leggi civili non coincidono, ma quest'ultime

per far progredire il bene comune non possono tralasciare l'aspetto valoriale e morale della vita di un popolo, e lo Stato è chiamato ad intervenire in alcune pratiche ed azioni che assumono un'incidenza pubblica. Rammenta un Documento della Congregazione per la Dottrina della Fede a riguardo "dell'aborto procurato" ma la stessa riflessione si addice anche al nostro argomento: "La legge umana può rinunciare a punire, ma non può dichiarare onesto quel che è contrario al diritto naturale, perché tale opposizione basta a far sì che una legge non sia più una legge"<sup>547</sup>.

Concretamente, in questo aspetto, pur riguardando la personale modalità di vivere la sessualità, lo Stato deve interrogarsi sul significato del corpo dell'uomo e della sua sessualità, sul valore dell'amore umano e sulle regole che devono guidarlo e custodirlo, sul rapporto intrinseco tra la sessualità umana e l'istituto matrimoniale non ponendo, come già affermato, sullo stesso piano le coppie unite dal vincolo del matrimonio e quelle "di fatto", o quelle omosessuali. Ovviamente è più semplice distribuire preservativi che intraprendere l'arduo cammino dell'educazione ai valori del corpo e della sessualità!

Siamo, come ricordava il cardinale D. Tettamanzi, "di fronte ad una malattia che coinvolge la nostra società e cultura, sicché la stessa morale non può restringersi ad una lettura interpretativa individualistica del fenomeno AIDS: urge una lettura interpretativa propriamente sociale e culturale. E' questo un aspetto essenziale e decisivo"<sup>548</sup>.

Culturalmente si dovrà anche operare affinché il malato di AIDS non subisca delle discriminazioni per paure causate da quel fenomeno collettivo definito "Aids-fobia" generato dal timore e dall'ignoranza.

Metaforicamente, l'AIDS che si manifesta come "una resa" del sistema immunitario, svela non unicamente i limiti e la radicale impotenza dell'uomo, ma "la resa" di vari contesti alla liberalizzazione e al permissivismo nei confronti dei valori tradizionali avendo scordato gli "ideali assoluti" che, come tali, non conoscono limitazione né di tempo, né di spazio.

A questi malati dovremo offrire la massima attenzione e cure premurose superando i radicalismi e i pregiudizi, frutti d'insipienze che presentano questa patologia con visioni apocalittiche o catastrofistiche, definendola "peste del 2000" o "flagello e castigo di Dio" inviata dal cielo per punire i comportamenti devianti in materia sessuale, oppure si prefiggono di risvegliare nel profondo dell'inconscio collettivo il ricordo delle antiche pestilenze. Immagini tanto sconvolgenti quanto superficiali sono per molti sinonimi ineluttabili della malattia, contribuendo a generare un senso diffuso e soffocante di panico, esteso a tutti i livelli societari che, a volte, invocano un "capro-espiatorio".

Non è il caso di coinvolgere potenze tenebrose d'incerto significato razionale anche perché la malattia può essere contratta indipendentemente da ogni comportamento moralmente criticabile. Il riferirsi ad atteggiamenti magici o di punizione, mostra la non conoscenza del Dio cristiano presentatoci da Gesù Cristo che lo indica onnipotente nella misericordia e nel perdono e la sua grandezza sta nell'amore. Se Dio fosse il regista di questa brutalità rinnegherebbe

---

<sup>547</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, n. 21.

<sup>548</sup> D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato 2001, pg. 415.

la sua identità di Padre e non meriterebbe la nostra adorazione e la nostra fiducia.

L'AIDS, non come segno ma come significato, può senz'altro costituire un severo richiamo all'umanità per quello che san Giovanni Paolo II definì "una specie d'immunodeficienza nel piano dei valori esistenziali che non si può lasciare di riconoscere come una vera patologia dello spirito"<sup>549</sup>. Perciò, anche questa patologia, può essere letta come un "segno dei tempi" poiché rivelatrice dei disordini profondi che mettono a rischio il reale significato della sessualità e dell'amore umano.

Quello offerto è un messaggio agli uomini contemporanei affinché rielaborino i loro stili di vita come ricordato da G. Cottier: "Certo lo è in quanto rivelatore dei disordini profondi della nostra società, che mettono in dubbio il significato della sessualità e dell'amore umano (...). La nuova malattia ci obbliga a guardare in faccia le cose. Segno dei tempi, l'AIDS lo è ancora di più e in primo luogo con l'urgente chiamata che ci fa l'amore al prossimo e alla solidarietà. L'amore al fratello deve farsi inventivo per ricevere le numerose sofferenze causate da questa malattia"<sup>550</sup>.

In quest'ottica, il cardinale G. B. Hume, ha evidenziato che l'AIDS è una prova, ma non una punizione divina, una "legge generale secondo la quale ogni azione ha delle conseguenze che possono anche portare alla distruzione. Di fatto l'AIDS non è che una delle numerose conseguenze disastrose d'un comportamento sessuale disordinato. Questo disordine è la causa fondamentale dell'epidemia attuale"<sup>551</sup>. Gli fanno eco i vescovi francesi puntualizzando: "Difendersi dall'AIDS è un bene. E' una necessità sociale, familiare e personale. Ma questo non può farsi chiudendo gli occhi sugli aspetti morali e spirituali della situazione e restringendosi alla sola profilassi"<sup>552</sup>.

Dunque l'AIDS, come pure la tossicodipendenza e l'alcolismo, esigono una risposta che vada oltre la prevenzione o il freno della diffusione del virus. E' irrimandabile costruire una cultura e una civiltà "a misura della dignità dell'uomo" che s'ispiri ai principi più nobili del patrimonio dell'umanità, ridefinendo i sistemi di valori e lo sviluppo del modo di vivere che collochi al giusto posto le nozioni morali ed etiche.

Di fronte alla situazione di ogni sofferente nessuno ha il diritto di giudicare. Il Signore Gesù alla donna adultera che rischiava la lapidazione affermò: "Neppure io ti condanno, va e non peccare più"<sup>553</sup>. Per questo H. Hesse affermava che non basta criticare i demoni del nostro tempo ma "al posto di idoli, ci vuole una fede"!

## 4. Aspetti etici

La presenza di problematiche etiche in questa patologia, come più volte

---

<sup>549</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Udienza generale*, 11 novembre 1990.

<sup>550</sup> G. COTTIER, *Sida: un signo de los tiempos?*, in "Dolentium hominum", 13 (1990), pp. 34 e 39.

<sup>551</sup> B. HUME. *In My Own Words*, Hodder & Stoughton, Londra 1999, pg. 81.

<sup>552</sup> CONFERENZA EPISCOPALE FRANCESE, *Alerter les consciences de nos contemporains*, 2003.

<sup>553</sup> VANGELO DI GIOVANNI, 8,11.

affermato, nasce dal fatto che la malattia coinvolge totalmente la persona, il suo stile di vita e la sua libertà, ma anche il suo rapporto con gli altri.

Ecco, allora, alcuni interrogativi e dei quesiti etici cui tenteremo di fornire una risposta.

-E' lecito restringere la libertà di movimento del malato o del portatore sano dell'infezione o costringerlo a segnalare la sua condizione?

-Come dissuadere le persone a rinunciare ad atti omosessuali o anche eterosessuali che possono essere a rischio?

-Ai tossicodipendenti dovrebbero essere forniti aghi sterilizzati?

-L'informazione dei partner sessuale senza sospetto dovrebbe avere il sopravvento sulla riservatezza e sulla privacy?

-I degenti infetti vanno separati dagli altri?

-Come incoraggiare, con la dovuta riservatezza, l'accostarsi ai test?

#### **4.1.RAPPORTO MEDICO PAZIENTE E SEGRETO PROFESSIONALE<sup>554</sup>**

Anche il medico che conosce un test positivo all'HIV è obbligato al segreto professionale. Di conseguenza, può notificare la condizione del paziente al partner, al medico curante o a chi, esempio colleghi di lavoro, sono a contatto con quel malato?

In questo aspetto etico è fondamentale individuare il "punto di equilibrio" nel conflitto tra il diritto alla riservatezza, quindi il rispetto della dignità persona, e di conseguenza l'obbligo del medico al segreto professionale che possiede un alto valore etico, individuale e sociale e perciò normalmente va osservato e il diritto alla tutela della salute di terzi che potrebbero subire danni da una mancata rivelazione della patologia. Da ultimo, non possiamo dimenticare, che il medico ha l'obbligo della denuncia secondo le modalità proprie delle malattie infettive.

Ogni comunicazione particolare deve rappresentare "un'eccezione", quindi va evitato il rischio di moltiplicare queste con troppa superficialità.

Un caso classico è la comunicazione della patologia del partner al coniuge convivente; un caso già trattato in precedenza<sup>555</sup>.

Ricordava A.S. O'Connell esaminando la situazione statunitense, ma elementi comuni li troviamo anche in quella italiana, "mai come nel caso dell'AIDS la rivelazione delle condizioni di salute di una persona è strettamente intrecciata alla negazione del basale rispetto per la dignità umana di tale persona. La maggioranza delle persone sieropositive è costituita da omosessuali, tossicodipendenti e prostitute, il cui stile di vita comprende comportamenti spesso illegali. Una rivelazione del loro stato di sieropositività ai rispettivi datori di lavoro, istituti scolastici, assicurazioni e collettività, li esporrebbe inevitabilmente a stigmatizzazione, umiliazione, ostracismo e diffuse discriminazioni"<sup>556</sup>.

Altri casi emblematici riguardano i piloti d'aerei o i conducenti dei treni o dei mezzi di trasporto che potrebbero porre la vita di molti in pericolo.

---

<sup>554</sup> Per approfondire l'argomento: V. BORONI, *Infezione da HIV e segretezza professionale*, in "Medicina e Morale", 3 (1991), pp. 417-444.

<sup>555</sup> Cfr. Capitolo 1 punto 2.3.

<sup>556</sup> A.S. O' COONNELL, *Questioni etiche relative alla trasmissione dei dati clinici. L'esperienza USA*, in P. CATTORINI (a cura di) *Aids e sorveglianza epidemiologica*, Liviana, Padova 1990, pg. 121.

## 4.2. VITA MATRIMONIALE E SESSUALE

Il virus HIV può essere trasmesso anche durante un rapporto eterosessuale.

Quale atteggiamento dovrebbero assumere i due partner se uno di essi è sieropositivo?

E' lecito il contraccettivo per evitare il contagio del partner o per evitare la nascita di un figlio affetto da AIDS?

Il contraccettivo può essere ritenuto uno strumento di difesa per non essere contagiati o contagiare?

Alcuni moralisti, riferendosi al numero 15 dell'Enciclica "Humane vitae" del beato papa Paolo VI che trattò dei fini terapeutici di determinati farmaci "per curare malattie dell'organismo"<sup>557</sup>, affermano la liceità del preservativo.

Ma possiamo ritenere il profilattico un "mezzo terapeutico"? A nostro avviso no, poichè il preservativo non costituisce una terapia e inoltre il "principio terapeutico" può essere applicato unicamente quando non possediamo alternative, mentre, in questo caso, la soluzione è l'astenersi dai rapporti sessuali.

Dunque, la dottrina morale della Chiesa cattolica ribadita più volte dagli ultimi Papi, risponde negativamente ai quesiti sopra posti, e una valida giustificazione la troviamo sempre in *Humane vitae*: "Qualsiasi atto matrimoniale deve rimanere aperto alla trasmissione della vita (...). Per sua intima natura, l'atto coniugale, mentre unisce con profondissimo vincolo gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi scritte nell'essere stesso dell'uomo e della donna. Salvaguardando ambedue questi aspetti essenziali, unitivo e procreativo, l'atto coniugale conserva integralmente il senso di mutuo e vero amore e il suo ordinamento all'altissima vocazione dell'uomo alla paternità e alla maternità"<sup>558</sup>. Disgiungendo intenzionalmente l'atto unitivo da quello procreativo, s'impoverisce la sessualità umana. Di conseguenza, "è da respingere ogni azione che, o in previsione dell'atto coniugale, o nel suo compimento, o nello sviluppo delle sue conseguenze naturali si proponga come scopo o come mezzo, di impedire la procreazione"<sup>559</sup>.

Il rapporto sessuale oltrepassa la funzione biologica e l'istintività, esigendo contemporaneamente il dialogo dei sensi e del cuore, la capacità di autocontrollo e il rispetto reciproco.

Nel concreto della vita coniugale potremmo pensare a due casi.

La moglie che rifiuta liberamente l'atto coniugale quando il marito è contagiato, ma una donna potrebbe anche essere costretta all'atto sessuale; in questo caso è eticamente corretto l'uso del profilattico? Il cardinale D. Tettamanzi risponde di sì per un duplice motivo: "anzi tutto, perché la volontà della donna è per il 'no' all'atto coniugale; inoltre lei ha il diritto di difendere la sua salute (dal rischio del contagio) ricorrendo ai mezzi che ha a disposizione (poiché non serve allo scopo un altro mezzo da auto-usarsi, ad esempio la pillola contraccettiva). Dunque, non ha altra

---

<sup>557</sup> "La Chiesa, invece, non ritiene affatto illecito l'uso dei mezzi terapeutici necessari per curare malattie dell'organismo, anche se ne risultasse un impedimento, pur previsto, alla procreazione, purché tale impedimento non sia, per qualsiasi motivo, direttamente voluto" (PAOLO VI, *Humane vitae*, n. 15).

<sup>558</sup> *Humane vitae*, op. cit., n. 12.

<sup>559</sup> *Humane vitae*, op. cit., n. 14.



strada che chiedere ed esigere il profilattico da parte del marito”<sup>560</sup>. Tettamanzi sottolinea però che rimane aperto l’ambito soggettivo della responsabilità della coppia, da valutarsi alla luce dei noti e comuni criteri.

Per la dottrina morale della Chiesa cattolica, un atto sessuale coniugale con l’uso del profilattico non è mai lecito in nessuna circostanza e per nessuna ragione, tranne che nel caso sopra citato.

#### **4.3.OBBLIGATORIETÀ DEL TEST**

Come deve comportarsi chi possiede un dubbio motivato da precisi sintomi o atteggiamenti di vita di essere sieropositivo ?

Ha l’obbligo morale di sottoporsi al test per conoscere la propria situazione e potersi curare precocemente, evitando di causare a partner sessuali danni fisici. Inoltre, deve assolutamente astenersi fino al risultato del test da comportamenti che potrebbero essere nocivi ad altre persone.

Anche l’operatore sanitario ha l’obbligo di invitare il paziente che ritiene a rischio ad assolvere l’impegno del test indirizzandolo a centri specialistici.

Le condizioni indispensabili per sottoporsi al test sono: un giustificato timore di aver contratto la patologia, il consenso informato del soggetto e la tutela della privacy anche a fronte di un eventuale referto positivo.

#### **4.4. SCHEDATURA**

Pure la schedatura pone problemi etici e morali intersecandosi con alcuni valori.

Da una parte il diritto del malato ad essere curato e vedere rispettata la propria dignità personale e libertà, quindi non essere discriminato a livello scolastico, lavorativo e societario, dall’altra il diritto dei sani, e di conseguenza della collettività, a non essere contagiata. Per questo, la legge 135/90, stabilisce che: “L’accertata infezione di HIV non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l’iscrizione a scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l’accesso o il mantenimento dei posti di lavoro”<sup>561</sup>.

Andranno quindi simultaneamente salvaguardati e promossi i diritti di tutti i soggetti coinvolti.

#### **4.5.SPESA SANITARIA E RICERCA SCIENTIFICA**

Gli Stati devono garantire anche per questa patologia un’adeguata ricerca come per ogni altra malattia. Di fronte alla scarsità delle risorse, sarà compito delle autorità a ciò preposte negare finanziamenti a interventi inutili o legati alla cosiddetta “medicina dei desideri” per utilizzarle nei confronti di questa patologia.

La natura, il più delle volte irreversibile dell’HIV e l’atroce sofferenza dei pazienti potrebbero indurre a “una maggiore elasticità” nella sperimentazione dei nuovi farmaci. Il porre alla base di queste decisioni sentimenti di compassione a scapito di trattamenti a lungo termine che si presume possano fornire benefici al paziente, pone problemi etici. Riteniamo che unicamente nei casi di pazienti terminali sia giustificabile una scelta terapeutica basata su criteri meno rigorosi

---

<sup>560</sup> *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pg. 423.

<sup>561</sup> Legge 135/90, art. 5.5.

scientificamente, cioè compassionevoli.

## 5.Prevenzione, informazione e educazione: Il caso del contraccettivo

La prevenzione è la migliore lotta contro ogni malattia. E la prevenzione richiama “la responsabilità”, “l’educazione” e “l’informazione” che devono procedere di pari passo essendo gli unici strumenti che possono arrestare la diffusione di questa patologia che altrimenti continuerà a colpire duramente le nostre società. Dunque, come più volte affermato, è opportuno un impegno non unicamente medico-sanitario ma anche di culturale data la natura psico-somatica dell’individuo umano e le modalità di contagio.

E qui si apre la problematica del “rispetto della verità”, oltrepassando il miraggio tecnocratico, poiché il contagio mediante il virus HIV avviene con comportamenti umani (droga, sessualità...) che potrebbero originare visioni ideologiche non supportate scientificamente.

La prima prevenzione è di tipo “igenico-sanitaria” indicata nella legge 135/90: “Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l’AIDS<sup>562</sup>”.

Riportiamo le indicazioni offerte al numero 9.

“ 1.Per la popolazione in generale:

- 1.1. non fare uso di droghe, anche perché la droga deprime le difese immunitarie;
- 1.2 evitare rapporti sessuali occasionali o con partner sospetti o almeno usare sempre il profilattico;
- 1.3. usare soltanto siringhe a perdere ed evitarne assolutamente lo scambio o la riutilizzo;
- 1.4. in caso di trasfusione fare uso di sangue proveniente esclusivamente da centri trasfusionali autorizzati.

2. Per i soggetti appartenenti a categorie a rischio:

- 2.1. sottoporsi a esami clinici e di laboratorio per accertare il proprio stato rispetto all’infezione;
- 2.2. evitare rapporti sessuali occasionali;
- 2.3. ridurre il numero di partner sessuali;
- 2.4. usare regolarmente il profilattico;
- 2.5. la coppia di soggetti a rischio, desiderosa di prole, deve sottoporsi a esami preliminari.

3. Per i soggetti già sieropositivi (infetti):

- 3.1. evitare rapporti sessuali, o almeno usare regolarmente il profilattico fin dall’inizio del rapporto sessuale;
- 3.2. informare il partner della propria condizione di sieropositività anche a scampo di eventuali responsabilità giuridiche;
- 3.3. evitare lo scambio di articoli personali di toilette, specialmente di oggetti aguzzi o taglienti;

---

<sup>562</sup> Cfr.: GAZZETTA UFFICIALE dell’8 giugno 1990, n. 132.

- 3.4. evitare donazioni di sangue, di tessuti di organi e di sperma;
- 3.5. informare i sanitari curanti (medici, dentisti, chirurghi, ginecologi...) del proprio stato di sieropositività;
- 3.6. le donne sieropositive in età fertile devono evitare la gravidanza;
- 3.7. le donne sieropositive gravide devono rivolgersi ai centri indicati dalla Regione, perché è dimostrato un elevato rischio di trasmissione dalla madre al feto;
- 3.8. sottoporsi a regolari controlli clinico-diagnostici”.

Nei confronti di questa epidemia, una sterile prevenzione e una comunicazione unicamente igienico-sanitaria è, come abbiamo più volte ribadito, insufficiente.

E' indispensabile un'informazione corretta e completa che vada al “nocciolo del problema” che riguarda la sessualità umana e il suo autentico significato. Di conseguenza, non può essere tralasciata “l'autodisciplina”, poichè un comportamento disordinato può essere prevenuto unicamente favorendo uno stile di vita ordinato che non è frutto di semplici espedienti.

Quest'ultima osservazione ci porta a riflettere sull'uso del profilattico, ritenuto da molti il “male minore” per evitare il contagio, e una valida metodologia per prevenire la diffusione dell'epidemia e il contagio.

Ma, il profilattico, non garantisce una protezione completa; può unicamente limitare in parte il contagio, quindi non rende il “sesso più sicuro” come alcuni affermano e il mondo scientifico evidenzia mediamente l'85-90% di efficacia poiché il virus HIV è molto più filtrante rispetto allo sperma. Dunque, nel lungo periodo, il suo uso generalizzato invece che estinguere la malattia rischia di favorirla.

Ecco alcuni autorevoli pareri scientifici.

-L. Montagnier: “I mezzi medici non bastano... In particolare occorre educare la gioventù contro il rischio della promiscuità sessuale e del vagabondaggio sessuale”<sup>563</sup>.

-C. Riethever: “Il condon, anche in combinazione con lo spermicida, probabilmente non costituisce una protezione assoluta contro la trasmissione dell'HIV. Il consiglio migliore per le persone con infezione da HIV resta ancora quello di astenersi dai rapporti sessuali...”<sup>564</sup>.

-H. Hearst e S. Hulley affermano: “Il miglior consiglio che si può dare alle persone che temono di contrarre l'AIDS è di evitare di scegliere partner che potrebbero essere a rischio. Usare il condom, evitare rapporti anali, limitare il numero di partner sessuali possono essere buoni consigli ma devono essere considerati solo come aggiunte ed alternative secondarie”<sup>565</sup>.

Inoltre, il preservativo come mezzo di prevenzione, potrebbe indurre le persone a rischi maggiori in base a falsi “sensi di protezione”.

-“Dobbiamo riconoscere che vi è una scarsità di informazioni pratiche circa

---

<sup>563</sup> L. MONTAGNIER, *AIDS: natura del virus*, in AA VV, *Vivere perché? L'AIDS*, “Dolentium hominum” 5 (1990), pg. 52.

<sup>564</sup> AM. CAMRIETHEVER, *Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus*, in “Journal of American Medical Association”, 259 (1988), pg. 1851.

<sup>565</sup> H. HERRST – S. HULLEY, *Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are we giving our patients the best advice?*, in “Journal of American Medical Association”, 259 (1988), pg. 2428.

l'efficacia del condon nel prevenire la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse. Non si sa ad esempio se il rapporto anale determini più facilmente di quello vaginale una rottura o una lacerazione del condon, se l'uso di un lubrificante può aumentare l'integrità della membrana o se altre condizioni di uso pratico possano intaccare la resistenza dimostrata negli studi di laboratorio"<sup>566</sup>.

E il nostro ricordo va al 17 marzo 2009, quando papa Benedetto XVI in viaggio verso il Camerun incontrò i giornalisti del seguito papale.

Philippe Visseyrias di France 2, rivolse al Papa una domanda: "Santità, tra i molti mali che travagliano l'Africa, vi è anche e in particolare quello della diffusione dell'Aids. La posizione della Chiesa cattolica sul modo di lottare contro di esso è spesso considerata non realistica e non efficace. Lei affronterà questo tema, durante il viaggio?".

Così rispose Benedetto XVI: "Io direi il contrario: penso che la realtà più efficiente, più presente sul fronte della lotta contro l'Aids sia proprio la Chiesa cattolica, con i suoi movimenti, con le sue diverse realtà. Penso alla Comunità di Sant'Egidio (...), ai Camilliani, a tutte le Suore che sono a disposizione dei malati. Direi che non si può superare il problema dell'Aids solo con soldi, pur necessari, ma se non c'è l'anima, se gli africani non aiutano (impegnando la responsabilità personale), non si può superarlo con la distribuzione di preservativi: al contrario, aumentano il problema. La soluzione può essere solo duplice: la prima, un'umanizzazione della sessualità, cioè un rinnovo spirituale e umano che porti con sé un nuovo modo di comportarsi l'uno con l'altro; la seconda, una vera amicizia anche e soprattutto per le persone sofferenti, la disponibilità, anche con sacrifici, con rinunce personali, ad essere con i sofferenti. E questi sono i fattori che aiutano e che portano visibili progressi. Perciò, direi, una duplice forza di rinnovare l'uomo interiormente, di dare forza spirituale e umana per un comportamento giusto nei confronti del proprio corpo e di quello dell'altro, e questa capacità di soffrire con i sofferenti, di rimanere presente nelle situazioni di prova. Mi sembra che questa sia la giusta risposta, e la Chiesa fa questo e così offre un contributo grandissimo e importante. Ringraziamo tutti coloro che lo fanno"<sup>567</sup>.

La risposta del Papa suscitò polemiche dichiarazioni di vari leaders mondiali, mentre fu difesa da alcuni scienziati.

-Le Monde (11 marzo 2009).

T. Anatrella (psicanalista), M. Barbato (ginecologo), J. De Irala (epidemiologo), R. Ecochard (epidemiologo), D. Sauvage (presidente Federazione Africana di Azione Familiare), scrissero: "Non c'è nessun Paese con un'epidemia generalizzata che sia riuscito a far calare la proporzione di popolazione infetta dall'Hiv solo con il preservativo. I casi di minore trasmissione dell'Hiv pubblicati nella letteratura scientifica sono associati all'attuazione dell'astinenza e della fedeltà aggiunte al preservativo, nella triade Abc (abstinence, be faithful, condor)". La loro conclusione: "il Papa fa notare che rischiamo di aggravare il problema dell'Aids se i programmi di prevenzione si fondano solo sui preservativi. Questo è anche lo

---

<sup>566</sup> V. DE GROTTOLA, K. MAYER, W. BENNET, *Editoriale rivista Reviews of Infections Diseases*, 1986, pg. 300.

<sup>567</sup> Cfr.:

[http://www.vatican.va/holy\\_father/benedict\\_xvi/speeches/2009/march/documents/hf\\_benxvi\\_spe\\_20090317\\_africa-interview\\_it.html](http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2009/march/documents/hf_benxvi_spe_20090317_africa-interview_it.html).

stato di conoscenze in materia di salute pubblica e di epidemiologia”.

-The Guardian (19 marzo 2009).

Pubblicò che il preservativo, incentivando i comportamenti irresponsabili, estende la diffusione dell'infezione frutto di “una promiscuità non causata dall'edonismo ma dalla disperazione”.

-The Washington Post (29 marzo 2009).

“The Pope may be right” (Il Papa potrebbe avere ragione) di E. C. Green (Premio Philly Bongole Lutaaya 2004 per l'impegno in Africa contro l'Aids).

Lo scienziato divulgò i risultati di uno studio dell'University of California che mostrava insufficiente il preservativo. Green non è nuovo a questa convinzione già presentata nel testo “Rethinking Aids Prevention” (Ripensare la prevenzione dell'Aids<sup>568</sup>). In base alla sua esperienza e ai dati statistici, scrisse che per prevenire l'Aids era irrinunciabile l'educazione all'astinenza e alla fedeltà coniugale.

Ma già nel gennaio 2000, l'autorevole rivista scientifica The Lancet, denunciò il profilattico come “una falsa percezione di protezione” che “induce ad aumentare i comportamenti a rischio”.

-Daily Telegraph (31 marzo 2009).

“Certo l'Aids pone il tema della fragilità umana e da questo punto di vista tutti dobbiamo interrogarci su come alleviare le sofferenze. Ma il Papa è chiamato a parlare della verità dell'uomo. E' il suo mestiere: guai se non lo facesse”.

In base a queste dichiarazioni, è opportuno superare la convinzione del “preservativo onnipotente” adottando il metodo Abc (astinenza, fedeltà, condon), che mostrò, ad esempio, ottimi risultati in Uganda, l'unico Paese africano che ebbe il coraggio di muoversi contro corrente.

Nel 2004, la rivista Science, notò che oltre il 60% dei giovani ugandesi fra i 15 e i 19 anni si astenevano dal sesso: “Questi dati suggeriscono che la riduzione del numero dei partner sessuali e l'astinenza tra i giovani non sposati è una via importante da seguire”

## 6. La cura del malato

E' opportuno premettere che alcuni malati si trovano colpiti da questa patologia senza una colpa personale; pensiamo alle vittime di trasfusioni, ai feti nati da donne sieropositive, a chi ha avuto rapporti sessuali ignorando la malattia del partner. Troppe volte, inoltre, la pubblica ignoranza, come affermato in precedenza, qualifica il sieropositivo senz'altro affetto da AIDS e di conseguenza come pericoloso portatore di contagio.

Comunque, responsabili o meno, i malati di AIDS hanno il diritto ad essere assistiti con la massima premura e il più profondo rispetto con i medesimi atteggiamenti e comportamenti che si assumono di fronte a tutti i pazienti, non dimenticando che questo tipo di sofferente di fronte alla rivelazione diagnostica mostra “reazioni particolari” che coinvolgono anche l'ambito psichiatrico.

---

<sup>568</sup> Greenwood Press 2003.

Il malato di AIDS, il più delle volte giovane, spesso a seguito di pregiudizi sociali, vive una doppia sofferenza: quella fisica che lo condanna a una malattia cronica e quella derivante dall' ambiente societario che lo emargina. Inoltre l'AIDS è una malattia che distrugge ogni illusione e provoca reazioni depressive accompagnate da manifestazioni di forte angoscia.

Perciò, a questi sofferenti, dovremo offrire oltre che la competenza medico-scientifica particolare sensibilità umana e accoglienza, accompagnata dalla comprensione, dalla compassione e dall'ascolto delle ansie oltre un maggiore sostegno affettivo trovandosi impauriti, isolati ed angosciati di fronte alla morte che per molti si avvicina velocemente. Tornare indietro non è possibile ma progettare il futuro al meglio si. V. Frankl, psichiatra austriaco e padre della logoterapia, cioè la terapia che si pone come obiettivo primario la riscoperta del significato dell'esistenza, affermava che la validità della vita non si misura con la sua lunghezza: "Se sapessi che domani il mondo crollerà, pianterei lo stesso un albero"<sup>569</sup>.

La stessa situazione di angosciato isolamento è vissuta da chi potremmo definire "probabile futuro malato" avendo avuto dei rapporti a rischio o contatti omosessuali o atteggiamenti non sempre appropriati.

Costoro temono, informando il proprio partner o la famiglia o parlando con altri, giudizi negativi. Anche in questo caso la sofferenza psicologica e i drammi esistenziali sono altissimi, come pure il sentimento di colpevolezza, infatti come ricordava san Giovanni Paolo II: "questi malati devono affrontare non solo la minaccia di questo male ma anche il sospetto di un ambiente sociale timoroso e istintivamente sfuggente"<sup>570</sup>.

Anche la famiglia vive in prima persona il dramma dell'ammalato accresciuto da paure anche nei confronti della loro salute e intimoriti dall'ambiente sociale.

Questo è il consiglio che offre E. Kubler-Ross: "Se ci liberiamo dai paraocchi, vedremo con chiarezza il difficile compito che ci sta dinanzi. E' giunto il tempo di separare il grano dall'olio e dobbiamo scegliere: rifiutare milioni di nostri simili a causa del male che li affligge, o tendere loro la mano offrendo aiuto, calore e solidarietà"<sup>571</sup>.

Soprattutto nei primi anni della diffusione dell'AIDS alcuni medici si posero l'interrogativo se fosse loro obbligo curare questi pazienti considerate anche le eventuali possibilità di contagio (in realtà molto basse).

Il dovere del medico a prendersi cura dei malati in ogni situazione deve prescindere dalle circostanze, infatti chi esercita una professione sanitaria si impegna nei confronti della società ad assistere i sofferenti anche se ciò implica gravi rischi per la sua salute e per la sua vita.

Unicamente tre condizioni sollevano il medico dall'obbligo di cura.

-Quando è in "pericolo" la salute del paziente, cioè quando il medico è colto da una paura di contagio molto forte da compromettere la sua efficienza professionale.

---

<sup>569</sup> V. E. FRANKL, *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e umanismo*, Città Nuova, Roma 1990, pg. 56.

<sup>570</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Que chacun sache voir le Christ pauvre dans nos freres pauvres*, 5 febbraio 1989.

<sup>571</sup> E. KUBLER ROSS, *AIDS l'ultima sfida*, Cortina, Milano 1989, pg. 248.

-Quando i rischi per il medico oltrepassano le sue responsabilità; ad esempio quando un medico nel periodo della gravidanza potrebbe esporre il suo feto al contagio.

-Quando gli stress emotivi sono fortemente rilevanti<sup>572</sup>.

Accanto agli obblighi dei medici troviamo anche quelli dei pazienti, in particolare l'onestà sui loro precedenti essenziali per formulare una diagnosi veritiera e assumere adeguati trattamenti.

Un'icona che riassume il comportamento nei riguardi dei malati di AIDS è presente nella visita che san Giovanni Paolo II, in viaggio negli Stati Uniti, fece all'istituto "Dolores" di San Francisco che ospita numerosi malati con questa patologia.

Il Papa rivolse loro un discorso poi s'intrattenne con i malati, abbracciando e baciando con affetto i bambini affetti da AIDS, dimostrando con un gesto simbolico quale sollecitudine dobbiamo a questi sofferenti.

## 7. Problematiche particolari

### 7.1. ABORTO

Come affermato in precedenza, alcuni comportamenti dei coniugi sieropositivi potrebbe contagiare il figlio. E l'Italia presenta, rispetto agli altri Paesi occidentali, un'alta incidenza di AIDS pediatrica. Per questo, alcuni, vorrebbero includere tra le forme di prevenzione l'aborto per le donne colpite da AIDS invocando per esse l'indicazione "terapeutica" prevista dalla legge 194/1978.

Ma il comandamento "non uccidere" ha sempre un valore assoluto.

Siamo però confortati anche dai dati scientifici che mostrano il ridotto rischio di trasmettere al figlio il virus, come pure il possibile utilizzo di farmaci specifici che hanno bassi effetti negativi sul feto.

L'unico intervento che consente la riduzione del rischio è la prevenzione. Ciò significa consigliare la donna a non intraprendere una gravidanza come pure presentargli i pericoli di contagio che potrebbe rischiare il nascituro.

### 7.2. INFANZIA

L'AIDS non riguarda unicamente un'età della vita ma può colpire la persona in tutti gli stadi dell'esistenza a partire dalla gravidanza, nell'atto della nascita e dell'allattamento. E chi è maggiormente a rischio nella prima fase della vita sono i figli di donne che hanno avuto rapporti con partner occasionali, tossicodipendenti o praticato la prostituzione.

Questa situazione, particolarmente presente nelle Nazioni del Terzo e Quarto mondo, rende maggiormente problematica la lotta contro la mortalità infantile. E l'AIDS, nei piccoli, ha una mortalità elevata non possedendo farmaci specifici per la cura.

Spesso, è difficoltoso individuarla precocemente, poichè la maggioranza delle donne che partoriscono infette da questa patologia stanno bene e non

---

<sup>572</sup> E. LE BOURDAIS, *Hopelessness and Helplessness: Treating the doctors who treat AIDS patients*, Canadian Medical Association Journal, vol. 140, 15 Feb 1989.

presentano sintomi specifici.

Come pure la trasmissione non è sistematica; una madre può partorire un primo figlio infetto e un secondo perfettamente sano; di conseguenza prevedere le condizioni del nascituro è alquanto complesso. Però, le statistiche, mostrano che la maggioranza dei neonati partoriti da madri infette non hanno contratto l'infezione quindi la loro vita si svolgerà nella totale norma.

## 1.8. La proposta della Chiesa Cattolica e non solo

Riconquistare e rivalutare una virtù “fuori moda”, e che a volte infastidisce il solo nominarla: la castità. Essa “esprime la raggiunta integrazione della sessualità nella persona e conseguentemente l'unità interiore dell'uomo nel suo essere corporeo e spirituale. La sessualità (...) diventa personale e veramente umana allorché è integrata nella relazione da persona a persona, nel dono reciproco, totale e illimitato nel tempo, dell'uomo e della donna”<sup>573</sup>.

“La castità indica la disposizione interiore che spinge una persona a controllare la propria sessualità in modo liberatorio per sé e per gli altri. Il termine castità, dunque, non indica la volontà di superare o negare la realtà sessuale, ma il desiderio di controllare l'organizzazione delle pulsioni sessuali parziali di cui ogni persona è intessuta. Essere casto, dunque, non significa tentare di evitare la sessualità, ma sforzarsi di accettarla in modo intelligente, qualunque sia lo stato di vita nel quale ci si trova e qualunque sia l'equilibrio umano che si è riusciti a realizzare. Inoltre, lo scopo ultimo di questo controllo della sessualità è eminentemente positivo: una maggiore libertà. ‘Sarà casta una condotta che cercherà di fare uscire la persona dallo stato d'indifferenziazione (“incestuoso”) in cui si trova agli inizi dell'esistenza’ (X. Thevenot, *Principi etici di riferimento per un mondo nuovo*, LDC, Torino 1984, pg. 32)”<sup>574</sup>

Essendo l'uomo creato a immagine e somiglianza di Dio, anche la sessualità che coinvolge la globalità della persona (livello fisico, psicologico, affettivo e spirituale), manifesta la sua sacralità nella relazione tra l'uomo e la donna.

Salvaguardare la castità richiede eroismo, essendo l'uomo attratto dal peccato e dalla concupiscenza della carne<sup>575</sup>. Quindi, è possibile raggiungere e mantenere questo elevato obiettivo, unicamente con un'intensa preghiera di supplica al Signore Gesù e riconquistando il valore del sacrificio e della rinuncia. Il pregio della castità, e di conseguenza dell'astinenza sessuale, trova ampio eco anche oltre la Chiesa Cattolica.

Un articolo del Washington Post del 2 febbraio 2010, commentando i risultati di una ricerca condotta su 662 studenti afro-americani della Pennsylvania, pubblicati dalla rivista scientifica “Archives of Pediatric & Adolescent Medicina”, sottolineò che l'astinenza è la forma migliore per prevenire le gravidanze delle adolescenti e delle giovani e per bloccare il dilagare delle malattie sessualmente trasmesse. E

---

<sup>573</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2337.

<sup>574</sup> *Aids*, op. cit., pg, 26.

<sup>575</sup> Cfr.: PRIMA LETTERA DI SAN GIOVANNI 2,16.



così, nel Paese più liberale del mondo, si celebra ogni anno, il 12 febbraio, la “Giornata Nazionale della Purezza”, a cui aderiscono centinaia di scuole e di collegi.

Negli anni 80' del ventesimo secolo il cardinale G. B. Hume di fronte alla campagna del governo inglese incentrata sullo slogan: “O anticoncezionali o Aids” , affermò: “Questo slogan indica una falsa alternativa. Vi è una terza via: quella dell'autodisciplina e del rispetto del prossimo anche nel campo della sessualità”<sup>576</sup>.

Poiché l'AIDS si è diffusa rapidamente mediante chi è assuefatto alle droghe che si assumono per via endovenosa, fermeremo la nostra attenzione nel prossimo capitolo sulla tossicodipendenza dato che colui che si droga è un soggetto particolarmente a rischio essendo alterato il sistema immunitario del suo organismo.

---

<sup>576</sup> *In My Own Words*, op. cit., pg. 91.

## CAP. 11 LA TOSSICODIPENDENZA

### INDICE DEL CAPITOLO

#### **1. Il fenomeno**

- 1.1. Un fenomeno planetario
- 1.2. Aspetto socio-culturale del problema
- 1.3. Classificazioni
  - 1.3.1. Alcuni termini
  - 1.3.2. Alcune droghe
- 1.4. I danni della droga
- 1.5. Ipotesi di legalizzazione

#### **2. Perché ci si droga?**

#### **3. Ruolo preventivo e educativo**

- 3.1. Prevenzione
- 3.2. La famiglia
- 3.3. La scuola
- 3.4. Altri settori

#### **4. Due interrogativi**

- 4.1. Cos'è la felicità?
- 4.1. Cos'è la libertà?

Exkursus: I danni provocati dalla cannabis

L'uso di alcune sostanze derivanti dall'oppio, dalla coca e da altre piante simili risale al settimo secolo; ma l'avvalersi di queste ebbe un drastico incremento alla fine del XIX secolo e dagli anni '50 del XX secolo il fenomeno assunse una dimensione globale.

Il vocabolo "droga" deriva dal termine olandese "droog" che significa "secco"<sup>577</sup> e indica la pianta seccata da cui si estraggono sostanze psicotrope, cioè attive sul piano psichico.

Queste essenze assumono un significato "positivo" nel campo medico e "negativo" quando forniscono sensazioni euforizzanti sia a livello fisico che psichico o estraniano dalla realtà.

Le varie droghe, con modalità differenziate, provocano effetti collaterali gravi dalla dipendenza alle malattie psichiatriche, fino ad uccidere.

Da non dimenticare inoltre, come abbiamo ricordato nel capitolo precedente, che l'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa è la seconda modalità di trasmissione dell'AIDS.

---

<sup>577</sup>AA.VV, *droga* in «Treccani.it - Vocabolario Treccani on line», Istituto dell'Enciclopedia Italiana.

# 1. Il fenomeno

## 1.1. UN FENOMENO PLANETARIO

Nel corso della storia le droghe sono sempre state presenti nelle varie società ma a livello locale e circoscritto; con il progresso dei mezzi di comunicazione e di trasporto il fenomeno si è trasformato in planetario.

Gli assuntori di droghe nel mondo sono oltre 40 milioni e ogni anno si producono circa 800mila tonnellate di cocaina e 350mila di eroina; ciò causa migliaia di vittime nell'indifferenza generale. Per il numero dei morti che contiamo in tutti i continenti, alcuni hanno definito questo fenomeno "la terza guerra mondiale". Ad esempio, secondo il "Centers for disease control and prevention" (CDC), organismo della sanità pubblica americana che monitorizza la diffusione delle malattie negli Stati Uniti, nel Paese ogni giorno muoiono 120 persone per overdose.

E' questo un settore in incremento soprattutto nel mondo giovanile dove, con il trascorrere del tempo, diminuisce l'età di chi fa uso di sostanze stupefacenti. "L'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze" (OEDT) già nella relazione annuale osservava preoccupato: "l'uso crescente in alcune parti dell'Europa delle sostanze, in particolare della cocaina, nonché il numero sempre più crescente di giovani europei che entrano nel mondo della droga". E dieci anni dopo la situazione si è fatta più tragica.

Dai dati che possediamo, in Italia, negli ultimi trent'anni, gli adolescenti compresi nella fascia di età tra i dodici e i diciassette anni che fumano marijuana è aumentato di ventisette volte, mentre quello dei giovani che fa uso di droghe pesanti di diciotto volte. Ma questo flagello investe tutte le età e tutte le categorie professionali anche se i giovani rimangono particolarmente esposti e facilmente manipolabili dagli spacciatori. Un esempio che mostra la gravità del problema è il fatto che quasi ogni giorno i mass media riportano sequestri di droga, arresti di trafficanti e vittime<sup>578</sup>.

Il fenomeno è ormai globale, infatti nessuna nazione o gruppo sociale ne è risparmiato, ma fatica a essere combattuto poiché il commercio delle droghe, il più delle volte, è protetto dalle difficili condizioni politiche di alcuni Paesi produttori dilaniati da conflitti etnici, culturali e religiosi. Perciò i Governi non riescono ad intervenire efficacemente.

Non possiamo scordare, inoltre, il commercio che avviene mediante internet.

Nella relazione al Parlamento 2013 sull'uso di sostanze stupefacenti o tossicodipendenti emerge che il numero di siti web che "offrono o ne promuovono l'uso" ha superato gli 800mila. Nel 2008 erano 200mila. I laboratori, anche piccoli,

---

<sup>578</sup> Il nostro pensiero va ad alcuni episodi recenti. La morte nello stesso fine settimana (17-19 luglio 2015) di due giovani. Lamberto Lucaccioni, un sedicenne di Città di Castello (Pg), morto a Riccione dopo essersi sentito male in discoteca per aver assunto, secondo la testimonianza degli amici, una pasticca di ecstasy e Gianluca Mereu, un giovane di 22 anni, incensurato, morto lanciandosi da una finestra del terzo piano della Questura di Milano dopo aver aggredito i genitori e girato per la città in preda a delirio psicotico. Nella sua camera, la polizia, ha trovato una modica quantità di marijuana. Entrambi conducevano una vita apparentemente "normale", comune a tanti giovani. Non storie inquadrate nello spaccio, nel mondo losco dei trafficanti, ma di micro circolazione di dosi fra consumatori occasionali, saltuari e discontinui.

sperimentano di continuo nuovi cocktail che poi distribuiscono attraverso gli spacciatori ai ragazzi e né consumatore né spacciatore, spesso, sanno che cosa stanno prendendo o vendendo.

A ogni vittima, qualunque siano i fattori che hanno scatenato la tossicodipendenza, dobbiamo offrire atteggiamenti di benevolenza e di affettuosa accoglienza.

## 1.2. ASPETTO SOCIO-CULTURALE DEL PROBLEMA

San Giovanni Paolo II nel suo lungo pontificato incontrò vari gruppi di tossicodipendenti accompagnati dai loro educatori.

Tre passaggi dei molti discorsi pronunciati ben riassumono la valenza socio-culturale del problema.

“Tra le minacce tese oggi contro la gioventù e l'intera società, la droga si colloca ai primi posti come pericolo tanto insidioso quanto più invisibile, non ancora adeguatamente valutato secondo l'ampiezza della sua gravità. (...) Il contagio si diffonde a macchia d'olio, allargando progressivamente i propri tentacoli dalle metropoli ai centri minori, dalle nazioni più ricche e industrializzate al Terzo Mondo. (...) Sono fiumi di traffico clandestino che s'intrecciano e percorrono piste internazionali per giungere, attraverso mille canali, ai laboratori di raffinazione e di qui allo spaccio capillare”<sup>579</sup>.

“Siamo ormai di fronte ad un fenomeno di vastità e proporzioni terrificanti non solo per l'altissimo numero delle vite stroncate ma anche per il preoccupante estendersi del contagio morale, che sta già da tempo raggiungendo anche i giovanissimi, come nel caso – non infrequente, purtroppo – di bambini costretti a farsi spacciatori e a divenire, con i loro coetanei, essi stessi consumatori”<sup>580</sup>.

“L'avidità del cuore s'impadronisce del cuore di molte persone e le trasforma, con il commercio della droga, in trafficanti della libertà dei loro fratelli, che diventano schiavi di una schiavitù molto più terribile di quella degli schiavi negri. I negrieri privavano le loro vittime dell'esercizio della libertà; i trafficanti di droga conducono le loro vittime alla distruzione della loro personalità”<sup>581</sup>.

Fattore da non sottovalutare, che ha influenzato il diffondersi della tossicodipendenza, è "l'habitat" dell'uomo contemporaneo che dagli anni 60' del XX secolo si è rapidamente trasformato, sostituendo le pratiche tradizionali con nuove convenzioni e moderne forme associative che hanno introdotto la cosiddetta "globalizzazione".

Ciò ha creato uno spaesamento ontologico senza precedenti sradicando l'individuo dalla sua origine familiare, territoriale, ideologica, professionale, religiosa e valoriale. Valori, tradizioni e comportamenti che da sempre sono stati punti fermi e di riferimento delle varie epoche e che si tramandavano e si accettavano come naturali ed erano razionalmente condivisi, si sono rapidamente

---

<sup>579</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai membri del Corpo diplomatico accreditato presso la Santa Sede durante l'udienza per lo scambio degli auguri per il nuovo anno*, 12 gennaio 1991.

<sup>580</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai partecipanti alla VI Conferenza internazionale su "Droga e alcol contro la vita"*, 23 novembre 1991.

<sup>581</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alle comunità terapeutiche*, 7 settembre 1984.

offuscati fino a sparire, lasciando spazio alla cultura del disimpegno e del nulla dove “tutto è permesso”.

Questa assenza della memoria ha generato un’ ansia e un’ insicurezza difficile da assimilare sul piano psichico creando una debolezza della volontà, una mediocrità diffusa e facendo percepire il vuoto della storia. Una situazione drammatica nella quale il fenomeno della droga ha trovato un terreno favorevole che continuerà per un lungo periodo poiché, come ricordava un sociologo, l’habitat ottimale di un nascituro s’inizia a costruirlo almeno cento anni prima della sua nascita.

### 1.3. CLASSIFICAZIONI

#### 1.3.1. ALCUNI TERMINI

*\*Consumatore.*

Chi fa esperienza di droghe in modo saltuario e ha la possibilità di smettere senza conseguenze.

*\*Drogato.*

Chi usa stupefacenti in modo non regolare.

*\*Tossicodipendente.*

E’ chi abitualmente fa uso di droga e ha raggiunto un grado tale d’intossicazione da non poterne più fare a meno e per procurarsela ricorre ad attività delinquenziali o a sua volta farsi spacciatore.

*\*Tossicomane.*

E’ chi rivolge ormai tutto il suo tempo e la sua vita alla ricerca di droghe che con il passare del tempo producono effetti deleteri sulla sua salute.

Mentre il tossicodipendente, pur con difficoltà, mantiene ancor una serie d’interessi e di legami con gli altri, il tossicomane è completamente prigioniero della droga e questa diviene l’unico modo per affrontare la realtà.

#### 1.3.2. ALCUNE DROGHE

Affrontare la tematica riguardante le tipologie delle droghe è alquanto complesso poiché sono riconosciute circa settecento sostanze e ne sorgono sempre di nuove. Appena una molecola viene “tabellata”, ossia resa illegale, ne viene prodotta una nuova. Noi fermeremo l’attenzione unicamente sulle più consumate.

Ogni droga agisce da eccitatore o da depressore a secondo della modalità di assunzione, della quantità e della personalità del consumatore.

E l’elemento caratteristico della droga, che solitamente agisce sul cervello aumentando la quantità di dopamina<sup>582</sup> oltre che la sensazione di piacere intenso, è di produrre dipendenza e condizioni di degenerazione.

---

<sup>582</sup>“La dopamina è un neurotrasmettitore che fa parte della famiglia delle catecolamine, sostanze così denominate perché hanno nella loro molecola un gruppo catecolico: il gruppo catecolico è formato da due ossidrili localizzati in specifiche posizioni su un anello aromatico e da un’ammina localizzata su una catena laterale. E’ precursore della noradrenalina ed è prodotta a partire dall’aminoacido fenilalanina, idrossilato prima a tirosina e successivamente a Dopa e poi decarbossilata, da un’enzima specifico, a dopamina.

Nel sistema nervoso le cellule che utilizzano la dopamina come neurotrasmettitore sono facilmente individuabili per la mancanza di enzimi che trasformano la dopamina in noradrenalina e successivamente in adrenalina. Anche grazie a queste caratteristiche enzimatiche, attraverso tecniche di microscopia elettronica e di immunofluorescenza, si è potuto, nel corso degli anni, individuare le vie dopaminergiche presenti a livello cerebrale” ([w3.uniroma1.it/anat3b/anat/tesi/3.vieDopaminiche.asp](http://w3.uniroma1.it/anat3b/anat/tesi/3.vieDopaminiche.asp))

Alcune tipologie di droghe.

*\*Anfetamine*

Tolgono il senso di fame, di sete e di stanchezza.

*\*Cannabis.*

E' la droga più prodotta e venduta in tutto il mondo. E' estratta da una pianta originaria dell'Asia Meridionale e comporta per il consumatore alterazioni cerebrali, influenza il comportamento trasformando le percezioni, provoca la perdita del controllo di sé, rallenta i riflessi, altera la concentrazione. A lungo termine provoca anche gravi turbe psichiche. L'uso è del 21,43%<sup>583</sup> sul totale delle droghe. Il 3,7% di europei tra i 15 e i 34 anni la consumano regolarmente oltre 3milioni di adulti<sup>584</sup>.

*\*Crack.*

Il crack, ricavato tramite processi chimici dalla cocaina, è una droga altamente pericolosa in grado di indurre elevata dipendenza e rapida assuefazione psicologica e fisica.

E' uno stimolante che disinibendo i principali centri di controllo del sistema nervoso centrale, scatena stati di eccitazione e di euforia ma pure di agitazione e di depressione. Un consumo continuato e prolungato può portare all'alienazione dell'individuo con sintomi simili alla schizofrenia o a stati paranoici accompagnati da deliri e da allucinazioni. (Uso: 2,8%).

*\*Cocaina.*

Una percentuale di circa il 6% della popolazione europea ha affermato di aver provato la cocaina almeno una volta nella vita (Italia 4,6%).

La cocaina è uno stupefacente che agisce sul sistema nervoso centrale producendo sensazioni di soddisfazioni e di appagamento eliminando il senso della fatica e offrendo un diffuso benessere. Le crisi d'astinenza provocano invece particolare irritabilità, sindromi depressive, stati d'ansia, insonnia e paranoia. (Uso: 2,01%)

*\*Ecstasy.*

L'estasy, derivante dalla metanfetamina, è al secondo posto tra le sostanze usate dopo la cannabis.

E' una droga di "nuova generazione", una sostanza sintetica psicoattiva, utilizzata prevalentemente dai giovani nei locali notturni e nei rave party per rimanere svegli più a lungo possibile e accrescere la propria sensualità, il senso d'intimità e l'affettività.

L'ecstasy provoca oltre che una dipendenza psichica e fisica, turbe, alterazioni della memoria e atteggiamenti violenti<sup>585</sup>.

*\*Eroina.*

Deriva dalla morfina, è una componente dell'oppio ed è un sedativo particolarmente forte che fa svanire provvisoriamente ogni sensazione di dolore facendo sperimentare dimensioni di momentaneo benessere, di piacere e di rilassamento.

---

<sup>583</sup> I dati riguardano un'indagine condotta nel 2013 dal Dipartimento per le politiche antidroga ed è stata condotta su un campione di 34.385 adolescenti e giovani tra i 15 e i 19 anni.

<sup>584</sup> Alla Cannabis daremo ampio spazio nell'exkurs al termine di questo capitolo.

<sup>585</sup> Tra i 15/16 anni il consumo va dallo 0,1% all'0,8%; tra i 17 e i 24 anni il consumo abituale è del 2%-5%.

Provoca, però, numerose complicazioni a lungo termine; per questo è considerata una delle droghe più dannose, soprattutto se consumata per via endovenosa accrescendo il rischio delle infezioni da HIV e il virus dell'epatite B e C.

*\*Fenciclidina.*

E' stimolante e allucinogena. Può essere iniettata o spruzzata.

*\*G.B.C.*

E' nota come droga dello strapuro. Liquida, si aggiunge ai drink aumentando il desiderio sessuale.

*\*L.S.D.*

L'L.S.D., abbreviazione del nome tedesco del composto "lysergsaurediethylamid"<sup>586</sup>, è una sostanza chimica con un forte potere allucinogeno. Si assume leccando francobolli o cartoncini.

Provoca pesanti alterazioni nella percezione sensoriale, distorsione della realtà e allucinazioni. L'uso di L.S.D. interferisce con le normali funzioni cerebrali, quindi può determinare acuti e improvvisi attacchi di panico e, molto spesso, danni psicologici permanenti e irreversibili.

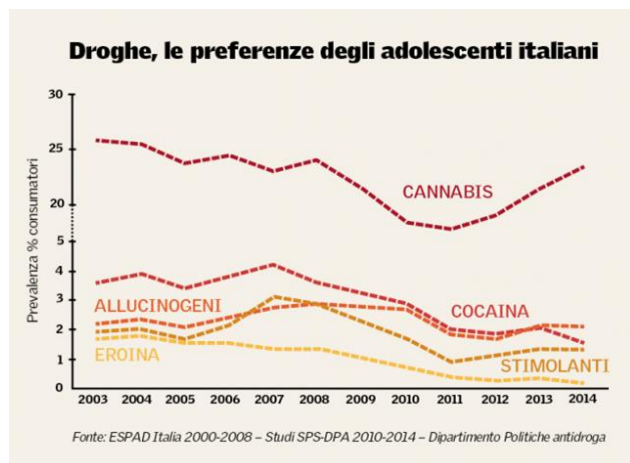
*\*Morfina.*

E' un derivato dell'oppio ed è utilizzata prevalentemente in medicina. Deprime il sistema nervoso centrale, crea dipendenza, causa una potentissima azione analgesica e la depressione della respirazione.

*\*Triptamine.*

Nota come Zoom o Shtp è un allucinogeno che in breve tempo può creare pensieri confusi.

Da questa sintetica descrizione, tutti dovremmo convenire che i piaceri che la persona incontra dall'assunzione delle varie tipologie di droghe sono illusori e gli effetti negativi provocano fatali e distruttive conseguenze personali e sociali.



#### 1.4. I DANNI DELLA DROGA

Il fenomeno è inquietante avendo l'abuso di droghe effetti altamente rilevanti sullo stile di vita della persona, della famiglia e della società.

Gli effetti delle droghe sono sempre negativi per la salute psico-fisica delle

<sup>586</sup>Cfr.: Y. SALMANDJEE, *Les drogues: Tout savoir sur leurs effets, leur s risques et la législation*, Eyrolles, 2003, 2-7081-3532-5.

persone, intaccano inoltre i nuclei famigliari, come pure contribuiscono a elevati indici di avvicendamento sul lavoro, a cali nella produttività e alla diminuzione della sicurezza. Aumenta, infine, la violenza e gli incidenti automobilistici. Possediamo anche una vasta documentazione riguardante il rapporto fra uso di droghe e suicidio molto più elevato nei tossicomani.

Non possiamo tralasciare, da ultimo, la pericolosità della droga per la vita prenatale. L'esposizione dell'utero a sostanze stupefacenti potrebbe danneggiare direttamente o indirettamente la salute e il benessere del neonato, provocando un maggior numero di aborti spontanei, di parti prematuri, di nascita di neonati a basso peso e affetti da sindromi di astinenza neonatale.

### **1.5. IPOTESI DI LEGALIZZAZIONE**

Ben consapevoli che le leggi da sole non eliminano il malessere esistenziale, e di conseguenza il fenomeno della tossicodipendenza, e che la repressione dei fornitori è insufficiente, le autorità che dovrebbero vegliare sul bene comune, hanno il dovere di proibire ciò che danneggia la vita e la dignità delle persone più fragili, perché come ha ricordato P. Ricci Sindoni, presidente dell'Associazione Scienza & Vita: "uno Stato che rende lecito un comportamento dannoso non fa il bene dei propri cittadini e di questo se ne deve assumere la responsabilità" (16 luglio 2015).

Fino al 1990, il sistema giuridico in vigore in Italia, prevedeva la "non punibilità" della detenzione e dell'uso personale di una "modica quantità" di sostanze tossiche.

Queste politiche hanno prodotto conseguenze devastanti; non hanno ridotto il traffico illegale gestito dalla criminalità organizzata, hanno accresciuto la capillarizzazione dello spaccio come è avvenuto in altri Paesi, hanno indotto le istituzioni e la società ad una sostanziale rinuncia nel combattere l'uso personale delle sostanze stupefacenti e hanno formulato un surrettizio e tacito "diritto a drogarsi".

Nel 1990, il DPR n. 309 del 31 ottobre<sup>587</sup>, costituì una svolta nei confronti della logica permissiva e del disimpegno che durava da troppi anni.

Nei confronti dell'assuntore di droghe, la legge stabilì il chiaro "principio della punibilità" sia per la detenzione che per il consumo, modificando il sistema giuridico in vigore. Evitava l'applicazione della sanzione il tossicodipendente che accettava di intraprendere un percorso di disintossicazione.

Gli obiettivi principali del DPR erano, accanto alla lotta al narcotraffico, la prevenzione e il recupero dei tossicodipendenti.

Il 21 febbraio 2006 fu approvata la Legge 49<sup>588</sup> di conversione del Decreto Legge 272/2005 che rinnovò profondamente il DPR n. 309/1990.

Il punto di forza della legge definita anche "Fini-Giovanardi" fu l'equiparazione tra droghe "leggere" e droghe "pesanti", sotto l'aspetto della pericolosità e delle sanzioni.

Detenere, cedere o consumare tali sostanze, non importava in quale quantità, erano comportamenti puniti dalla legge. In particolare, possedendo più di una

---

<sup>587</sup> Cfr.: G.U. del 13 ottobre 1990.

<sup>588</sup> Cfr.: G.U. del 27 febbraio 2006.



quantità massima prestabilita, la persona si trasformava in spacciatore rischiando pene da uno a venti anni di carcere, secondo la gravità. Comunque, anche in questo caso, il consumatore poteva essere punito con sanzioni amministrative (ritiro della patente, del porto d'armi, del permesso di soggiorno...) revocabili unicamente se l'interessato accettava di sottoporsi a programmi terapeutici di recupero.

Questa legge ben rilevò che una società che non rispetti norme di civile convivenza o che relativizzi i valori crea un clima favorevole alla diffusione della tossicodipendenza, infatti più la droga è disponibile più se ne abusa<sup>589</sup>.

Lo stesso pensiero fu affermato anche da san Giovanni Paolo II nell'incontro con la Comunità terapeutica di san Crispino di Viterbo: " 'La droga non si vince con la droga'. La droga è un male, e al male non si addicono cedimenti. Le legalizzazioni anche parziali, oltre che essere quanto meno discutibili in rapporto all'indole della legge, non sortiscono gli effetti che si erano prefisse. Un'esperienza ormai comune ne offre la conferma"<sup>590</sup>.

Questi passaggi legislativi evidenziano il dibattito tra "proibizionismo" e "anti-proibizionismo" indicando due opposte idee di libertà.

Il secondo caso, cioè "l'anti-proibizionismo", era un'autorizzazione a divenire schiavi di sostanze tossiche e autodistruttive mediante il messaggio: "in fondo drogarsi non fa così male", oppure: "drogatevi pure, poi ci sarà qualcuno che si prenderà cura di voi"<sup>591</sup>.

In alcuni casi si è giunti anche a distribuire gratuitamente le siringhe presso locali frequentati da giovani. Pur essendo la finalità quella di prevenire il contagio, il messaggio lanciato era alquanto ambiguo.

Ma la triste storia non si conclude qui. Eccoci da capo con la proposta di un Disegno di Legge nel luglio 2015 sulla "canna libera" da parte di 218 parlamentari capeggiati dal senatore B. Della Vedova<sup>592</sup>.

---

<sup>589</sup> Purtroppo, come già è avvenuto per altre leggi, il potere giudiziario è intervenuto per modificare almeno in parte una legge approvata dal Parlamento. La Corte di Cassazione nel gennaio 2013 ha ritenuto "penalmente irrilevante" il consumo di gruppo di sostanze stupefacenti sia nell'ipotesi di "mandato all'acquisto" sia in quella del "acquisto comune".

<sup>590</sup> *Discorso alle comunità terapeutiche*, op. cit.

<sup>591</sup> Una testimonianza. "Nella vita di chiunque c'è un momento nero. C'è un passaggio così stretto che sembra impossibile da attraversare. Nelle vite dei ragazzi giovani e giovanissimi quel momento arriva con molta facilità, a volte per motivi piccoli che solo tanti anni dopo, a guardarli, si capisce bene che in fin dei conti erano dei non-problemi. Però a 16 anni, a 20, è più difficile capirlo. E se mentre sei abbattuto, disperato, depresso (fosse anche per un non-problema) arriva nelle tue giornate quel veleno che si chiama droga, il rischio di rimanere in trappola diventa enorme. Nel giro di una sola serata, di una sola pasticca, di una sola volta, ti puoi ritrovare in quello che banalmente viene definito spesso 'tunnel' e non sapere più come uscirne. Oppure, se la sorte decide il peggio, puoi morire per quell'unica volta in cui hai pensato 'ma sì, proviamo!'. Forse è andata così per Gianluca, il ragazzo che si è buttato giù dalla finestra della Questura a Milano, magari è proprio questa la parabola discendente di Lamberto, morto in discoteca a 16 anni. Io lo so fin troppo bene che può capitare, perché è capitato a me: una mezza pastiglia di ecstasy, 15 anni fa, e ci ho rimesso il fegato. Respiro ancora perché morì in un incidente stradale una ragazza giovane come me, diventata la mia seconda possibilità. Oggi 32 anni e zero certezze ma due cose le so: vivrò il resto dei miei giorni in salita e se tornassi indietro butterei via quella mezza pastiglia" (G. BENUSIGLIO, *Basta una debolezza e da quella trappola non si esce più*, Corriere della Sera, 21 luglio 2015, pg. 18).

<sup>592</sup> Approfondiremo questo Disegno di Legge nell'exkursus riguardante la cannabis al termine di questi capitolo.

## 2. Perché ci si droga?

Teorie differenti hanno tentato di spiegare questa inquietante situazione e tentato di scoprire le cause di questi fenomeni di disadattamento personale e di disgregazione sociale.

Noi, risponderemo all'interrogativo, partendo dalle affermazioni più comuni per poi fermare l'attenzione sulle motivazioni profonde che stanno alla base degli ipotetici benefici che si ritiene di ottenere dal consumo di droga.

Alcune motivazioni comuni: per provare sensazioni nuove, per integrarsi in un gruppo, per sfidare un divieto, per fuggire a situazioni difficili, per ricercare un senso di distensione...

Ma queste motivazioni ne contengono un'altra molto generica ma indicativa: "per trovare la felicità". Molti giovani e alcuni adulti assumono sostanze stupefacenti perché sono infelici!

Quindi, il fenomeno della tossicodipendenza, è la punta di un iceberg, un segno rivelatore che esibisce un profondo malessere esistenziale di una gioventù insoddisfatta, incapace di adattarsi alla realtà, immersa nella solitudine, nell'angoscia e nella disperazione. Ciò mostra che molti non si amano e non si sentono amati. La droga, quindi, è una risposta alla carenza di amore soprattutto per i giovani e nel periodo adolescenziale; momento di mutazioni profonde e d'instabilità.

J. Hamburger affermava che "la droga è uno strumento sinistro di misurazione dello smarrimento giovanile", aggiungendo che "il mondo adolescenziale dei Paesi più ricchi è invaso da desideri di evasioni. La droga è un rifiuto e una fuga. Il rifiuto di un'epoca in cui gli dei sono morti. La fuga da un mondo in cui la speranza si sottrae"<sup>593</sup>.

Altra motivazione che indirizza alla tossicodipendenza è lo smarrimento valoriale, cioè il vuoto di senso, presente nella cultura attuale che ha reso opachi il senso del trascendente, il valore della vita e i principi di solidarietà, di responsabilità, di impegno...

Si sono smarrite chiare e persuadenti motivazioni per vivere, perciò si sono dissolte le ragioni più profonde della speranza. A tutto ciò contribuiscono anche la sete di consumo e la ricerca immediata e facile del piacere. Sempre Hamburger ricordava: "le strade sembrano portare da nessuna parte. Nessun programma, nessuna speranza. Quando non sappiamo che cosa dobbiamo sperare, anche la speranza non ha senso"<sup>594</sup>.

Molti, chiedono alle droghe, un supporto per evadere da una realtà sociale e familiare non rispondente alle loro attese e per sopravvivere a una serie di disagi e di frustrazioni che la realtà sempre più complessa pone davanti quotidianamente.

La droga, si trasforma in un'inconscia realtà di difesa, un mezzo per colmare vuoti affettivi ed esistenziali e per comunicare agli altri la propria incapacità "a tenere il passo".

Di conseguenza, una delle sfide maggiori che deve affrontare il nostro

---

<sup>593</sup> J. HAMBURGER, *Dictionnaire promenade*, Editions du Seuil, Paris 1989, pg. 161.

<sup>594</sup> *Dictionnaire promenade*, op. cit. 369.

tempo, è quella di trasmettere modelli, valori e certezze, essendo il nostro contesto societario condizionato e strumentalizzato da “una mentalità e da una forma di cultura che portano a dubitare del valore della persona umana, del significato stesso della verità e del bene, in ultima analisi della ‘bontà della vita’”<sup>595</sup>.

Il tossicodipendente non crede più in nulla. Niente lo stimola, lo motiva, lo attrae, neppure la vita, poiché sa che drogandosi rischia il suo esistere.

### 3. Ruolo preventivo e educativo

#### 3.1. PREVENZIONE

Che cosa significa prevenire?

Nel senso generale: “precedere qualche cosa”<sup>596</sup>.

A livello psicologico l'azione preventiva è molto più complessa. E' “l'intervento composto da un insieme di misure che hanno come scopo quello di ridurre l'incidenza di un comportamento o di un avvenimento pericoloso. Questo intervento è doppio: esso ricerca e identifica i fattori associati alla genesi di questi comportamenti e di questi avvenimenti; e prepara delle misure di protezione destinate a prevenire la loro apparizione. Esso influenza l'ambiente e il fattore umano”<sup>597</sup>.

Dalla definizione comprendiamo che un “processo di prevenzione” non riguarda unicamente interventi d'ordine sanitario e giudiziario ma interpellata tutte le agenzie educative, dalla famiglia alla scuola, dal settore sportivo a quello lavorativo e deve rivolgersi alla totalità della persona affinché si promuova e si sviluppi nel singolo uno stato armonioso di benessere fisico, mentale, sociale e spirituale supportato da modelli virtuosi e da una gerarchia di valori.

In medicina, tre sono gli stadi su cui si basa la prevenzione;

- la “prevenzione primaria” quando il problema non esiste ma potrebbe sorgere;
- la “prevenzione secondaria” che s'impegna a diminuire il problema già in atto;
- la “prevenzione terziaria” che tenta di stabilizzare il problema per consentire l'utilizzo delle potenzialità residue.

Della stessa metodologia ci si può avvalere anche nella prevenzione e nella cura della tossicodipendenza, ben consapevoli che non sussista una tipologia standard della personalità del tossicodipendente e neppure condizioni personali e sociali comuni poiché la droga può colpire chiunque, qualunque sia la sua personalità.

Si droga l'indigente e il ricco, un figlio di una famiglia e l'altro no, il disoccupato come il lavoratore. La decisione di assumere sostanze stupefacenti ha alla base “fattori di rischio differenti” che possono essere causali o strutturali: dalla curiosità alla pressione dei propri pari, dalla noia all'insuccesso scolastico, dal carattere

---

<sup>595</sup> Cfr.: BENEDETTO XVI, *Lettera alla diocesi di Roma sul compito urgente dell'educazione*, 21 gennaio 2008.

<sup>596</sup> Voce “prevenire” in G. DEVOTO – G. C. OLI, *Dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze 2000.

<sup>597</sup> G. THINES – A. LEMPEREUR (ed), *Dictionnaire general des sciences humaines*, Edition Universitaire, Parigi 1975, pg. 259.

antisociale al tentativo di migliorare il proprio stato fisico, dal rifiuto alle relazioni familiari al risentimento verso le istituzioni, dall'insufficiente identità sessuale ai meccanismi di difesa. Questo significa che drogati "non si nasce ma si diventa" nel corso degli anni anche se personalità particolari sono più a rischio (nevrotico, psicotico, depresso...).

Nel settore della tossicodipendenza la "prevenzione primaria" consiste nell'educare il ragazzo, l'adolescente e il giovane al senso della responsabilità, al giudizio della ragione e a salvaguardare la padronanza su se stesso per controllare e frenare anche gli istinti e gli impulsi causati dei propri limiti, prevenendo così i rischi.

La "secondaria", che dovrebbe suscitare allarmi, poiché è già presente un coinvolgimento con la tossicodipendenza è quella della "tossicodipendenza nascosta" che inizia, ad esempio, con qualche "sniffata" e poi prosegue, solitamente sporadicamente, sperando di stare un po' meglio non essendo il soggetto in possesso di un'altra chiave per trasormare le sensazioni negative che lo tormentano. Potrebbe essere "l'inizio della fine" essendo questo un processo che se non sarà interrotto sarà senza ritorno.

Essendo la sintomatologia nella fase iniziale estremamente varia, è basilare porre attenzione a gesti, comportamenti e situazioni che risultano anomale. Prioritario e insostituibile è il dialogo condotto con sapienza, privo di ogni affermazione moraleggiante che provocherebbe unicamente chiusure.

La "terziaria" riguarda il "vero tossicomane, chi ha stabilito con la droga un'alleanza e una fusione. In alcuni casi, soprattutto i giovani, giungono anche al suicidio. E' il momento di rompere ogni complicità, soprattutto familiare e rivolgersi agli specialisti.

### 3.2.LA FAMIGLIA

Una famiglia presente e educante è l'istituzione sociale più importante, "l'unica per cui, al limite, valga la pena di sacrificare tutto, poiché è l'ultima che garantisce e tratti come persone, e che garantisce altresì lo sviluppo di relazioni effettive e comunicative intense ed appaganti". Così si esprimevano dei giovani in una ricerca condotta da "Aggiornamenti sociali"<sup>598</sup>. Osservavano pure che unicamente nella famiglia "è dato di sperimentare adeguatamente calore umano e serenità, dialogo e comprensione, e pertanto essa costituisce la principale fonte di significato e di umanizzazione della vita quotidiana"<sup>599</sup>. E, l'affetto, lo si trasmette con le parole e con gli atteggiamenti.

San Giovanni Paolo II rivolgendosi agli sposi così li esortava: "Essi dovranno creare le condizioni migliori per una vita serena nel loro focolare, offrendo ai loro figli la sicurezza affettiva e la fiducia nei loro confronti, di cui essi hanno bisogno per la loro crescita spirituale e psicologica"<sup>600</sup>.

Dunque, la famiglia tradizionale che oggi è sotto attacco da nuovi modelli,

---

<sup>598</sup> Cfr.: I. VACCARINI, *I valori giovanili nelle società occidentali*, in "Aggiornamenti sociali", 9-10, 1984, pp. 580 ss.

<sup>599</sup> *I valori giovanili nelle società occidentali*, op. cit.

<sup>600</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Omelia pronunciata all'inaugurazione del "Centro italiano di solidarietà"*, 21 giugno 1986.

è uno dei luoghi privilegiati di prevenzione nei confronti della tossicodipendenza e non solo, poiché l'assenza di un'autentica vita d'amore, può predisporre l'adolescente e il giovane all'uso delle droghe, portando alla distruzione della famiglia stessa. Importante, inoltre, è l'educazione al "senso del piacere" che va ricercato dentro di sé.

A volte, nella famiglia, è presente un figlio tossicodipendente. Questo fatto mette in crisi il nucleo familiare e provoca nei genitori un senso di fallimento.

A queste famiglie dobbiamo offrire aiuto e sostegno oltre che incoraggiarle a rivolgersi ai centri specializzati superando la tentazione di chiudersi in se stesse con sentimenti di vergogna. Così le esortava san Giovanni Paolo II: "invito i genitori che hanno un figlio tossicomane a non disperarsi mai, a mantenere con lui il dialogo, a prodigargli il loro affetto e a favorire il contatto con strutture capaci di prendersene cura. L'attenzione affettuosa di una famiglia è un grande sostegno per la lotta interiore e per i progressi di una cura di disintossicazione"<sup>601</sup>

Una metodologia errata è l' "alleanza oggettiva" fra il drogato e la sua cerchia familiare; non porta risultati e si trasforma in deleteria forma di complicità.

### 3.3. LA SCUOLA

Con la famiglia altre reti educative formano la personalità delle future generazioni preparandole a esercitare le loro responsabilità nei riguardi della vita e della società.

Un ruolo privilegiato è esercitato dalla scuola alla quale ricordiamo che "educare non significa unicamente trasmettere contenuti di sapere, ma liberare una coscienza della sua subordinazione alle idee già fatte, perché faccia responsabilmente le sue scelte e crei responsabilmente il suo progetto di vita"<sup>602</sup>.

La scuola, dunque, deve formare "tutto l'uomo", promuovendo la responsabilità ai valori e sviluppando la capacità di intrecciare autentiche relazioni interpersonali. Così si esprimevano i giovani partecipanti alla ricerca di "Aggiornamenti sociali" citata in precedenza: "La scuola è apprezzata se, e in quanto, coltiva l'autenticità personale dello studente, consentendogli di intrecciare relazioni umanamente significative e preservando la sua autonomia ideologica e psicologica"<sup>603</sup>.

Non esistendo itinerari pre-costituiti e risposte pre-confezionate, è insufficiente rimanere unicamente nell'ambito intellettuale e operare a compartimenti stagni.

Scuola e famiglia mediante un'interazione permanente e un processo dinamico, devono fornire ai giovani strumenti per gestire personalmente la quotidianità e tutto ciò che questa comporta mediante atteggiamenti di testimonianza, di comprensione e un'autentica attenzione alla vita della persona. Di conseguenza, "se non vogliamo una prevenzione da strapazzo, se vogliamo mantenere una certa credibilità agli occhi dei giovani, sarà necessaria quella disponibilità che consiste nel lasciarsi mettere in discussione come persona, famiglia o

---

<sup>601</sup> *Discorso alle comunità terapeutiche*, op. cit..

<sup>602</sup> M. PICCHI, *Fenomeno della tossicodipendenza*, in AA VV, *Droga: resistenza o resa?*, Ist. Rezzara, Vicenza 1984, pg. 19.

<sup>603</sup> *I valori giovanili nelle società occidentali*, op. cit.

istituzione”<sup>604</sup>.

### 3.4.ALTRI SETTORI

Importanti sono anche i modelli proposti nei settori dello sport, dello spettacolo e della politica...; esempi che i cittadini di tutte le età osservano, seguono e imitano.

E' quindi un impegno morale di questi personaggi pubblici offrire stili di vita virtuosi oltre che produrre un clima di responsabilità che sostenga la disapprovazione pubblica nei confronti della droga e dell'abuso delle sostanze psicotrope. La conclusione di molti, osservando questi "personaggi famosi", è la seguente: "se loro lo fanno, allora perché io no?".

E' improrogabile anche un'alleanza con i mass media che detengono un ruolo di primo piano nella diffusione delle "idee" sulle sostanze stupefacenti. Anche un' apparente neutralità d'informazione, soprattutto nei trattenimenti televisivi e nei gossip, trasmette criteri d'interpretazione della realtà e, di conseguenza, stili di vita che possono divenire convenzionali.

Da ultimo, accenniamo alla rilevanza di un'idonea educazione alla salute sia fisica che psichica, indicando appropriati stili di vita e il valore incommensurabile "del capitale" salute.

#### ***Dobbiamo arrenderci al fenomeno droga?***

No, ma la società civile, deve riconoscere quello della tossicodipendenza anche un problema culturale, operando nelle direzioni indicate in precedenza con convinzione e coerenza supportando i giovani a modificare la percezione del sociale.

Il tossicodipendente, pur vivendo una deformazione soggettiva della percezione della realtà, è ben consapevole che alcuni valori sono ancora presenti nelle situazioni familiari e societarie. Magari, sono difficoltosi da percepire, ma sono accessibili anche a lui che non vuole vederli e sentirli essendo un isolato. Quindi, il problema, non è il mondo circostante ma l'interiorità del singolo, ed è lì che va profuso ogni sforzo per mostrargli gli itinerari, che consentano anche a lui, di ritrovare un ruolo nella società.

Il tossicodipendente deve riscoprire la sua dignità. "E' necessario portarlo alla scoperta e alla riscoperta della propria dignità di uomo; aiutarlo a far risuscitare e crescere, come soggetto attivo quelle risorse personali che la droga aveva sepolto, mediante una fiduciosa riattivazione dei meccanismi della volontà, orientata verso sicuri e nobili ideali".<sup>605</sup>

La "droga legale", lo ricordiamo nuovamente è una sconfitta, diserta la fatica della lotta educativa rassegnandosi alla mentalità dei perdenti.

## 4.Due interrogativi

Concludiamo con due interrogativi che investono trasversalmente le

---

<sup>604</sup> E. SERVAIS,, *Prevention drogues*, Labor, Bruxelles 1988, pg. 71.

<sup>605</sup> *Discorso alle comunità terapeutiche*, op. cit..

tematiche trattate.

#### 4.1. COS'È LA FELICITÀ?

Ci si droga per trovare la felicità, abbiamo affermato in precedenza. E la ricerca della felicità, come ricordava sant'Agostino d'Ippona, è un desiderio presente in tutti gli uomini<sup>606</sup>.

Ma "cos'è la felicità"?

Potremmo rispondere all'interrogativo da varie angolature: filosofico, psicologico, comportamentale... ma anche spirituale. Ed è da questa prospettiva che forniremo alcune riflessioni.

A volte scambiamo la felicità con il piacere, con la soddisfazione, con il benessere fisico, sociale, economico... cioè con situazioni che investono unicamente l'aspetto materiale della vita.

Ma la felicità va oltre, e il filosofo Boezio rispondeva che la felicità vera è nel possedere tutti i beni e ciò si realizza unicamente ricercando Dio<sup>607</sup>, poichè "nessuno è buono, se non Dio solo"<sup>608</sup>..

La felicità è accoppiata alla speranza, poichè "la virtù della speranza risponde all'aspirazione di felicità che Dio ha posto nel cuore di ogni uomo; essa assume le attese che ispirano le attività degli uomini; le purifica per ordinarle al regno dei cieli; salvaguarda dallo scoraggiamento; sostiene in tutti i momenti di abbandono; dilata il cuore nell'attesa della beatitudine eterna. Lo slancio della speranza preserva dall'egoismo e conduce alla gioia della carità"<sup>609</sup>.

"E mentre la paura ti rende prigioniero, la speranza ti rende libero"<sup>610</sup>; questo è un messaggio da trasmettere al tossicodipendente che schiavo dell'ingranaggio della droga si isola, si apparta, si scoraggia perdendo la stima in sé stesso e negli altri.

#### 4.2. COS'È LA LIBERTÀ?

Il vocabolo libertà, è presente nei nostri discorsi e investe tutti i settori societari e ,nella quotidianità, il termine risuona con insistenza.

I più ritengono che si esprima nel compiere "quello che si vuole".

L' autentica libertà, come abbiamo già affermato nel capitolo secondo, è imprescindibilmente accompagnata dalla "verità" e dalla "responsabilità".

L'amante della libertà ricerca la verità, approfondendo e confrontandosi per formarsi il suo giudizio, non quello degli altri o quello imposto dai mass media o da taluni opinionisti.

La libertà, inoltre, esige la responsabilità, riconoscendo che la rivendicazione dei propri diritti deve procedere parallelamente con il riconoscimento di quelli degli altri. Ricordava M. Cacciari: "Se non siamo bambini, ma soggetti adulti e maturi, capiamo benissimo che spetta a noi darci un limite"<sup>611</sup>.

Anche qui facciamo un accenno allo spirituale: nel contesto cristiano la libertà assume un significato più ampio, consentendo la totale adesione alla

---

<sup>606</sup> Cfr. AGOSTINO D'IPPONA, *De Trinitate*, II, 13.

<sup>607</sup> Cfr.: BOEZIO, *De consolatione philosophia*, 3,2.

<sup>608</sup> Vangelo di Marco 10,18,

<sup>609</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, n. 12.

<sup>610</sup> Dal film: *Le ali della libertà*.

<sup>611</sup> Dal forum di Avvenire "Religione e libertà" (Avvenire.it, 20 gennaio 2015).

volontà di Dio che invita l'uomo alla salvezza e alla costruzione di una società migliore e più fraterna.

## **Exkursus: I danni provocati dalla cannabis**

### **Il caso**

Il senatore B. Della Vedova, nel luglio 2015, ha raccolto l'adesione di 218 parlamentari per proporre un Disegno di Legge anti-proibizionista che consenta la legalizzazione della marijuana e della cannabis.

I punti principali del Disegno di Legge: permettere ai maggiorenni la detenzione di una modica quantità di cannabis per uso "ricreativo" (15 grammi a casa, 5 grammi fuori casa); permettere la coltivazione in casa di marijuana (fino a un massimo di 5 piante); apertura dei "Cannabis social club", dove gli associati potranno coltivare la cannabis. E da ultimo autorizzare la coltivazione, la lavorazione e la messa in vendita al dettaglio della cannabis in negozi forniti di licenza dei Monopoli di Stato.

### **La gravità del caso**

Questa iniziativa ignora totalmente i danni fisici e psicologici che la cannabis procura.

Per approfondire l'argomento si riporta "La presentazione" al volume "Varianti delle piante di cannabis e danni alla salute" del professor Giovanni Serpelloni, (Capo Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri), il parere del professor Umberto Tirelli (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica, Primario della Divisione di Oncologia Medica A al Centro di Riferimento Oncologico (CRO), Istituto Nazionale Tumori di Aviano) e alcune ricerche che possono essere consultate.

### **Testo: Varianti delle piante di cannabis e danni alla salute (Prefazione del professor Giovanni Serpelloni)**

"Questo manuale iconografico è stato redatto al fine di fornire una rassegna suggestiva e realistica delle varie e nuove tipologie di semi di cannabis che vengono prodotte nel mondo. In questi anni sono state prodotte una quantità estremamente ampia e varia di semi di cannabis sia da un punto di vista numerico che fenotipico. Nel corso del tempo, la pianta originale è stata infatti fortemente trasformata, probabilmente sia con tecniche di ibridizzazione, coltivazione intensiva, modificazione genetica, sia mediante esposizione dei semi a radiazioni. Si è arrivati ad eliminare le piante maschili per impedire la fecondazione delle piante femminili che continuano così a produrre infiorescenze, ricche di resina, aumentando così le percentuali di principio attivo e dunque il quantitativo totale di THC nella pianta.

Esistono online numerosi siti di produttori di semi di cannabis e di banche che pubblicizzano e vendono illegalmente e quotidianamente queste nuove varietà di ibridi diversi per morfologia, per contenuto di principio attivo e per quantità di prodotto finale ottenuto grazie, anche, a coltivazioni sempre più intensive.

Per questi motivi diventano anche maggiormente difficili il riconoscimento visivo di



queste piante e la loro identificazione ad opera delle Forze dell'Ordine che lavorano per il controllo delle sostanze stupefacenti. In tal modo, viene quindi facilitata la coltivazione illegale della cannabis.

Il monitoraggio web ha mostrato come sia possibile ottenere una grande quantità di informazioni sui semi di cannabis che riguardano le più svariate tematiche, tecniche di coltivazione (indoor e outdoor), diverse tipologie di semi, strumenti necessari per la loro coltivazione e il loro consumo, ecc. Pertanto, il Dipartimento Politiche Antidroga, nell'ambito delle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, si è dotato di un'unità di monitoraggio web con il compito di osservare periodicamente e sistematicamente i siti che vendono semi di canapa, mediante ricerche effettuate via internet volte a verificare la disponibilità delle sempre nuove e molteplici tipologie di semi di cannabis commercializzate tramite la rete web e disponibili in spazi denominati "Seed shops".

È importante sottolineare che le descrittive e le immagini riportate, limitatamente alle informazioni recuperabili tramite Internet, sono da ritenersi non di tipo scientifico ma specificatamente di tipo divulgativo – informativo perché quasi sempre fornite dal produttore stesso che commercializza tali semi. Pertanto, esse sono da ritenersi indicative poiché non validate scientificamente, né provenienti da fonti istituzionali controllate.

Tuttavia, si ritiene importante presentare i risultati della ricerca svolta al fine di sistematizzare e rendere visibile ciò che circola su web e che costituisce materiale a cui ogni navigatore della rete viene esposto utilizzando Internet, ma anche per raccogliere le immagini che rappresentano le piante cresciute dai semi di cannabis e che, proprio per la loro varietà, risultano di sempre più difficile identificazione.

Si intende, quindi, fornire uno strumento utile a tutti coloro che per professione o interesse intendono approfondire le proprie conoscenze sul tema dei semi di cannabis e delle piante che essi generano, ribadendo che quanto qui riportato costituisce solo una parte delle informazioni disponibili e che periodici aggiornamenti saranno necessari per stare al passo con un fenomeno estremamente rapido e mutevole.

Inoltre, voglio ricordare i principali effetti negativi e i danni che la cannabis provoca sull'essere umano, oltre ad alcuni aspetti importanti necessari a comprendere come le proposte di legalizzazione non trovino razionale scientifico né dal punto di vista scientifico, né da quello della programmazione sanitaria.

Gli studi scientifici più accreditati hanno dimostrato da anni che la cannabis è una sostanza psicoattiva, neurotossica e pericolosa per la salute mentale e fisica propria ed altrui.

I danni maggiori sono quelli derivanti dall'uso precoce (adolescenziale) di questa sostanza nel momento in cui il cervello si trova nella delicata fase di sviluppo e maturazione celebrale che termina dopo i 21 anni.

Per valutare quindi se e quanto sia ragionevole proporre la legalizzazione della cannabis e dei suoi derivati quindi bisogna anche comprendere quali siano i danni scientificamente dimostrati che queste droghe fanno sull'individuo perché solo in questo modo se ne può percepire la reale pericolosità, sia che la sostanza venga resa legale o che resti illegale, conserva pienamente. In sintesi, possiamo

ricordare che la scienza ha dimostrato quanto segue:

La cannabis interferisce e modifica la normale maturazione cerebrale degli adolescenti, modifica la loro personalità e la loro capacità decisionale.

Da conseguenze tanto più gravi quanto più precoce è la prima assunzione e quanto è più frequente e duratura.

Crea un deficit dell'attenzione, della memorizzazione e quindi dell'apprendimento.

Da difficoltà di concentrazione.

Chi ha usato cannabis in adolescenza può perdere fino a 8 punti di quoziente intellettuale (Q.I.) in età avanzata (38 anni) rispetto a chi non l'ha usata.

Altera le percezioni e l'interpretazione della realtà.

Riduce la capacità di autocontrollo, la capacità di giudizio e la stima del pericolo.

Riduce la motivazione ad impegnarsi ed affrontare i problemi.

Riduce il rendimento scolastico e lavorativo.

Riduce i tempi di reazione e fa aumentare la probabilità di avere incidenti stradali e sul lavoro.

Altera il coordinamento psicomotorio.

Crea patologie respiratorie.

Crea disturbi sessuali.

Produce danni e condizioni di rischio per la salute mentale (schizofrenia e stati dissociativi, disorientamento spazio-temporale, ansia generalizzata e somatizzata, disforia, attacchi di panico).

Nelle persone vulnerabili aumenta il rischio di evolvere verso l'uso e la tossicodipendenza da cocaina o eroina.

Crea dipendenza.

È in grado di creare alterazioni genetiche sul DNA.

Altera il normale sviluppo neurologico del feto nelle madri assuntrici.

Fa aumentare la probabilità di commettere violenze e atti criminali.

La gravità dei danni risente anche della sempre maggiore concentrazione di principio attivo presente nei prodotti e l'uso contemporaneo di altre droghe sinergizzanti e di alcol.

Nel valutare le pericolosità e quindi la ragionevolezza di non introdurre distinzioni non scientificamente accettate per le droghe quali quella "leggere/pesanti", vanno anche ricordati i vari aumenti di rischio che la cannabis e i suoi derivati sono in grado di produrre ed in particolare:

Aumento del rischio di evolvere verso l'uso di eroina e cocaina (oltre il 90% delle persone tossicodipendenti da eroina hanno iniziato con la cannabis)

Aumento del rischio di morte per incidenti stradali di 8,2 volte (95% CI 6,3-10,5)

Aumento del rischio di morte per suicidio di 5,3 volte (95% CI 3,3-7,9)

Aumento del rischio di morte per omicidio/violenza: 3,8 (95% CI 1,5-7,9)

Aumento del rischio di morte per cause naturali 2,8 (95% CI 2,0-3,7)

A questo proposito va sottolineato inoltre che la grande maggioranza di incidenti stradali mortali dovuti a guida sotto l'effetto di sostanze è dovuto proprio alla cannabis. Inoltre, recenti studi hanno dimostrato che chi fa uso di cannabis prima dei 18 anni può avere una perdita di Q.I. (quoziente intellettuale), con un declino neuropsichico anche di 8 punti dopo 20 anni. In un'era di grande concorrenzialità tra Stati e di forte espansione delle capacità tecnologiche e delle scienze, che

conseguenze avrebbe anche su questi aspetti una perdita così importante di potenziale intellettuale nelle giovani generazioni? Fette di popolazione dedite all'uso di cannabis inciderebbero sicuramente negativamente anche sulla capacità competitiva del nostro Paese. Ben 18 società scientifiche in Italia hanno dichiarato che questa sostanza è pericolosa per la salute in quanto neurotossica e quindi da evitarne l'uso voluttuario, oltre che farne un uso medico limitato ed attento.

Ma quando si parla genericamente di cannabis, od erroneamente e strumentalmente di droghe "leggere", non si vuole tenere conto di che cosa si trova sul mercato oggi e della domanda (e quindi dell'offerta delle organizzazioni criminali) che esiste. Da qualche anno, infatti, viene proposta dal mercato, perché richiesta dai consumatori, un tipo di cannabis sempre più potente e con effetto fortemente dissociativo. Normalmente, infatti, nella cannabis si trova dal 3 al 5% di principio attivo (THC): tuttavia, oggi sono disponibili piante appositamente modificate e coltivate con tecniche violente di cultura intensiva che arrivano anche al 55% di principio attivo, con contemporanea perdita di altri principi attivi protettivi, quali il CBD.

La gravità dei danni e la forte dipendenza che si possono generare risentono anche della maggiore concentrazione di principio attivo presente nei prodotti, oltre all'uso contemporaneo di altre droghe sinergizzanti e di alcol, che oggi rappresenta purtroppo un comportamento molto frequente. Quale cannabis andremmo a legalizzare? Quella a bassa concentrazione di THC (non più richiesta dai consumatori) o quella altamente tossica ma richiesta, ad alto contenuto di principio attivo? Il problema legato all'assunzione di cannabis è diventato ormai un vero problema di sanità pubblica e soprattutto mentale da non sottovalutare, che ha portato a registrare, oltre all'aumento delle patologie psichiatriche droga correlata (quali la schizofrenia), anche i ricoveri in condizioni di emergenza presso i pronto soccorsi (fonte dati SDO del Ministero della Salute). Il 16% dei ricoveri per intossicazioni acute da droghe nella popolazione generale è dovuto alla cannabis. Tale dato sale al 44,2% se esaminato nella fascia dei minorenni. In Europa tale percentuale nella popolazione generale è del 22% (fonte EMCDDA). Alla luce di tutto ciò, quanto "leggera" è una droga che produce una quantità così elevata di ricoveri ospedalieri in condizioni di emergenza? Un altro importante fattore da tenere in considerazione è quello relativo al fatto che legalizzare una sostanza psicoattiva (e quindi farne aumentare la disponibilità e l'accessibilità), fa sempre aumentare il suo consumo e il numero di persone che la usano.

Esattamente come è stato per l'alcol e per il tabacco. Aumenteranno quindi (e già esistono dati scientifici su questi aspetti) anche i ricoveri e la necessità di cure, gli incidenti stradali droga correlati, gli incidenti professionali, le violenze droga correlate, le persone con patologie psichiatriche droga correlate ma anche quelle (particolarmente vulnerabili) che svilupperanno percorsi evolutivi (come dimostrato da studi di neuroscienze anche su modelli animali) verso l'uso di cocaina od eroina.

È noto infatti che oltre il 90% delle persone vulnerabili dipendenti da eroina ha cominciato con la cannabis. Inoltre, è da ricordare che non esiste alcuno studio né

evidenza scientifica che dimostri che la legalizzazione sia in grado di ridurre efficacemente gli introiti delle organizzazioni criminali ed è illusorio (anche se suggestivo) pensare che legalizzare la sola cannabis possa avere un significativo impatto sugli introiti delle mafie, che vivono soprattutto della vendita di eroina, cocaina, metamfetamine ed adesso anche di altre 300 nuove droghe sintetiche vendute via internet.

Tali organizzazioni criminali trafficano e commerciano in vari tipi di droghe: legalizzando uno solo di questi prodotti, quale la cannabis, non si produrrebbero danni commerciali rilevanti tali da mettere in crisi le organizzazioni, come dimostrato anche da studi statunitensi in merito, producendo per contro nuovi costi sanitari e sociali.

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha utilizzato diverse fonti di dati sugli attuali consumi di droghe ed in particolare di cannabis in Italia, per determinare con una modellistica matematica il reale impatto finanziario che si potrebbe produrre sugli introiti delle mafie con la legalizzazione della cannabis. I dati dimostrano che l'impatto, in tutti e tre i diversi modelli, non supererebbe nel concreto il 5% degli attuali introiti totali, compresi quelli legati al mercato illegale delle droghe (sostenuto soprattutto dalla vendita di cocaina, eroina, amfetamine, ecc.) ma, come ricordavano molto bene i giudici Falcone e Borsellino, le mafie hanno anche altri e più importanti introiti derivanti soprattutto dalle estorsioni, dalla prostituzione, dal gioco illegale, dal traffico delle armi e da tante altre attività che portano a produrre, secondo alcune stime, fino a 150 miliardi di euro all'anno.

Le organizzazioni criminali quindi sarebbero perfettamente in grado, in termini competitivi, di ammortizzare e contrastare questa offerta competitiva della Stato diminuendo i prezzi e diversificando le offerte, lasciando però allo Stato l'onere dei costi sanitari e sociali per curare le persone tossicodipendenti.

Per creare un minimo impatto finanziario dovremo quindi legalizzare anche tutte le altre droghe? Come verrebbe poi regolamentato il fatto che persone guidino una macchina, un autobus, un treno o lavorino sotto l'uso di sostanze stupefacenti psicoattive ma perfettamente legali, non potendole quindi sanzionare?

E chi pagherebbe i costi sanitari aggiuntivi derivanti dall'aumento dell'uso?

La legalizzazione non può essere quindi una soluzione, ma solo un modo per creare un ulteriore problema sanitario e sociale e sarebbe solo un grande favore fatto alle mafie e a quelle industrie che già sfruttano questa negativa opportunità.

Come diceva il giudice Borsellino: "pensare di legalizzare è da diletanti di criminologia".

Lo Stato quindi non può chiedere ai cittadini che con le loro tasse paghino, oltre che la produzione di droga legale, anche i costi sanitari e sociali aggiuntivi che si produrrebbero dalla legalizzazione che non verrebbero comunque coperti dalle entrate in tasse, così come è per il tabacco e per l'alcol, in tutto il mondo.

Infine ci dobbiamo semplicemente chiedere: ma la legalizzazione di chi fa gli interessi? A chi porterebbe vantaggi? Alla salute del cittadino e alla sua sicurezza oppure a potenti lobbies, comprese quelle del tabacco, che vogliono trarre profitto anche da questo nuovo mercato già soprannominato, nelle borse di tutto il mondo, il nuovo "oro verde"?

## **Il parere del professor Umberto Tirelli**

*D. Professor Tirelli, dicono che legalizzare la cannabis permetterà di smantellare lo spaccio illegale e dunque di togliere risorse ai criminali. Cosa risponde?*

R. Come si fa a non capire che se l'uso della droga diventerà legale il problema aumenterà? Allora, visto che gli omicidi proseguono nonostante la legge li punisca, perché non li legalizziamo? Perché non si fa lo stesso ragionamento con il femminicidio, i furti e tutti i comportamenti ingiusti e quindi perseguibili? Inoltre, si alimenterebbe comunque un altro mercato proibito, fatto di sostanze nuove, come quelle chimiche. Altrettanto assurdo è sostenere che è giusto legalizzare la marijuana perché anche l'alcol e il fumo non sono proibiti. È come dire: risolviamo questi problemi aggiungendone un altro che è pure peggiore, dato che alcol e fumo non sono nocivi quanto lo è la marijuana.

*D. Ci spieghi.*

R. La marijuana, a differenza del tabacco, può provocare alterazioni cerebrali, senza contare le conseguenze a medio e lungo termine sulla funzionalità del cervello e sul sistema immunitario. La cannabis poi danneggia i polmoni in maniera molto più violenta del tabacco, aumenta il rischio di cancro, indebolisce le facoltà cognitive, la memoria, l'attenzione, e quindi fa aumentare il rischio di incidenti stradali. Aggiungerei che, contrariamente a quanto si pensa, i giovani sono molto inclini ad assuefarsi. La marijuana li rende ansiosi, angosciati, sonnolenti, il che si ripercuote sul loro rendimento scolastico, sui rapporti interpersonali e sulla loro vita in generale. Infine, aumentano i casi di schizofrenia.

*D. Come mai?*

R. Se negli anni Settanta la quantità di principio attivo della cannabis era del 5 per cento, oggi siamo al 50-80. Non esistono droghe leggere e la cannabis è superpotente, spacciata soprattutto fra i giovani incoscienti dei rischi che corrono. Persino il quotidiano britannico *The Independent*, dopo aver condotto per anni una campagna antiproibizionista, nel 2007 fece pubblica ammenda, spinto proprio dai dati allarmanti che hanno dimostrato il collegamento fra uso di cannabis e schizofrenia. Tutti gli studi scientifici più seri rilevano gravi problemi vascolari alle arterie del cervello. Per quanto riguarda il cancro, invece, la British Lung Foundation tre anni fa ha pubblicato un rapporto in cui emerge come il rischio di tumore al polmone provocato dalla cannabis è 20 volte maggiore rispetto a quello causato dalla sigaretta.

*D. Eppure la proposta di legge Della Vedova parla di "fini terapeutici", prevedendo anche l'"autocoltivazione" di marijuana a questo scopo.*

R. Ci vuole un gran coraggio per mettere nero su bianco una proposta del genere. In questo modo nell'immaginario collettivo si abbassa la percezione della pericolosità della cannabis, ma soprattutto si fanno affermazioni che non hanno nulla a che vedere con la scienza: l'uso terapeutico della marijuana riguarda l'assunzione di compresse con effetti del tutto differenti dallo spinello. Se i politici avessero davvero a cuore i malati, anziché liberalizzare la cannabis farebbero pubblicità a determinati farmaci, la cui efficacia nella terapia dolore è di gran lunga superiore.

*D. L'abuso di droga cresce, però, e questo è un fatto. Come si risolve il*

*problema?*

R. Di sicuro il problema dei giovani esiste. Ma se volessimo risolverlo credo che tutti, dai genitori ai medici fino ai politici, per prima cosa dovrebbero opporsi con forza all'uso delle droghe e alla loro legalizzazione.

*D. Umberto Veronesi, pur ammettendo che la marijuana «fa male», ha segnalato come un dato positivo i notevoli introiti fiscali incassati dal Colorado grazie alla liberalizzazione della marijuana. Cosa risponde al suo collega?*

R. È come dire: lo Stato si arricchisce sulla pelle dei suoi cittadini e noi siamo contenti. Non si possono fare affermazioni simili a cuor leggero. Sì, con la legalizzazione lo Stato risparmierà anche i vent'anni di pensione che non dovrà pagare a quanti moriranno di tumore, ma a lungo andare uno scenario del genere sarà deleterio per tutti, perché avremo una società debole, fatta di drogati, malati e schizofrenici<sup>612</sup>.

### **Una ricerca di Benedetta Frigerio: Cannabis. Dopo tante frivolezze sulla droga “leggera”, un po’ di informazione basata su dati “pesanti”**

“Fumatevi questi numeri e vedrete: dopo, le “cannette” non saranno mai più l'innocuo sbalzo che vi hanno sempre fatto credere

Dagli studi scientifici esaminati, risultano evidenti le gravi conseguenze, ad oggi troppo sottovalutate, che possono comparire a seguito dell'uso di [cannabis] e dei suoi derivati. Tali conseguenze sono tanto più gravi quanto più precoce è l'inizio dell'assunzione e quanto maggiori sono la frequenza e la durata dell'uso (tutte le fonti scientifiche dalle quali Serpelloni attinge sono citate per esteso in una appendice al capitolo che qui è stata omessa, ndr). (...)

Secondo uno studio longitudinale di coorte (1.265 soggetti: nascita-25 anni), condotto in Nuova Zelanda da Fergusson (2006), la variabile “età di inizio” gioca un ruolo chiave: a 15 anni coloro che consumano cannabis settimanalmente hanno una probabilità di passare all'uso di altre sostanze illecite 60 volte maggiore rispetto a chi non la usa; a 25 anni, la probabilità si abbassa a 4. (...) Anche considerando le variabili legate alla devianza sociale, chi usa marijuana ha 3-5 volte più probabilità di usare altre droghe illecite, rispetto a chi non la usa (Rebellion, 2006). (...)

*Le alterazioni cerebrali*

Secondo Ameri (1999), la tossicità della marijuana è stata sottovalutata per molto tempo. Tuttavia, recenti scoperte hanno rivelato che il principio attivo della cannabis (Thc, ndr) induce la morte cellulare con restringimento dei neuroni e la frammentazione del Dna nell'ippocampo. Le evidenze in letteratura indicano che l'esposizione ai fitocannabinoidi può alterare la sequenza temporalmente ordinata di eventi che si verificano durante lo sviluppo dei neurotrasmettitori, oltre ad incidere negativamente sulla sopravvivenza e sulla maturazione delle cellule nervose. (...)

L'uso prolungato di cannabis in adolescenza o nella prima età adulta è pericoloso per la materia bianca cerebrale secondo uno studio (Zalesky et al., 2012) che, per la prima volta, ha indagato specificatamente il suo impatto sulla connettività

---

<sup>612</sup> B. FRIGERIO, “Chi propone di legalizzare la cannabis eviti di appellarsi alla scienza: non sa di cosa parla”, *Tempi.it*, 25 luglio 2015.

delle fibre assonali attraverso la risonanza magnetica. È emerso che la connettività assonale risulta compromessa nelle seguenti aree cerebrali: fimbria destra dell'ippocampo (fornice), splenio del corpo calloso e fibre commissurali che si estendono fino al precuneo. È stata inoltre riscontrata un'associazione tra la gravità delle alterazioni e l'età in cui ha avuto inizio l'uso regolare di cannabis. L'uso precoce e prolungato di cannabis risulta quindi particolarmente pericoloso per la materia bianca del cervello in fase di sviluppo, portando ad alterazioni della connettività cerebrale che, secondo gli sperimentatori, potrebbero essere alla base dei deficit cognitivi e della vulnerabilità ai disturbi psicotici, depressivi e d'ansia dei consumatori di cannabis.

Sotto effetto della cannabis, l'attività cerebrale diventa scoordinata e imprecisa, portando a disturbi neurofisiologici e comportamentali che ricordano quelli osservati nella schizofrenia. È quanto afferma uno studio inglese condotto dai neuroscienziati dell'Università di Bristol, e pubblicato sulla rivista *Journal of Neuroscience*. (...)

*Gioventù*

*bruciata*

Gli studi animali hanno riscontrato un aumento dei cambiamenti cellulari associati all'esposizione alla cannabis durante l'adolescenza rispetto agli adulti (Cha et al., 2006; Kang-Park et al., 2007; Rubino et al., 2008; Scheineder & Koch, 2003; Schneider et al., 1982; Quinn et al., 2007), e l'esposizione al Thc in questa fase della vita è stata associata a deficit cognitivi a lungo termine e ad una minore efficienza delle connessioni sinaptiche nell'ippocampo in età adulta (Rubino et al., 2009). Dagli studi sugli animali e sull'uomo emerge che l'adolescenza è un periodo vulnerabile alla cannabis a causa dello sviluppo cerebrale che durante questo arco temporale raggiunge il suo picco. (...)

Secondo uno studio (Heron J., Barker Ed., Joinson C., et al., 2013), volto ad indagare i fattori di vulnerabilità associati all'uso di cannabis, l'uso di cannabis sarebbe associato al disturbo della condotta, caratterizzato da comportamenti antisociali e da violazioni ripetute dei diritti fondamentali degli altri, oppure delle norme o regole della società. L'indagine è stata effettuata su un ampio gruppo di adolescenti (4.159 ragazzi di 16 anni, di cui 2.393 femmine) ed ha indagato fattori quali lo status socio-economico, l'uso di sostanze da parte della madre, eventuali problemi psichiatrici dei genitori e la presenza o meno di diagnosi di disturbo della condotta nei figli tra i 4 e i 13 anni. (...)

Gli studi sugli effetti cognitivi dell'uso di cannabis riportano deficit nell'attenzione sostenuta, nell'apprendimento, nella memoria, nella flessibilità mentale e nella velocità di processamento delle informazioni (Pope & Yurelun, 1996; Solowij et al., 2002). (...) Gli studi sugli umani indicano che più precoce è l'inizio d'uso di cannabis, maggiori e più gravi sono le conseguenze cognitive associate (Ehrenreich et al., 1999). (...)

*La demolizione della mente*

L'uso persistente di cannabis tra gli adolescenti sotto i 18 anni porta ad un declino del funzionamento neuropsicologico, che persiste anche dopo aver interrotto il consumo della sostanza. Sono questi i risultati di uno studio (Meier et al., 2012) che ha indagato l'associazione tra consumo persistente di cannabis e declino neuropsicologico in 1.037 soggetti seguiti dalla nascita fino all'età di 38 anni.

Sono stati valutati con test sull'attenzione, la memoria e l'intelligenza, quando avevano 13 anni, prima di un eventuale inizio d'uso di cannabis, e poi a 38 anni, dopo aver sviluppato una modalità di consumo persistente di cannabis. Dai risultati è emerso che l'effetto sul funzionamento neuropsicologico del consumo di cannabis era più dannoso se l'inizio d'uso della sostanza avveniva prima dei 18 anni, quando il cervello è ancora in fase di sviluppo. Inoltre, la cessazione del consumo di cannabis non ha pienamente ripristinato il funzionamento neuropsicologico tra coloro che avevano iniziato a consumare cannabis precocemente. (...)

Uno studio condotto dai ricercatori della Università di Leiden nei Paesi Bassi (Colzato L. et al., 2014) ha evidenziato che fumare cannabis può anche ostacolare la creatività. Dai risultati è emerso che i soggetti esposti ad alta dose di Thc mostrano prestazioni significativamente peggiori sul compito del pensiero divergente rispetto agli altri gruppi (bassa dose o placebo) e che nel gruppo esposto a bassa dose non si osservano differenze con il gruppo che aveva assunto placebo. I risultati suggeriscono che la cannabis danneggerebbe il pensiero divergente, peggiorando così le performance creative.

Il consumo di cannabis ha effetti molto gravi in età adolescenziale: studi recenti confermano che le alterazioni conseguenti all'uso di cannabis alterano la capacità dei neuroni di svilupparsi in maniera appropriata, con il risultato che il cervello di un adulto che da adolescente ha consumato cannabis risulta più vulnerabile ed esposto all'insorgere di disturbi mentali (depressione, psicosi e disturbi affettivi). (...)

Uno studio condotto tra il 1992 e il 1998 in Australia ha dimostrato l'esistenza di una relazione tra l'utilizzo quotidiano di cannabis e l'insorgenza di depressione sia negli adolescenti che negli adulti (Patton et al., 2002) e di paranoia (Freeman D. et al., 2014). Questa associazione risultava più comune nelle donne piuttosto che negli uomini. In particolare, l'uso di cannabis nelle ragazze di età inferiore ai 15 anni aumentava in modo significativo il rischio di sviluppare idee o tentativi di suicidio nei 15 anni successivi. (...)

*Con quale autorità?*

Nessun'altra sostanza al mondo, con queste caratteristiche così ben documentate da studi tanto autorevoli, verrebbe altrettanto classificata come "leggera" (...). È evidente che esistono altri fattori, al di là della razionalità e della semplice logica, che sottostanno alle ragioni di chi ritiene queste sostanze scovre da rischi e pericoli per la salute e promuove e pretende la loro esclusione dalla lista delle sostanze proibite. Questi fattori sono più di ordine ideologico e culturale, forse quasi antropologico, e quindi poco hanno a che fare con la semplice razionalità. Inoltre, non vanno dimenticati il grande business e i forti interessi economici che il nuovo mercato della cannabis è in grado di generare. (...)<sup>613</sup>.

---

<sup>613</sup> Da TEMPL.IT, 24 aprile 2015.



## CAP. 12 - IL DISAGIO MENTALE

### INDICE DEL CAPITOLO

Premesse

1. Complessità dell'argomento

**2. Chi è il malato psichico**

**3. L'ammalato psichiatrico in Italia**

3.1. Aspetto legislativo

3.2. Aspetto culturale

**4. Problematiche etiche**

4.1. Etica dei colloqui terapeutici

4.2. Etica e atti terapeutici

4.2.1. Consenso Informato

4.2.2. Segreto professionale e riservatezza

4.2.3. Diritto alla scelta del medico e del luogo di cura

4.3. Sperimentazioni farmacologiche

4.4. Etica e psicofarmaci

4.5. Dinamiche sessuali

**5. Immigrati affetti da disturbi mentali: nuova emergenza**

**6. Quali comportamenti assumere verso il disagio mentale?**

### Premesse

I Manuali, “sono libri che riportano con criteri informativi e didattici le nozioni fondamentali relative su un dato argomento o su una disciplina determinata”<sup>614</sup>. Questo è il criterio che ho seguito nei capitoli precedenti riferendomi da una parte al Magistero della Chiesa Cattolica e dall'altra alla medicina e alle varie scienze. Trattando l'argomento di questo capitolo, correndo il rischio di una minore scientificità, attingerò dei contenuti anche dalla mia esperienza personale essendo da alcuni anni assistente spirituale presso un Centro di Riabilitazione Psichiatrica e Psicorganicità nel quale sono presenti circa quattrocento ospiti affetti da varie patologie mentali. Non mancherà anche un accenno alla Pastorale della salute (ultimo punto) perché come ricorda il professor E. Borgna, famoso psichiatra italiano, “le esperienze che ho potuto fare nei lunghi anni che ho vissuto in manicomio accanto alle persone più deboli e più fragili, incrinata dalla sofferenza, mi hanno dimostrato che laddove c'è un'esperienza del dolore, cresce immediatamente la percezione dell'insufficienza dei godimenti esterni, effimeri, temporanei, e cresce il desiderio di qualcosa che oltrepassi il contingente, l'abituale e ci porti verso l'infinito, alla ricerca di Dio”<sup>615</sup>. Augurandomi che il lettore colga il significato della mia scelta, mi accingo a

---

<sup>614</sup> G. DEVOTO – G.C. OLI, *Il dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze 2000, pg. 1217.

<sup>615</sup> E. BORNIA, *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano 2011, pg. 123.

trattare “il disagio mentale”, un argomento altamente complesso che spesso crea disagio nell’opinione pubblica.

Non è mia intenzione cimentarmi in analisi scientifiche sull’eziologia della malattia mentale ma unicamente evidenziare la problematica e presentarla sinteticamente con la costante attenzione alla persona che la soffre e, infine, fornire delle indicazioni alla comunità civile ed ecclesiale su possibili atteggiamenti da assumere nei confronti di questi “fragili”.

## 1.Complexità dell’argomento

La “malattia mentale”, in senso generale, è una frontiera di fragilità in continua e rapida espansione; di conseguenza l’argomento è ampio e tortuoso, coinvolgendo queste patologie soggetti affetti da molteplici sintomi che si presentano con differenti gravità.

I dati riguardanti il disagio mentale mostrano un fenomeno di proporzioni impressionanti.

Secondo le stime dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) le persone con disagio mentale, cioè che hanno avuto a che fare, almeno una volta nella vita con gravi problemi di salute psichica, raggiungono a livello mondiale il miliardo, cioè quasi un 1/5 della popolazione del pianeta. In Europa rappresentano il 27% degli adulti. In Italia oltre due milioni di cittadini. Perciò, una realtà di tali dimensioni, dovrebbe interpellare e scuotere le coscienze!

Inoltre, non possiamo scordare, i “disagi psichici” che talora portano alla depressione, alla somatizzazione, all’ansia, al panico, alla tristezza oltre che all’anoressia, alla bulimia e a disturbi del sonno...

Fermiamo la nostra attenzione sulla depressione. I soggetti con questo sintomo, che vivono una quotidianità quasi “normale”, nel nostro Paese rappresentano un quarto della popolazione, accrescendosi di oltre quattro volte in un decennio, passando dal 8,18% per 1000 abitanti del 2000, al 35,72% nel 2010<sup>616</sup>. E il dato è confermato dall’incremento delle vendite dei “medicinali di sostegno” e dall’uso e abuso di sonniferi, ansiolitici, antidepressivi, tranquillanti e psicofarmaci..., complice anche la superficialità prescrittiva che si registra in un numero considerevole di casi. Il farmaco appare la “via di fuga” più comoda, rapida e risolutiva.

Anche i giovani, gli adolescenti e i bambini non sono esclusi, anzi l’assunzione di questi farmaci è in crescente aumento, mentre decrescente è la media dell’età di chi ne usufruisce. Una ricerca dell’Istituto Mario Negri di Milano del 2013, condotta su un campione di 1.616.268 ragazzi ed adolescenti con meno di 18 anni, riporta che 63.550 hanno ricevuto cure per problemi psicologici, dipendenze o depressione. Pure il ricorso alla consultazione psichiatrica o psicologica si è accresciuta del 10% negli ultimi 5 anni<sup>617</sup>.

Le modalità di sofferenza di chi accusa disagio mentale sono assai differenti per le cause che originano questi disturbi e per la gravità dei sintomi

---

<sup>616</sup> Dati: Rapporto Osservasalute, 2011.

<sup>617</sup> Dati: Studio Eurobarometer, 2012.

essendo quello psichiatrico un settore variegato che va dalle insufficienze mentali alle oligofrenie, dalle nevrosi alle demenze, dagli stati di dissociazione alle schizofrenie. E le proiezioni future indicano un aumento proporzionale di questi disagi maggiore rispetto alle patologie cardiovascolari e tumorali<sup>618</sup>.

Il fenomeno, accompagnato da “disturbi dell’adattamento”, interessa prevalentemente i Paesi ricchi, e i fattori scatenanti sono genetici, psicobiologici, ambientali e sociali. Inoltre, i ritmi di vita moderna sempre più frenetici, gli ampi cambiamenti sociali e le maggiori pressioni economiche che richiedono un vasto utilizzo di risorse mentali e un sovraccarico emotivo peggiorano ulteriormente il problema.

Dunque, molti soffrono, con prassi diverse, un “disagio psichico”!

A parere di E. Sgreccia, oltre quelle già evidenziate, abbiamo altre cause primarie: “l’insicurezza derivante dalla perdita di senso della vita, dalla minaccia incombente su ciascuno da parte di un mondo che quotidianamente sovrasta e sfugge al controllo degli individui; si chiama in causa il crollo delle ideologie, compresa quella del progresso, nonché la perdita del senso della trascendenza. Ma si considera anche lo stress della vita della città e dei trasporti, la labilità del sistema affettivo della famiglia. Evidentemente non c’è una causa sola ed è per questo che ci si appella ancora alla filosofia della complessità e alla minaccia del caos dentro l’ordine apparente”<sup>619</sup>. E. Toffler, scrittore statunitense, che da anni studia i mezzi di comunicazione e il loro impatto sulla compagine sociale e sul mondo della cultura, evidenzia tre cause: “la disgregazione del tessuto comunitario relazionale nella famiglia e nella società, il venir meno di una vita strutturata e l’incapacità di dare senso all’esistenza”<sup>620</sup>.

Un altro fattore di criticità è la difficoltosa distinzione della “malattia mentale” dalla “devianza sociale”, cioè quei comportamenti che oltrepassando ogni regola del vivere civile producono atti assurdi di follia.

Una annotazione, collegata con la precedente, riguarda “la follia” che misteriosamente potrebbe celarsi in persone che vivono apparentemente nella normalità e che all’improvviso esplodono con gesti di una violenza inimmaginabile: genitori che massacrano i figli o viceversa, partner che uccidono e poi si tolgono la vita...

Concludendo, non possiamo dimenticare un’altra emergenza: “l’Alzheimer”, una patologia scoperta dal neurologo tedesco A. Alzheimer all’inizio del XX secolo che consiste in un processo degenerativo che distrugge progressivamente le cellule del cervello. Un processo che inizia solitamente dopo i sessantacinque anni con la difficoltà nel ricordare eventi recenti. Con l’avanzare dell’età si aggiungono altri sintomi dal cambiamento repentino di umore al disorientamento, dalla depressione all’incapacità di prendersi cura di sé.

Le cifre riguardanti il numero di malati sono drammatiche: nel 2010 nel mondo erano 36 milioni, nel 2013 44,35 milioni, nel 2030 si prevedono 75,62 milioni e nel

---

<sup>618</sup> Dati presentati al “XVIII Congresso ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) a Amsterdam (2013).

<sup>619</sup> E SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Vol. II Aspetti medico-sociali*, Vita e Pensiero, Milano 1991, pp. 39-40.

<sup>620</sup> E. TOFFLER, *La terza ondata. Il tramonto dell’era industriale e la nascita di una nuova civiltà*, Sperling & Kupfer, Milano 1987, pg. 468.

2050 circa 136 milioni<sup>621</sup>.

Questa patologia, inoltre, coinvolge intensamente il nucleo familiare del paziente sia a livello assistenziale che emotivo-relazionale.

Anche a livello di cura si brancolla nel buio; l'unico intervento, per ora, riguarda i sintomi mediante terapie farmacologiche e psicosociali. In Inghilterra, è in corso una sperimentazione con la molecola "Solanezumab" che agisce non sui sintomi bensì sulla causa. I primi positivi risultati sono stati esposti alla Conferenza internazionale dell'Alzheimer's tenutasi a Washington nel luglio 2015. Ma la cautela è d'obbligo.

## 2. Chi è il malato psichico

Come affermato una parte della popolazione è vittima del disagio mentale. Ma certamente, la maggioranza delle persone si è trovata, almeno una volta nella vita, a contatto con questa sofferenza nella modalità della depressione a seguito di eventi stressanti che poi si è risolta, entrando così nel circuito della psichiatria che possiamo definire: "quel ramo della medicina che ha per oggetto lo studio clinico e la terapia delle infermità mentali e dei comportamenti comunque patologici"<sup>622</sup>.

Quante persone ho incontrato nei miei quasi trent'anni di sacerdozio che fanno uso quotidiano di Tavor, En, Valium, Lexotan... oppure, quasi con vergogna, mi hanno confidato che frequentano lo psicologo o lo psichiatra, quasi fosse "un disonore". E della maggioranza di queste situazioni di sofferenza "la comunità", partendo da quella mondiale fino a giungere a quelle locali (civili, lavorative, parentali...), sono in parte responsabili.

Si conducono da anni delle benemerite campagne contro il fumo e le polveri sottili essendo responsabili di malattie e anche di morti, ma nessuno osa affermare che l'antagonismo, la concorrenzialità esasperata, la cultura "non del merito ma del privilegio", la produttività anonima che cancella la creatività, la mancata valorizzazione della preparazione professionale e delle doti personali uccidono la stima, la fiducia e la speranza. Di tutto questo si tace; che ipocrisia!

Comunque, alla base del disturbo della depressione che necessiti o meno di farmaci, si cela l'invito a guardarsi dentro, a prendere coscienza di ciò che siamo, a verificare e riorganizzare la propria vita verso uno stato di maggiore benessere, prendendo in mano la propria esistenza, a percepire le differenze tra le cose essenziali e quelle inessenziali.

Tre sono le grandi categorie cliniche della psichiatria: le "depressioni" (che abbiamo trattato in precedenza), le "schizofrenie" e il "ritardo mentale".

Il vocabolo "schizofrenia", coniato dallo psichiatra svizzero E. Bleuler nel 1908, deriva dalle parole greche "schizo" (= diverso) e "phren" (= cervello) e significa: "scissione della mente".

G.O. Gabbard, psichiatra e psicanalista statunitense, nel testo "Psichiatria

---

<sup>621</sup> Dati: Alzheimer's Disease International.

<sup>622</sup> *Lessico Universale Italiano*, voce: *Psichiatria*, Istituto della Enciclopedia Italiana, vol. XVIII, Mondadori, Milano 1984, pg. 42.

Psicodinamica<sup>623</sup> suddivide la sintomatologia in tre gruppi: sintomi positivi, sintomi negativi, relazione disturbante<sup>624</sup>.

-Sintomi positivi: deliri (disturbi del contenuto del pensiero); allucinazioni visive e uditive (disturbi nella percezione); catatonìa e agitazione (disfunzioni nel comportamento).

-Sintomi negativi: mancanza di volontà di azione (apatia); assenza di piacere (anedonia); ritiro sociale.

-Relazioni disturbate; sono le persone che definiamo “strani” per i loro atteggiamenti, comportamenti e per l’incapacità di avere un contatto adeguato con gli altri.

Il “ritardo mentale” è una grave alterazione della mente che si rivela nel difetto di sviluppo delle funzioni astrattive della conoscenza e dell’adattamento<sup>625</sup>. Il “ritardo mentale” è dunque “una sindrome complessa che compromette in modo duraturo e spesso permanente la conquista delle funzioni più elevate della specie umana”<sup>626</sup> che permettono la capacità di astrazione e di interiorizzazione delle varie esperienze.

Esistono diversi gradi di “ritardo mentale”:

La fascia normale di Quoziente Intellettivo (QI) non è inferiore a 85; di conseguenza abbiamo una sindrome:

-“Limite”, quando il Quoziente intellettivo varia tra 70 e 85;

-“Lieve”, quando il Quoziente Intellettivo varia tra 50 e 70;

-“Medio”, quando il Quoziente Intellettivo varia tra 35 e 50;

-“Grave”, quando il Quoziente Intellettivo varia tra 20 e 35;

-“Gravissimo”, quando il Quoziente Intellettivo è inferiore a 20.

“L’identikit” dei malati psichiatrici e mentali fu egregiamente presentato da Simone Cristicchi con la canzone “Ti regalerò una rosa” che vinse il Festival di Sanremo nel 2007. Il commovente testo fu frutto della sua esperienza di volontario in un Centro di Igiene Mentale a Roma.

“Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel ‘54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant’anni dentro a un manicomio (...). Io sono come un pianoforte con un tasto rotto; l’accordo dissonante di un’orchestra di ubriachi (...). Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura: puzza di piscio e segatura. Per loro questa è la malattia mentale e non esiste cura”<sup>627</sup>.

---

<sup>623</sup> Ed. Raffaello Cortina editore, Milano 2007.

<sup>624</sup> Cfr.: *Psichiatria psicodinamica*, op. cit., pp. 181-213.

<sup>625</sup> Per l’approfondimento: P. PFANNER, M. MARCHESCHI, *Il ritardo mentale*, Il Mulino, Bologna 2005.

<sup>626</sup> *Il ritardo mentale*, op. cit., pg. 9.

<sup>627</sup> **TI REGALERO’ UNA ROSA**

*“Ti regalerò una rosa. Una rosa rossa per dipingere ogni cosa. Una rosa per ogni tua lacrima da consolare. E una rosa per poterti amare.*

*Ti regalerò una rosa. Una rosa bianca come fossi la mia sposa. Una rosa bianca che ti serva per dimenticare ogni piccolo dolore.*

*Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel ‘54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant’anni dentro a un manicomio.*

*Ti scrivo questa lettera perché non so parlare. Perdona la calligrafia da prima elementare. E mi stupisco se provo ancora un’emozione. Ma la colpa è della mano che non smette di tremare. Io sono come un pianoforte con un tasto rotto: l’accordo dissonante di un’orchestra di ubriachi. E giorno e notte si assomigliano.*

Nella mia esperienza, supportata da una letteratura scientifica ormai comunemente accettata, apprendo quotidianamente che queste persone sono accompagnate quasi totalmente dalla paura e da un disorientamento spesso incontrollabile che li portano ad assumere atteggiamenti assurdi.

Questo provoca un angoscia immensa e una sofferenza disperata che porta qualcuno anche al pensiero del suicidio. Essendo questi malati estremamente sensibili, colgono ogni sfumatura e ogni gesto o parola superficiale, e li ferisce. E poi c'è una profonda solitudine perché il più delle volte, chi vive la malattia mentale, è cosciente del dramma che lo ha investito o meglio percepisce chiaramente di essere prigioniero di questa patologia che è un labirinto cieco dal quale è quasi impossibile uscire.

Ovviamente, ogni malattia, ha una sua sofferenza e una sua gravità, ma ritengo che queste patologie siano, forse il termine è troppo qualunquista, le "peggiori" poiché da una parte ci si sente privati della propria personalità e dall'altra si assumono atteggiamenti che non si vorrebbero addossare.

Così l'attore Rod Steiger descrive lo stato d'animo vissuto per alcuni anni: "Il tutto cominciò come una nebbia che s'insinuò piano piano nella mia testa e diventò così densa che io non potevo più vedere... La sofferenza precipitò e divenne così forte che io cominciai a non voler più camminare, a non volermi più lavare... E mi sedevo in giardino a fissare l'oceano dodici ore come un ebete"<sup>628</sup>.

Come riassunto e conclusione di questa sintetica descrizione, riportiamo un brano del noto psichiatra E. Borgna: "Ogni paziente psicotico, risucchiato nella metamorfosi dei suoi orizzonti di significato, non può nondimeno non essere considerato come un 'uomo uguale a noi': anche se non è semplicemente un uomo come noi ma è anche un uomo diverso da noi: non come noi; ancorché radicalmente immerso nella ricerca angosciante e disperata di un significato a cui noi non siamo estranei. Nell'esperienza psicotica si manifesta la categoria dell'assurdo, nella quale si coglie un non senso non destituito di senso; e questo modo di essere, nelle sue antinomie e nelle sue contraddizioni, tematizza non solo la Gestalt psicotica, ma anche quella normale"<sup>629</sup>.

---

*Nella poca luce che trafigge i vetri opachi me la faccio ancora sotto perché ho paura.*

*Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura, puzza di piscio e segatura. Per loro questa è malattia mentale e non esiste cura.*

*I matti sono punti di domanda senza frase. Migliaia di astronavi che non tornano alla base. Sono dei pupazzi stesi ad asciugare al sole. I matti sono apostoli di un Dio che non li vuole. Mi fabbrico la neve col polistirolo. La mia patologia è che son rimasto solo. Ora prendete un telescopio... misurate le distanze e guardate tra me e voi; chi è più pericoloso?*

*Dentro ai padiglioni ci amavamo di nascosto ritagliando un angolo che fosse solo il nostro.*

*Ricordo i pochi istanti in cui ci sentivamo vivi non come le cartelle cliniche stipate negli archivi. Dei miei ricordi sarai l'ultimo a sfumare. Eri come un angelo legato ad un termosifone. Nonostante tutto io ti aspetto ancora e se chiudo gli occhi sento la tua mano che mi sfiora. Mi chiamo Antonio e sto sul tetto.*

*Cara Margherita son vent'anni che ti aspetto. I matti siamo noi quando nessuno ci capisce. Quando pure il tuo migliore amico ti tradisce. Ti lascio questa lettera, adesso devo andare. Perdoni la calligrafia da prima elementare. E ti stupisci che io provi ancora un'emozione? Sorprenditi di nuovo perché Antonio sa volare".*

<sup>628</sup> E. ZOLI, *E liberaci dal male oscuro*, Longanesi, Milano 1993, pg.45.

<sup>629</sup> E. BORGNA, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 2001, pg. 26.

## 3.L'ammalato psichiatrico in Italia

### 3.1.ASPETTO LEGISLATIVO

Prima del 1978 la legge di riferimento per l'ammalato psichiatrico era la n. 36 del 14 febbraio 1904: "Disposizione sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati". Reputava questi sofferenti pericolosi per sé e per gli altri. Di conseguenza, erano ricoverati nei "manicomi" connotati come "luoghi di contenimento sociale"; un carcere dove i malati di mente o presunti tali erano privati dei diritti civili e l'aspetto riabilitativo era solitamente assente.

Tanti, ricordano queste strutture, e ne parlano con orrore essendo più simili a lager che a luoghi di cura e le condizioni di degenza erano degradanti ed umilianti. Inoltre, fino agli anni 60' del ventesimo secolo, era diffusa l'idea che la malattia mentale fosse una lesione organica inguaribile, e di conseguenza, la vita di questi individui era più vegetativa che umana. In questi "grandi contenitori" furono ricoverate anche persone non affette da problemi mentali ma unicamente diseredati nella società: ubriachi senza fissa dimora, omosessuali, anziani soli...

Commoventi sono i romanzi di M. Tobino (1910-1991) che lavorò per tutta la vita nel manicomio di Maggiano in provincia di Lucca. Così descrisse i manicomi d'allora: "Le celle sono il luogo più doloroso. Piccole stanze dalle pareti nude, con una porta molto robusta nella quale è infisso un vetro spesso per guardare dentro; nella parete di fronte, la finestra per la luce. L'ammalato, il matto, vi vive nudo. L'alienato nella cella è libero, sbandiera, non tralasciandone alcun grano, la sua pazzia, la cella suo regno dove dichiara se stesso, che è il compito della persona umana"<sup>630</sup>.

Possiamo poi notare il suo spiccato amore per i malati: "Scrissi questo libro per dimostrare che anche i matti sono creature degne d'amore, il mio scopo fu ottenere che i malati fossero trattati meglio, meglio nutriti, meglio vestiti, si avesse maggiore sollecitudine per la loro vita spirituale, per la loro libertà. Non sottilizai sulle parole, se era meglio chiamare l'istituto manicomio oppure ospedale psichiatrico, usai le parole più rapide, scrissi matti, come il popolo li chiama, invece di malati di mente"<sup>631/632</sup>.

Negli anni 60' si costituì un movimento di riforma con l'obiettivo di curare il malato psichiatrico non più ritenuto un criminale o un indemoniato. Anche l'evoluzione della farmacologia fornì un notevole contributo alla modifica dell'immagine di questi fragili.

Fattori, fra gli altri, di questa nuova visione furono i religiosi dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.

Un caso emblematico, fu la trasformazione operata da Fra Pierluigi Marchesi, che nel 1962 assunse la direzione dell'Istituto Sant'Ambrogio di Cernusco sul Naviglio

---

<sup>630</sup> M. TOBINO, *Per le antiche scale*, Mondadori, Milano 2001, pg. 24.

<sup>631</sup> M. TOBINO, *Le libere donne di Magliano*, Mondadori, Milano 2001, pg. 45.

<sup>632</sup> Concludiamo questo breve ricordo di Tobino con la descrizione di suor Giacinta: "Quando suor Giacinta distribuisce il vitto nella sala di soggiorno, ha intorno duecento malate. Molte volte le hanno tolta la cornetta perché si vergognasse ad apparire pelata, hanno tentato di picchiarla, le hanno urlato sconcezze, l'hanno frugata nei suoi sentimenti più delicati. Suor Giacinta vive insieme alle matte, loro sorella, il suo destino immolarsi ogni ora senza premio" (*Le libere donne di Magliano*, op. cit., pg. 62).

(Mi) nel quale erano ricoverati 1.300 pazienti. Riportiamo alcune sue illuminanti intuizioni.

“Fra Marchesi, immediatamente intuì la necessità di migliorare le condizioni di vita dei malati che non dovevano unicamente essere ‘contenuti’ ma andavano riabilitati; di conseguenza era indispensabile un grosso intervento sociale.

Nell’ Istituto, i pazienti, vestivano rigorosamente la divisa, come in carcere, sempre riconoscibili, sia all’interno che all’esterno, in caso di fuga. Uno dei primi giorni di priorato, Fra Marchesi incontrò una malata che indossava un maglione rosso sopra la divisa, e il direttore sanitario rimproverò la caposala per la svista, preoccupato che in caso di fuga, sarebbe stato difficoltoso ritrovare la paziente. Ma, pochi mesi dopo, Fra Marchesi, fece sparire le divise.

La stessa sorte subirono i muri divisorii. L’istituto era composto da due sezioni: maschile e femminile, rigorosamente separate da un alto muro di cinta. Fra Marchesi lo fece abbattere, e si premurò di aprire i cancelli affinché i malati potessero uscire, ma soprattutto perché la gente della città potesse entrare e passeggiare nel parco secolare dell’Istituto, godendo dell’ombra dei pini millenari oltre che superare le diffidenze nei confronti dei ricoverati.

La demolizione di quel muro di separazione, fu l’inizio di una lunga operazione per abbattere il ‘muro culturale’ riguardante lo ‘stigma’ sulla malattia mentale’.

I medici immediatamente si dimostrarono contrari, preoccupati per la gestione dei controlli. Ma il Priore seppe superare le loro resistenze, e così i malati dell’sant’Ambrogio, i primi in Italia, ebbero la possibilità di uscire dall’Istituto e i cittadini tranquillamente ad entrare”<sup>633</sup>.

“Per il benessere dei suoi malati, non lasciò nulla di intentato. L’Istituto, nel corso dei mesi, si trasformò in un piccolo paese con molteplici attività svolte dai pazienti con vari supporti esterni. Costituì una biblioteca gestita dagli ospiti; fondò il giornalino ‘Rivivere’ e ne costituì una redazione; procurò una discreta attrezzatura sportiva. Ideò un atelier di pittura che troverà spazio in alcuni reparti, dove su appositi tavoli, gli ospiti potevano dipingere liberamente, e un laboratorio centrale coordinatore di queste attività, diretto da un pittore scelto dalla Direzione”<sup>634</sup>.

“Per superare le diffidenze del paese, e i timori che ancora resistevano nel passare a fianco dell’ospedale, si organizzarono rappresentazioni teatrali e concerti con personaggi famosi da Adriano Celentano a Ornella Vanoni. Le sale erano affollate e nessuno subì alcuna violenza; furono occasioni per far nascere amicizie tra i cittadini di Cernusco e gli ospiti dell’istituto.

Nel frattempo, Fra Marchesi puntò anche su nuovi processi terapeutici; dalle cure psicologiche alle psicoterapie; dall’ergoterapia alla ludoterapia. L’ergoterapia verrà utilizzata nel centro di socioterapia per alcoolopatici, allargandosi poi all’inserimento di persone con diagnosi differenti”<sup>635</sup>.

Nel 1978 fu approvata la legge 180: “Accertamenti e trattamenti sanitari

---

<sup>633</sup> Cfr.: G. CERVELLERA – G.M. COMOLLI, *Ospitare l’uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, pp. 44-45.

<sup>634</sup> *Ospitare l’uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pg. 49.

<sup>635</sup> *Ospitare l’uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pg. 54.

Per una visione globale delle opere innovative di Fra Marchesi; cfr.: *Ospitare l’uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pp. 44-59.



obbligatori”<sup>636</sup>, definita anche “Legge Basaglia” e così, tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, più di 100mila persone lasciarono i manicomi.

Lo psichiatra F. Basaglia convinto che i manicomi non giovassero, progettò, ispirandosi all'antipsichiatria inglese, al modello dello psichiatra ungherese I. Szasz e alla concezione dell'antropologo E. De Martino, una nuova organizzazione dell'assistenza psichiatrica che superasse la “logica manicomiale” per aprirsi a quella riabilitativa che è l'insieme delle strategie rivolte a restituire o a fornire contrattualità sociale alle persone con problemi psichiatrici..

Con la visione di Basaglia e di altri soggetti, la psichiatria, riscoprì “i diritti” del malato mentale. In un suo scritto affermò: “Il manicomio, nato come difesa da parte dei sani contro la pazzia, sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale il malato mentale deve essere difeso e salvato”<sup>637</sup>. Dunque, si passò “dall'internamento” per ridurre la presunta pericolosità “alla cura” della malattia, alla riabilitazione e all'inserimento sociale. E, a questi cittadini, furono restituiti i diritti civili.

La legge n. 180/78 demandò l'attuazione della normativa alle Regioni che legiferarono con modalità assai eterogenee, producendo risultati diversificati sul territorio anche a causa dello scarso collegamento tra interventi terapeutici ed assistenziali. In varie situazioni, inoltre, non si costituirono adeguate strutture “intermedie” (comunità, case protette, centri diurni...).

L'errore commesso fu quello di essersi illusi che fosse sufficiente abbattere le mura dei manicomi per sanare il malato mentale, scordando che la cronicità non poteva essere trascurata e, nonostante le richieste del dettato legislativo, furono progettate, come già accennato, poche e parziali “strutture di sostegno” che inserissero, con gradualità, questi malati nel contesto societario. Anche le famiglie furono trascurate, e spesso sconsolate da una pudica vergogna, si chiusero nella solitudine prive di aiuto e di conforto, oppresse e travolte da problematiche cui faticavano a rispondere.

Dall'esperienza di un familiare: “Non desta curiosità la vita in famiglia con questo malato, non si levano grandi grida pubbliche di protesta quando l'estrema degradazione della famiglia e del malato stesso viene scoperta”<sup>638</sup>: “Molte volte, stanchi e sfiduciati, si corre nella propria stanza, ci si chiude dentro a doppia mandata, lasciando il familiare malato solo al proprio destino. Rimasti soli si cerca di rientrare lentamente nella propria dimensione, si cerca di cacciare l'ipotesi che un disordine così stridente possa coincidere con un senso compiuto e persino adombrare la normalità di una vita plausibile. Il rischio esiste. Ci si sente in balia di un'ansia sorda e di una paura che si trasforma spesso in dolore fisico. Si è presi, a momenti, da un desiderio di equilibrio, di ordine, da quelle condizioni che ti sembrano non appartenere”<sup>639</sup>.

Anche la legge n. 104 del 5 febbraio 1992, una “normativa quadro” a favore dell'assistenza, dell'integrazione sociale e dei diritti delle persone handicappate,

---

<sup>636</sup> Cfr.: *Gazzetta Ufficiale* n. 133 del 16 maggio 1978.

<sup>637</sup> F. BASAGLIA (a cura di), *L'utopia della realtà*, Einaudi, Torino 2005, pg. 27.

<sup>638</sup> A. R. LUGLI ANDRETTA, *La vita in famiglia con il malato di mente*, in *Dolentium hominum* n. 16 (1991), pg. 256.

<sup>639</sup> *La vita in famiglia con il malato di mente*, op. cit., pg. 257.

pur includendo in questa categoria anche i malati mentali, infatti definì persone handicappate “coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale che determina un processo di svantaggio sociale o di emarginazione”, non previste per i malati psichiatrici supporti particolari come per le altre forme di handicap.

Positiva, invece, fu la legge riguardante l'amministrazione di sostegno<sup>640</sup>.

Come valutare la legge 180/78 ad oltre trentacinque anni dall'entrata in vigore?

Mentre la legislazione fu rispettosa della dignità del malato psichiatrico e i progressi della neuropsichiatria scoprirono terapie farmacologiche efficaci, l'assistenza a questi fragili e l'impegno per il loro graduale reinserimento in ambiti normali di vita e di relazione, in molti casi, fu ed è enormemente deficitaria per la carenza di politiche concrete e di scelte amministrative confuse e inficcate, come in altri settori, da meschini giochi di potere. Alcuni articoli della legge rimangono anche oggi unicamente “nobili enunciazioni”, poichè i diritti per essere effettivi, richiedono politiche sociali efficaci. Di conseguenza, la battaglia, a favore di questi fragili non è ancora terminata!<sup>641</sup>.

### 3.2.ASPETTO CULTURALE

Scrisse papa Benedetto XVI: “Si avverte la necessità di meglio integrare il binomio terapia appropriata e sensibilità nuova di fronte al disagio, così da permettere agli operatori del settore di andare incontro più efficacemente a quei

---

<sup>640</sup> Cfr.: Legge 6/2004.

<sup>641</sup> Riportiamo due pareri.

Disse il cardinale Carlo Maria Martini il 22 agosto 1982 nel corso di un convegno riguardante la legge 180; "Il processo di trasformazione dell'assistenza psichiatrica avviatosi con la legge 180, per un verso soffre di gravi ritardi e carenze, che impediscono la corretta applicazione dei validi profili innovativi che la ispirano, e, per un altro, mette in luce taluni aspetti discussi e discutibili.

Non si tratta di tornare indietro, verso soluzioni superate e non più tollerabili; ma neppure è lecito irrigidirsi in schematismi ideologici, dimenticando la realtà viva delle persone concrete che soffrono. Occorre piuttosto uno sforzo di applicazione e di inventiva da parte di tutti i responsabili: bisogna quanto prima realizzare tutte le strutture di cura e di supporto sul territorio previste dalla riforma, e insieme occorre il coraggio di ripensare quanto, sulla base dell'esperienza, si dimostrasse contraddittorio o inefficace, trovando insieme soluzioni più adeguate. Il criterio determinante per ogni scelta deve essere quello dell'attenzione alla persona del malato, della corresponsabile partecipazione della famiglia opportunamente orientata e sostenuta, della solidarietà di tutto il corpo sociale e delle sue istituzioni” (in “Anime e corpi” n. 100 (1982), pp. 137-138).

Pur essendo trascorsi oltre vent'anni da quando il cardinale propose queste riflessioni, ritengo che le sue osservazioni siano ancora attuali e possano essere oggetto di verifica e di programmazione.

Osservava L. M. Borgia: “Rispetto alle altre categorie di pazienti, il malato mentale è il più solo e il più debole: è isolato dalla comunità che non comprende la profondità di una malattia difficilmente identificabile e perciò inquietante. Persino le compagnie assicuratrici ritengono le spese mediche per le cure delle malattie mentali psichiatriche ‘non rimborsabili’, in quanto nel contratto assicurativo sono esplicitamente escluse dalle condizioni generali di polizza; non solo, per alcuni contratti l'insorgenza della malattia dopo la stipula, interrompe l'operatività della garanzia; è isolato dalle istituzioni che devono stanziare le risorse economiche: i fondi sanitari destinati alla psichiatria sono sempre minimi rispetto a tutti gli altri settori; è isolato nella stessa comunità familiare, spesso incapace a gestire da sola una situazione psicologicamente pesante ed un congiunto dal comportamento imprevedibile. Il paziente psichiatrico è così reietto, ghettizzato, respinto dai fatti dietro quelle sbarre che la legge 180/1978 eliminava formalmente, senza possibilità di emergere dall'abisso della patologia, dal momento che le opportunità di cura e di guarigione sono indissolubilmente legate alle relazioni interpersonali e all'inserimento nella comunità”. (L.M. BORGIA, *E' possibile una bioetica in psichiatria?* in F. PELLEGRINO, *Pratica clinica e ricerca. L'uso appropriato dei farmaci in psichiatria*, Mediserve, Napoli 2004, pg. 86).

malati ed alle famiglie, le quali da sole non sarebbero in grado di seguire adeguatamente i congiunti in difficoltà<sup>642</sup>. Caritas Italiana nel documento “Un dolore disabilitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana” nel 2003 affermò: “(serve) un’attenzione, un’accoglienza, una cura, una cultura e una politica sanitaria e sociale più adeguata nei confronti delle persone malate di mente e delle loro famiglie”<sup>643</sup>.

Dunque, sia Benedetto XVI che Caritas Italiana, hanno sottolineato la rilevanza della “crescita culturale”, poichè anche oggi, certamente meno che nel passato, il malato mentale e il suo ambiente socio-affettivo, a volte, è ghettizzato e il binomio tra “malattia psichica” e “pericolosità sociale” è ancora diffuso. Inoltre, i vocaboli che incominciano con il suffisso “ps”, incutono timore a seguito di una cospicua disinformazione e molti dimostrano atteggiamenti di diffidenza verso queste persone un po’ “strane”. “Spariti i manicomi non è sparita la manicomialità come modo e stile di avvicinarsi e rapportarsi con l’altro”<sup>644</sup>. E per incrementare il clima di sospetto periodicamente siamo informati di episodi di violenza fruttati più o meno indotti di alterazione della coscienza.

Se stilassimo una classifica sugli “ultimi” della società, dovremmo inserire senz’altro gli ammalati psichici in una posizione di rilievo. “La sofferenza mentale è, tra le povertà, quella che più deve interrogarci: sperimentarla è vivere privo d’appoggi, di difese, di consensi, lontano e separato dagli altri, chiuso in se stesso, estraneo alla vita. È essere ‘tra gli ultimi della fila’, quelli che non contano, non si sentono, non sanno difendersi, non riescono a pesare nelle decisioni politiche e sociali”<sup>645</sup>.

Il cardinale D. Tettamanzi, nell’omelia della Notte di Natale del 2008 li definì i “cosiddetti invisibili”: “una categoria destinata ad allargarsi drammaticamente se venisse a mancare lo sguardo aperto e penetrante della carità che si fa prossimità e condivisione! (...). Sono le persone che soffrono per i più differenti disagi psichici e i loro famigliari”. Eppure, le opportunità di cura e di guarigione, sono indissolubilmente collegati alle relazioni personali e all’inserimento nella comunità.

## 4. Problematiche etiche

Molteplici e complesse sono le problematiche etiche in psichiatria: dalla difficoltà ad ottenere il consenso informato per eseguire accertamenti diagnostici e per le cure al diritto al rifiuto delle terapie; dai benefici dell’utilizzo degli psicofarmaci all’uso della coercizione come strumento terapeutico; dagli obiettivi stessi della terapia, soprattutto nei casi più gravi, alla partecipazione alle sperimentazioni cliniche. Un altro aspetto a cui si presta poca rilevanza è il diritto del paziente alla scelta del medico o della struttura in cui farsi curare. Non possiamo scordare, infine, le varie dinamiche sessuali

---

<sup>642</sup> BENEDETTO XVI, *Messaggio in occasione della XVI Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 2006.

<sup>643</sup> EDB, Bologna 2003, pg. 5.

<sup>644</sup> L. ATTENASIO, *Fuori norma la diversità come valore e sapere*, Armando editore, Roma 2000, pg. 36.

<sup>645</sup> CARITAS ITALIANA, *Un dolore disabilitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, EDB, Bologna 2003, pg. 16.

Nel dibattito bioetico odierno alle problematiche della malattia mentale si dedica uno spazio limitato, e nell'opinione pubblica si nota indifferenza al tema, come dimostrato, ad esempio, dalla scarsa attenzione alle disposizioni normative sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (ex-OPG). Eppure, questo, come già affermato, è un malato debole, indifeso e spesso esposto alle decisioni altrui, quindi necessita di una maggiore tutela e salvaguardia da parte della bioetica.

Il modello etico che proponiamo, come precedentemente, è quello ontologico "personalistico" che dovrà supportare l'incontro terapeutico e divenire il punto di riferimento riguardo la liceità o illiceità di un'azione o di un comportamento.

Inoltre, i diritti alla salute e alla cura di questo paziente, come ribadito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana<sup>646</sup> dovranno, non solo essere rispettati ma inquadrati nella complessività della sua esistenza.

Punti di riferimento sono i principi etici commentati nel secondo capitolo di questo testo, che a volte potranno incontrare difficoltà nell'applicazione; per questo esamineremo le situazioni più comuni<sup>647</sup>.

#### **4.1. ETICA DEI COLLOQUI TERAPEUTICI**

Rilevanti problematiche nei colloqui terapeutici riguardano l'equilibrio tra "autonomia" e "eteronomia" nel rapporto tra medico e paziente psichiatrico e il modello di riferimento, cioè l'assunto antropologico. Questo assume rilievo particolarmente per la condizione di dipendenza del malato e per alcune decisioni che il terapeuta potrebbe fare assumere (o imporre) al suo paziente.

L'equilibrio dovrebbe fondarsi su un "alleanza terapeutica" che superi l'autoritarismo paternalistico o l'abbandono rinunciatario in nome

---

<sup>646</sup> "La Repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana".

#### **<sup>647</sup> I PRINCIPALI CODICI ETICI RIGUARDANTI LA PSICHIATRIA**

##### INTERNAZIONALI

1964: Dichiarazione di Helsinki (WMA) (World Medical Association)

1971: Dichiarazione sui diritti dei ritardati mentali (ONU).

1977: Dichiarazione delle Hawaii (WPA) (World Psychiatric Associat)

1991: Principi per la protezione delle persone malate di mente e per il miglioramento delle cure psichiatriche (ONU)

1995: Dichiarazione sulle questioni etiche riguardanti i malati mentali (WMA)

1996: Medicina Psichiatrica Legale: 10 principi di base (WHO)

1989: Dichiarazione di Atene sui diritti dei malati di mente (WPA)

##### EUROPA

1977: (R. 818) Raccomandazione sulla situazione dei malati di mente (Consiglio d'Europa)

1983: (R.83) Raccomandazione sulla protezione legale dei malati di mente ospedalizzati contro la loro volontà (Consiglio d'Europa)

1994: (R.1235) Raccomandazione sulla psichiatria ed i diritti umani (Consiglio d'Europa)

1996: Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (art. 7) (Comunità Europea)

1987: Good Clinical Trial Practice (Consiglio d'Europa)

##### ITALIA

1994: Parere sull'eticità della terapia elettroconvulsivante (Comitato Nazionale per la Bioetica)

1995: Documento sull'etica della psichiatria dell'infanzia (Ordine dei Medici di Roma)

2003: Decreto Legislativo 211 (art. 5).

dell'autonomia<sup>648</sup>.

## 4.2. ETICA E ATTI TERAPEUTICI

### 4.2.1. CONSENSO INFORMATO

Il Consenso informato, è definito dal Comitato Nazionale per la Bioetica: “la legittimazione e il fondamento dell’atto medico e, allo stesso tempo, strumento per realizzare quella ricerca di alleanza terapeutica – nell’ambito delle leggi e dei codici deontologici – e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente cui aspira la società attuale”<sup>649</sup>.

Il medico deve fornire al paziente tutte le informazioni di cui dispone, senza travisare nulla e con modalità chiare e comprensibili, prospettando anche diverse opzioni terapeutiche affinché il malato possa fornire un consenso libero e informato. A questo proposito rammentava il cardiale C.M. Martini: “Il paziente sa benissimo di essere lui, non altri, il vero responsabile della propria salute fisica e mentale. Se si affida a un terzo è solo perché da solo non potrebbe risolvere il problema della malattia che lo ha assalito. Ma anche dopo questo ricorso e affidamento a terzi, egli mantiene inalterato il potere di amministrazione del proprio organismo; e ciò comprende ovviamente anche il diritto di accettare o di rifiutare ciò che gli viene proposto, a seguito di un suo personale giudizio globale, concernente i suoi interessi personali, familiari e professionali”<sup>650</sup>.

Il principio che fonda il Consenso Informato è sancito anche dalla Costituzione Italiana all' articolo 32 già accennato in precedenza, dalla legge n.833/78, agli articoli 33 e 34 e dall'articolo 29 del Codice di Deontologia Medica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO).

Per quanto riguarda la capacità di esprimere un valido consenso, a livello internazionale si concorda su quattro parametri.

- “La capacità di manifestare una scelta”; in mancanza di questa attitudine è inutile valutare gli altri parametri.
- “La capacità di comprendere le informazioni relative al consenso”; il saper codificare ed elaborare le informazioni.
- “La capacità di offrire un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze”; riguarda le modalità di regolamentazione di alcune difficoltà della vita.
- “La capacità di utilizzare razionalmente le informazioni”; il passaggio dalla logica al ragionamento e al problem solving<sup>651</sup>.

P.S. Appelbaun ha indicato alcune domande per verificare le reali capacità del soggetto<sup>652</sup> a rilasciare un consenso libero e informato.

---

<sup>648</sup> Cfr.: *Manuale di bioetica. Vol. II Aspetti medico-sociali*, op.cit., pp. 66-82.

<sup>649</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e consenso all'atto medico*, Roma 1992, pg. 12.

<sup>650</sup> C.M. MARTINI, *Le ragioni del credere. Scritti e interventi.*, Mondadori, Milano 2011, pg. 673.

<sup>651</sup> Cfr.: AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Guidelines for assessing the decision-making capacities of potential research subjects with cognitive impairment*, Am J Psichiatry 155 (1998) 1649-1650.

<sup>652</sup> Cfr.: P.S. APPELBAUM, *Assessment of patient's competence to consent to treatment*, N Engl J Med 26 (2006) 1834-1840.

<i>TIPO DI CAPACITA'</i>	<i>ESEMPI DI DOMANDA</i>
Manifestare una scelta	-Può dirmi cosa ha scelto di fare? -(Nel caso non abbia scelto) Può dirmi cosa le sembra più difficile, cosa la ostacola nel decidere?
Comprendere le informazioni relative al consenso	-Mi dica con sue parole che cosa le è stato detto a proposito di: *i suoi problemi attuali di salute; *il trattamento consigliato; *i rischi e i benefici del trattamento; *i trattamenti alternativi con rischi e benefici; *i rischi e i benefici del non assumere nessun trattamento.
Dare un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze	-Secondo lei quali sono i suoi problemi di salute? -Crede di aver bisogno di un qualche tipo di trattamento? -A cosa dovrebbe servire il trattamento? -Perché le hanno consigliato questo trattamento? -Secondo lei cosa le accadrebbe non ricevendo alcun trattamento?
Utilizzare razionalmente le informazioni	-Come mai ha scelto di accettare o di rifiutare il trattamento? -Cosa rende questo trattamento migliore degli altri?

La legislazione italiana prevede alcune situazioni dove la persona può essere sottoposta ad un trattamento medico contro la propria volontà:  
-In presenza di un rischio immediato per la vita; in questa situazione il consenso è presunto.

-Per le vaccinazioni obbligatorie stabilite nei programmi nazionali di salute pubblica (cfr.: Legge 292/63).

-Di fronte ad alcune patologie: Tossicodipendenza (cfr.: Legge 126/90), TBC e Lebbra (cfr.: Legge 897/56) per evitare contagi.

-Nelle malattie mentali (cfr.: Legge 180/1978, art. 33).

Con l'articolo 33 della legge 180/1978, il legislatore, pur affermando il principio che il malato mentale non può essere sottoposto a trattamento contro la propria volontà, ammette la possibilità, nell'interesse del paziente, del "trattamento sanitario obbligatorio". Dunque, lo "stato di necessità", autorizza il medico a rifiutare la volontà del paziente, agendo "in scienza e coscienza", in difesa della salute e della integrità della persona sofferente e di terzi.

La carenza di un valido consenso del paziente, tranne nei casi sopra citati,

esponde il medico in “sede penale” alle imputazioni di lesione personale (cfr.: art. 582 c.p.), delitto di violenza privata (cfr.: art. 610 c.p.), omicidio colposo o preterintenzionale (cfr.: artt. 589 e 584 c.p.) e in “sede civile” al risarcimento del danno (cfr. ex art. 2043 c.c.).

In ambito psichiatrico, la dottrina del consenso informato, è da sempre ritenuta di difficile applicazione poiché, la maggioranza dei malati mentali, non dispongono della capacità di comprendere le informazioni loro comunicate, e di conseguenza, di consentire liberamente al trattamento. Per questo, sorge il dubbio, sulla validità del consenso manifestato. Inoltre, il problema etico del consenso informato all'atto medico da parte del malato mentale, non riguarda unicamente le cure psichiatriche ma anche quelle in altri ambiti riguardanti la sua salute.

E' opportuno superare, come affermato da una vasta letteratura a livello mondiale, il pregiudizio che il malato di mente sia impossibilitato ad esprimere un consenso informato alle proposte terapeutiche, infatti la malattia psichiatrica, non annulla in tutte le situazioni le facoltà mentali dell'individuo come pure non impedisce al soggetto di tutelare i suoi interessi anche nel settore della sua salute. Per questo è un obbligo etico adottare tutte le iniziative possibili volte ad assicurare il consenso. Di notevole aiuto è anche il rapporto positivo che si instaura tra il terapeuta e il paziente che in alcuni casi potremmo definire di “sussidiarietà decisionale” che dovrebbe intervenire laddove il malato tentenna..

#### **4.2.2. SEGRETO PROFESSIONALE E RISERVATEZZA**

Anche il segreto professionale e la riservatezza che ingloba l'ambito psichiatrico nella sua totalità, compresa la psicoterapia di gruppo, assume una valenza etica. Nessuno ha il diritto di rivelare quello che altri hanno manifestato nel corso di una seduta, e quindi diffondere informazioni senza previa autorizzazione. Ciò riguarda il rapporto medico-paziente, paziente-paziente ma anche il controllo del flusso delle informazioni riguardanti il malato e le diverse istituzioni (famigliari, datore di lavoro, banche, assicurazioni...).

Il segreto professionale è un obbligo deontologico da rispettarsi nei confronti di ciò che il professionista può conoscere nell'esercizio della propria professione come ribadito dal Codice Penale (cfr.: art. 622), dal Decreto Legislativo 196/2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali) e dal Codice di Deontologia Medica. “L'inosservanza del segreto costituisce mancanza grave quando può derivarne profitto proprio o altrui, ovvero nocimento della persona assistita” (art 9).

Venir meno al segreto professionale è possibile unicamente se sussiste una “giusta causa”; ad esempio un rischio per l'integrità del paziente o di altre persone.

#### **4.2.3. DIRITTO ALLA SCELTA DEL MEDICO E DEL LUOGO DI CURA**

Il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura è riconosciuto dal Codice di Deontologia Medica (art. 24) e dalla Legge di riforma sanitaria n. 502/90 (art. 8).

Tuttavia, a causa di motivazioni prevalentemente economiche riguardanti il

pagamento delle prestazioni, il più delle volte il malato psichiatrico è costretto a riferirsi unicamente ai servizi gestiti dall' Azienda Sanitaria Locale (ASL) di riferimento e alcune ASL rifiutano di prendersi in carico i residenti fuori dal proprio territorio.

Per questo, spesso, il malato mentale è costretto ad accettare quel determinato psichiatra o quella specifica struttura di ricovero presente nel territorio dove abita.

Dobbiamo notare che nessuna decisione a livello locale, può annullare un diritto garantito da una legge nazionale.

### **4.3. SPERIMENTAZIONE FARMACOLOGICA**

Alcuni documenti riguardanti la sperimentazione farmacologica hanno trattato "i requisiti" di tutela per gli adulti incapaci, a causa del loro stato psicologico, di manifestare un consenso consapevole ed esplicito a partecipare ad uno studio clinico.

L' articolo 5 del Decreto Legislativo n. 211/2003 indica i requisiti per questi arruolati:

"- sia stato ottenuto il consenso informato del rappresentante legale; il consenso deve rappresentare la presunta volontà del soggetto e può essere ritirato in qualsiasi momento senza pregiudizio per il soggetto stesso;

- la persona abbia ricevuto informazioni adeguate alla sua capacità di comprendere la sperimentazione ed i relativi rischi e benefici;
- lo sperimentatore tenga conto del desiderio esplicito di un soggetto in sperimentazione in grado di formarsi un'opinione propria e di valutare tali informazioni, di rifiutare la partecipazione o di ritirarsi dalla sperimentazione clinica in qualsiasi momento;
- non vengano dati incentivi o benefici finanziari ad eccezione delle indennità che, ove il promotore la sperimentazione sia un soggetto pubblico, potranno essere concesse solo nei limiti degli stanziamenti di bilancio ad esso assegnati;
- la ricerca sia essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca e riguardi direttamente uno stato clinico che ponga a rischio la vita o determini una condizione clinica debilitante di cui il soggetto soffre;
- le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e gli altri rischi prevedibili in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo; sia la soglia del rischio che il grado di malessere devono essere definiti specificamente ed essere continuamente monitorati;
- il protocollo sia stato approvato da un Comitato etico competente sia nel campo della malattia in questione, sia per quanto riguarda le caratteristiche proprie della popolazione di pazienti interessata, o previa consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali nell'ambito della malattia e della popolazione di pazienti interessata;
- gli interessi dei pazienti prevalgano sempre su quelli della scienza e della società;
- vi sia motivo di ritenere che la somministrazione del medicinale da sperimentare rechi al paziente un beneficio superiore ai rischi o che non produca alcun rischio".



Pur ben tutelati dalla normativa, nei confronti di questi malati rimangono aperti due problemi: i parametri nel definire la capacità di esprimere il consenso e il progresso della scienza con l'acquisizione di conoscenze che potrebbero avvantaggiare i futuri sofferenti.

La scienza biomedica per progredire necessita dell'aspetto sperimentale che coinvolge pazienti con determinate patologie. In questi speciali arruolati si contrappongono due situazioni.

Da una parte, nei criteri di tutela esaminati in precedenza, è presente quello che manifesta la finalità di questa tipologia di ricerca: "convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un Consenso informato"<sup>653</sup>.

Dall'altra, ben comprendiamo, la rilevanza dello studio diretto condotto su persone con una significativa compromissione delle funzioni cognitive. La limitazione della loro partecipazione a sperimentazioni particolarmente espressive li esclude da eventuali benefici e non acconsente di identificare trattamenti efficaci per i malati di domani.

Un'apertura alla partecipazione alla ricerca che superi i benefici diretti è presente nella "Raccomandazione R(90)3" del Consiglio d'Europa: "Una persona legalmente incapace non può essere inclusa in una ricerca se non ci si aspetta che questa possa dare un beneficio diretto e significativo per la sua salute", ma poi aggiunge: "Tuttavia, in via eccezionale, le leggi nazionali possono autorizzare una ricerca che coinvolge persone legalmente incapaci senza un beneficio diretto per la loro salute quando tali persone non sollevino obiezioni, purché la ricerca sia benefica per le persone della stessa categoria, e i medesimi risultati non possano essere ottenuti mediante ricerche su persone che non appartengano a tale categoria"<sup>654</sup>.

Quindi, quella che E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma definiscono "beneficialità nella fiducia"<sup>655</sup> in un contesto di "alleanza terapeutica" potrebbe essere l'opportuno approccio.

#### **4.4. ETICA E PSICOFARMACI**

Gli psicofarmaci "sono farmaci utilizzati nella cura delle malattie mentali. Tra gli psicofarmaci si distinguono gli psicolettici, che abbassano il tono psicologico, i barbiturici, i neurolettici (derivati dalla fenotiazina; tranquillanti; derivati della Rauwolfia serpentina); e gli psicoanalettici, che innalzano e attivano il tono psicologico. A quest'ultimi appartengono le amfetamine, i timoanalettici, tra i quali sono da ricordare specialmente le idrazine per l'effetto inibitore delle mono-amino-ossidasi. Gli psicolettici, vengono di preferenza somministrati ai soggetti ansiosi e agitati, gli psicoanalettici ai pazienti depressi"<sup>656</sup>.

Poniamo accanto a questa definizione scientifica, per facilitare il lettore, anche quella riportata da Wikipedia.org: "In medicina con la definizione di psicofarmaci si identificano tutti quei farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale. Si

---

<sup>653</sup> Decreto Legislativo 211/2003, art. 5.

<sup>654</sup> COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS, *Recommendation n. R(90)3 of the Committee of Ministers to member States concerning medical research on human beings*, 6 febbraio 1990, art. 5.

<sup>655</sup> Cfr.: E.D. PELLEGRINO – D.C. THOMASMA, *For the patient's good.*, Oxford University Press, Oxford 1988.

<sup>656</sup> *Dizionario Medico Larousse*, voce: *psicofarmaci*, Saie, Torino 1981, pg. 700.

possono classificare in base al tipo di molecole (classi farmaceutiche) o all'effetto terapeutico. Fra essi i più utilizzati sono: gli ansiolitici, gli antidepressivi e i neurolettici (o antipsicotici); che a loro volta includono molecole appartenenti a classi diverse. A questi possiamo aggiungere i sali di litio e gli antiepilettici usati come stabilizzatori dell'umore. Ci sono anche psicofarmaci ipnotici”.

La diagnosi psichiatrica è tra le più complesse che la medicina contempli. Studi internazionali evidenziano un errore diagnostico dal 40% al 70%. Per questo, anche nella prescrizione degli psicofarmaci, è doveroso procedere con la massima cautela. Inoltre, in psicofarmacologia, l'incertezza posologica è più marcata rispetto al resto della farmacologia, come pure il range di efficacia è particolarmente vasto.

Dalle definizioni evidenziate e dalle affermazioni proposte, comprendiamo che il settore dei psicofarmaci è un intersecarsi di luci e di ombre.

Lo psicofarmaco è efficace e vantaggioso ma non può divenire l'unico strumento di cura del disturbo mentale poiché, privo una relazione terapeutica di valore è insufficiente. Di conseguenza, il procedere parallelo del trattamento farmacologico e del trattamento psicoterapeutico, cioè quello relazionale, non è unicamente un' esigenza clinica ma anche etica.

Prescrivendo degli psicofarmaci è imprescindibile ricercare anche il corretto rapporto tra diminuzione della sofferenza e il diritto del paziente a conservarsi mentalmente lucido. Dobbiamo, dunque, superare la tentazione di ritenere che l'aumento delle dosi quando il paziente non risponde alla terapia sia sempre la soluzione migliore. Anche il limite tra “terapia” ed “accanimento terapeutico”, in psichiatria, è molto sottile.

Un altro argomento etico collegato con i farmaci riguarda il rapporto medici e industrie farmaceutiche che, a volte, tendono a designare “come malattie” comuni alterazioni esistenziali, trasformando anche immotivatamente “la persona bisognosa di cure e di farmaci”<sup>657</sup>. Merita una particolare attenzione anche “i legami” tra l'industria farmaceutica, medici e mondo accademico, che in gran parte influiscono sia sulla prescrizione che sul prezzo dei medicinali<sup>658</sup>.

#### **4.5.DINAMICHE SESSUALI**

I fondamenti del Magistero della Chiesa nel campo sessuale fanno riferimento alla Enciclica “*Humane vitae*” del beato papa Paolo VI, ripresi e riconfermati dai suoi successori.

Ecco i tre punti principali.

-“Qualsiasi atto matrimoniale deve rimanere aperto alla trasmissione della vita”<sup>659</sup>. Principio cardine, desunto dalla natura dell'amore umano e degli atti coniugali, che esprimono, oltre l'amore tra i coniugi, la loro donazione vicendevole.

-“Per sua intima natura, l'atto coniugale, mentre unisce con profondissimo vincolo gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi scritte

---

<sup>657</sup> Cfr.: R. MOYNIHAN – A. CASSALS, *Farmaci che ammalano e case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti*, Nuovi Mondi, Modena 2012.

<sup>658</sup> Cfr.:M: ANGEL, *La verità sulle case farmaceutiche*, Laura Capone Editore, Napoli 2012.

<sup>659</sup> *Humane vitae*, op. cit., n.11.

nell'essere stesso dell'uomo e della donna"<sup>660</sup>. Dunque, l'imprescindibilità della finalità unitiva da quella procreativa. La donazione totale e vicendevole non deve escludere nulla, neppure la possibilità procreativa; diversamente, la donazione è incompleta.

-“Salvaguardando ambedue questi aspetti essenziali, unitivo e procreativo, l'atto coniugale conserva integralmente il senso di mutuo e vero amore e il suo ordinamento all'altissima vocazione dell'uomo alla paternità e alla maternità"<sup>661</sup>. Disgiungendo intenzionalmente l'atto unitivo da quello procreativo, si impoverisce la sessualità umana. Di conseguenza, “è da respingere ogni azione che, o in previsione dell'atto coniugale, o nel suo compimento, o nello sviluppo delle sue conseguenze naturali si proponga come scopo o come mezzo, di impedire la procreazione"<sup>662</sup>. Tutto ciò oltrepassa la funzione biologica e l'istintività, esigendo contemporaneamente il dialogo dei sensi e del cuore, la capacità di autocontrollo e il rispetto reciproco.

Il Magistero della Chiesa si scontra con la tendenza della società attuale, fortemente erotizzata, dove tutto è lecito e permesso e la dimensione biologica e corporea della sessualità è separata dai sentimenti, dai desideri e dagli affetti. La componente sessuale è rilevante per l'uomo e per la donna, ma serve correttamente controllarla affinché rimanga una forza positiva e non riduca la persona in schiavitù. Il desiderio sessuale è per l'uomo e non l'uomo per il desiderio sessuale!

Il tema si complica ulteriormente di fronte alla sessualità della persona disabile e pone l'interrogativo sul tipo di sessualità che può esistere quando il corpo è malato e soprattutto quando sono presenti limitazioni cognitive o psichiche. Non possiamo dimenticare che in questi soggetti la comprensione “affettiva” è alquanto sviluppata ma priva di mediazioni.

Molti sono propensi di fronte a un comportamento sessuale poco corretto a giustificare o minimizzare; noi crediamo che anche la persona con handicap vada educata dalla famiglia o dalle comunità assistenziali non solo su ciò che si può fare e quello che non è permesso ma soprattutto sulle emozioni più che proporre discorsi e concetti<sup>663</sup>.

## **5. Gli immigrati affetti da disturbi mentali: nuova emergenza**

L'aumento dei flussi migratori comporta un incremento del numero delle persone affette da disturbi psichiatrici. Questo fenomeno, destinato ad amplificarsi nei prossimi anni, è una nuova emergenza sociale ed etica.

Il distacco dalla realtà originaria, la mancanza di una abitazione, la difficoltà

---

<sup>660</sup> *Humane vitae*, op. cit., n. 12.

<sup>661</sup> *Humane vitae*, op. cit., n. 12.

<sup>662</sup> *Humane vitae*, op. cit., n. 14.

<sup>663</sup> Per approfondire l'argomento: D. GOLEMAN, *Intelligenza emotiva*, BUR, Milano 1999; F. VEGLIA, *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce e la carezza*, Franco Angeli, Milano 2003; M CHIODI, *L'handicap: la coscienza e le relazioni. Spunti per una riflessione etico-antropologica*, CVS, Roma 2007.

a comunicare, la disoccupazione e i problemi d'integrazione in un contesto socio-culturale completamente nuovo sono le ragioni più comuni che determinano negli immigrati una fragilità psichica. E questo soprattutto tra i più giovani.

Il nuovo scenario che si sta disegnando richiede la ridefinizione dei percorsi di cura, essendo quello tradizionale inadeguato per il differente sfondo sociale e culturale e per le difficoltà determinate anche dalle barriere linguistiche di operare un obiettivo ed esauriente scambio di informazioni indispensabili per la cura.

## **6. Quali comportamenti assumere verso il disagio mentale?**

Giunti al termine della trattazione ci poniamo con discrezione e profondo rispetto alcune domande che dovrebbero favorire comportamenti positivi nei confronti di questi fragili.

Per un malato con un grave deficit psichico è possibile il reinserimento sociale? Quale contributo può offrire il singolo, la comunità civile e la comunità ecclesiale?

Fra Pierluigi Marchesi, già citato in precedenza, ci offre un consiglio. "Un figlio di San Giovanni di Dio, padre Benedetto Menni, fondò una Congregazione Religiosa femminile che finalizza il suo cammino in special modo ed eroicamente nella assistenza ai malati di mente. E lo stesso padre Menni nella 'restaurazione' dell'Ordine in Spagna privilegiò l'assistenza psichiatrica fondando numerosi istituti psichiatrici.

Riprendendo quel modello terapeutico, che fu detto dagli storici "metodo di dolcezza", noi abbiamo reinterpretato la riabilitazione come strumento di vera umanizzazione e non soltanto tecnica esecuzione di protocolli (...).

Le varie scuole di riabilitazione hanno oggi il merito di aver scoperto le infinite vie per aiutare il cosiddetto folle a poter rientrare nella cosiddetta normalità. Ma resta un pericolo. In quanto religiosi e credenti dobbiamo sentirci chiamati ad evitare di perdere e soffocare la soggettività del malato mentale. Presi dalle convinzioni teoriche dei modelli riabilitativi dobbiamo evitare di omologare tutti i pazienti in storie parallele o sovrapponibili seguendo maggiormente le devianze individuali più che le nostre proprie ricette tecnico-scientifiche.

L'uomo, anche il folle, è fatto ad immagine di Dio e va rispettato proprio per la sua debolezza estrema che ne costituisce la vulnerabile originalità. L'uomo è sempre fatto ad immagine di Dio soprattutto quando vengono in lui smarrite le tracce fisiche e spirituali di quell'intelligenza sublime che ci ha creati proprio *ad imaginem et similitudinem suam*.

Oserei dire che se manca questa fede nel Dio debole e ferito, capace di soffrire nelle sue creature, viene a mancare il presupposto stesso della uguaglianza e della solidarietà tra uomini.

Se mi è consentito rivolgere un appello finale agli uomini di scienza ed ai politici interessati al tema, vorrei dire che il malato mentale oggi ha soprattutto bisogno di questo riconoscimento di Dio ferito che cammina in mezzo a noi.

Formiamo persone umane capaci di cogliere il suo grido e comprendere il suo

gesto. Dio è in mezzo a noi nei folli, nei poveri diseredati, nella sofferenza così come nelle conquiste della scienza e nella gioia di vivere”<sup>664</sup>.

Questi “strani”, che abitano accanto a noi e che notiamo per i loro comportamenti originali lungo la strada, ci domandano di adottare nei loro confronti il “metodo della dolcezza”, assumendo atteggiamenti positivi, superando l'irrazionale paura, mostrando disponibilità all'ascolto senza pregiudizi, aiutandoli a superare la solitudine. Per questo dobbiamo rivedere i nostri modi di accostarli e comunicare con loro. Solo se i nostri occhi saranno sensibili ci permetteranno di immedesimarci nella loro vita interiore, nel loro dolore e di vedere l'anima ferita in fondo ai loro occhi.

Suggerisce E. Borgna: “Nelle pazienti, e nei pazienti, che precipitano nella malattia mentale si intravede una disperata richiesta di aiuto che Bleuler definisce così: ‘Accettami, ti prego, per l'amore di Dio, così come sono’. Immagine e metafora, della disperazione e della speranza, della inquietudine del cuore e della nostalgia di amicizia, e di amore, che sgorgano nelle anime ferite e torturate dalla malattia e dalla sofferenza, e che trovano sola consolazione nell'essere accolte e ascoltate con attenzione, e con partecipazione emozionale”<sup>665</sup>.

San Paolo, paragona la comunità ecclesiale, cioè la Chiesa, al corpo ed afferma: “quelle membra del corpo che sembrano più deboli sono più necessarie; e quelle parti del corpo che riteniamo meno onorevoli le circondiamo di maggior rispetto, e quelle indecorose sono trattate con maggior decenza, mentre quelle decenti non ne hanno bisogno” (1 Cor. 12, 22-24).

J. Vanier, filosofo e fondatore della comunità “Arche”, dopo una vita trascorsa con i più fragili della società commentava: “Anche nella Chiesa le persone con handicap mentale non sono sempre onorate né viste come necessarie al corpo; troppo spesso sono considerate come insignificanti, oggetti di carità”<sup>666</sup> e concludeva motivando l'accoglienza che dobbiamo riservare loro: “A volte li si cura, ma senza vedere che è una grazia e una benedizione essere vicini a loro”<sup>667</sup>.

E il documento di Caritas Italiana, citato in precedenza, identificava nella Chiesa, mistero di comunione, un “antidoto contro la grave carenza relazionale di cui è vittima l'ammalato del nostro tempo, la quale favorisce lo sviluppo del disagio mentale e non ne permette la guarigione”<sup>668</sup>.

La comunità cristiana, cioè l'insieme delle persone che sono unite dal debito dell'amore reciproco (cfr.: Rm. 13,8) devono vedere queste persone unicamente come “un dono a cui donare dolcezza”.

---

<sup>664</sup> P.L. MARCHESI, *Il ruolo della Chiesa nel trattamento dei malati mentali*, “Dolentium Hominum,” 1997 n. 1, pg. 551.

<sup>665</sup> E. BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano 2003, pg. 177.

<sup>666</sup> J. VANIER, *La force de la vulnérabilité*, In *ChriIstus* 178 (2008), pg. 194.

<sup>667</sup> *La force de la vulnérabilité*, op. cit.

<sup>668</sup> *Un dolore disabilitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, op. cit., pg. 13.

## CAP. 13 - ANZIANI

### INDICE DEL CAPITOLO

#### **1.Aspetti sociologici**

- 1.1.Gli anziani nella nostra società
- 1.2. La famiglia e gli anziani
- 1.3.Residenze Assistenziali e Assistenza Domiciliare

#### **2.Aspetti psicologici**

- 2.1.La vecchiaia e le vecchiaie
- 2.2.Alcuni problemi generali
- 2.3.L'elevata variabilità caratteriale

#### **3.Aspetti etici**

#### **4.Aspetti antropologici-relazionali**

- 4.1.Comprendere la sua diversità e rispettarla intuendo i suoi atteggiamenti
- 4.2.L'aiuto che sollecita
- 4.3.La speranza che sostiene
- 4.4.L'apprezzamento della loro esperienza

*Conclusione*

Abbiamo già rilevato la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale e perciò anche della vecchiaia, come pure che per la logica utilitarista quelli che valgono di meno, che costano di più e che non producono possono essere scartati, abbandonati e anche eliminati.

Di fronte al rapido incremento degli anziani e alle problematiche dell'ultima fase della vita, anche in termini economici, è indispensabile stabilire un "patto tra le generazioni" affinché questi uomini e queste donne che per la crescita della società e la gestione della famiglia hanno sostenuto lotte e sacrifici, ottengano l'accoglienza e la solidarietà che nel corso del tempo hanno donato, sconfiggendo il paradossale e velato rischio di colpevolizzarli per alcune esigenze che la loro età comporta.

Ha ammonito papa Francesco: "Quando gli anziani sono scartati, quando gli anziani sono isolati e a volte si spengono senza affetto, è brutto segno! (...). Un popolo che non custodisce i suoi anziani, che non si prende cura dei suoi giovani, è un popolo senza futuro, un popolo senza speranza"<sup>669</sup>. E concluse: "L'attenzione agli anziani fa la differenza di una società"<sup>670</sup>. Ma già Benedetto XVI aveva affermato: "La qualità di una società, vorrei dire di una civiltà, si giudicano anche da come gli anziani sono trattati e dal posto loro riservato nel vivere comune"<sup>671</sup>.

---

<sup>669</sup> PAPA FRANCESCO, *Discorso alla Comunità di sant'Egidio di Roma*, 15 giugno 2014.

<sup>670</sup> *Discorso alla Comunità di sant'Egidio di Roma*, op. cit.

<sup>671</sup> BENEDETTO XVI, *Discorso alla casa-famiglia "Viva gli anziani" di Roma*, 12 novembre 2012.

# 1.Aspetti sociologici

## 1.1.GLI ANZIANI NELLA NOSTRA SOCIETÀ

Gli anziani condizioneranno sempre di più l'organizzazione della nostra società poichè l'Italia sta trasformandosi in un "Paese di anziani".

All'inizio del secolo scorso, gli anziani nella nostra nazione esprimevano una situazione particolare poichè unicamente il 30 % della popolazione raggiungeva i 60 anni e appena il 5% gli 80.

La situazione si è totalmente modificata!

Oggi troviamo circa 12milioni di cittadini oltre i 65 anni<sup>672</sup> e, contestualmente, un notevole calo delle nascite o meglio un crollo demografico come abbiamo già rilevato<sup>673</sup>. Inoltre, l'aspettativa di vita continua a crescere e gli italiani, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono al terzo posto della classifica mondiale con una "speranza di vita media" del 82,6% di anni, preceduti solo dalla Svizzera e da Singapore.

I dati, che rivelano un fenomeno di profonda trasformazione societaria, da soli sono sterili; prendono significato se inseriti in una determinata situazione storica e, soprattutto, se confrontati con quel rapporto che dovremmo instaurare con l'anziano descritto da san Giovanni Paolo II. "Nel passato si nutriva gran rispetto per gli anziani e oggi? Se ci soffermiamo ad analizzare la situazione attuale, constatiamo che presso alcuni popoli la vecchiaia è stimata e valorizzata; presso altri, invece, lo è molto meno a causa di una mentalità che pone al primo posto l'utilità immediata e la produttività dell'uomo. Per via di tale atteggiamento, la cosiddetta terza o quarta età è spesso disprezzata, e gli anziani stessi sono indotti a domandarsi se la loro esistenza sia ancora utile. Si giunge, persino, a proporre con crescente insistenza l'eutanasia come soluzione per le situazioni difficili. Il concetto di eutanasia, purtroppo, è venuto perdendo in questi anni per molte persone quella connotazione di orrore che naturalmente suscita negli animi sensibili al rispetto della vita"<sup>674</sup>.

Nel film l' "Albero degli zoccoli" di E. Olmi (1978), ambientato in una cascina della bassa bergamasca dove vivevano insieme quattro nuclei famigliari, è ben descritta la "famiglia patriarcale" dove gli anziani erano stimati e punti di riferimento per figli e per nipoti. Il film, pur essendo ambientato tra l'autunno 1897 e la primavera 1898, descriveva una tipologia di famiglia e un rapporto "quasi di sacralità" nei confronti dell'anziano che sono sopravvissuti nella nostra società fino agli anni '60 del ventesimo secolo quando, l'industrializzazione e le contestazioni giovanili del '68, hanno modificato nei nuclei famigliari le relazioni e il vocabolo "anziano" ha assunto anche un'accentuazione negativa, nel periodo in cui le persone della "terza età" erano in rapido aumento.

Oggi, più che mai, ritornano attuali le parole di una canzone di D. Modugno: "il

---

<sup>672</sup> Gli ultraottantenni sono circa 2.500.000, cioè il 23 % degli anziani.

<sup>673</sup> L'indice di natalità per donna in età fertile è del 1,27, mentre per un corretto equilibrio della popolazione necessiterebbe una crescita minima del 2.1%. In rapporto ai Paesi occidentali abbiamo una fecondità tra le più basse. Il fenomeno iniziato negli anni '70 del ventesimo secolo, avrà, preoccupanti ripercussioni nel futuro intergenerazionale ed economico.

<sup>674</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli anziani*, n. 19.

vecchietto dove lo metto, dove lo metto non si sa. Mi dispiace ma non c'è posto, non c'è posto per carità" essendo gli anziani non più ritenuti una risorsa ma il più delle volte un peso. Infatti, mentre il secolo XX, come già accennato, fu quello della crescita demografica, il XXI secolo sarà quello dell'invecchiamento della popolazione<sup>675</sup>.

Nel XXI secolo la maggioranza delle famiglie non riuscirà a soddisfare i bisogni che nasceranno nella stessa. Pensiamo, ad esempio, alla gestione dei genitori anziani nelle famiglie "mononucleari". Anche il sistema sanitario faticcherà a rispondere efficacemente alle richieste della popolazione anziana, maggiormente soggetta alle malattie e, in varie situazioni affetta da polipatologie cronico-degenerative, bisognosa di farmaci, d'indagini diagnostiche e di ricoveri frequenti.

La velocità dell'invecchiamento della popolazione, l'ampiezza dei problemi connessi, l'incapacità a livello politico e culturale dell'analisi dei dati e della programmazione delle soluzioni e la rigidità sociale, hanno trasformato la vecchiaia in un drammatico problema. Si sta affrontando la situazione con notevole ritardo e con modalità frammentarie creando "residenze assistenziali" o "sanitarie assistenziali" che raggiungono, in alcuni casi, prevalentemente in quelle gestite dal "for profit", oneri mensili eticamente inaccettabili. Si sono istituiti servizi d'assistenza domiciliare che per mancanza di adeguate risorse, forniscono, il più delle volte, meno del minimo necessario. Ma "se il gruppo familiare non sa ad affrontare con successo il compito di sviluppo che caratterizza la fase in cui si trova in un determinato momento è probabile che si sviluppi un'esplosione sintomatica e una sofferenza del sistema"<sup>676</sup>.

## 1.2. LA FAMIGLIA E GLI ANZIANI

Tutti vorremmo terminare la vita nella nostra casa, il luogo più naturale, circondati dall'affetto dei familiari essendo la cura dei parenti elementi che assicurano e sostengono l'anziano.

Purtroppo, questo desiderio per molti non si realizzerà, essendo rimasti soli o circondati da famiglie incapaci di fornire un'adeguata assistenza. Magari, "non per cattiva volontà", ma per problemi oggettivi: le ripercussioni delle crisi economiche, la composizione del nucleo, la partecipazione delle donne al lavoro a tempo pieno, una determinata tipologia d'urbanizzazione... Rivela una ricerca che abitare con un anziano non autosufficiente è arduo e "determina, in generale, un peggioramento psico-relazionale tanto dell'individuo quanto della famiglia che lo assiste. Assistere l'anziano è, inoltre, per lo più frustrante - la situazione non può migliorare - e ci si può scontrare con l'ostilità della persona anziana stessa.

---

<sup>675</sup> Nei Paesi industrializzati l'età media si aggira attorno agli 81 anni per le donne e ai 75 per gli uomini. Da questi dati ipotizziamo che nel 2020 l'indice di vecchiaia, vale a dire il rapporto percentuale tra le persone ultrasessantacinquenni ed i giovani sotto i quindici anni, supererà il 120%. Si comprende la gravità del dato esaminando i risultati dei censimenti passati: la percentuale del rapporto nel 1951 era del 40%, nel 1991 del 80%, nel 2001 del 91% e nel 2010 del 192%. L'Italia, ricorda la Relazione biennale al Parlamento sulla condizione dell'anziano 2012-2013, è "il primo e, per ora, l'unico Paese al mondo in cui la popolazione ultrassantacinquenne (16%) ha superato quella dei ragazzi con meno di 15 anni (15%).

<sup>676</sup> L. FRUGGENTI, *Famiglie, dinamiche interpersonali e processi sociali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1997, pg. 35.



La presenza di un non autosufficiente determina l'impossibilità di programmare vacanze, di frequentare gli amici, di coltivare i propri passatempi...<sup>677</sup>. Inoltre, l'attuale indebolimento istituzionale della famiglia (divorzi, separazioni, convivenze...) e lo sviluppo delle famiglie mononucleari complicano maggiormente la problematica.

Ma anche di fronte alle difficoltà, non è sempre vero che le famiglie vogliano ricoverare forzatamente l'anziano in una struttura protetta per evitare di assumersi, almeno in parte, il peso della dipendenza. Spesso sono costrette da medici di medicina generale che rifiutano di fornire un'assistenza continua, oppure dal persistente conflitto tra la sanità e il sociale. Vari anziani sono dimessi dagli ospedali in condizione di non autosufficienza e il loro carico, con decisioni pilatesche e alquanto discutibili delle amministrazioni ospedaliere, è riversato unicamente sulla famiglia: "Adesso pensateci voi! Mettetelo voi da qualche parte...noi abbiamo fatto quello che era nostro dovere".

Per le aziende sanitarie gli anziani sono malati scomodi, difficilmente inquadrabili in un DRG<sup>678</sup>, ed essendo portatori di più patologie richiedono la collaborazione di vari professionisti. Curarli, quindi, è una perdita economica! Gli anziani richiedono tempo per essere osservati e, quindi, adeguatamente gestiti, ma il sistema sanitario premia prevalentemente la rapidità delle prestazioni.

Consapevoli dell'onere economico che l'anziano comporta, riteniamo che la famiglia debba essere supportata attuando politiche fiscali adeguate, con permessi per assentarsi dal lavoro, con contributi per modificare abitazioni inadeguate architettonicamente o non idonee a ospitare tre generazioni (nonni, figli e nipoti).

È indispensabile, inoltre, recuperare i valori del vicinato per creare reti formali e informali collegate al piano, al palazzo, al quartiere...; composte da parenti, vicini, amici e volontari. Si pensi al contributo che si potrebbe offrire a chi rimane solo poichè i figli sono al lavoro e la persona necessita di un amico che lo visiti con regolarità, gli procuri la spesa, gli prepari il pranzo...; in altre parole di un amico che sia vicino concretamente.

Come affermato in precedenza, i bilanci delle aziende ospedaliere impongono, scaduti i termini previsti dal DRG, la dimissione del paziente compreso l'anziano, non badando, il più delle volte, alla sua situazione psico-fisica e sociale. Questa situazione provoca immensi disagi soprattutto all'anziano solo, costretto a ritornare alla propria abitazione, affidandosi unicamente sulle sue scarse forze e con l'unica prospettiva della solitudine.

Gli anziani che necessitano un periodo di "convalescenza protetta" dopo le dimissioni dall'ospedale, come pure tantissimi altri, con una reale ed efficiente assistenza domiciliare integrata<sup>679</sup> e l'attivazione di alcuni supporti (centri diurni,

---

<sup>677</sup> L. CALVARUSO, *Introduzione in "LABOS". Quarta età e non autosufficienti*, Edizione T.E.R., Roma 1988, pg. 17.

<sup>678</sup> I DRG (Diagnosis-relates group) sono l'equivalente italiano dei raggruppamenti omogenei di diagnosi.

<sup>679</sup> Per "assistenza domiciliare" s'intende il complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di supporto psicologico erogate al domicilio dell'anziano fragile. Si definisce "integrata" quando sono fornite contemporaneamente, se necessarie, prestazioni proprie del comparto sanitario e del comparto sociale" (L. SANDRIN, F. CARETTA, M. PETRINI, *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa*, Camilliane, Torino 1995, pg. 95).

portierati sociali, residenze per brevi periodi di ricovero...), potrebbero abitare, poi, serenamente nella propria casa.

Oltre ai grandi benefici psicologici, non possiamo dimenticare, come dimostrato da molteplici studi, che recando le cure a domicilio si ottiene una notevole riduzione di costi rispetto al ricovero nella struttura protetta. Ma, purtroppo, il sistema ospedaliero divora ancora ingenti risorse mentre alla domiciliarità è riservato lo scarto. Ciò significa che il *Welfare* andrà rivisto e commisurato a questa realtà demografica travolgente, ponendo particolare attenzione alle dinamiche pensionistiche e al prolungamento della vita.

### **1.3. RESIDENZE ASSISTENZIALI E ASSISTENZA DOMICILIARE**

Pur apprezzando i progressi compiuti nell'assistenza geriatrica e la buona qualità offerta da varie Istituzioni Totali, il ricovero dell'anziano in una residenza assistenziale dovrebbe essere l'ultima ipotesi, da attuarsi in situazioni estreme.

Varie ricerche evidenziano che gli anziani istituzionalizzati, soprattutto contro la loro volontà, allontanati dall'abitazione, simbolo dell'identità e della stabilità, dagli amici, fondamentali a livello relazionale, e privati dell'intimità..., vivono complessi d'alienazione con esiti drammatici: improvvise demenze e stati depressivi acuti.

Infatti, accanto ad Istituti con una buona o discreta qualità di assistenza, ne troviamo altri in cui l'ospite subisce abusi come lo sono taluni atteggiamenti degli operatori che mostrano, soprattutto al non autosufficiente, il loro autoritarismo.

È indispensabile vigilare affinché nessuno si erga a padrone dell'anziano, ma in ogni Istituto siano salvaguardate la sua autonomia e la sua dignità. Per papa Francesco le case per anziani dovrebbero essere "polmoni di umanità"<sup>680</sup>, dei "santuari di umanità dove chi è vecchio e debole viene curato e custodito come un fratello o una sorella maggiore"<sup>681</sup>.

Anche le rette delle residenze assistenziali, non inferiori ai 1.800/2.100 euro il mese, giungendo in alcuni casi a cifre molto superiori, in massima parte a carico di figli e nipoti che devono anche indebitarsi<sup>682</sup>, non possono lasciarci indifferenti soprattutto in questi anni di difficile congiuntura economica e mostrano nuovamente la visione miope e priva di programmazione delle classi politiche passate e anche attuali. Caso emblematico è l'IMU che la maggioranza dei comuni riscuote dagli appartamenti dei ricoverati in RSA se questi sono affittati poiché li identifica come "seconda casa". Una lampante ingiustizia e una chiara scorrettezza, poiché le entrate dagli affitti sono utilizzate, nella quasi totalità delle situazioni, per pagare le rette di degenza del genitore anziano che non ha la possibilità di coprire questo onore unicamente con la sua pensione.

---

<sup>680</sup> PAPA FRANCESCO, *Incontro con gli anziani in piazza san Pietro*, 28 settembre 2014.

<sup>681</sup> *Incontro con gli anziani in Piazza san Pietro*, op. cit.

<sup>682</sup> Anche un anziano che vive con una badante assunta regolarmente, sommando i costi totali della stessa (onorario mensile, periodi di riposo e ferie, Tfr... oltre le spese mensili di gestione (alimentazione, utenze, spese condominiali...) costa circa 2.500 euro. In Italia sono circa 900mila famiglie che hanno fatto questa scelta.

## 2. Aspetti psicologici

"Come sono duri e dolorosi gli ultimi anni di un uomo vecchio! Ogni giorno diventa sempre più debole; la vista si annebbia; l'udito si smorza; la forza si dissolve; il cuore non ha più pace; la bocca si fa silenziosa e non parla più. Il potere della mente diminuisce e oggi non può ricordare quello che era ieri. Tutte le ossa sono doloranti. Tutte quelle cose che non molto tempo prima si facevano con piacere adesso danno dolore; e il gusto scompare. La vecchiaia è la peggiore sfortuna che può affliggere un uomo".

La vecchiaia, già di per sé gravosa come sopra affermato dal filosofo egiziano J. Ptahhotep nel 2.500 a. C., è il periodo delle crisi e delle rotture dei precedenti equilibri e si trasforma in insostenibile quando la si vive come vittime dell'antico detto latino "Senectus ipsa morbus est" (la vecchiaia stessa è una malattia). Un diffuso pregiudizio poi allontana "l'età dei capelli bianchi" dal contesto societario imprigionandola in una sorta di "anticamera della morte". Ma molti non accettano questa condanna, vogliono essere ancora utili in un ambiente che tenta di emarginarli. Hanno ben presente a livello vitale un famoso brano del libro del Siracide che affermava: "ai capelli bianchi si addice il giudizio, agli anziani dare il giusto consiglio. Ai vecchi si addice la sapienza, agli uomini eminenti la riflessione e il consiglio. Corona dei vecchi è la molta esperienza, il timore del Signore è il loro vanto"<sup>683</sup>.

Per meglio conoscere l'anziano anche dal versante psicologico proponiamo alcune riflessioni.

### 2.1. LA VECCHIAIA E LE VECCHIAIE

Non esiste la "vecchiaia" ma le "vecchiaie", infatti gli anziani sono una categoria eterogenea ed estremamente complessa, essendo l'invecchiamento un fenomeno soggettivo che abbraccia un ampio arco temporale con situazioni psico-fisiche molteplici, poiché la modernità posticipa l'invecchiamento biologico e anticipa quello sociale, rompendo la sincronicità tra vecchiaia biologica e vecchiaia sociale. Dunque, non è semplice determinare quando l'uomo inizia la sua vecchiaia; possiamo unicamente constatare che alcune persone ingrigiscono prima degli altri.

A livello cronologico identifichiamo alcune categorie<sup>684</sup>.

- "Giovani anziani" dai 65 a 74 anni: sono le persone in transizione tra la vita attiva e il collocamento a riposo e vivono un periodo d'adattamento. Si pensi, ad esempio, alla crisi del pensionamento che toglie uno status sociale e una provata sicurezza economica, spalancando le porte, alcune volte, ad una maggiore povertà e alla solitudine.

- "Anziani" dai 75 agli 84 anni: questi individui sono immerse nel processo d'invecchiamento. Le malattie si cronicizzano e, solitamente, diminuisce parzialmente l'indipendenza fisica.

- "Molto anziani": sono gli uomini e le donne che hanno compiuto gli 85 anni.

---

<sup>683</sup> LIBRO DEL SIRACIDE, 25,2-6.

<sup>684</sup> Cfr.: COMITATO ESPERTI OMS, *La salute degli anziani*, in "Quaderni di sanità pubblica" 1991, n. 79, pg. 9

Limitati nelle abilità fisiche, il più delle volte sono totalmente dipendenti per le condizioni di salute che peggiorano con progressività spesso inarrestabile.

Dunque, il quadro fisico e psichico dell'anziano è alquanto variegato: da un'indipendenza totale a una completa non autosufficienza. Perciò incontriamo i "molto anziani" autosufficienti che pur doloranti per alcune patologie, non tollerano, come già accennato, l'emarginazione ma reclamando la permanenza sulla scena sociale, ad esempio praticando del volontariato<sup>685</sup>; altri, anche se "giovani anziani", sono indipendenti per le "piccole attività" quotidiane ma necessitano di supporto per quelle più impegnative, infine, alcuni, con scarsa possibilità di movimento, esigono un aiuto continuo.

Affermava lo scrittore G. Arpino: "Niente è più umano del diventare vecchi, niente più naturale. Bisogna, però, saperlo, accettarlo, sorreggerlo, senza cadere in giovanilismi sciocchi e pericolosi, senza pretendere di truccare le carte del gioco<sup>686</sup>". E' la tentazione di tanti influenzati dal contesto societario!

Noi vogliamo offrire un'altra prospettiva; quella di elaborare una differente scala di valori che evidenzia l'importanza "dell'essere" rispetto "all'azione e all'attività" poiché la vecchiaia può spalancare inedite possibilità e spazi vitali nuovi anche connessi all'ottica spirituale. Rammentava Platone: "Quanto più s'indeboliscono gli altri piaceri, quelli del corpo, tanto più aumentano i miei bisogni e le mie gioie relative alle cose dello spirito"<sup>687</sup>.

Dunque, l'anziano, deve compiere un itinerario che lo riconcili con l'età e con i limiti che questa comporta, facendosi aiutare e vivendo questa dipendenza come un dono e un segno di affetto, superando i rimpianti e la mitizzazione dei tempi passati. E' questo anche il tempo della riconciliazione se ci fossero tensioni non risolte o difficoltà relazionali che il trascorrere degli anni hanno arrugginito.

## 2.2. ALCUNI PROBLEMI GENERALI

Le "pluripatologie" a lento o veloce decorso, causano la decadenza delle capacità intellettuali, sensoriali e relazionali.

Le "abitazioni inadeguate"<sup>688</sup> o la costrizione ad abbandonare le proprie per motivazioni economiche per trasferirsi in anonimi quartieri periferici, oppure in luoghi diversi da quelli abituali.

Le "condizioni economiche" che variano da un discreto benessere a casi d'estrema povertà<sup>689</sup>.

Il "dramma della solitudine e dell'isolamento", non come la scelta di vita che fecero Diogene o gli stiliti, ma conseguente alla rottura dei precedenti equilibri personali e sociali; alla morte del coniuge<sup>690</sup> o alla perdita degli amici e dei

---

<sup>685</sup> Nel nostro Paese un terzo degli oversessantacinque risulta iscritta a un'associazione e uno su 10 svolge regolarmente attività di volontariato. Ne sono testimoni alcune associazioni: Auser (Associazione per l'autogestione dei servizi e la solidarietà); Antea (Associazione nazionale terza età attiva); Ada (Associazione diritti degli anziani)...

<sup>686</sup> G. ARPINO, *Passo d'addio*, Einaudi 1988, pg. 63.

<sup>687</sup> Citato in G. MONOIS, *Storia della vecchiaia. Dall'antichità al rinascimento*, Laterza, Bari 1988, pg. 73.

<sup>688</sup> Oltre il 20% delle abitazioni sono senza ascensore, con scale ripide, porte strette, pavimenti sconnessi e prive di acqua calda e di riscaldamento.

<sup>689</sup> Nel 2010 gli ultra 65enni poveri erano circa 1.800.000, pari al 25% degli indigenti recensiti a livello nazionale.

<sup>690</sup> In Italia vivono circa 4.000.000 di vedovi: 700.000 uomini e 1.100.000 donne.

compagni. E la solitudine può essere riscontrata anche nella propria famiglia; si pensi, ad esempio, al fenomeno degli anziani "video dipendenti".

La solitudine è definita, da alcuni sociologi, la "peste del 2000". In Italia l' 8,2%<sup>691</sup> della popolazione anziana abita sola nel periodo in cui si è più fragili, si richiedono maggiori attenzioni e ci si chiude alla speranza nel futuro. L'isolamento può trasformarsi in disperazione e portare al suicidio; infatti oltre un terzo dei diecimila che ogni anno lo tentano hanno un'età superiore ai 65 anni. Ammoniva la beata madre Teresa di Calcutta: "Noi crediamo che la povertà consista solo nell'aver fame di pane, nell'essere nudi per mancanza di vestiti, nell'essere privi di un'abitazione di mattoni e di cemento. Esiste una povertà più grande: quella di non sentirsi amati, non sentirsi desiderati; sentirsi emarginati"<sup>692</sup>.

### 2.3.L'ELEVATA VARIABILITÀ CARATTERIALE

Diversamente dai soggetti in età evolutiva, come abbiamo già affermato, non esiste "la psicologia" del settantenne, dell'ottantenne e del novantenne, ma ne troviamo tante quanti sono gli individui che appartengono alla terza-quarta età.

Nella senilità le differenze non riguardano unicamente le peculiarità genetiche ma la situazione attuale e, soprattutto, la storia vissuta fatta d'incontri e di perdite, di gioie e di dolori, di successi e di fallimenti; per questo molti affermano che s'invecchia come si è vissuto.

Dunque, da un punto di vista psicologico, non troviamo "la vecchiaia" ma un numero di persone che riflettono, in età avanzata, le caratteristiche del loro stile di vita passato che ha modificato il comportamento in base alle varie esperienze.

Per conoscere l'anziano e, quindi, rispettarlo dobbiamo intersecare, come ricordava F. Kastebaum, "cinque differenti tipi di età"<sup>693</sup>. "L'età cronologica": il numero di anni; "l'età biologica": lo stato fisico; "l'età soggettiva": come ci si sente e lo stile con cui si trascorre la vecchiaia; "l'età funzionale": l'attività attuale; "l'età sociale": la percezione di accoglienza da parte degli altri.

Ciò rende impossibile comporre una mappatura dei bisogni degli anziani come pure intervenire in modo mirato.

## 3.Aspetti etici

Nell'assistenza e nella cura di ogni categoria di fragili i principi etici assumono notevole rilevanza. Ciò avviene anche per l'anziano.

Declineremo quindi i principi etici prioritari offrendo indicazioni alla società, agli operatori sanitari e ai famigliari.

*-Principio della sacralità della vita.*

E' il principio etico per eccellenza dal quale discendono tutti gli altri: la vita di ogni persona, quindi anche quella dell'anziano va rispettata, protetta, curata e assistita

---

<sup>691</sup> La percentuale al nord raggiunge anche il 25%.

<sup>692</sup> *Madre della carità*, op. cit., pg. 76.

<sup>693</sup> Cfr.:G. STOKES, *On being old. The psychology of later life*, The Falmer Press, London-Washington DC 1992, pp. 63 ss.

sempre e in ogni circostanza qualunque sia la sua condizione psico-fisica.

*-Principio di autonomia.*

La persona anziana, per quanto le sue capacità cognitive e gli aspetti logistici lo permettano, deve possedere la libertà di scegliere “come” e “dove” trascorrere l'ultimo tratto della vita. Questo principio, a volte si scontra con la decisione dei familiari che determinano il ricovero in una residenza assistenziale, oppure con circostanze particolari che obbligano l'anziano ad abbandonare la propria abitazione. L'autonomia perciò è ridotta per salvaguardare motivazioni altrettanto rilevanti come quelle della dignità e della sicurezza della persona. Ciò deve avvenire in un contesto dialogico superando la logica delle imposizioni.

*-Principio di beneficenza.*

Alla famiglia o all'istituto di ricovero è chiesto di agire sempre e solo per il “maggior bene” dell'anziano rispondendo ai suoi bisogni fisici, psichici, sociali e spirituali.

Alcune situazioni emblematiche da monitorare.

I comportamenti che manifestano “abuso psicologico” sia da parte degli operatori sanitari che dei familiari; essi vanno dalle aggressioni verbali alle intimidazioni, dalla negazione del diritto alle decisioni all'ingiusto sfruttamento delle risorse economiche proprie dell'anziano. E' un fenomeno in aumento sia nelle istituzioni assistenziali che nei nuclei familiari.

Come pure vanno evitati gli atteggiamenti che scordano il diritto alla riservatezza e al rispetto del senso del pudore.

Un'altra modalità di abuso psicologico è l'eccessivo uso dei farmaci, in particolare quelli di contenzione che sono in prevalenza psicofarmaci.

Nell'anziano, l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione di un farmaco diversificano da quella dell'adulto; di conseguenza è doveroso identificare con la massima attenzione prodotti e dosi efficaci e sicure che non influiscano sulla qualità della vita e sull'autosufficienza.

Per quanto riguarda la contenzione attuata per prevenire eventuali danni che l'anziano possa arrecare a se stesso o agli altri, vari studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato che alcuni medicinali non eliminano ma potrebbe anche aumentare la possibilità di danno per il paziente stesso. In particolare sono stati segnalati tre effetti negativi: l'incremento dei traumi fisici, ad esempio di cadute quando il paziente tenta di liberarsi; aumento della morbosità fisica e psichica; accelerato declino funzionale che si manifesta nell'incremento del disorientamento e nella regressione.

*-Principio di non maleficenza.*

Significa evitare ciò che potrebbe causare danni e sofferenze. Si pensi, ad esempio, alla disattenzione nell'assistenza o alla scorretta postura dell'allettato.

*-Principio di verità e libero consenso.*

Anche l'anziano ha il diritto, in base alle sue capacità cognitive, di fornire il proprio consenso alle cure proposte. A volte ciò è particolarmente complesso per le difficoltà comunicative dovute a disturbi cognitivi e uditivi e per i deficit sensitivi e motori. Come pure, all'anziano, incute paura la novità dei nuovi procedimenti terapeutici per le difficoltà nel recepire positivamente le moderne, e forse eversive, istanze dei nostri tempi anche a livello medico-scientifico.

*-Principio di riservatezza.*

Gli operatori sanitari sono tenuti al segreto sulle informazioni e confidenze ricevute dagli anziani.

*-Principio di proporzionalità.*

Ogni proposta terapeutica dovrà valutare i benefici rispetto agli oneri della cura, i vantaggi in rapporto agli svantaggi, la proporzionalità rispetto alla situazione concreta. Dall'esame di questi elementi scaturirà la decisione se intraprendere il procedimento terapeutico o abbandonarlo per permettere all'anziano di vivere la conclusione dell'esistenza in modo pienamente umano.

*-Principio di giustizia.*

Il principio di giustizia ha come fondamento che l'assegnazione delle risorse avvenga secondo le reali necessità dei singoli o come risposta a bisogni particolari affinché tutti, nel nostro caso gli anziani, possano usufruire di trattamenti uguali e giusti.

## **4.Aspetto antropologico-relazionale**

In questa parte tratteremo dell'incontro con l'anziano suggerendo nozioni utili ai famigliari, agli operatori sanitari e ai volontari.

La finalità dell'incontro con l'anziano è di sostenerlo nel rinnovamento della sua identità, fornendogli le condizioni per vivere pienamente e positivamente il presente. Di conseguenza, dobbiamo accostarlo considerandolo nella sua globalità, ritenendolo un valore da onorare e da servire, stimandolo un dispensatore di saviezza e, quindi, un maestro nella famiglia e nella società essendo gli anziani la riserva sapienziale di un popolo.

### **4.1.COMPRENDERE LA DIVERSITÀ E RISPETTARLA INTUENDO I SUOI ATTEGGIAMENTI**

La prima forma di rispetto richiede di oltrepassare i pregiudizi e i luoghi comuni che identificano il vocabolo "vecchio" prevalentemente in senso negativo; sinonimo di paranoico, retrogrado, arteriosclerotico, schiavo di abitudini passate, incapace di cambiamento.

Si rispetta la sua dignità non ridicolizzandolo ma accettando le menomazioni, i cambi d'umore e d'atteggiamenti non sempre condivisibili e comprensibili, ricordando che non tutti i gesti comunicano quello che possiamo recepire da una lettura superficiale, nascondendo, il più delle volte, un immenso desiderio di affetto poichè la tenerezza cui era abituato è scomparsa. I figli ormai adulti hanno i loro impegni e i loro interessi, i nipoti lo guardano con distacco, pochi gli dedicano del tempo. Inoltre, nell'anziano, è presente una intensa paura poichè convive con molteplici timori: del dolore e della malattia, della perdita di autonomia e del controllo sulla propria vita, del gravare sui propri cari o dell'essere abbandonato, del tempo perduto e della morte.

È un'osservazione un po' ardua, ma può agevolarci a comprenderlo meglio: "Possono andare serenamente incontro alla morte solo quelle persone che sono maturate e hanno sapientemente valorizzato il tempo della vita. Secondo

l'antropologia medica ciò che mette angoscia alla conclusione della vita non è la morte, ma il tempo non vissuto, rimasto vuoto e sciupato, il tempo senza interessi e lotte, apatico e fatuo<sup>694</sup>.

Questi ricordi possono scatenare “sensi dei fallimento” o “sensi di colpa” che a volte sono acuti e difficilmente controllabili. Il confronto coraggioso con il passato e con la morte imminente è sempre ostico!<sup>695</sup>.

Particolari attenzioni merita il linguaggio, a volte troppo tecnico e scientifico, poco noto all'anziano poiché non appartiene al suo livello culturale e alla sua esperienza vitale. Va evitata, inoltre, l'abusata abitudine di rivolgersi subito con un "tu", non sempre accettato. Chi lo fa, nella maggioranza dei casi, non è mosso da una “moda giacobina” ma dal proposito di familiarizzare. Però, questa modalità espressiva, può instaurare sentimenti di subalternità, di scarsa considerazione e un disagio soprattutto nella fase iniziale dell'incontro, poiché nessuno è autorizzato ad invadere la sfera privata e personale dell'altro.

#### **4.2. L' AIUTO CHE SOLLECITA**

“L'idea di vecchiaia” è spesso associata con quella di tristezza, di malinconia, di depressione e di pessimismo; l'anziano allegro rimane un'eccezione poiché la terza o la quarta età sono accompagnate prevalentemente dalla rigidità, non solo delle articolazioni, ma anche del pensiero e delle decisioni.

Chi si pone accanto all'anziano deve stimolarlo a scoprire gli orizzonti che ancora rimangono aperti nella vita, a valorizzare il presente e le sue potenzialità; incitandolo a superare sia la “tendenza centripeta” che lo ingabbia, rendendolo amorfo nei riguardi della realtà, spingendolo a interessarsi unicamente della propria situazione psico-sociale, sia la tentazione di ritenersi una “nave in disarmo”.

E' dannoso sostituirsi a lui imponendo delle soluzioni o sopperendolo nelle attività che può svolgere magari con lentezza. Occorre valorizzare la sua autonomia, far affiorare le sue capacità umane e intellettive velate da scorie che il tempo ha sedimentato. Va incoraggiato a intrattenere amicizie, a praticare interessi o hobby, a coltivare la crescita culturale e sociale, a conservare l'igiene per il corpo e la cura della casa.

Rammentava F. Bourget che nella natura “il bosco ha nel trionfo dei suoi colori autunnali la sua primavera”. Anche la vecchiaia, se vissuta in pienezza, si trasforma in una nuova stagione interessante e serena. “Invecchia bene” unicamente chi riconosce interiormente il progredire degli anni ammettendo i limiti e cogliendo le opportunità.

Sono stati esempi incoraggianti uomini eccezionali che hanno largito “il meglio” in età avanzata (L. Tolstoj, R. Wagner, G. Verdi, V. Bellini...), o sono rimasti straordinari e in piena attività fino al termine della vita (san Giovanni Paolo II, la beata madre Teresa di Calcutta, frère R. Schutz...).

Questa ottimistica visione della vita, pur nella vecchiaia, era presente, ad

---

<sup>694</sup> *Mensile Testimoni*, 15 novembre 2002, pg. 3.

<sup>695</sup> Per approfondire l'argomento: E.H. ERIKSON, J.M. ERIKSON, H.Q. KIVNICH, *Coinvolgimenti vitali nella terza età. Vivere oggi l'esperienza della terza età*, Armando, Roma 1997; L. SANDRIN, *Il cammino del perdono. Bricciole di psicologia*, Camilliane, Torino 2010.



esempio, nel santo papa Giovanni XXIII che quando fu eletto pontefice a settantasette anni fu subito definito dai commentatori frettolosi un "papa di transizione". Era giudicato anziano e con scarse idee, invece si è mostrato un "anziano-giovane" con un'immensa fiducia nell'avvenire. E quei cinque anni di pontificato trasformarono la Chiesa e il mondo.

Un'esperienza da valorizzare è il "diventare nonni"; situazione da vivere non unicamente come un servizio di babysitteraggio ma come una "nuova rinascita".

#### **4.3.LA SPERANZA CHE SOSTIENE**

La speranza è un motore eccezionale della vita; anche un proverbio popolare afferma che è "l'ultima a morire". Questa virtù solleva l'uomo dalle frustrazioni conseguenti alle delusioni, alle sofferenze o all'incapacità di cogliere l'esistenza nella sua bellezza e nella sua ricchezza.

Ma, nella nostra società, incontriamo tanti pessimisti e molti delusi; ciò significa che sperare, per i più, è difficile, soprattutto con l'avanzare dell'età; eppure è un potente antidoto all'angoscia, all' ansia e allo smarrimento.

Chi visita l'anziano deve proporgli momenti e spazi di speranza in un clima di apertura verso gli altri e verso le cose, aiutandolo a pensare positivamente, a combattere il pessimismo derivante dalle difficoltà nel recepire le nuove, e forse eversive, istanze dei nostri tempi, a sfidare la tentazione del ripiegarsi su se stesso. Consolatorie sono le parole di san Giovanni Paolo II: "Rivolgendomi agli anziani, so di parlare a persone che hanno compiuto un lungo percorso. Parlo ai miei coetanei: posso, dunque, facilmente cercare un'analogia nella mia vicenda personale. La nostra vita è stata iscritta dalla Provvidenza nel XX secolo, che ha ricevuto una complessa eredità del passato ed è stato testimone di numerosi e straordinari eventi. Come tanti altri tempi della storia, esso ha registrato luci ed ombre. Non tutto è stato oscuro. Molti aspetti positivi hanno bilanciato il negativo o sono emersi da esso come una benefica reazione della coscienza collettiva"<sup>696</sup>.

Una fonte di speranza è l'evidenziare e apprezzare i piccoli risultati raggiunti, giorno dopo giorno, in qualsiasi campo. Ma anche un volto sereno e sorridente fa trasparire ottimismo e speranza.

Però, per infondere speranza, serve innanzitutto possederla!

Un inciso: il cristiano possiede "un di più" rispetto agli altri. Il suo sperare ha origine in Dio; è fondato sulla sua fedeltà di Padre che assicura che il susseguirsi degli avvenimenti, delle epoche, delle dittature e dei grandi personaggi, anche ora, non è che una cornice poiché nella storia è presente e opera il Signore Gesù.

#### **4.4. L' APPREZZAMENTO DELLA LORO ESPERIENZA**

Accanto all'anziano siamo i testimoni e i custodi dell'immenso valore delle sue esperienze, della sua saggezza, delle sue tradizioni e della sua memoria storica che rischia di perdersi. Ricorda il libro del Siracide: "Non trascurare i discorsi dei vecchi, perché anch'essi hanno imparato dai loro padri: da loro

---

<sup>696</sup> Lettera agli anziani, op. cit., n. 3.

imparerai il discernimento e come rispondere nel momento del bisogno"<sup>697</sup>.

La memoria dei fatti appartenuti alla sua esperienza sono conservati saldamente e ricordati e narrati con facilità in un clima d'ascolto. Inoltre, questa narrazione, ha un valore terapeutico: "La ricostruzione della storia di vita della persona può essere considerata di per sé una modalità d'intervento, e questo in due diverse direzioni: per il valore terapeutico, in senso ampio, attribuito al gioco dei ricordi e alla narrazione che ne può conseguire e per il valore che può assumere per le persone l'essere 'interrogati' su se stessi, cioè l'essere riconosciuti e accolti da altri come degni d'interesse"<sup>698</sup>. E il cardinale G. Colombo completa il pensiero: "Lungo l'arco dei suoi molti anni l'anziano è andato accumulando un ricco patrimonio di esperienze di lavoro e di vita. Il rapido progresso tecnico della nostra epoca può avere oltrepassato le prime, rendendole anacronistiche e quasi inservibili, ma le esperienze di vita permangono come un tesoro sempre attuale e valido"<sup>699</sup>. Per questo la Bibbia insegna: "Corona dei vecchi è un'esperienza molteplice"<sup>700</sup>.

Una società indifferente alla storia e ai valori degli anziani non potrà sperare in un futuro felice essendo come un albero senza radici e papa Bergoglio aggiunge: "Quando una società perde la memoria è finita"<sup>701</sup>.

## Conclusione

Se pensassimo più spesso che la vecchiaia è il naturale percorso della vita e che tutti dovremo, a Dio piacendo, affrontarla, e non vorremmo essere trattati in modo anonimo e quasi con disprezzo, cambieremmo determinati atteggiamenti che assumiamo nei riguardi degli anziani, iniziando dai nostri genitori.

La storia biblica che non idealizza la vecchiaia, anzi ne propone un ritratto alquanto realistico e anche pessimistico, contiene però un elogio all'anziano cui va tributato rispetto e dedizione: "Alzati davanti a chi ha i capelli bianchi, onora la persona dei vecchi"<sup>702</sup>. Dio, inoltre, con la collaborazione dell'anziano, compie alcune tappe fondamentali nella Storia della Salvezza. Abramo anziano e Sara sterile, in età avanzata, ottengono il dono del figlio Isacco<sup>703</sup> che rappresenterà le radici genealogiche della fede cristiana, all'inizio del suo cammino storico. Zaccaria ed Elisabetta, attempati, accolgono Giovanni Battista<sup>704</sup> il precursore di Gesù. I "vecchi" Simeone e Anna, nel tempio di Gerusalemme, per primi, riconoscono il Messia e proclamano la sua missione salvifica<sup>705</sup>.

Oltre che a livello etico-religioso, il rispetto e la cura dell'anziano è un

---

<sup>697</sup> LIBRO DEL SIRACIDE, 8,9.

<sup>698</sup> P.TACCANI, S. TRAMMA, A. BARBIERI DOTTL, *Gli anziani nelle strutture residenziali*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1987, pg. 80.

<sup>699</sup> G. COLOMBO, *La pastorale della terza età*, Il Segno, Milano 1973, pg. 23.

<sup>700</sup> *Libro del Siracide* 25,6.

<sup>701</sup> Discorso alla Comunità di sant'Egidio di Roma, 15 giugno 2014.

<sup>702</sup> *Libro del Levitico*, 19,32.

<sup>703</sup> Cfr.: *Libro della Genesi* 21,1-7.

<sup>704</sup> Cfr.: *Vangelo di Luca* 1.5.25.

<sup>705</sup> Cfr.: *Vangelo di Luca* 2,22-38.

dovere sancito dalla Carta Costituzionale<sup>706</sup> quando afferma che i lavoratori hanno diritto a mezzi adeguati anche in vecchiaia.

Gli anziani a noi più vicini sono i genitori e il quarto comandamento rimane invariato nei loro confronti: "Onora tuo padre e tua madre, perché si prolunghino i tuoi giorni nel paese che ti dà il Signore, tuo Dio"<sup>707</sup>. E anche le conseguenze sono sempre le stesse: "Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarli durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo mentre sei nel pieno vigore"<sup>708</sup>. "Non disprezzare tua madre quando è vecchia"<sup>709</sup>. \*Chi onora il padre espia i peccati; chi onora la madre è come chi accumula tesori. Chi onora il padre avrà gioia dai propri figli e sarà esaudito nel giorno della sua preghiera. Chi onora il padre vivrà a lungo poiché la pietà verso il padre non sarà dimenticata, ti sarà computata a sconto dei peccati"<sup>710</sup>.

A queste esortazioni segue un duro ammonimento: "Se poi qualcuno non si prende cura dei suoi cari, soprattutto di quelli della sua famiglia, costui ha rinnegato la fede ed è peggiore di un infedele"<sup>711</sup>.

Un rilievo importante: il rispetto dovuto ai genitori è vincolante in ogni caso; oltrepassa "l'ottimo padre, la madre premurosa o i genitori fedeli" essendo un dovere vincolato dalla legge naturale come ben spiegava, nel primo secolo, il filosofo stoico Epitteto: "Il tale ti è padre? Appartientesi aver cura di lui. Chiedergli in ogni cosa; se ti rampogna, se ti batte portalo pazientemente. Ma egli è un cattivo padre, forse che la natura ti obbliga al padre buono? Non già, ma semplicemente al padre"<sup>712</sup>.

E per il cristiano sussiste un motivo in più: i genitori sono stati i collaboratori di Dio nel donarci la vita. Questo è l'onore che i figli devono attribuire al padre e alla madre: "I figli risponderanno ai benefici ricevuti dai genitori con affetto riconoscente, con devozione e fiducia; saranno loro vicini nelle avversità e nella solitudine della vecchiaia"<sup>713</sup>.

Il trattamento riservato dai genitori ai propri genitori, cioè ai nonni, inoltre, è anche un'alta scuola pedagogica per i figli.

Non dimentichiamo, infine, un l'importante ammonimento già evidenziato all'inizio del capitolo: "la grandezza di una civiltà si misura dall'attenzione che essa porta a queste ricchezze e, per conseguenza, alle garanzie che sa offrire alle persone anziane di poter sempre incrementare il proprio inserimento anche operativo come membri di una comunità"<sup>714</sup>. Dobbiamo quindi costruire una cultura che supporti maggiormente quest'ultima tappa della vita.

Ma l'anziano è anche portatore di doveri; perciò deve il massimo rispetto ai figli e alle loro famiglie, permettendogli libertà nelle scelte e nei giudizi, evitando indebite pressioni o ostacolando la programmazione del loro futuro.

---

<sup>706</sup> Cfr.: COSTITUZIONE ITALIANA, art. 38.

<sup>707</sup> *Libro dell'Esodo* 20,12.

<sup>708</sup> *Libro dell'Ecclesiastico* 6,12-13.

<sup>709</sup> *Libro dei Proverbi* 23,22.

<sup>710</sup> *Libro dell'Ecclesiastico* 3,3-6.14.

<sup>711</sup> *Prima lettera di san Paolo a Timoteo* 5,8

<sup>712</sup> EPITETTO, *Antologia di scritti*, Mondadori, Milano 1973, pg. 87.

<sup>713</sup> CONCILIO VATICANO SECONDO, *Gaudium et spes*, n. 48.

<sup>714</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Ai movimenti di pensionati ed anziani*, 21 maggio 1982.

La conclusione è una preghiera di un anziano:

*“Signore non permettere che io divenga uno di quei vecchi brontoloni, sempre intenti a lamentarsi e a brontolare; che si fanno tristi e diventano insopportabili agli altri.*

*Conservami il sorriso, anche se la bocca è un po' sdentata.*

*Fa' di me, Signore un anziano sorridente, conservami un cuore aperto.*

*Fa' di me un anziano generoso, che sappia condividere i suoi quattro soldi con chi non ne ha... e i fiori del suo giardino con chi non ha la terra per coltivarli.*

*Non permettere che io divenga l'uomo del passato, parlando sempre del buon vecchio tempo quando non faceva mai freddo e disprezzando i tempi dei giovani, quando piove continuamente.*

*Signore, fa di me un anziano che non ha dimenticato la sua giovinezza e che sa rinnovare la giovinezza degli altri.*

*Signore, io non ti domando la fortuna e la felicità.*

*Io ti domando semplicemente che la mia ultima stagione sia bella, perché porti testimonianza alla tua bellezza”<sup>715</sup>.*

---

<sup>715</sup> A. PANGRAZZI, *La pastorale verso gli anziani* in “Presenza della sofferenza”, Camilliane, Torino 1987, pg. 83.

## PARTE QUARTA: LA VITA CHE VOLGE AL TERMINE

### CAP 14 - LA MORTE NELLA CULTURA ATTUALE

#### INDICE DEL CAPITOLO

1. La morte nella società contemporanea
2. La morte nel vissuto personale
3. Accompagnamento del morente
4. Verità e morte
5. Critianeimo e morte

#### 1. La morte nella società contemporanea

La nascita, la crescita e la morte formano un trionomio inscindibile essendo momenti costitutivi della persona che dovrebbe acquisire sia "l'ars vivendi" che "l'ars moriendi" così descritta da H. Nouwen: "La gente muore. Non solo i pochi che conosco, ma innumerevoli persone, ovunque, ogni giorno, ogni ora. Morire è l'evento umano più naturale, qualcosa che tutti dobbiamo sperimentare. Ma moriamo bene? La nostra morte è qualcosa di più di un destino inevitabile, qualcosa che semplicemente non vorremmo esistesse. Ma può diventare in qualche modo l'atto di una realizzazione, forse più umana di ogni altro atto umano"<sup>716</sup>, poichè quando l'uomo "non sa più guardare alla propria morte, mettendosi in rapporto con ciò che giace oltre lo spazio e il tempo della sua esistenza, perde il desiderio di creare e l'eccitazione di essere uomo"<sup>717</sup>. Dunque, la morte, dovrebbe costituire un momento significativo ed espressivo della vita.

Eppure della morte, un appuntamento che attende tutti, è arduo parlarne: ricorda la finitezza e la caducità, incute paura, provoca terrore, suscita pudori in continua crescita non essendo potenzialmente controllabile. J. Baudrillard affermava: "Al giorno d'oggi non è normale essere morti (...). Essere morti è un'anomalia impensabile, rispetto alla quale tutte le altre sono inoffensive. La morte è una delinquenza, una devianza incurabile"<sup>718</sup>.

Inoltre, il contesto societario, non permette di trattare il tema come ogni altro argomento dell'esistenza, o meglio di recepire la morte come il naturale compimento della persona; perciò si muore peggio che in passato. Da fatto biologico e naturale, da "sorella" con la quale convivere, è trasformata in nemico da combattere, mostro da esorcizzare, fatto da negare, anche se poi, in varie circostanze, invade le televisioni e i giornali, ed è presentata nei talk show come spettacolarizzazione banalizzata dove il rispetto è del tutto assente, oppure nei film dove è assente ogni coinvolgimento personale e reazione emotiva.

---

<sup>716</sup> H. NOUWEN, *Il dono del compimento*, Queriniana, Brescia 1995, pg. 12.

<sup>717</sup> H. NOUWEN, *Il guaritore ferito*, Queriniana, Brescia 1982, pg. 18.

<sup>718</sup> J. BAUDRILLARD, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2007, pg. 89.

La morte si è dunque trasformata nel tabù degli ultimi decenni del XX secolo e dei primi del XXI.

Sembra "che l'antico divieto sociale di parlare di sesso e di funzioni genitali si è oggi spostato sulla morte e sui morti, tanto che G. Gorer parla di 'pornografia della morte' (The Pornography of death, è il titolo della sua opera)"<sup>719</sup>. Concetto ripreso anche da P. Ariès: "oggi sembra che ci si vergogni a parlare di morte, come una volta ci si vergognava a parlare di sesso e dei suoi piaceri"<sup>720</sup>

Oggi si vive come se non si dovesse morire mai!

La vita è sradicata dalla morte; tutto ci distrae da quest'idea, e di conseguenza la visione che ha estromesso la morte dalla quotidianità, ha fatto smarrire anche la capacità di accompagnare il prossimo verso la morte.

Da evento gestito nell'ambito familiare e comunitario, dove la persona terminava la vita nel proprio letto, trasmetteva le ultime volontà, riceveva i sacramenti e si affidava a Dio per compiere una "buona morte", è divenuto un momento anonimo da relegare in spazi artificiali, in ambienti specialistici per "scompare in silenzio", lontano dalla quotidianità, nell' impersonale stanza d'ospedale dove avvengono circa il 75% dei decessi, oppure nella "casa di riposo", oggi definita RSA (Residenza socio-assistenziale), per turbante il meno possibile l'equilibrio delle persone. Quasi si elogia chi "se ne è andato rapidamente senza disturbare nessuno", facendo una "bella morte", descritta da R. Rémond, come quella che "sopraggiunge all'improvviso, che vi porta via di sorpresa come un ladro e vi risparmia la sofferenza, la decadenza fisica e mentale, il timore dell'ultima ora"<sup>721</sup>.

Sono state ideate, soprattutto nelle grandi città, le "case funebri" dove deporre la salma, affinché la società drogata dal delirio dell'onnipotenza e della bellezza inesauribile che concepisce la vecchiaia, la malattia e la morte come segni di decadenza, e perciò dimensioni deprecabili, non sia turbata da quest'anomalia inaccettabile. E anche quando si visita la spoglia mortale si esprimono attestati di stima per lo scomparso, ma pochi si chiedono del suo futuro.

La morte da evento sociale è stata privatizzata; coinvolge unicamente il defunto e i suoi famigliari, per questo si predispongono alcuni accorgimenti perché scorra inosservata e il più velocemente possibile: basta rintocchi di campane a lutto o necrologi murali, niente cortei funebri al cui passaggio, nel passato, ci si toglieva rispettosamente il cappello o abiti appropriati al lutto per non adottare un atteggiamento dissimile da quello di tutti gli altri giorni. No al culto della memoria<sup>722</sup> e alle lacrime definite da Ariès come "le escrezioni del malato e le une e le altre sono ripugnanti"<sup>723</sup>.

Le difese più comuni sono quelle di "negare, rimuovere, dimenticare, fare come se la morte non esistesse. Sembra questa l'unica maniera di combattere

---

<sup>719</sup> D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2000, pg. 534.

<sup>720</sup> *Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 184.

<sup>721</sup> R. REMOND, *Il nuovo anticristianesimo*, Lindau, Torino 2007, pg. 16.

<sup>722</sup> Scrive Ariès: "Nel XIX secolo era dappertutto presente: cortei funebri, abiti da lutto, estensione dei cimiteri e della loro superficie, visite e pellegrinaggi alle tombe, culto della memoria, ma questo eloquente scenario di morte si è dissolto nell'epoca nostra, e la morte è divenuta l'*innominabile*. Ormai tutto avviene come se né io, né tu, né quelli che mi sono cari, fossimo più mortali" (*Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 75).

<sup>723</sup> *Storia della morte in occidente*, op. cit., pg. 69.

l'angoscia di morte propria di questa società, di queste città che sono come grandi cimiteri, sotto la luna, di uomini morti, o uomini che devono morire e che molto spesso hanno nessuna o poca speranza in una loro personale vita eterna"<sup>724</sup>.

Rammentava il filosofo B. Pascal: "gli uomini non avendo potuto liberarsi dalla morte, dall'ignoranza e dalla miseria, hanno deciso per essere felici di non pensarci"<sup>725</sup>.

Anche negli ospedali il vocabolo "morte" è sussurrato sottovoce, sostituendolo con il termine "exitum". La medicina, che spesso non riconosce i propri limiti, ha trasformato la visione della morte, e anche il medico, quando si dissolvono le ultime speranze, tende spesso a "passare la mano", ad esempio, diradando le visite. E' stato verificato che se in un reparto suonano contemporaneamente due campanelli, quello di un ammalato ordinario e quello di un morente, l'operatore sanitario istintivamente risponde per primo a quello del paziente comune.

Di fronte a questi comportamenti, possiamo affermare, che la "disumanizzazione medica" della morte è ambientale e relazionale.

Ovviamente, anche nel passato, la morte procurava timori ma per ragioni opposte: ieri la paura era suscitata dal giudizio di Dio, oggi dalla sua dimenticanza!

## 2. La morte nel vissuto personale

La morte mostra l'instabilità e la precarietà dei nostri giorni!

Vari autori affermano che l'atteggiamento che si assume d'innanzi alla morte trae origine principalmente dal comportamento seguito nell'esistenza, infatti ogni considerazione sulla morte richiama una determinata visione della quotidianità vissuta.

In latino i verbi "nascere" e "morire" sono deponenti, cioè assumono una forma passiva e un significato attivo. La forma passiva indica un evento indipendente dalla scelta personale, il significato attivo mostra che il fatto, nel nostro caso la morte, ha l'accezione che noi gli attribuiamo.

Per questo troviamo due atteggiamenti divergenti.

*Il primo* è adeguatamente riassunto nella famosa leggenda "di Samarcanda". "C'era una volta un uomo che non voleva morire. Era un uomo di Isfahan. E una sera quest'uomo vide la Morte che lo aspettava seduta sulla sedia di casa. 'Cosa vuoi da me?' gridò l'uomo. E la Morte: 'Sono venuta a...'. L'uomo non le lasciò completare la frase, saltò su un cavallo veloce e a briglia sciolta fuggì in direzione di Samarcanda. Galoppò tre giorni e tre notti, senza fermarsi mai, e all'alba del terzo giorno giunse a Samarcanda. Qui, sicuro che la Morte avesse perso le sue tracce, scese da cavallo, e si mise in cerca di un alloggio. Ma quando entrò in camera trovò che la Morte lo aspettava seduta sul letto. La Morte si alzò, gli andò incontro e gli disse: 'Sono felice che tu sia arrivato e in tempo, temevo che ci perdessimo, che tu andassi da un'altra parte o che tu arrivassi in

---

<sup>724</sup> S. ACQUAVIVA, *Eros, morte e esperienza religiosa*, LaTerza, Bari 1990, pg. 160.

<sup>725</sup> B. PASCAL, *Pensiero*, n. 250.

ritardo. A Isfahan non mi lasciasti parlare. Ero venuta a Isfahan per avisarti che ti davo appuntamento all'alba del terzo giorno nella camera di quest'albergo, qui a Samarcanda' "726.

G. Ancona, che riporta questa leggenda nell' introduzione ad un suo libro sulla morte, così commenta: "Suggestione e realismo s'intrecciano nella leggenda di Samarcanda che rappresenta nell'essenza il paradigma di un incontro ineludibile: l'uomo e la morte. Per quanto, infatti, ci sforziamo di non pensarla o fuggirla, la morte è sempre lì ad attenderci..."727.

La secolarizzazione e la laicizzazione della società hanno reso maggiormente ostico l'argomento, poichè la maggioranza dei nostri contemporanei faticano a comprendere un destino di "uomini risorti" a livello spirituale ma anche corporeo, mentre, nel passato, quando la religione cristiana, che ha come fondamento la risurrezione del Signore Gesù<sup>728</sup>, era più vissuta e praticata, questo era un indubbio riferimento.

*Il secondo atteggiamento* è quello di chi offre alla morte un "significato pienamente esistenziale", preparandosi con serenità e consapevolezza a quel l'evento, amando e valorizzando ogni giornata e ogni attività.

Per comprendere queste categorie un indispensabile supporto è offerto, come abbiamo affermato, dal cristianesimo poiché la morte è un mistero insondabile alla limitatezza della ragione umana. Di conseguenza, la fede acconsente al credente un approccio peculiare e la certezza che "preziosa agli occhi del Signore è la morte dei suoi fedeli"729.

Il Signore Gesù, con la Sua risurrezione, l'avvenimento che celebriamo ogni anno a Pasqua, testimonia che la nostra vita come la Sua, non cesserà con la morte. Cristo, annuncia che ogni uomo è destinatario della vita eterna; che la morte è unicamente il transito dall'esistenza terrena, breve, per alcuni brevissima, e spesso scalfita dalla sofferenza e dal dolore a quella eterna, contrassegnata dalla gioia e dalla beatitudine, poichè dopo il Venerdì Santo è predisposta per ognuno, come per Gesù, la Pasqua. Perciò, l'uomo trascorre la prima parte dell'esistenza nel mondo e poi la proseguirà partecipe della stessa vita di Dio, a secondo del giudizio particolare che riceverà<sup>730</sup>.

Dunque, il credente, "accogliendo la morte" le offre il significato di una tappa che pone termine all'esistenza terrena segnata dal peccato, dal dolore e dalla precarietà. E' un preludio alla beatitudine eterna con il Cristo Risorto: la pienezza per ogni essere umano come ricordava sant'Agostino all'inizio delle "Confessioni": "Ci hai fatti per te e inquieto è il nostro cuore, finché non riposa in te"731.

San Paolo, ammalato e anziano, osservando il suo corpo in declino, afferma: "Egli trasformerà i nostri miseri corpi a immagine del suo corpo glorioso"732. Piena di

---

<sup>726</sup> O. FALLACI, *Un uomo*, Rizzoli, Milano 1979, pg. 32.

<sup>727</sup> G. ANCONA, *La morte. Teologia e catechesi*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1993, pp. 5-6.

<sup>728</sup> "Se Cristo non è risuscitato, allora è vana la nostra predicazione ed è vana anche la nostra fede" (Cor. 15,14).

<sup>729</sup> Salmo 115,15.

<sup>730</sup> Cfr.: Vangelo di san Giovanni 5,29.

<sup>731</sup> SANT'AGOSTINO, *Le confessioni*, I, 1, 1.

<sup>732</sup> Prima Lettera di san Paolo apostolo ai Colossesi 1,14.



speranza è anche la frase parole che sant'Agostino pone sulla bocca di un defunto: "Sono ormai assorbito nell'incanto di Dio, nella sua sconfinata bellezza. Le cose di un tempo sono così piccole al confronto. Vivo in una gioia purissima"<sup>733</sup>.

Siamo perfettamente convinti che tutti dovremo affrontare la morte; non sappiamo quando. Per questo un mistico, nell' "Imitazione di Cristo", affermava: "La mattina fa' conto di non arrivare alla sera. Scesa la sera non osare di riprometterti la mattina"<sup>734</sup>. Oppure: "Guardare la vita dal punto d'osservazione della morte, dà un aiuto straordinario a vivere bene. Sei angustiato da problemi e difficoltà? Portati avanti, collocati al punto giusto: guarda queste cose dal letto di morte. Come vorresti allora aver agito? Quale importanza daresti a queste cose? Fa' così e sarai salvo. Hai un contrasto con qualcuno? Guarda la cosa dal letto di morte. Cosa vorresti avere fatto allora: aver vinto o esserti umiliato? Aver prevalso, o aver perdonato?"<sup>735</sup>.

A volte, la morte dell'altro, per la sua drammaticità si trasforma anche in "maestra di vita". Un esempio eloquente fu quello narrato da Fra Pierluigi Marchesi (Fatebenefratello). Siamo agli inizi degli anni 40' del ventesimo secolo, è in corso la seconda guerra mondiale, e Fra Pierluigi era novizio presso l'ospedale di Erba (Co). Un giorno, un treno proveniente da Milano, fu mitragliato e contemporaneamente anche la città di Erba subì pesanti attacchi bellici. Nelle sue memorie ricorderà che la piccola cittadina della Brianza, in due giorni, dovette piangere centoundici vittime. E lui e i suoi confratelli, per una settimana, operarono giorno e notte per curare i feriti e per ricomporre e vestire i morti. Quella traumatica esperienza suscitò nel giovane novizio una profonda riflessione, che ricorderà nel corso di una conferenza dopo molti decenni: "Per me la vocazione è nata a Erba, perché quando si veste un morto se non hai una vocazione o si scappa o nasce la vocazione"<sup>736</sup>. Una vocazione che sarebbe proseguita per tutta la vita servendo gli ammalati.

La riflessione attinente la propria morte è essenziale anche per l'operatore sanitario. Scriveva E. Kubler-Ross a riguardo del medico, ma la medesima conclusione è valida per tutti coloro che operano nel settore assistenziale. "Per trovare la formula giusta per un incontro è necessaria la capacità di un medico di pensare alla propria morte. Qualora questo fosse per lui un pensiero arduo, qualora la morte fosse per lui un evento terribile da considerare 'tabù', egli allora non potrà parlarne serenamente e con spirito caritatevole con i suoi ammalati"<sup>737</sup>.

### 3. Accompagnamento del morente

L'argomento della morte, nell'ambito sanitario, è sempre attuale e va affrontato con obiettività da chi assiste il malato, particolarmente se è portatore di

---

<sup>733</sup> Da: *De fide rerum quae non videntur*

<sup>734</sup> *Imitazione di Cristo*, Libro I°, cap. XXIII.

<sup>735</sup> R. CANTALAMESSA, *Sorella morte*, Ancora, Milano 1991, pg. 45.

<sup>736</sup> Cfr.: *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pp. 22-23.

<sup>737</sup> E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1982, pg. 35.

una patologia grave o è terminale, per evitargli un doloroso “isolamento psicologico”.

Il malato, prossimo alla morte, soffre due immensi dolori: “il dolore fisico” che la medicina, il più delle volte, allevia e la sofferenza “della solitudine”, poichè la malattia grave, spesso e istintivamente, induce gli operatori sanitari alla fuga. Ciò provoca isolamento ed emarginazione, e così il malato, come rammenta una pregnante espressione della sapienza popolare, potrebbe “morire solo come un cane”.

Ricorda la “Carta degli Operatori Sanitari”: “Quando le condizioni di salute si deteriorano in modo irreversibile e letale, l’uomo entra nello stadio terminale dell’esistenza. Per lui il vivere si fa particolarmente e progressivamente precario e penoso. Al male e alla sofferenza fisica sopraggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta. Come tale il malato terminale è una persona bisognosa di accompagnamento umano e cristiano, cui medici e infermieri sono chiamati a dare il loro contributo qualificato e irrinunciabile” <sup>738</sup>.

Il personale sanitario cura prevalentemente la patologia ma, spesso, si presenta impreparato nella relazione.

I famigliari indossano la maschera della bugia pietosa anche se conoscono la verità e, il più delle volte, sollecitano il medico affinché il loro congiunto non sia informato “perché non si spaventi”. S’impegnano a proteggere il malato dalla consapevolezza del morire, ricorrendo a delle allusioni sfumate che vorrebbero infondere fiducia ma, il più delle volte, provocano ribrezzo per ciò che tacciono.

E così, nessuno, s’impegna affinché il malato grave possa prepararsi alla morte, anzi è costretto a recitare la parte di chi, è quasi convinto, di un prossimo miglioramento.

Ma, l’ammalato terminale, anche nello stadio finale della sua esistenza è una persona “inguaribile” ma non “incurabile” che conserva totalmente la dignità. Di conseguenza, gli approcci assistenziali e relazionali, devono porsi come primo obiettivo la “qualità di vita” procurando al malato sollievo dal dolore, mettendosi in ascolto delle sue ansie, interpretando le sue piccole o grandi esigenze.

Accompagnare alla morte, significa porre attenzione anche all’aspetto spirituale, spesso trascurato. Un articolo pubblicato nel 2012 sulla “Rivista italiana di cure palliative”, riportando uno studio dello psicologo A. Filiberti condotto presso l’ospedale di Verbania, indicava che l’85% dei malati tumorali desiderava un’adeguata assistenza spirituale. La ricerca confermava i dati di indagini divulgate precedentemente. Pur non addentrandoci nel complesso argomento della “spiritualità” che racchiude sia l’aspetto umano che quello religioso e confessionale, è opportuno evidenziare che la dimensione spirituale è un fattore dell’assistenza da non trascurare, notando l’angoscia provocata dalla morte prossima. Ciò è adeguatamente percepito nei Paesi anglosassoni dove l’assistente spirituale è un componente dell’*équipe* terapeutica.

---

<sup>738</sup> *Carta degli Operatori Sanitari*, op. cit., n. 115.

## 4. Verità e morte

Direttamente concatenata con la fase terminale della vita è l'argomento "della verità": il malato vuole conoscere la verità? Apprendere la verità è un diritto del malato? Chi, come e quando comunicarla?

Un adeguato riferimento per comprendere l'evoluzione psicologica dell'ammalato con prognosi infausta e, di conseguenza, intuire se desidera conoscere la verità è presente nel libro di E. Kubler Ross: "La morte e il morire"<sup>739</sup>.

Il volume, che spalancò la strada allo studio delle reazioni psicologiche di fronte alla morte, riporta i risultati di una ricerca condotta su oltre duecento malati tumorali, e la Kubler Ross sostenne che la maggioranza, dal momento in cui è comunicata la verità o si accorgono dell'avvicinarsi della morte, percorrono cinque fasi.

- *La negazione e il rifiuto* quando s'ipotizza una patologia tumorale: "No, non è possibile. Non è il mio caso!".
- *La ribellione e l'aggressività* o il rifiuto delle cure sentendosi ingiustamente puniti.
- *Il patteggiamento* con Dio e con il destino: promettere qualche cosa come contropartita alla salute.
- *La depressione*, cioè il tormento nei riguardi della incontestabilità della diagnosi, che si manifesta in un lento "lasciarsi andare".
- *L'accettazione*, così descritta dalla Kubler Ross: "Se un ammalato ha avuto il tempo sufficiente ed è stato aiutato a superare le fasi sopra descritte, raggiungerà uno stadio nel quale non sarà né depresso né arrabbiato per il suo 'destino' (...). L'accettazione non deve essere scambiata con una fase felice. E' quasi un vuoto di sentimenti. 'È come il tempo per il riposo finale prima del lungo viaggio', come l'ha definito un malato"<sup>740</sup>.

Le cinque fasi variano per l'età, per il carattere, per la storia vissuta, per la visione della vita, essendo questo periodo "un grande travaglio di lutto che conduce dal no al sì, dalla rivolta all' accettazione"<sup>741</sup>. Però, ricordava la Kubler Ross, l'angoscia della morte non è indomabile essendo l'uomo abile a profferire significati anche a questa esperienza<sup>742</sup>.

Alcuni malati ammettono esplicitamente di conoscere la verità, altri, pur non dichiarandolo, di giorno in giorno, si accorgono sempre di più della gravità della loro situazione, e sebbene utilizzino meccanismi di difesa, tentano di comunicare il loro desiderio di parlarne apertamente.

Kubler Ross nota che alcuni medici ostacolarono lo studio difeso invece dai pazienti. "Vi siamo riconoscenti - ripetevano gli sventurati - perché possiamo finalmente parlare del dramma che siamo costretti ad affrontare da soli, in silenzio, perché così vogliono i medici e i nostri parenti, secondo i quali non bisogna parlare di morte. Ogni volta che tentiamo di accennarvi, veniamo zittiti, ci

---

<sup>739</sup> *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 2005.

<sup>740</sup> *La morte e il morire*, op.cit., pg. 129.

<sup>741</sup> *La morte e il morire*, op.cit., pg. 188.

<sup>742</sup> *La morte e il morire*, op.cit., pg. 195.

rinviano a speranze che sappiamo illusorie”<sup>743</sup>. E conclude: “Se molti non arrivano a morire placati ma se vanno in collera e in rivolta, ciò lo si deve proprio al personale ospedaliero e ai familiari con il loro atteggiamento di nevrotica negazione della realtà”<sup>744</sup>.

Riteniamo che la comunicazione della verità al malato, pur sapendo che è compito del medico fornirla, investì tutti coloro che circondano il malato, in particolare i famigliari, poiché rivelarla è insufficiente; serve al momento e nel tempo, supportare il cammino del sofferente per evitargli gravose reazioni depressive e ulteriori sofferenze.

Chi sta morendo ha diritto, come richiamano alcune “Carte dei diritti dei malati e dei morenti”, di essere informato sulle sue condizioni senza inganni.

La verità, che non può essere imposta, va comunicata nel corso di un confidente colloquio tra medico e paziente.

L'informazione assume alcune sfaccettature:

-è “diretta”, quando il medico espone al paziente la verità diagnostica e gli illustra i trattamenti che da seguire;

-“mediata”, quando il messaggio è supportato dai familiari;

-“graduale”, quando si accorda del tempo per sedimentare le informazioni e le reazioni.

La maggioranza delle scuole filosofiche e teologiche sia di visione laica che religiosa concordando su questo principio etico, ma nella quotidianità il malato è spesso defraudato di questo diritto, non avendo sufficientemente compreso i valori in gioco, in particolare la “dignità morale” del malato, che non può mai essere lesa essendo un soggetto libero e responsabile in ogni momento della propria esistenza. Di conseguenza, deve sapere che la sua vita è in una fase di terminalità, avendo il diritto di gestire fino alla conclusione, e da protagonista, la propria esistenza, compresa la realizzazione di obblighi e di doveri a livello personale e di coscienza, nei rapporti con la sua famiglia, la sua professione e la società. Gli ultimi giorni, possono essere, per alcuni, tra i più importanti della vita!

Un ulteriore aspetto da considerare è il coinvolgimento del paziente nella decisione terapeutica quando si prospettano diverse opzioni poiché riduce il disturbo di tipo “adattivo” al trattamento.

Da quanto affermato evidenziamo nuovamente l'importanza di accompagnare il sofferente di fronte ad una verità infausta o a possibili discordanze di informazioni, comprendendolo e offrendogli la possibilità di manifestare le sue emozioni, le sue speranze e le sue angosce, consentendogli di parlare sia di quello che sta lasciando, inquieto forse per la consapevolezza di non aver vissuto totalmente e attivamente la sua vita, ma anche di quello che sta attendendo e del suo futuro, ascoltandolo e aspettando con lui. Unicamente, in questa condizione culturale e spirituale, potrà realizzare quel percorso di adeguamento alla situazione che lo attende e che la psicologia del profondo nomina: “elaborazione del lutto”.

Rilevante, in questo itinerario, è il lavoro di équipe!

---

<sup>743</sup> *La morte e il morire*, op.cit., pg. 196.

<sup>744</sup> *La morte e il morire*, op.cit., pg. 203.

Con questa metodologia relazionale si combatterà la diffusione, anche nel contesto societario italiano, del ventilato progetto di legalizzazione dell'eutanasia<sup>745</sup>.

## 5.Cristianesimo e morte

Nella storia, molteplici sistemi dottrinali, tentarono di attribuire alla morte dei significati ma con scarso successo. Si sono ottenute unicamente delle consolazioni effimere e di breve durata (esempio: dottrina della reincarnazione, interpretazione degli astri, parapsicologia...), oppure seguendo il modello di Epicuro, la morte, fu esposta come “fatto naturale”: “si muore!”.

Questo è anche un tema centrale delle “grandi religioni” che hanno indicato la morte come un’ “illusione” (esempio: Induismo, Buddhismo, Confucianesimo...), oppure, nell’Islam, come un “valore”, non unicamente per chi la attua mediante la Jihad, o come una “questione” nell’ebraismo e nel cristianesimo che riconoscono nella morte non unicamente una criticità ma anche uno scandalo.

Il cristianesimo va oltre, come abbiamo accennato in precedenza, proponendo speranze e ragioni al timore.

La fede, autorizza il credente, a giustificare la morte come parte integrante di un cammino infinitamente più vasto; essa, non annulla la persona, ma la trasfigura mediante il perdurare dell’esistenza in tempi e in spazi differenti dagli attuali.

Inoltre, esiste uno stretto legame tra vita e morte, poichè il Signore Gesù ha insegnato con la sua risurrezione che oltre la morte, l’esistenza di ogni uomo proseguirà nell’eternità in comunione con Dio. In Cristo, rammentava san Paolo, “tutti riceveranno la vita”<sup>746</sup>, essendo il Figlio di Dio la “primizia di coloro che sono morti”<sup>747</sup>.

Ulteriori approfondimenti sono forniti dal Catechismo della Chiesa Cattolica che offre una risposta e una precisazione riguardante la “resurrezione dei morti”.

La risposta: “Con la morte avremo la separazione dell’anima dal corpo. Il corpo dell’uomo cade nella corruzione, mentre la sua anima va incontro a Dio, pur restando in attesa di essere riunita al suo corpo glorioso. Dio nella sua onnipotenza restituirà definitivamente la vita incorruttibile ai nostri corpi riunendoli alle nostre anime, in forza della Risurrezione di Cristo”<sup>748</sup>.

La precisazione: “Il ‘come’ supera la possibilità della nostra immaginazione e del nostro intelletto; è accessibile solo nella fede”<sup>749</sup>.

Ovviamente, l’accoglienza di questa veduta, è sempre e unicamente un dono di Dio che va invocato, come pure le convinzioni su queste realtà sono direttamente proporzionali al grado di fede individuale.

Sulla risurrezione, il cardinale G. Biffi, aveva affermato: “è molto interessante,

---

<sup>745</sup> La tematica sarà affrontata nel prossimo capitolo.

<sup>746</sup> Prima lettera di san Paolo apostolo ai Corinzi 15,22.

<sup>747</sup> Prima lettera di san Paolo apostolo ai Corinzi 15,20.

<sup>748</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA n. 997.

<sup>749</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA n. 1000.

drammatico e inevitabile parlarne perché i casi sono due: con la morte o si va a finire nel niente o si va a finire nella vita eterna. Le altre soluzioni sono forzatamente provvisorie. Io so già che tra qualche anno o andrò a finire nel niente o andrò a finire nella vita eterna. Ma se andrò a finire nel niente, io vivo già adesso per niente; cioè, se l'approdo dell'esistenza è il niente, anche la sostanza dell'esistenza è il niente, e questa è un'assurdità. Che qualcosa debba venire dal niente solo per tornare al niente è una contraddizione"<sup>750</sup>.

Il filosofo russo J. Solov'ev rammentava che la morte è "un fatto", e nei confronti "dei fatti", nessuna filosofia, ideologia e illusione estetica resiste"<sup>751</sup>. A un fatto, unicamente un altro fatto, può opporsi con successo. Dunque, il cristiano possiede nella Risurrezione del Signore Gesù "il fatto" che lo salvaguardia dalla della morte che rimane, pur sempre, un mistero e un transito doloroso.

La stessa argomentazione è motivata anche nei riguardi dell'eutanasia presentata come "liberazione per il malato", "ma la giustificazione è totalmente falsa poichè liberarsi significa passare da una situazione di assenza di libertà (chiusura fisica o morale) a una condizione di riconquista autonomia. Ma la morte, per 'il non credente', - e chi la richiede è tale - non è 'passare a', ma semplicemente 'non esistere più'. La liberazione implica un poi nel quale la persona, non è più costretta o rinchiusa ma si realizza in maggiore pienezza e gioia. Ma niente di tutto questo può sperare chi non spera in niente dopo la morte"<sup>752</sup>.

La morte anche per il cristiano, come più volte affermato, è spesso circondata dal timore.

Anche Gesù, incarnandosi, ha vissuto l'esperienza della morte e come ha reagito? Nel Getsemani ebbe paura e invocò Dio: "Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice!"<sup>753</sup> e l'evangelista Luca aggiunge: "In preda all'angoscia, pregava più intensamente; e il suo sudore diventò come gocce di sangue che cadevano a terra"<sup>754</sup>. Pochi giorni prima pianse dinanzi al sepolcro del suo amico Lazzaro, ben sapendo che poco dopo l'avrebbe risuscitato"<sup>755</sup>.

Dunque, il cristianesimo, pur donando prospettive al problema della morte, ne legittima il turbamento.

Concludiamo con una riflessione di M. Bizzotto che riassume l'argomento esaminato.

Il cristianesimo "annuncia la speranza nella risurrezione, tuttavia non banalizza l'evento del trapasso, non ne toglie il peso e la sofferenza e nemmeno concede sconti. Il venerdì santo è sempre il tempo della tenebra e del lamento che esprime nella scena impressionante della croce lo strazio dell'abbandono di chi pur portando nell'agonia la speranza si sente sprofondare nella morte. Il pensiero del

---

<sup>750</sup> G. BIFFI, *L'Aldilà*, LDC, Torino 1998, pg. 5.

<sup>751</sup> Cfr.: J. SOLOV'EV, *A story of anti-Christ*, Publishing 2012, pp. 66-72.

<sup>752</sup> G. MIRANDA, *I problemi etici dell'eutanasia nell'Enciclica Evangelium Vitae*, in E. SGRECCIA – D. SACCHINI (a cura di), *Evangelium Vitae e bioetica. Un approccio interdisciplinare*, Vita & Pensiero, Milano 1996, pg. 89.

<sup>753</sup> Vangelo di Matteo 26,39a.

<sup>754</sup> Vangelo di Luca 22,34.

<sup>755</sup> Cfr.: Vangelo di Giovanni 11,1-44.

sabato di risurrezione è pensabile attutisca in parte il dolore del trapasso, ma non lo soppianta né lo ignora. La sofferenza dilaga e semina sconcerto. Tra venerdì e sabato santo c'è un salto, pur nell' indissolubile e sostanziale unità. Per quanto si anticipi la promessa della vita, quando si cade, si cade senza attenuanti. Chi però pretende di anticipare l'esperienza del sabato, trapiantandola nel venerdì, incorre nel pericolo di rimuovere l'evento della morte più che sperimentarne lo strappo (...). Solo se la morte è avvertita con la sua durezza, appunto come morte, anche la speranza è autentica. La salvezza cristiana è già in opera in ogni momento del presente, tuttavia lascia aperto il percorso del suo compimento. L'essere presi dalla fretta impaziente di volerlo chiudere anticipatamente non giova né all'autenticità dell'esperienza cristiana né a quella semplicemente umana. Anche la speranza è a volte fraintesa ed è sfruttata come favorevole pretesto per accettare con ingenuo candore la tragicità del male e della morte. Non c'è speranza se non c'è anche dolore e se non si avverte il carattere letale della morte con la sua forza dissolvente. Innestare direttamente il tema della beatitudine, saltando la storia, equivale spesso ad un comodo chiudere gli occhi alla realtà, soprattutto quando questa è incresciosa e triste”<sup>756</sup>.

---

<sup>756</sup> M. BIZZOTTO, *Occultamento della morte*, in “Camillianum” 17 (1998) pg. 52.

## CAP. 15 - BIOETICA E FINE VITA

### INDICE DEL CAPITOLO

#### **1. Eutanasia**

- 1.1. Storia del termine
- 1.2. Magistero della Chiesa
- 1.3. Osservazioni
- 1.4. L'Eutanasia ai minori

#### **2. Testamento biologico o Dichiarazioni anticipate di trattamento**

#### **3. Malato in stato di veglia non responsivo**

- 3.1. Terry Schiavo – Eluana Englaro – Vincent Lambert
- 3.2. Distinzione tra coma e stato di veglia non responsivo
- 3.3. Lo stato di veglia non responsivo è sempre definitivo?
- 3.4. Il grado di percezione di questi malati
- 3.5. "L'incertezza" l'unico elemento certo della sentenza Englaro

#### **4. A favore della dignità del morente: le Cure Palliative**

- 4.1. Le cure palliative
  - 4.2. La terapia antalgica
- Exursum: l'Olanda docet*

## 1. Eutanasia

### 1.1. STORIA DEL TERMINE

Il termine eutanasia deriva dal greco "eu" (buono) e "thànatos" (morte), e significa etimologicamente "serena morte" o "buona morte". E' questo il desiderio di tutti; vorremmo vivere l'ultimo atto dell'esistenza con spirito di serena accettazione.

Alla fine del XIX secolo, questo nobile concetto fu totalmente travisato, e il vocabolo eutanasia assunse il significato di "morte non dolorosa", anticipata volontariamente da un intervento esterno, per porre fine alle sofferenze del malato che chiede con insistenza la sua "uccisione pietosa". Per P. Verspieren l'eutanasia "è l'azione o l'omissione che per sua natura, o nelle intenzioni, procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore"<sup>757</sup>. Questo orrendo atto può essere eseguito con molteplici modalità: dall'abbandono terapeutico all'aumento delle dosi di oppiacei, alla semplice iniezione.

In Italia l'eutanasia è reato<sup>758</sup>; chi provoca la morte di una persona anche consenziente, è condannato per omicidio o per istigazione al suicidio. Ma, purtroppo, abbiamo assistito ad alcuni casi di assoluzione, accampando la circostanza attenuante "dell'agire per pietà", dimenticando che non è nella facoltà di chi giudica concedere deroghe alla legge morale o ai dettati del Codice penale.

---

<sup>757</sup> P. WERSPIEREN, *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei moribondi*, Paoline, Milano 1985, pg. 140.

<sup>758</sup> Cfr.: CODICE PENALE : artt. 579-580.



Pure la Costituzione esclude l'eutanasia quando reputa il diritto alla vita tra quelli inviolabili<sup>759</sup>, quindi esclude atti dediti a “sopprimere” una persona.

L'eutanasia, definita da san Giovanni Paolo II: “un attentato alla vita che nessuna autorità umana può legittimare essendo la vita dell'innocente un bene indisponibile”<sup>760</sup>, ha alle sue spalle una prolungata storia con un indicativo punto di riferimento negli Spartani che abbandonavano i bambini nati deformati alle fiere e alla intemperie sul monte Taigeto.

Platone ne esortava la pratica sugli adulti gravemente malati<sup>761</sup>; Aristotele l'accettava per motivi d'utilità politica<sup>762</sup>; Seneca, Epitteto, Petronio, Plinio il giovane, Silio Italico l'applicarono su se stessi, suicidandosi in disprezzo alla malattia o alla vecchiaia.

Erano presenti, ovviamente, anche convinzioni opposte; tra le molte ricordiamo l'ammonimento di Cicerone a Publio: “Tu, o Publio, e tutte le persone rette dovete conservare la vostra vita e non dovete allontanarvi da lei senza il comando di chi ve l'ha data, affinché non sembriate sottrarvi al dolore umano che il creatore vi ha stabilito”<sup>763</sup>.

Dunque, di eutanasia, si discute da sempre, ma solo nel ventesimo secolo irrompe violentemente in Europa. Negli anni '40, in Germania, il regime nazista, attivando il “Programma T 4”, sterminò oltre 70mila persone classificate come “indegne di vivere”.

Il primo Paese europeo che approvò l'eutanasia fu l'Olanda alla fine degli anni '90 del XX secolo seguita dal Belgio nel 2003<sup>764</sup>. In entrambi i Paesi è acconsentita anche per i minori.

Oggi, pure in Italia, alcuni vorrebbero sottrarre l'uscita dalla vita al destino, trasferendola alla libertà del singolo mediante una legge a favore<sup>765</sup>.

Chiarificante per inquadrare adeguatamente la tematica e fondare il nostro rifiuto dell'eutanasia è il pensiero del giurista Alberto Maria Gambino che indica “la sacralità della vita” “un principio di democrazia globale”. “La vita è sacra sin dal concepimento, passando per l'intero arco temporale dell'esistenza umana – da adolescente, lavoratore, genitore, malato, anziano – fino alla morte naturale. Papa Francesco ha recentemente collegato tale espressione con un'altra, opposta, di rara efficacia: ‘cultura dello scarto’. Mi pare questo il principio intrinseco, valido per credenti e non credenti: solo il rispetto della vita e della sua dignità garantiscono a ciascuno la considerazione di persona che va sempre ‘amata’, ‘difesa’, ‘curata’. Se ne intendiamo il senso più profondo, allora ci accorgeremo che, in chiave legislativa, il diritto alla vita non riguarda solo la vita nascente o nel suo stadio terminale, ma è il presupposto che condiziona e presidia l'intera

---

<sup>759</sup> Cfr. Costituzione Italiana, art. 2.

<sup>760</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 3.

<sup>761</sup> Cfr.: PLATONE, *La Repubblica*, 460B.

<sup>762</sup> Cfr.: ARISTOTELE, *Politica*, 7

<sup>763</sup> CICERONE, *Somnium Scipionis*, III,7.

<sup>764</sup> In Belgio dal 2003 al 2013 le richieste di eutanasia sono aumentate del 700%: 235 casi nel 2003; 1816 nel 2013. In Olanda i casi di eutanasia sono circa 650 ogni anno.

<sup>765</sup> Ad esempio, a novembre 2014, settanta “personaggi famosi”, con al regia dall'associazione radicale Luca Coscioni, hanno partecipato a un video in cui chiedevano con le solite frasi propagandistiche la legalizzazione dell'eutanasia e il riconoscimento del testamento biologico.

esistenza di ogni essere umano”<sup>766</sup>.

## 1.2.IL MAGISTERO DELLA CHIESA

La bioetica cattolica, come già affermato in precedenza, pone come fondamento assoluto, universale e irrinunciabile della sua Dottrina “la dignità e la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale”. Questa certezza pone le fondamenta sulla creaturalità dell’uomo: “ogni persona è stata voluta da Dio per se stessa ad immagine e somiglianza del Dio vivente e santo”<sup>767</sup>. Un’essenza che offre all’uomo la più alta dignità rispetto alle creature terrene, e rende la vita dell’uomo indisponibile a situazioni o atti che possano nuocerla o sopprimerla nella fase iniziale o nello stadio terminale con la sospensione dell’alimentazione o dell’idratazione artificiale, con l’eutanasia o con il suicidio consapevole.

Per la grandezza che l’uomo possiede agli occhi di Dio, ogni vita, anche quella con grave handicap fisico o ritardo mentale, o vissuta in stato vegetativo permanente, è sempre un “valore immenso” e, come tale, “un bene” sul quale, unicamente il Creatore, può deciderne la conclusione.

Concetto ribadito più volte dalla Congregazione per la Dottrina della Fede: “Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente”<sup>768</sup>; “Niente e nessuno possono autorizzare l’uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante. Nessuno può chiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta infatti di una violazione della legge divina, di un’offesa della dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l’umanità”<sup>769</sup>.

Giudizio presente in tutto il Magistero della Chiesa degli ultimi decenni e più volte ribadito da san Giovanni Paolo II nell’enciclica *Evangelium vitae*: “La vita dell’uomo proviene da Dio, è suo dono, sua immagine e impronta, partecipazione del suo soffio vitale. Di questa vita, pertanto, Dio è l’unico signore: l’uomo non può disporne (...). La vita e la morte dell’uomo sono, dunque, nelle mani di Dio, in suo potere: ‘Egli ha in mano l’anima di ogni vivente e il soffio di ogni carne umana’, esclama Giobbe (12,10). ‘Il Signore fa morire e fa vivere, fa scendere negli inferi e risalire’ (1 Sam. 2,6). Egli solo può dire: ‘Sono io che do la morte e faccio vivere’ (Dt. 32,39)”<sup>770</sup>. Di conseguenza: “... in conformità con il Magistero dei miei predecessori e in comunione con i vescovi della Chiesa cattolica, confermo che l’eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata e moralmente inaccettabile di una persona umana”<sup>771</sup>.

---

<sup>766</sup> Intervista rilasciata a Zenit.org il 17 novembre 2014.

<sup>767</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2319.

<sup>768</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae*, Città del Vaticano 1987, n. 4.

<sup>769</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Iura et bona*, Città del Vaticano 1990, n. 2.

<sup>770</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 39.

<sup>771</sup> *Evangelium vitae*, op. cit., n. 65.

Dunque, il diritto a vivere fino alla morte naturale, assume i connotati di un "diritto fondamentale"!

### 1.3.OSSERVAZIONI

Evidenziamo alcuni rischi e negatività dell'eutanasia.

#### 1.3.1. RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE.

La legittimazione dell'eutanasia comprometterebbe irreparabilmente "la fiducia", elemento essenziale del rapporto medico-paziente e "l'alleanza terapeutica".

Ogni medico, intraprendendo l'esercizio della professione si vincola nel "promuovere l' alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica"<sup>772</sup>. La legittimazione dell'eutanasia introdurrebbe in questo rapporto comprensibili situazioni di sospettosità e di diffidenza.

#### 1.3.2. TRADIMENTO DELLA PROFESSIONE SANITARIA.

Recitando il *Giuramento di Ippocrate*, il medico giura di operare per "il maggior interesse del paziente", come pure "di perseguire la difesa della vita, la tutela fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza"<sup>773</sup> cui ispirerà "con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni atto professionale"<sup>774</sup>.

Procurare l'eutanasia è in totale opposizione agli obblighi deontologici come pure con il vertice dei principi etici in sanità che racchiude il fine primario della professione medica: *il principio di beneficenza* (o beneficalità).

Il dovere primario del medico è promuovere il bene del paziente ponendolo al centro di ogni servizio, accogliendolo e rispondendo olisticamente ai suoi bisogni. Il motivo fondante della beneficalità in medicina non è la semplice filantropia, ma la reciprocità del dare e del ricevere, che sorregge ogni relazione umana. Inoltre, in termini di contratto societario, la collettività ha demandato al medico unicamente il compito di assistere e curare il malato.

Legalizzare l'eutanasia stravolge il significato della professione sanitaria, trasformando il medico da servitore della vita a collaboratore della morte, attribuendogli un ruolo improprio.

#### 1.3.3. LE ATTESE DEL MALATO.

La maggioranza dei medici che operano in reparti di oncologia o in hospice, e anche la nostra esperienza professionale, testimoniano la faziosità e la falsità della motivazione principale evidenziata nella richiesta di una legge che liberalizzi l'eutanasia: il desiderio del malato terminale, trasformando, indegnamente, questa tematica in terreno di scontro politico e ideologico.

Anche la supplica di alcuni: "fatemi morire", espressa in un momento di disperazione o in una situazione di solitudine contiene, implicitamente, un'invocazione

---

<sup>772</sup> Cfr.: FNOMCeO, 2007.

<sup>773</sup> Cfr.: FNOMCeO, 2007.

<sup>774</sup> Cfr.: FNOMCeO, 2007.

d'aiuto più che un desiderio di morte; significa: "Occupatevi di me e alleviate il mio dolore, perché non ce la faccio più!".

Quando al malato terminale si offrono un'autentica vicinanza e un valido aiuto terapeutico ponendosi accanto fino agli ultimi momenti e accompagnandolo fino alla morte, la richiesta di eutanasia scompare.

Interessante è questa osservazione di A. M. Gambino, già citato in precedenza. "Diverso è, invece, quando il malato opta per la scelta eutanasi per motivi esistenziali. Qui ci troviamo davanti ad una drammatica sconfitta dello Stato e della Chiesa, intesi come comunità di credenti e non credenti, che non hanno saputo dare risposte ad una richiesta di dare un senso alla propria esistenza"<sup>775</sup>.

#### 1.3.4. LE MOTIVAZIONI DEI FAMIGLIARI

Accompagnare un familiare nel periodo terminale della vita affinché "muoia con dignità" è un atto d'autentico amore!

Questa visione si scontra con quella dei fautori dell'eutanasia che la giustificano, travisando vergognosamente la nobile affermazione del "morire con dignità", insinuando nei familiari il dubbio che procurare la morte del loro caro sia una modalità eccellente per mostrare affetto, cioè "un bene" compiuto nei suoi confronti. Per questo, a volte, implorano con insistenza i medici affinché "il loro caro non soffra più". E così, l'eutanasia, si trasforma in una battaglia ideologica dei sani.

Non possiamo scordare che questo atteggiamento è determinato anche dall'angoscia che alcune patologie provocano nei familiari; di conseguenza, possiamo dedurre, che l'eutanasia è spesso la tentazione dei sani che temono il confronto con la propria sofferenza e la propria morte per liberarsi anticipatamente da un dolore che li coinvolge. Ma eliminare il malato non è la modalità più opportuna il modo migliore per rimuovere una propria sofferenza, ma unicamente l'escamotage per evitare il confronto con la nostra condizione umana. Se lo sconforto è ovvio, è incomprendibile una scelta di morte per sbarazzarsi velocemente "da qualcosa" che invece è "qualcuno". Per questo, il cardinale C.M. Martini, denunciava: "Mostruosa" appare la figura di un amore che uccide, di una compassione che cancella colui del quale non si può sopportare il dolore, di una filantropia che non sa se intenda liberare l'altro da una vita divenuta soltanto di peso oppure se stessa da una presenza divenuta soltanto ingombrante"<sup>776</sup>.

La risposta attesa dal malato terminale, lo ripetiamo nuovamente, è il conforto dei parenti nella ricerca dei significati della malattia; il loro supporto per affrontarla con dignità poichè, mentre i dolori fisici sono efficacemente sedati, resta terribile la sofferenza psicologica nel presagire l'approssimarsi della morte<sup>777</sup>.

#### 1.3.5. L'ERRATO ESERCIZIO DELLA LIBERTÀ.

Per F. D'Agostino: "Praticare l'eutanasia non è rendere omaggio alla libera volontà di una persona che chiede di essere aiutata a morire, ma sanzionare

---

<sup>775</sup> Intervista rilasciata a Zenit.org, op. cit.

<sup>776</sup> C.M. MARTINI, *Discorso alla città di Milano per sant' Ambrogio*, 6 dicembre 1989.

<sup>777</sup> L'argomento è stato presentato nel capitolo precedente.

quello stato di abbandono morale e sociale, che si avrebbe il dovere – sia da parte delle istituzioni che da parte di tutti gli individui di buona volontà – di combattere strenuamente”<sup>778</sup>.

L'eutanasia, nella maggioranza dei casi, potrebbe trasformarsi in una formidabile pressione sul malato che è libero unicamente formalmente poiché sta vivendo una condizione di totale fragilità a livello psicologico, emotivo ed esistenziale. Si pensi, esempio, alle sollecitazioni che potrebbero essere esercitare sugli anziani, sui depressi e sui disabili, facendogli “pesare” i loro costi per la società.

Non a caso, nel maggio 2015, una coppia di ottantenni belgi, Francois (anni 89) e Anne (anni 86) Schiedts, dopo 63 anni di matrimonio decisero di darsi insieme una “buona morte preventiva” per “paura del futuro” dopo aver salutato famigliari e amici. Così commentò la morte dei genitori uno dei tre figli, Jean-Paul: “Capisco perfettamente l’atteggiamento dei miei genitori. Li sostengo, sia per loro che per noi, loro figli, questa è la soluzione migliore. Se uno di loro dovesse morire, chi resta sarebbe così triste e totalmente dipendente da noi”<sup>779</sup>.

Casi del genere non sono nuovi in Belgio, infatti nel 2012 due gemelli di 45 anni, sordi dalla nascita, ottennero di essere uccisi dopo aver appreso che sarebbero diventati ciechi. Nessuno dei due aveva altri problemi fisici; chiesero l'eutanasia poiché non tolleravano l’idea di non vedersi.

Anche in Olanda, Gaby Olthuis, mamma di due figli di 13 e 15 anni, clarinettista in carriera e ammalata di acufene<sup>780</sup>, chiese la “dolce morte”.

#### **1.4.L'EUTANASIA AI MINORI**

In Europa, come affermato, sono due le nazioni che hanno approvato leggi eutanasiche: Olanda e Belgio, e in entrambi i Paesi, la pratica dell'eutanasia è stata estesa anche ai minori.

In Olanda, seguendo il “Protocollo di Groninger” (elaborato dalla Clinica Universitaria di Groninger) del 2004, l'eutanasia può essere somministrata a chi ha compiuto i dodici anni, oppure ad un bambino fino al compimento del primo anno di età se presenta gravi malattie o malformazioni.

Il Parlamento belga l’ha estesa a ragazzi, bambini e neonati il 14 febbraio 2014 al termine di una frettolosa discussione dalla quale sono stati esclusi pediatri ed esperti del settore e firmata dal re Filippo il 2 marzo 2014. Ma, nonostante la legge fu approvata poiché ritenuta “urgentissima”, nei mesi successivi non risultava nessuna domanda.

Le condizioni richieste sono il soffrire dolori fisici insostenibili e essere giunti a uno stadio terminale.

L’Associazione pediatrica olandese, non volendo essere da meno dei colleghi belgi, presentò anch’essa al Parlamento un disegno di legge per praticare l'eutanasia sui minori di età compresa tra 1 e 12 anni, senza nessun consenso del minore, essendo sufficiente quello dei genitori e del medico curante.

---

<sup>778</sup> F. D’AGOSTINO – L. PALAZZANI, *Bioetica. Nozioni fondamentali*, La Scuola, Torino 2013, pg. 2007.

<sup>779</sup> Dal sito internet: *Moustique Magazine*.

<sup>780</sup> L’acufene è un disturbo della capacità uditiva e consiste nella percezione di rumori, suoni, fischi e ronzii.

OSSERVAZIONI.

### L'ATTEGGIAMENTO DEL MINORE.

Nel testo della legge belga si parla di “diritto del minore di chiedere la propria morte”. Ma può coscientemente, ad esempio, un bambino domandare di essere ucciso? Chi deciderà, quindi, se accordargli il “diritto di morire”?

L'aspetto riguardante la decisione “del bambino” è alquanto contraddittorio poiché, solitamente, al minore non è riconosciuta la capacità di decisione per vari aspetti della sua vita (si pensi a molti atti della quotidianità, alla vita affettiva o a quella economica...). Alla fine si presumerà un consenso che non è mai stato dato! Non possiamo, infine dimenticare, lo stato psicologico presente nei genitori di fronte ad un figlio gravemente malato.

### OLTRE I MINORI.

La legge riguardante l'eutanasia potrebbe in futuro estendersi ad altre situazioni e a derive alquanto pericolose, aprendo le porte di questo delitto a varie fragilità: dai disabili<sup>781</sup> ai malati psichiatrici, dagli anziani a chi vive in stato vegetativo persistente, dai malati di Alzheimer a persone affette da patologie neurodegenerative. Poiché quando l'uccisione si trasforma in “medicalmente accettata”, l'azione da brutale passa a essere ritenuta vantaggiosa.

Ad esempio, in un progetto di legge olandese, si propone che l'eutanasia possa essere somministrata a “malati di mente” che ne abbiano fatto richiesta in precedenza. “Come soluzione alle inevitabili fragilità dell'esistenza umana, alle persone malate di mente verrà offerta la decisione di prevedere in tempo la loro uscita da questo mondo, quando altri giudicheranno venuto il momento”.

E, la prossima tappa, sarà la discussione dell'eutanasia geriatrica.

Concludiamo questo argomento riportando in nota un'intervista a Theo Boer, docente all'università di Utrecht, convinto sostenitore della dolce morte, membro della Commissione per l'eutanasia in Olanda. Oggi è pentito e lancia un appello: **“non fate il nostro errore”**<sup>782</sup>.

---

<sup>781</sup> Ad esempio “Health Psychology” n. 4 del 2007, in un articolo intitolato dal titolo: “Non ancora Morti”, riporta le critiche alla legge sul suicidio assistito da parte dell'associazione di disabili, lamentandosi che si sta creando un doppio binario che da una parte porta a prevenirlo e dall'altra a legalizzarlo per chi è più fragile.

<sup>782</sup> -*Nel 2001 l'Olanda ha approvato la legge sull'eutanasia. Com'è cominciato il dibattito e con quali argomentazioni la legge fu accettata?*

Il dibattito cominciò alla fine degli anni Sessanta. L'influente psichiatra Jan Hendrik van den Berg sosteneva che i medici infliggevano grandi pene ai loro pazienti accanendosi continuamente nelle cure e che, invece, fosse necessario che prendessero coraggio per porre fine alle loro vite. All'inizio, l'eutanasia era considerata prevalentemente un “omicidio per pietà”. Negli anni Ottanta, poi, decidemmo che l'eutanasia, per definizione, dovesse avvenire su richiesta. L'omicidio di pazienti non capaci di intendere e volere, concordavano tutti, non era prudente. Si decise che, se i dottori avessero rispettato certi criteri, non avrebbero potuto essere perseguiti per il reato di eutanasia. I criteri erano che il paziente fosse capace di intendere e volere e che ne facesse richiesta, che la sofferenza fosse insopportabile e senza prospettive di miglioramento, che non ci fossero alternative e che venisse consultato un secondo medico. Per questo fu istituita nel 1998 una Commissione di controllo dell'eutanasia. Dal 2002 abbiamo una legge basata sugli stessi criteri e che si appoggia alla Commissione. Ho fatto parte di una di queste commissioni per più di nove anni.

-Chi si opponeva alla legge, cosa sosteneva?

---

Dicevano che l'Olanda si sarebbe trovata su un pericoloso piano inclinato. E che bisognava migliorare le cure palliative. Soprattutto sostenevano che per principio una società non potesse occuparsi dell'uccisione organizzata dei suoi cittadini. Coloro che, come me, appoggiavano la legge sull'eutanasia, argomentavano parlando di pietà, di autonomia e di libertà individuale. Con il senno di poi, dico che ci sbagliavamo. L'eutanasia è diventata sempre più normale e diffusa (i numeri sono cresciuti da 1.800 a 5.500) e molti altri tipi di sofferenza, soprattutto esistenziale, sociale e psichiatrica, sono diventati motivo sufficienti per richiedere l'eutanasia.

*-Può descrivere gli effetti che questa legislazione ha avuto sulla società sia in termini numerici sia culturali?*

In Olanda la legge sul "suicidio assistito" non ha chiuso la lunga discussione in merito; anzi, ne ha fatta cominciare un'altra. I sostenitori della libertà illimitata hanno visto la norma del 2001 come un trampolino di lancio verso diritti ancora più radicali. In effetti, la legge ha formato una sua propria realtà. Sempre più spesso la morte è contemplata come l'ultimo rimedio a qualsiasi forma di sofferenza grave, fisica, psicologica, sociale o spirituale. E nonostante il secolarismo spinto, molti sono convinti che l'eutanasia sia il passaggio a una vita migliore. Credo che questo sia un errore terribile. Innanzitutto, la decisione di uccidere qualcuno è la decisione di porre fine a un'esistenza. Punto. Si può sperare nell'aldilà, ma credo che dovremmo agire come se la nostra vita sulla terra fosse l'ultima che abbiamo. E credo che la decisione sull'eutanasia non possa essere definita una decisione "autonoma". È autonoma tanto quanto il voto per un dittatore.

*-In questi anni si hanno avuto notizie di persone che hanno avuto accesso all'eutanasia anche se erano solo depresse. Si hanno notizie anche di famiglie intere che hanno "salutato" i propri cari con festuciole. Anche se occasionalmente, è vero accade anche questo. Anche se la maggioranza dei pazienti e dei medici vedono ancora l'eutanasia come una scelta tragica ed eccezionale, io critico questi sviluppi.*

*-Oramai sembrano essere saltati tutti i paletti.*  
Non tutti i paletti sono ancora saltati. La situazione è complicata. Primo, credo che l'Olanda abbia fatto un errore nella legge sull'eutanasia: alcuni criteri furono presupposti in maniera implicita. Ad esempio, la "sofferenza insopportabile" fu un criterio, ma non fu specificato cosa si intendesse. Molte persone negli anni Novanta erano convinte che si parlasse di un contesto legato alla malattia terminale. In realtà, però, ogni paziente oggi può ottenere l'eutanasia. Stando letteralmente alla legge non devi essere nemmeno malato. All'inizio si stabilì anche che la dolce morte fosse permessa solo all'interno del rapporto medico-paziente, ma anche questo non fu specificato. Di conseguenza ora esiste addirittura un'organizzazione di dottori dell'eutanasia a domicilio ("Clinica di fine vita") che "aiuta" ogni anno centinaia di persone a morire.

*-L'Associazione dei pediatri olandesi auspica la legalizzazione dell'eutanasia anche per i minori di 12 anni.*

Siamo davanti a un altro sviluppo preoccupante. L'Associazione dei pediatri olandesi ha rilasciato una dichiarazione in cui appoggia la possibilità dell'eutanasia per i bambini di età compresa fra gli 1 e 12 anni. Mentre l'eutanasia per i maggiori di 12 anni è legale sin dall'inizio. Anche se su 35 mila morti contati dal 2002 solo uno aveva 12 anni e quattro 17. In altre parole: chiedere l'eutanasia per i minori di 12 anni è un fatto meramente simbolico. Quello che temo è che se anche questa proposta venisse accettata si aprirebbero le porte all'eutanasia per un altro e più grande gruppo di pazienti incapaci di intendere e di volere: adulti gravemente handicappati e malati di Alzheimer.

*-Pare davvero, come sostenne Oriana Fallaci, che l'Occidente sia più innamorato della morte che della vita e quindi della tolleranza individualista che del sacrificio caritatevole. Non le mancano i segni della carità? Sì, mi mancano molto quei segni. La nostra società sottolinea così tanto la necessità dell'autonomia e dell'indipendenza, spingendo, ad esempio, ogni adulto sano ad entrare nel mercato del lavoro, che il risultato è spesso la grande solitudine di molti anziani. I loro figli, magari, li visitano una volta alla settimana o mensilmente o se ne prendono cura per alcune settimane, ma non possono offrire loro tutte le cure e le attenzioni di cui hanno bisogno. In ultima analisi, credo che il problema dell'eutanasia in Olanda sia in parte un conflitto intergenerazionale. Ciò spiega perché si riscontra difficilmente l'eutanasia nella popolazione immigrata che ha una coesione sociale maggiore.*

*Cosa direbbe oggi alle persone che in Italia, come avvenne nel suo paese quindici anni fa, chiedono la legalizzazione dell'eutanasia?*

In una situazione in cui un numero crescente di persone soffre di solitudine, si può vedere l'eutanasia come la migliore soluzione ad essa. L'opzione dell'eutanasia può distogliere la nostra attenzione dalla ricerca delle alternative. L'eutanasia e il suicidio assistito sono legati alla libertà dell'individuo, ma si tratta anche di un evento sociale. L'omicidio di una persona ha conseguenze anche sulla vita degli altri! La morte assistita può spingere altri a richiederla. La sola offerta dell'eutanasia crea la sua domanda. (Intervista di Benedetta Frigerio, Tempi.it, 1 luglio 2015).

## 2. Testamento biologico o Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

Il “Testamento biologico” o “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento”, dicitura utilizzata dal Comitato Nazionale per la Bioetica come titolo al Parere del 18 dicembre 2003 è “un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel corso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato”<sup>783</sup>.

Collaborare con gli operatori sanitari anche nelle fasi terminali di una malattia, esprimendo forme di consenso libero e informato, sono requisiti che personalizzano il processo terapeutico e offrono maggiore legittimità agli interventi terapeutici. Di conseguenza, le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento<sup>784</sup>, come documento che suggerisce “generalmente” la volontà del paziente è positivo, ma, per varie motivazioni, tra cui il porre limiti ai vari trattamenti, non può essere vincolante.

Osservazioni.

1. La medicina progredisce continuamente sia nel campo diagnostico che terapeutico; di conseguenza, alcune patologie oggi inguaribili, domani potrebbero essere adeguatamente curate. Ciò potrebbe avvenire nel lasso temporale che intercorre tra la firma del documento e la malattia del firmatario, ma questo attestato non può prevedere simili eventualità. Il medico, quindi, rimarrebbe dalle decisioni del suo paziente.

2. L’esperienza di vari malati mostra la diversità di prospettiva nel sottoscrivere la Dichiarazione in un determinato periodo della vita, solitamente in condizioni di buona salute e l’essere affetto da patologia grave o invalidante, quando quelle decisioni potrebbero non corrispondere più al desiderio originario.

Questo indica l’impossibilità di prevedere da sani l’atteggiamento e la volontà psico-emotiva presenti nella persona quando dovrà lottare contro una grave malattia. L’esperienza che riportiamo in nota mostra la contraddizione tra quanto firmato nelle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento e quanto richiesto dal malato nel momento dell’avvicinarsi della morte<sup>785</sup>.

3. Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, che chiamano direttamente in causa il medico, non possono vincolare la sua coscienza, impedendogli di agire “secondo scienza e coscienza” e di compiere ciò che ritiene opportuno

---

<sup>783</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, Roma 2003, *Premessa*.

<sup>784</sup> Noi utilizzeremo questo termine.

<sup>785</sup> “Il signor Smith era un cardiopatico; giunto in ospedale per dolori al petto gli viene diagnosticato un infarto. Su richiesta del medico di turno, il paziente mostra una copia del proprio testamento biologico, è un codice DNR (Do Not Resuscitate), un soggetto da non rianimare. Alle quattro del mattino il signor Smith si lamenta del dolore sempre più forte, suda e chiama l’infermiera con il campanello. Un cardiologo che si trova a passare, accorgendosi dal monitor che il paziente è in arresto cardiaco, si precipita nella stanza per tentare di defibrillarlo, ma viene fermato dall’infermiera perché si tratta di un codice DNR. Alla fine il paziente è dichiarato morto” (R. PUCETTI, *Se il testamento biologico apre alla cattiva pratica medica*, in Newsletter di Scienza & Vita, 2009, n. 18).



nell'interesse del suo malato o imponendogli di adottare trattamenti differenti fra pazienti.

Alcuni vorrebbero che il modello di rapporto medico-paziente alla base delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento fosse quello "contrattualistico" che presuppone la parità fra i due soggetti. Ma questa relazione sarà sempre asimmetrica poichè il medico possiede una competenza professionale, mentre il paziente, il più delle volte, è incapace di impostare un confronto obiettivo con il suo stato di salute, con le istanze scientifiche e con le conseguenze etico-morali. Per questo, nessun documento, potrà vincolante il medico, ma dovrà essere unicamente "orientativo". Inoltre, questo modello, rende totalmente impersonale il rapporto medico-paziente.

4. Alcuni chiedono la sottoscrizione delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento temendo "l'accanimento terapeutico", cioè il tentativo di bloccare artificialmente un esito finale naturale, prolungando il processo biologico e l'agonia, negando una morte dignitosa.

La Dottrina Cattolica, il Codice di Deontologia Medica<sup>786</sup>, la Convenzione di Oviedo<sup>787</sup>, rifiutano l'accanimento terapeutico consci del diritto "a morire con dignità", senza che apparecchiature o farmaci prolunghino ostinatamente una parvenza di vita che, in realtà, non c'è più.

Dunque, l'etica e la deontologia professionale, hanno da sempre richiamato gli operatori sanitari a non attuare interventi sproporzionati che prolunghino il processo del morire.

E qui, è opportuno, un chiarimento: la differenza tra "terapia" e "cura".

La "terapia", cioè il complesso di interventi medici e farmacologici che producono la guarigione, il miglioramento o la stabilizzazione del malato e il "trattamento straordinario", cioè l'applicazione di terapie sproporzionate di fronte a situazioni terminali va sospeso, la "cura" della persona no, essendo quell'insieme di provvedimenti atti a conservare le condizioni psicofisiche del paziente nella situazione migliore fino alla morte. Potremmo definire la cura come il "farsi carico globalmente del paziente", ricordato all' articolo 37 del Codice di Deontologia Medica. "In caso di malattie a prognosi sicuramente infauste o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale o alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato trattamenti appropriati a tutelare, per quanto possibile, la qualità di vita".

Nella cura rientrano la nutrizione e l'idratazione medicalmente assistite fornite a pazienti che si trovano in condizioni gravi per una malattia terminale, oppure ai malati che sono in coma o in stato vegetativo persistente. Se queste fossero sospese, il paziente morirebbe, non a causa della malattia che lo affligge, ma per la sottrazione dei mezzi di ordinaria sussistenza. Da notare, inoltre, che la sospensione soprattutto dell'idratazione, provocherebbe al malato atroci sofferenze che potrebbero continuare per giorni, non essendo la morte

---

<sup>786</sup> Cfr.: *Codice di Deontologia Medica*, art. 14.

<sup>787</sup> *Convenzione per la protezione dei diritti umani e della dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina: convenzione sui diritti umani e biomedicina*, fu emanata il 4 aprile 1997 dal Consiglio d'Europa come direttiva agli Stati dell'Unione per tutelare gli esseri umani nell'ambito degli interventi della biologia e della medicina. Fu ratificata dal Parlamento italiano con la *Legge 145 del 28 marzo 2001*.

immediata.

Rientrano nella cura anche l'igiene e la detersione delle piaghe, atti indispensabili per salvaguardare la dignità della persona fino alla morte. Dunque, “no” all'accanimento terapeutico e “no” all'abbandono terapeutico!

In questo contesto si apre un discusso problema bioetico: nutrizione e idratazione medicalmente assistita sono da reputarsi “cure” o “accanimento terapeutico”?

La nostra risposta l'abbiamo già fornita, ma esaminiamo alcune riflessioni da san Giovanni Paolo II<sup>788</sup> a F. De Agostini<sup>789</sup>, a G. Piana<sup>790</sup>, a S. Leoni<sup>791</sup>, concludendo con il parere espresso dal Comitato Nazionale per la Bioetica che dedicò a questo argomento il paragrafo 7 del parere sulle “Dichiarazioni Anticipare di Trattamento” del 18 dicembre 2003, non giungendo però ad una posizione univoca. “Alcuni membri del CNB sostengono che al paziente va riconosciuta la facoltà di dare disposizioni anticipate circa la sua volontà (variamente motivabile, in relazione ai più intimi e insindacabili convincimenti delle persone) di accettare o rifiutare qualsiasi tipo di trattamento (...). Altri membri del CNB ritengono, invece, che il potere dispositivo del paziente vada limitato esclusivamente a quei trattamenti che integrino, in varia misura, forme di accanimento terapeutico, perché

---

<sup>788</sup> San Giovanni Paolo II si rivolge in modo particolare ai malati in stato vegetativo persistente.

“L'ammalato in stato vegetativo, in attesa del recupero o della fine naturale, ha dunque diritto ad una assistenza sanitaria di base (nutrizione, idratazione, igiene, riscaldamento, ecc.), ed alla prevenzione delle complicazioni legate all'allettamento. Egli ha diritto anche ad un intervento riabilitativo mirato ed al monitoraggio dei segni clinici di eventuale ripresa.

In particolare, vorrei sottolineare come la somministrazione di acqua e cibo, anche quando avvenisse per vie artificiali, rappresenti sempre un *mezzo naturale* di conservazione della vita, non un *atto medico*. Il suo uso pertanto sarà da considerarsi, in linea di principio, *ordinario* e *proporzionato*, e come tale moralmente obbligatorio, nella misura in cui e fino a quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che nella fattispecie consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sofferenze.

L'obbligo di non far mancare ‘le cure normali dovute all'ammalato in simili casi’ (Congr. Dottr. Fede, *Iura et bona*, p. IV) comprende, infatti, anche l'impiego dell'alimentazione e idratazione (cfr Pont. Cons. ‘Cor Unum’, *Dans le cadre*, 2.4.4; Pont. Cons. Past. Operat. Sanit., *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 120). La valutazione delle probabilità, fondata sulle scarse speranze di recupero quando lo stato vegetativo si prolunga oltre un anno, non può giustificare eticamente l'abbandono o l'interruzione delle *cure minimali* al paziente, comprese alimentazione ed idratazione. La morte per fame e per sete, infatti, è l'unico risultato possibile in seguito alla loro sospensione. In tal senso essa finisce per configurarsi, se consapevolmente e deliberatamente effettuata, come una vera e propria eutanasia per omissione”.(Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Congresso organizzato dalla Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici cattolici e dalla Pontificia Accademia per la Vita*, 20 marzo 2004).

<sup>789</sup>“La modalità di assunzione di cibo e acqua, anche se mediante sondino naso gastrico, non li rende un ‘preparato artificiale’ (come la deambulazione non diviene artificiale se l'individuo usa una protesi). Si tratta di cure proporzionate ed efficaci. La loro sospensione configura un abbandono del malato e una forma di eutanasia omissiva: la loro obbligatorietà si giustifica per la valenza umana e simbolica della cura di persone in condizioni di estrema vulnerabilità” (*Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit., pg. 197).

<sup>790</sup> “E’ difficile negare che nutrizione e idratazione rappresentino, dal punto di vista antropologico, un sostegno vitale: fornire le sostanze nutritive e le bevande necessarie, comunque questo avvenga, significa garantire alla persona i beni essenziali alla propria sopravvivenza. (G. PIANA, *Testamento biologico. Nodi critici e prospettive*, Cittadella, Assisi 2010, pg. 38) .

<sup>791</sup> “Quindi in sintesi si può dire che il criterio di discernimento etico fondamentale consista nel valutare se la sospensione dell'alimentazione parenterale abbia un ruolo nel provocare la morte del paziente: se la sua sospensione comporta il morire d'inedia, allora si configura un evidente quadro di eutanasia; se la sua somministrazione è irrilevante ai fini di una morte sulla quale non influisce significativamente, anzi arreca ulteriori sofferenze, allora il persistere in essa potrebbe costituire un inutile accanimento terapeutico; se infine, come il più delle volte accade, viene somministrata a un paziente comatoso o in stato vegetativo o in fase terminale, essa va ritenuta una cura ordinaria da sospendere solo in prossimità della morte naturale” (S. LEONE, *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova, Roma 2007, pg. 178).

sproporzionati o addirittura futili. Non rientrerebbero, a loro avviso, in tale ipotesi interventi di sostegno vitale di carattere non straordinario, né l'alimentazione né l'idratazione artificiale che, quando non risultino gravose per lui, costituirebbero invece, atti eticamente e deontologicamente doverosi, nella misura in cui - proporzionati alle condizioni cliniche - contribuiscono ad eliminare le sofferenze del malato terminale e la cui omissione realizzerebbe una ipotesi di eutanasia passiva".

5. L'introduzione di formule ambigue di Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, inoltre, attenuerebbero la tendenza alla solidarietà, proponendo vie meno gravose per i bilanci economici e di minor impegno a livello personale.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, che tuttora in Italia non esistono, sono "eticamente accettabile" quando rassicurano la persona che non sarà oggetto di accanimento terapeutico o di cure sproporzionate e inutili. Mostrano "ambiguità" quando il soggetto può totalmente e senza vincoli decidere il suo futuro. Sono "inaccettabile", quando chiaramente o occultamente, fossero sfruttate come strumento pre-eutanasi.

Nel nostro Paese è in corso da anni un acceso dibattito, ma gli unici risultati furono l'approvazione da parte del Senato di un Disegno di legge dal titolo "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" (26 marzo 2009) che fu approvato anche dalla Camera l'11 luglio 2011<sup>792</sup> (278 favorevoli, 205 contrari e 7 astenuti).

---

<sup>792</sup>Il testo era composto di otto articoli. -Articolo 1: Tutela totale della vita umana. "La Repubblica Italiana riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge". Vieta esplicitamente "ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza". -Articolo 2: Il Consenso Informato. "Salvo i casi previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole". -Articolo 3: Le DAT. Definisce le modalità delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT), nelle quali il dichiarante: "esprime orientamenti e informazioni utili per il medico, circa l'attivazione di trattamenti terapeutici purché in conformità a quanto prescritto dalla presente legge". Comunque, alimentazione e idratazione "devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento". Le DAT sono valide unicamente per colui che si trova "nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze per accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale e, pertanto, non può assumere decisioni che lo riguardano". -Articolo 4: Durata. Le DAT hanno validità di 5 anni e sono rinnovabili. -Articolo 5: Assistenza agli stati vegetativi. Entro due mesi dal varo della legge il Ministero della Salute predisporrà le "linee guida a cui le regioni si conformano" per "assicurare l'assistenza ospedaliera, residenziale e domiciliare per i soggetti in stato vegetativo". -Articolo 6: Il Fiduciario. Il Fiduciario, nominato dal dichiarante, è "l'unico soggetto legalmente autorizzato ad interagire con il medico". Se il paziente non indica un Fiduciario le sue incombenze saranno adempiute dai familiari, come previsto dal codice civile. -Articolo 7: DAT non vincolanti per il medico. Le DAT non sono vincolanti per il medico: "Gli orientamenti espressi dal soggetto nella sua dichiarazione

Nonostante l'ampia maggioranza dei deputati favorevoli suscitò un indegna bagarre. Umberto Veronesi: "Hanno calpestato il diritto di non soffrire del paziente"; Nichi Vendola: "Legge cattiva e violenta che impone all'uomo di soffrire"; Antonietta Coscioni: "Legge-schifezza"; Giuseppe Englaro: "Incostituzionale"; mentre Ignazio Marino si pose immediatamente "sul piede di guerra": la legge non era ancora stata approvata, e lui già paventa il fantasma del referendum popolare abrogativo. A loro, la pacata riflessione di monsignor Rino Fisichella: "Non è facile legiferare su questioni etiche. E non credo che una minoranza del Parlamento possa vantarne di farne una buona perché pretende di avere sempre ragione; e, se non è secondo le sue direttive, è sbagliata". Ed aggiunse: "Posso non condividere una legge e dire che è sbagliata, ma bollarla come una 'beffa' non è rispettoso"<sup>793</sup>. Il Disegno di legge per delle modifiche apportate dalla Camera doveva essere nuovamente votato dal Senato, ma la caotica situazione politica e il termine della legislatura lo fece decadere.

### 3. Malato in stato di veglia non responsivo<sup>794</sup>

Lo stato di "veglia non responsivo" dei malati, affermò il presidente della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici, professor G.L. Gigli, il 20 marzo 2004, porgendo il saluto a papa Giovanni Paolo II introducendo l'udienza a loro concessa, "è una tema che, da una frontiera della vita, mette in discussione le stesse nostre concezioni antropologiche, il senso della sofferenza umana, il diritto alla vita, i fondamenti della civile convivenza, la solidarietà all'interno delle relazioni sociali. Si tratta di argomenti, talvolta, di difficile soluzione, ai quali, in molte parti del mondo, sulla spinta anche di decisioni di tribunali, si sta cercando troppo spesso di offrire solo la risposta più semplice, quella della sospensione dell'idratazione e della nutrizione, sollevando almeno il dubbio di una generale forma di eutanasia per omissione". E Gigli concluse: "Il dibattito coinvolge lo stesso mondo cattolico, lacerato talvolta nel prendere decisioni senza ritorno all'interno degli ospedali e delle istituzioni che si richiamano alla nostra fede".

---

*anticipata di trattamento sono presi in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno".*  
-Articolo 8: Registro nazionale.

Sarà istituito il registro delle DAT "nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel predetto archivio è il Ministero della Salute".

<sup>793</sup> Dal Settimanale *Oggi*, 27 luglio 2011, pg. 14.

<sup>794</sup> Utilizzeremo in questa parte non il termine "malato in stato vegetativo persistente" ma "malato in stato di veglia non responsivo" poiché tratteremo sempre di persone che per motivazioni varie sono precipitate in condizione di non coscienza.. Ricordava san Giovanni Paolo II: "Di fronte ad un paziente in simili condizioni cliniche, non manca chi giunge a mettere in dubbio il permanere della sua stessa 'qualità umana', quasi come se l'aggettivo 'vegetale' (il cui uso è ormai consolidato), simbolicamente descrittivo di uno stato clinico, potesse o dovesse essere invece riferito al malato in quanto tale, degradandone di fatto il valore e la dignità personale. In questo senso, va rilevato come il termine in parola, pur confinato nell'ambito clinico, non sia certamente il più felice in riferimento a soggetti umani" (*Discorso ai partecipanti al Congresso organizzato dalla Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici cattolici e dalla Pontificia Accademia per la Vita*, op. cit.).

In Italia sono presenti circa 3000 malati in questa situazione; come considerarli? Quali atteggiamenti adottare nei loro confronti? E' doveroso offrire a loro la nutrizione e l'idratazione medicalmente assistite?

Forniamo le risposte esaminando tre casi che scossero alcuni Paesi aprendo ampie discussioni nei contesti societari.

### 3.1.TERRY SCHIAVO - ELUANA ENGLARO – VINCENT LAMBERT

#### TERRY SCHIAVO

Terry Schiavo, 26 anni, il 25 febbraio 1990 ebbe un improvviso arresto cardiaco.



Trasportata d'urgenza in ospedale, la giovane donna fu intubata e rimase in coma per due mesi e mezzo. Quando "uscì" dal coma, riacquistò un regolare ciclo sonno-veglia, ma non riprese conoscenza ed era totalmente assente la capacità cognitiva.

Ma, a parere dei genitori, rispondeva agli stimoli esterni e sostennero che la figlia sorridesse o piangesse e tentasse anche di parlare pronunciando alcuni monosillabi.

Per mesi fu nutrita da un sondino nasogastrico, poi le venne praticata una gastrostomia endoscopica percutanea affinché fosse nutrita da un tubo attraverso la parete addominale.

Il marito, tutore della donna che nel frattempo si era risposato, contro il parere dei genitori, chiese ai tribunali l'autorizzazione a sospendere l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita sulla base di una affermazione fatta dall'ex-moglie in occasione di una visita alla nonna, che viveva "attaccata" ad un respiratore. L'ex-marito, e solo lui, aveva udito Terry affermare che non avrebbe voluto vivere schiava di uno strumento medico.

La "battaglia legale" che vide contrapporsi l'ex marito di Terry e i genitori della donna, continuò ben quindici anni senza esclusione di colpi. Furono coinvolti anche il governatore della Florida e lo stesso presidente degli Stati Uniti affinché promulgassero una legge che impedisse la rimozione del tubo di alimentazione della Schiavo. Ma, alla fine, dopo quattordici appelli e numerose mozioni, petizioni ed interrogazioni alla Corte della Florida, ex-marito e giudici, ebbero la meglio e il 25 marzo 2005 il tubo per l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita fu rimosso definitivamente.

Morì di fame e di sete nella clinica del cure palliative "Pinellas Park" di Washinton, il 31 marzo 2005 dopo sette giorni di agonia; aveva 41 anni. Secondo il portavoce della famiglia Schindler, ai genitori di Terry, su ordine dell'ex-marito, fu proibito di entrare nella sua stanza della figlia durante le sue ultime ore di vita<sup>795</sup>.

La storia di Terry Schiavo divenne un clamoroso caso mediatico a livello mondiale.

---

<sup>795</sup> An Unsigned News Story. "Attorney: Terri's husband cradled her: 'It was a very emotional moment for many of us there,'" *CNN*, 1° aprile 2005 link

## ELUANA ENGLARO



Eluana Englaro, 21 anni, di Lecco, il 19 gennaio 1992 fu vittima di un incidente d'auto e da allora, prima entrò in coma e poi in stato vegetativo persistente.

Fu ricoverata all'ospedale di Lecco e di Sondrio, e per quindici anni fu assistita amorevolmente dalle Suore Misericordine alla Casa di Cura "Beato Talamoni" di Lecco.

Nel gennaio del 1999, Giuseppe Englaro, padre e tutore di Eluana, sollecitò la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione medicalmente assistita alla figlia, ma alcune sentenze furono negative<sup>796</sup>.

La prima svolta, a favore del padre, fu del 16 ottobre 2007 quando la "Corte di Cassazione" rinviò la decisione alla "Corte di Appello" di Milano, sostenendo che poteva interrompere l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita a due condizioni:

-"la condizione di stato vegetativo fosse, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi fosse alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno";

-la scelta di interrompere la nutrizione "fosse realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona".

La seconda svolta fu del 25 giugno 2008 quando la "Corte di Appello" di Milano autorizzò con un "provvedimento" la chiusura del sondino naso-gastrico che nutriva e dissetava Eluana. La "Procura di Milano" si oppose al provvedimento; il "Parlamento" votò una mozione di "conflitto di attribuzione" nei confronti della "Corte di Appello" di Milano, affermando che i giudici avevano esercitato un potere improprio, essendo compito del Parlamento approvare le leggi e dei giudici unicamente applicarle. E le suore Misericordine chiesero al signor Englaro di affidare loro la figlia; ma il padre non accettò.

Infine, la "Corte di Cassazione" a Sezioni Unite, nel novembre 2008 rigettò i ricorsi della "Procura di Milano" e del "Parlamento" giudicandoli inammissibili non per i contenuti ma per "difetto di legittimazione all'impugnazione", cioè per "errore di forma".

---

<sup>796</sup>-1999: Il Tribunale di Lecco respinge la richiesta del signor Englaro così pure la Corte di Appello di Milano.

-2003: Il Tribunale di Lecco e la Corte di Appello di Milano respingono la richiesta, non ritenendo il trattamento medico a cui Eluana era soggetta un accanimento terapeutico.

-2005: la Corte di Cassazione dichiara inammissibile il ricorso di papà Englaro.

-2006: Il Tribunale di Lecco e la Corte di Appello di Milano respingono un nuovo ricorso di Beppino Englaro.

Il provvedimento della “Corte d’Appello” divenne definitivo!

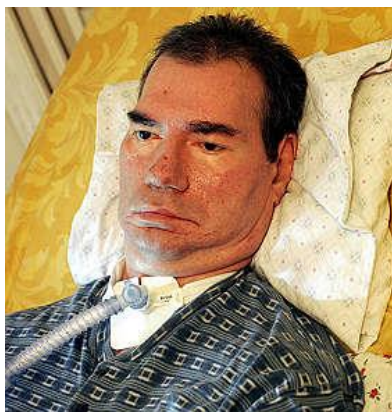
A nulla valse anche l’intervento del Governo guidato da S. Berlusconi con un Disegno di legge sul quale però il Presidente della Repubblica G. Napolitano non appose la sua firma<sup>797</sup>.

Ed Eluana morì alle 19.30, il 9 febbraio 2009, nella Casa di Cura “La Quiete” di Udine, dopo quattro giorni di agonia dalla chiusura del sondino nasogastrico con indicibili strazi causati dalla disidratazione, mentre alla Camera dei Deputati era in corso un drammatico dibattito sul Disegno di legge denominato “salva-Eluana” presentato tre giorni prima dal governo Berlusconi.

Dunque, un grave reato fu commesso, ma fu mascherarlo!

Sgorga spontaneamente una domanda: “un tribunale è autorizzato ad intimare la sospensione delle terapie atte a mantenere in vita un paziente, pur in situazione di incoscienza?”

### VINCENT LAMBERT



Vincent Lambert è un cittadino francese di 39 anni, ex-infermiere presso l’ospedale di Champagne, tetraplegico, precipitato nel 2008 in uno stato di “coma profondo” a seguito di un incidente stradale. Nel luglio del 2011 avviene “il passaggio” dal coma ad uno stato di “coscienza minima” avendo subito danni irreversibili al cervello ed intraprende un percorso riabilitativo di kinesiterapia presso l’ospedale di Reims che verrà interrotto per scarsità di risultati nel dicembre 2012. Ma Vincent dorme, si risveglia, a volte piange, a volte sorride, ma non comunica, non risponde in modo “obiettivo”. Nell’aprile del 2013, solo con l’accordo della moglie, si arresta l’alimentazione e si riduce l’idratazione. Il fatto è scoperto, dopo trenta giorni, dal fratello che con i genitori denunciano i medici di tentato omicidio. Il Tar obbliga la ripresa dell’alimentazione e dell’idratazione. Nuovo stop nel gennaio 2014, subito revocato dal Tar. Il suo futuro, da quel momento, è al centro di un’offensiva mediatico-giudiziaria con l’occulta intenzione di introduzione l’eutanasia in quel Paese.

I medici che curavano Vincent, riferendosi alla “Legge Leonetti” (2005) sul “fine vita” che contemplava, a determinate condizioni, l’interruzione dei trattamenti sanitari e autorizzava i medici a somministrare “dosi terapeutiche in grado di alleviare il dolore, anche se rischiano di abbreviare la vita”, decisero di abbandonare il paziente al suo destino. Per due volte, come affermato precedentemente, interruppero l’alimentazione e l’idratazione medicalmente, ma i genitori rivolgendosi a due tribunali ottennero che alimentazione e idratazione medicalmente assistita fossero riattivate.

Poi, fu la volta del Consiglio di Stato francese (il maggiore Foro amministrativo

---

<sup>797</sup> Informò il Quirinale: “Il presidente prendeva atto con rammarico della deliberazione da parte del Consiglio dei ministri del decreto-legge relativo al caso Englaro. Avendo verificato che il testo approvato non supera le obiezioni di incostituzionalità da lui tempestivamente rappresentate e motivate, il presidente ritiene di non poter procedere alla emanazione del decreto”.

francese) e della Corte Europea dei Diritti Umani di Strasburgo. A tutti, i genitori straziati, supplicarono che il loro figlio fosse curato e alimentato come ogni disabile, o ricoverato, o presso la loro abitazione.

Il 5 giugno 2015 la Corte Europea con 12 voti favorevoli e 5 contrari<sup>798</sup>, autorizzò i medici a staccare il sondino che alimentava e disseta Vincent.

Anche se per i giudici di Strasburgo, questa decisione non era una violazione del “diritto alla vita” previsto dall’articolo 2 della Convenzione sui Diritti Umani, questa sentenza è un altro passo indietro nella difesa della vita e nel rispetto della dignità della persona. Commentano gli avvocati dei genitori di Vincent: “Essa ha convalidato l’arbitrio di una decisione medica presa sulla base di testimonianze interessate e contestate, dando per scontata la pretesa volontà di morire di Vincent Lambert, quando egli non può esprimersi. Essa ha convalidato – aggiungono gli avvocati – il fatto che oggi è conforme alla Convenzione provocare intenzionalmente la morte di un essere umano indifeso, privandolo di alimentazione e idratazione, in violazione formale dell’articolo 2 della Convenzione”. “Vincent non ha mai chiesto di morire, quindi quella di Strasburgo “non è più la Corte europea dei diritti dell’Uomo vulnerabile, disabile, indifeso. Ormai è la Corte-europea dei diritti dell’Uomo in buona salute”.

Da quel momento la vita di Vincent è totalmente nelle mani dei medici dell’ospedale che dovevano decideranno se continuare ad alimentarlo, oppure lasciarlo morire di fame e di sete.

Da notare, inoltre, che questa sentenza dei giudici europei, secondo alcuni analisti, è “destinata a fare giurisprudenza nei quarantasette Stati membri del Consiglio d’Europa”<sup>799</sup>. A Strasburgo ha vinto quell’orientamento che trova un fertile terreno culturale, più che giuridico, nell’Europa dei “nuovi diritti”, compresi quelli eutanasi.

La Corte europea a fine giugno 2015 respinge anche il ricorso dei genitori.

A metà luglio 2015 c’è un nuovo e inatteso colpo di scena.

La nuova Commissione medica dell’ospedale di Reims che doveva deliberare se interrompere a Vincent l’alimentazione e l’idratazione medicalmente assistita decise di non volersi pronunciare in merito e i medici hanno rimesso al Ministero della Salute la decisione.

## OSSERVAZIONI.

### 3.1. DISTINZIONE TRA COMA E STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVO

*Il coma*, dal vocabolo greco “kòma” cioè “sonno profondo”, è lo stato

---

<sup>798</sup>I cinque giudici contrari alla decisione scrissero: “Dopo attenta riflessione, dopo che tutto è stato detto e scritto nelle sentenza, dopo che sono state fatte le più sottili distinzioni giuridiche e che i più sottili capelli sono stati spaccati in quattro, ciò che viene affermato è, né più né meno, che una persona gravemente handicappata, che si trova nell’incapacità di comunicare i propri desideri riguardo alla sua condizione attuale, può, sulla base di svariate affermazioni contestabili, essere privata di due componenti essenziali per il suo mantenimento in vita, cioè cibo e acqua, e che inoltre la Convenzione è inattiva di fronte a questa realtà. Noi non pensiamo soltanto – proseguono i cinque giudici – che questa conclusione sia spaventosa ma che in più – ci dispiace di doverlo affermare – essa equivalga a un passo indietro nel grado di protezione che la Convenzione e la Corte hanno fino a oggi offerto alle persone vulnerabili”.

<sup>799</sup>L’OSSERVATORE ROMANO, *Prima Sezione di Strasburgosull’interruzione di cure mediche*, 7 giugno 2015, pg. 2.



d'incoscienza dovuto ad un danno (emorragico, ischemico, traumatico) subito dalla corteccia celebrale.

Rende la persona totalmente priva di coscienza<sup>800</sup> e di conseguenza incapace di relazionarsi con l'ambiente e di reagire agli stimoli ambientali e ai suoi personali. Per poter vivere, solitamente il paziente è dipendente da dispositivi medici che acconsentano agli organi vitali di svolgere le loro funzioni.

Il coma ha diversi gradi di profondità a secondo della lesione subita: può essere superficiale, medio, profondo, depresso (o morte cerebrale). Si evolve in tre direzioni: la guarigione (cioè l'uscita dal coma); lo stato di veglia non responsivo o di "coscienza minima" prodotto, solitamente, dalla lesione ad una parte della corteccia celebrale; la morte cerebrale quando il danno si estende a tutto il sistema nervoso centrale. Vi è inoltre una relazione tra la durata dello stato di coma, il meccanismo di recupero e il risultato finale; quanto più il coma è prolungato tanto più il recupero è difficile e lungo.

Lo stato di veglia non responsivo può essere "transitorio" o "persistente"<sup>801</sup> ed è quello che dura da oltre due anni a causa di gravi compromissioni neurologiche, quando le possibilità di recupero diminuiscono, anche se alcuni casi di ripresa quasi totale si sono verificati dopo lungo tempo.

In questa situazione, il paziente apre gli occhi, riprende il ritmo sonno-veglia, riacquista una certa mimica espressiva, ha l'attività respiratoria autonoma ed evidenzia una particolare reattività agli stimoli esterni. Però la persona non è mai cosciente di sé. Ma se "vengono alimentati e curati dalle eventuali complicanze (infezioni intercorrenti, scompensi, ecc.) possono vivere a lungo, per uno o più anni"<sup>802</sup>. E diversamente da come sono descritte dall'immaginario collettivo, queste persone sono spesso supportate unicamente da un sondino per la nutrizione e l'idratazione, senza alcun macchinario salvavita<sup>803</sup>.

Per quanto riguardava, ad esempio, Eluana, che era sottoposta anche a ginnastica passiva e gli veniva unicamente inserito un sondino naso-gastrico di notte, il suo neurologo C. A. Defanti, aveva dichiarato al "Corriere della Sera" poche ore prima della morte: "al di là della lesione celebrale, Eluana è una donna sana, mai una malattia, mai un antibiotico, probabilmente resisterà più a lungo della media".

In un libro di F. Cavallari, si narra ad esempio di Fulvia che ebbe un'emorragia cerebrale a 42 anni, nel 2010, mentre si trovava alla sedicesima settimana di gravidanza e la gestazione, pur essendo la donna in uno stato di veglia non responsivo, seguì il suo naturale percorso. La bambina nacque alla trentatreesima settimana, con taglio cesareo<sup>804</sup>. Un analogo fatto accadde nell'ottobre 2009,

---

<sup>800</sup> La coscienza viene definita come: "la facoltà immediata di avvertire, comprendere, valutare i fatti che si verificano nella sfera dell'esperienza individuale o si prospettano in un futuro più o meno vicino" (G. DEVOTO – G. OLI, *Dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze 1990, pg. 537).

<sup>801</sup> Si definisce "persistente" poichè nessuna prognosi è in grado di definire la sua irreversibilità.

<sup>802</sup> D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato 2000, pg. 518.

<sup>803</sup> Cfr. MULTI-SOCIETY TASK FORCE, *American Congress of Rehabilitation of Medicine*, *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76, pp. 205-9.

<sup>804</sup> Cfr.: F. CAVALLARI, *La vita in una stanza. Gli 'stati vegetativi' non esistono*, Itaca, Castel Bolognese (Ra), 2014.

nella clinica di Erlagen, in Baviera, quando una donna in stato di veglia non responsivo, partorì un neonato sano.

### 3.2. LO STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVO È SEMPRE DEFINITIVO?

La seconda motivazione per cui la “Corte di Appello” di Milano autorizzò la chiusura del sondino naso-gastrico di Eluana fu la certezza della definitività dello stato di veglia non responsivo della giovane. Ma sulla natura dello stato di veglia non responsivo, sulle possibilità di risveglio, e a che fase potrebbe giungere un'eventuale miglioramento, conosciamo molto poco; la scienza a riguardo di questo argomento è approssimativa.

Abbiamo assistito alle vicende di molti che si sono risvegliati dopo anni di stato di veglia non responsivo, e tutti i racconti hanno dei tratti comuni, narrando di situazioni solo “apparentemente di non vita”, poichè udivano le domande, avvertivano gli stimoli e, di conseguenza, la disperazione era causata dal non poter rispondere e dall'incapacità di segnalare la loro coscienza<sup>805/806</sup>.

Dunque, Eluana, potrebbe aver percepire tutto ciò che si affermava nei riguardi della sua morte prossima, provocando in lei una sofferenza atroce e un dolore lancinante.

Due commenti.

Benedetto XVI: “le persone in coma, anche quelle che vivono in questo stato da molti anni, possono percepire l'amore, l'attenzione, l'affetto di chi sta loro intorno”<sup>807</sup>.

San Giovanni Paolo II: “Un uomo, anche se gravemente malato o impedito nell'esercizio delle sue funzioni più alte, è e sarà sempre un uomo, mai diventerà un 'vegetale' o un 'animale’”<sup>808</sup>.

Dunque, una persona in stato di veglia non responsivo, non è un malato,

---

<sup>805</sup> Ne è un esempio, tra i molti, il caso di Massimiliano Tresoldi di Carugate (Mi). “Max, nel 1991, fu vittima di un terribile incidente stradale, rimase in coma vegetativo persistente per dieci anni, dal quale ne è uscito nove anni fa. Ce l'ha fatta grazie ai suoi genitori che per anni hanno lottato contro tutti e hanno sacrificato tutto per lui. La mamma Lucrezia e il papà Ernesto ora sono molto severi con Beppino Englaro: ‘Fa del male a quelli come noi’. Afferma la mamma: ‘Mio figlio capiva tutto quando era in stato vegetativo. Nessuno se lo sa spiegare, nemmeno i medici, ma lui ricorda perfettamente i discorsi che abbiamo fatto quando lui non era cosciente. Stava sdraiato con gli occhi aperti, non comunicava, ma capiva tutto: di questo noi abbiamo la certezza. E' proprio per questo motivo che riteniamo un comportamento vergognoso quello del papà di Eluana Englaro: non si può togliere l'alimentazione a una persona che è ancora viva e farla morire di fame. E' un'atrocità immensa. Non dobbiamo essere ipocriti: pratichiamoli una puntura, tanto è comunque eutanasia. Io sono contraria all'accanimento terapeutico: se vedo una persona soffrire è giusto interrompere il dolore, ma non è questo il caso. Eluana come Max non è tenuta in vita da un respiratore o da una macchina, semplicemente c'era un sondino gastrico per l'alimentazione. Io ho scelto, quando mio figlio era ancora in coma, consapevole dei rischi, di interrompere quell'alimentazione forzata e di tornare a imboccare con pazienza ed amore Max ogni giorno. Certo è stato un lavoro lungo, ma vederlo rifiorire e recuperare peso è stato per noi una grande ricompensa’ ” (*La Gazzetta della Martesana*, 9 febbraio 2009 pg.11) .

<sup>806</sup> Ecco la testimonianza di Salvatore Crisafulli svegliatosi dopo molti anni di stato di veglia non responsivo: “I medici dicevano che non ero cosciente, ma io capivo tutto – dice Crisafulli – e piangevo perché non riuscivo a farmi capire. Sentivo mio fratello che diceva che secondo lui invece capivo tutto, e lo sentivo urlare perché non gli credevano. Ma io non potevo parlare, non potevo muovermi, non potevo far nulla per fargli capire che c'ero, che li sentivo. Così piangevo” (*Corriere della sera*, 20 maggio 2010).

<sup>807</sup> BENEDETTO XVI, *A Sua Immagine*, 22 aprile 2011.

<sup>808</sup> *Ai partecipanti al Congresso della Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici*, op. cit.

ne tanto meno un malato terminale. E' un uomo con il massimo della disabilità che non necessita di cure specifiche ma unicamente di chi gli dia da mangiare, da bere e lo accudisca igienicamente come tutti i disabili gravi. Non essendoci l'esigenza di gestire macchine particolari può essere assistito anche presso la propria abitazione.

### 3.3. IL GRADO DI PERCEZIONE DI QUESTI MALATI

In parte abbiamo risposto all'interrogativo in precedenza, ma la riflessione che sottostà a questo punto è molto più ampia, e pone la domanda fondamentale: "il grave disabile in stato di veglia non responsivo è ancora una persona?". E' questo il nocciolo del problema!

Alcuni medici tra i più noti, e purtroppo anche opinion leaders, riferendosi ad Eluana la definirono, tra altro, "morta diciassette anni prima", oppure giudicavano la sua esistenza simile a quella delle piante.

Ma come ricorda G. Rocchi, questa posizione "è scientificamente improponibile – una persona è viva o morta: *tertium non datur*"<sup>809</sup>, non esistendo in natura una terza possibilità di intermedialità tra vita e morte.

E' opportuno evidenziare, ricordava Rocchi, che la constatazione di morte è legata oltre che alla cessazione del battito cardiaco all'interruzione dell'attività cerebrale determinata da tre condizioni:

- lo stato di incoscienza,
- l'assenza di riflessi del tronco e di respirazione spontanea,
- il silenzio elettrico celebrale protratto per un determinato periodo di tempo.

In Eluana, tutte queste condizioni erano assenti; il suo cuore funzionava regolarmente e in modo spontaneo, il suo cervello ha sempre operato. Da ciò deduciamo che Eluana, come tutti gli altri malati in stato di veglia non responsivo, sono persone perfettamente e totalmente vive<sup>810</sup>.

Interessante è il sottotitolo che il già citato giornalista F. Cavallari ha voluto per un suo libro dedicato alle persone in stato di veglia non responsivo: "Gli 'stati vegetativi' non esistono". Così giustifica la sua affermazione: "La declinazione in terza persona plurale, 'gli stati vegetativi' conferisce inevitabilmente il carattere di appartenenza a una categoria, una schematizzazione buona per i dati statistici, per qualche ricerca sui costi sanitari, ma nulla più. Con questo tipo di 'riduzionismo' scompare di fatto la persona, per lasciar posto unicamente alla patologia. Ma nelle stanze, nell'androne di ricevimento o nei giardini antistanti gli ingressi, del Don Orione e della Fondazione S. Maria Ausiliatrice di Bergamo e della Rsa Ovidio Cerruti di Capriate che ho visitato per scrivere il libro, non esistono 'gli stati vegetativi', ma persone in carne ed ossa. Uomini e donne, con storie alle spalle, figli o mogli che rispecchiano le loro esistenze. In ognuno di loro esiste e permane una soggettività particolare e insopprimibile, mai statica o temporalmente immutabile"<sup>811</sup>. E prosegue: "Le parole producono senso e cultura. È fondamentale allora riflettere anche sul termine 'vegetativo' che, se a livello

---

<sup>809</sup> G. ROCCHI, *Il caso Englaro. Le domande che bruciano*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 2009, pg. 49.

<sup>810</sup> Cfr.: *Il caso Englaro. Le domande che bruciano*, op. cit., pp. 50-51.

<sup>811</sup> Intervista alla *Nuova Bussola Quotidiana*, 23 dicembre 2014.

clinico ha un suo significato strutturale, trasferito in un contesto antropologico, e soprattutto traslato nel linguaggio comune, rischia di insinuare l'idea che il paziente in stato vegetativo possa in qualche modo perdere la sua dignità ontologica di essere umano e divenire una specie di 'vegetale' <sup>812/813</sup>.

Studi recenti hanno dimostrato con metodologie sofisticate che in alcuni di questi disabili gravi si attivano aree cerebrali a seguito di particolari stimoli. Di conseguenza, la loro, non è una "veglia" priva di coscienza. Negli ultimi anni, inoltre, sono state pubblicate numerose ricerche in prestigiose riviste internazionali riguardanti le attività di "coscienza sommersa" in questi disabili anche in assenza di consapevolezza <sup>814</sup>.

Possiamo concludere il paragrafo con la convinzione che le persone in stato di veglia non responsivo o che vivono una situazione di apparente non coscienza, sono vive e hanno il totale diritto e la piena dignità di proseguire la vivere come chiunque altra persona.

---

<sup>812</sup> Idem.

<sup>813</sup> La testimonianza di Fabio ben completa le esperienze di F. Cavallari.

"Si chiama Fabio. È il marito di Silvia. E lei è lì, davanti a noi, allettata in una struttura sanitaria che accoglie pazienti in stato vegetativo. Lui si china, la accarezza, la bacia, le parla. E non è che 'sembra'. È proprio in adorazione di sua moglie. Fabio si ribella alle definizioni appiccicate dal vocabolario del suo stesso mestiere. Fabio è medico e chirurgo in un ospedale pubblico. E sa che 'è sbagliato dire *stato vegetativo*, perché un vegetale non piange e non si commuove come fa mia moglie. Un vegetale non ti cambia ogni giorno l'esistenza'. Perciò, 'meglio dire *stato di veglia non responsiva*, perché essere incontattabili non significa essere incoscienti'. Un uragano, una mattina, ha portato Silvia a un livello della vita che è mistero insondabile. Appunto. 'Incontattabile'. Così come nella vita di Fabio, Silvia ci 'è entrata misteriosamente, come un uragano'". (...) "Cosa significa festeggiare il quattordicesimo anniversario di matrimonio al capezzale di una moglie 'incontattabile'? 'Significa rinnovare ogni giorno la promessa che ci siamo fatti l'un l'altro davanti a Dio. Siamo diversissimi, i nostri caratteri a volte stridevano, ma ho sempre saputo che è impossibile essere fedeli alla moglie se non si è fedeli a Cristo. Se uno tradisce l'altro è perché, più o meno consapevolmente, ha già tradito Cristo. Infatti, su una cosa non abbiamo mai litigato: quando parlavamo di Dio'. Come è accaduto ciò che ha reso Silvia 'incontattabile'? 'Me la ricordo una mattina ancora in pigiama mentre mi butta addosso tutte le sue aspettative, le sue delusioni, quei progetti che aveva sposandosi e che non vede realizzati, i desideri più profondi che zampillano dal suo cuore. Ci ho visto una voragine di bisogno e le ho risposto umilmente che io ero solo suo marito e che quei desideri così imponenti del suo cuore poteva soddisfarli solo Dio'. Poi accadde l'ictus che ha fatto scomparire Silvia dal radar delle percezioni e valutazioni umane". (...) "E così, quando è vicino a sua moglie, a Fabio vengono spesso in mente le parole sul caso Eluana (che Silvia conosceva molto bene) di una intervista di Enzo Jannacci al Corriere della Sera: 'Diciassette anni? Sono tanti, ma valgono per noi, e non sappiamo nulla di come sono vissuti da una persona in coma vigile. Nessuno può entrare nel loro sonno misterioso e dirci cosa sia davvero, perciò non è giusto misurarli con il tempo dei nostri orologi. Se fosse mio figlio, mi basterebbe un battito di ciglia...'. Così è per Fabio. 'È mia moglie, mi basta un suo battito di ciglia'" (Intervista rilasciata a *Tempi.it*, 24 novembre 2014).

<sup>814</sup> Tra i molti studi riportiamo quello di un gruppo di ricercatori dell'Università del Western Ontario (USA), coordinati dal professor Damian Cruse, che ha dimostrato che è possibile, individuare lo stato di coscienza anche in questi pazienti. Sono stati sottoposti allo studio 16 pazienti in stato vegetativo a cui veniva chiesto di stringere il pugno ogni volta che sentivano il bip. Poi, in una successiva prova, i soggetti venivano invitati a muovere le dita, ogni volta che sentivano un suono. Per avere la certezza che le risposte motorie fossero realmente la conseguenza degli ordini impartiti, i ricercatori hanno ripetuto entrambe le prove per 200 volte. Si è visto che il cervello di 3 di essi su 16 rispondeva allo stesso modo di quello dei soggetti sani (Cfr.: *Bedside detection of awareness in the vegetative state: a cohort study*, The Lancet, vol.378, Iussue 9809, pp. 2088 – 2094, 17 December 2011).

### 3.4. “L’INCERTEZZA” L’UNICO ELEMENTO “CERTO” NELLA SENTENZA ENGLARO

In questa vicenda che assunse ampi connotati ideologici, l’unico elemento provato ed accertato fu *l’incertezza*.

L’incertezza che guidò il padre nella battaglia per far chiudere il sondino che nutriva la figlia e l’incertezza dei giudici milanesi nell’emettere il provvedimento di condanna. Né coloro che furono favorevoli alla morte di Eluana, né quelli che chiesero la continuazione della sua vita trovarono certezze nell’ambito medico, scientifico o testimoniale.

Di fronte all’incertezza, quale atteggiamento assumere?

Quello della *massima prudenza*! La sentenza della Corte di Appello di Milano fu profondamente ingiusta non avendo tenuto presente questo principio etico, dimenticando l’antica arte della *iuris prudentia*, l’unica che crea sinergie tra “l’amministrazione della giustizia umana” e “l’orizzonte etico-morale”. Se non altro, per motivi prudenziali, come avviene nel diritto penale dove si assumono posizioni a favore dell’imputato di fronte al minimo dubbio, così si doveva agire anche nei confronti di Eluana.

Lo stesso discorso è valido anche per Vincent.

L’unica motivazione difesa dai medici curanti e fatta propria dal Consiglio di Stato francese e dalla Corte Europea di Strasburgo per condannare a morte Vincent è la testimonianza della moglie, secondo la quale il marito avrebbe rifiutato la prospettiva di vivere in simili condizioni. Contrari a questa visione i genitori di Vincent, in particolare la mamma che grida: “Mio figlio non è un morto vivente”.

Una precisazione: la differenza tra Vincent Lambert, Terry Schiavo e Eluana Englaro.

I tre casi sono differenti. Terry e Eluana sono sorelle per la stessa patologia e per il destino che hanno subito. Vincent no, poiché si trova in uno “stato coscienziale molto limitato” e “reattivo” ad alcuni stimoli esterni. E’ unicamente una persona handicappata come altri 1700 cittadini francesi<sup>815</sup>.

La nostra attenzione, concludendo, è rivolta alle molte famiglie che ogni giorno, per anni, assistono una persona in stato di veglia non responsivo che temono l’abbandono poiché il più delle volte sono lasciate sole di fronte al dolore e alla loro domanda di cura. Il loro impegno continuo, totalizzante, svolto nell’anonimato e con amore, in attesa di un piccolo o grande segno da parte della comunità civile, sono per tutta la società un significativo esempio di “vita buona”.

---

<sup>815</sup> Così, Thibaud Collin, studioso laico, già consigliere di N. Sarkozy, docente all’Ipc, la Facoltà libera di Filosofia e Psicologia di Parigi, commentò il caso Lambert: “La posta in gioco sul destino di Lambert non è né più né meno che quella di sapere se si può condannare a morte un innocente, con il pretesto che non è autosufficiente e non può più disporre di quella che, secondo lo spirito del tempo, sarebbe una vita degna di essere vissuta(...). La verità è che ormai viviamo in un’epoca nichilista nella quale la vita umana non è più per sé stessa vista come un bene e, per questo, la sopravvivenza di Vincent è divenuta un appello. Nella sua impotenza radicale la sua vita è un richiamo per tutti noi al dono”. Dopo la sentenza della Corte di Strasburgo, secondo il filosofo, “la Francia che ha rinunciato nel 1981 alla pena di morte per quelle persone giudicate colpevoli di gravi crimini, la sta reintroducendo per degli uomini innocenti. La loro unica colpa è quella di essere divenuti vulnerabili” (T. COLLIN, *L’affaire Vincent Lambert, ou quand la peine de mort menace l’innocent*, in Famille Chrétienne, 13 Maggio 2015).

## 4. A favore della dignità del morente

### 4.1.LE CURE PALLIATIVE

Una tipologia di intervento che favorisce il morire con dignità sono le *Cure Palliative* così descritte dall' Organizzazione Mondiale della Sanità: "si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie" (1990)<sup>816</sup>. "Obbedendo ad una visione olistica della medicina, che prende in considerazione la persona umana nella sua totalità unificata di spirito e corpo, le cure palliative offrono al malato terminale una terapia globale (*total care*), i cui risultati sono, nella maggioranza dei casi, davvero sorprendenti"<sup>817</sup>.

Numerose sono le patologie che giustificano un intervento di tipo palliativo: dai tumori all'Aids conclamato, dalle malattie cerebro-vascolari a quelle del sistema nervoso centrale e periferico, da quelle cardio vascolari a quelle dell'apparato respiratorio. E i pazienti possono essere anche bambini e neonati.

Dunque, le cure palliative, sono un valido ausilio per sostenere il peso delle sofferenze nella fase terminale della vita<sup>818</sup>. "E' un autentica *cura* da praticarsi in situazioni estreme, con grande saggezza e senso del limite e nella piena assunzione della responsabilità morali e professionale che qualifica la pratica della medicina. E' per il medico il modo più nobile – perché indubbiamente il più controvertibile e conturbante – di *curare*"<sup>819</sup>.

Il termine "palliative", proviene dal vocabolo latino *pallium*, ed indicava il mantello di lana indossato dai pastori coprendoli totalmente. "Quello che in passato designava un indumento volto a proteggere una persona dalle avversità ambientali, indica oggi tutto un insieme di cure finalizzate a difendere il malato terminale dallo scoraggiamento, dall'isolamento e dalla chiusura in sé stesso"<sup>820</sup>.

Le cure palliative, in senso generale, furono praticate da sempre negli enti assistenziali gestiti dalla Chiesa cattolica, ma nacquero ufficialmente nella seconda metà del XX secolo in Inghilterra con l'esperienza degli *hospices*, strutture che offrivano assistenza a chi stava vivendo la fase terminale dell'esistenza mediante una cura globale, cioè medico-infermieristica ma anche psicologica, relazionale e spirituale. In Italia, questa modalità assistenziale, fu intrapresa solamente negli anni '80, prevalentemente come servizi domiciliari, poichè gli ospedali erano carenti nell'assistenza dei morenti. Anche i medici,

---

<sup>816</sup> Recepita dall'accordo della Conferenza Unificata del 19 aprile 2001,

<sup>817</sup> M. CASCONI, *Diakonia della vita. Manuale di Bioetica*, Edizione Università della Santa Croce, Roma 2004, pg. 383.

<sup>818</sup> "Per ammalato terminale si intende un malato inguaribile con una aspettativa di vita minore o uguale a 90 giorni, non più suscettibile di terapie chirurgiche, radianti o chemioterapiche" (L. GENTILE – P. FERRI, *Bioetica e cure palliative*, in *L'Ancora nell'Unità di Salute*, n.1, 2004, pg. 52, nota 2).

<sup>819</sup> *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit, pg. 218. Cfr.: AA. VV., *Né eutanasia né accanimento: la cura dei malati in stato vegetativo permanente*, Lateran University Press, Roma 2002.

<sup>820</sup> *Diakonia della vita. Manuale di Bioetica*, op. cit., pg. 383.

formati “per guarire ma poco per curare”, erano scarsamente coscienti che l’ammalato in fase terminale non era un “già morto” ma una persona che stava percorrendo un tratto importante della vita. Quindi, l’etica delle cure palliative, si basa sul convincimento che anche nelle situazioni di maggiore sconforto, il paziente è una persona che pur non guarendo deve essere curata.

Si stima che ogni anno, in Italia, 250mila persone dovrebbero essere accompagnate da un approccio palliativo essendo malati terminali e i numeri aumenteranno per l’invecchiamento della popolazione. Il *Libro Bianco degli Hospice* riportava che ad aprile 2014 erano presenti sul territorio nazionale 175 strutture residenziali con un forte disequilibrio tra nord e sud.

Importante per l’incremento di questo settore fu la legge n. 38 del 15 marzo 2010: “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”.

“La medicina palliativa costituisce oggi anche un valido strumento contro i sostenitori dell'eutanasia essendo una scelta attiva di accompagnamento alla vita, per darle ancora tutto il significato possibile, compatibilmente con una malattia che distrugge a poco a poco il corpo, ma generalmente mantiene integro e vivo ciò che di più significativo c'è nell'uomo: lo spirito e la mente, che dal corpo non sono mai disgiungibili”<sup>821</sup>.

Così un infermiera di un hospice riassume i desideri di questi malati: “Spesso la cosa più importante che offriamo ai nostri pazienti è una tazza di tè e la possibilità di parlare della morte. Ed è quello che vogliono davvero. Qualcuno che li ascolti e che condivida con loro questo ultimo viaggio senza spaventarsi e senza scappare. Senza volere, a tutti i costi, fare qualcosa”

L’augurio e l’auspicio è che si possa, nonostante la limitatezza delle risorse, ampliare questi interventi poichè il vero dramma dell’ammalato in fase terminale è che, quest’assistenza, in Italia è ancora troppo scarsa<sup>822/823</sup>.

---

<sup>821</sup> *Diakonia della vita. Manuale di Bioetica*, op. cit., pg. 383.

<sup>822</sup> Un breve excursus sulle problematiche delle cure palliative pediatriche nei nati prematuri.

Riportiamo un’intervista al dott. Marcello Orzalesi, neonatologo presso l’Ospedale Bambino Gesù e alla dottoressa Franca Benini, specialista in terapia del dolore.

“*Dr. Marcello Orzalesi quali caratteristiche ha il paziente pediatrico rispetto all’adulto?*”

Le sue caratteristiche rispetto all’adulto è che si tratta di un organismo in continuo sviluppo e in evoluzione. Tra un neonato e un bambino di sei anni ci sono più differenze che tra un bambino di sei anni e un adulto. Per questo occorre aggiustare il dosaggio dei farmaci, l’approccio e la comunicazione tenendo conto dello sviluppo di un bambino. La seconda differenza è che di molti farmaci, utilizzati per la terapia del dolore di un adulto, non vi sono confezioni adatte per un bambino piccolo, per cui vi è il problema di usare i farmaci cosiddetti *off-label*. Il terzo nodo è il coinvolgimento molto maggiore della famiglia, in quanto spesso i genitori sono il tramite comunicativo del bambino.

*Quali sono le conoscenze scientifiche sullo sviluppo della percezione del dolore e sul dolore in fase neonatale?*

Il bambino prematuro percepisce il dolore più dell’adulto e ne modifica la percezione. Il bambino mostra più tardi una soglia del dolore modificata: ad esempio a sei mesi, quando farà le vaccinazioni, sentirà più dolore degli altri. È inoltre possibile che si producano delle modificazioni dell’espressione dei geni ereditati dalla madre che interferiscono sullo sviluppo del cervello: è stato dimostrato, nei prematuri che devono fare molti prelievi, la correlazione del numero di punture ricevute durante la degenza e lo sviluppo di sostanza bianca e di sostanza grigia del cervello.

*Come è vissuta attualmente la nascita prematura di un figlio dai genitori e come si sono evolute le aspettative di vita in questo campo?*

Innanzitutto il bambino viene rapidamente separato dalla madre per essere portato in terapia intensiva. La madre nutre rabbia e senso di colpa, poi pian piano acquisisce la capacità di relazionarsi con il bambino. Per

---

questo è importante che le terapie intensive neonatali siano aperte per quanto possibile all'accesso dei genitori, sia al papà che alla mamma, e che essi vengano coinvolti nell'assistenza al proprio bambino; inoltre la comunicazione del personale di assistenza con i genitori è fondamentale e non è facile. Le aspettative di vita ormai sono buone, adesso la maggior parte dei bambini che nascono a ventiquattro settimane sopravvivono.

*Cosa si sta muovendo a favore delle cure palliative pediatriche?*

Il recente Congresso internazionale organizzato dalla fondazione Maruzza ha messo in luce come in tutti i paesi si stiano cercando tutte le possibili tecniche e approcci che possano migliorare la qualità di vita del bambino: sollevarlo dalla sofferenza, cercare di mantenerne una vita relazionale con i compagni, gli amici e i genitori.

*Dott.ssa Franca Benini quali sono le maggiori preoccupazioni che vengono associate al termine "cure palliative"?*

Sulle cure palliative pediatriche c'è una reazione di esclusione: chi ha un malato, ha paura che "cura palliativa" significhi "mio figlio sta morendo", dunque ne esclude la possibilità; chi invece è al di fuori, appena sente associare i termini "bambini" e "cure palliative", finisce con l'evitare l'argomento. Mentre le cure palliative per l'adulto hanno già una loro storia, le cure palliative pediatriche devono ancora dimostrare che esistono.

*Cosa permettono le cure palliative oggi per questi bambini?*

Per prima cosa permettono di tornare a casa. Essere a casa per un bambino significa ricominciare a vivere; il bambino ricomincia a vivere e ad andare a scuola, a rivedere gli amici, a fare la spesa con i genitori... Accanto a questo le cure palliative danno l'assoluto controllo dei sintomi e il recupero delle funzioni che possono essere recuperate, ottimizzandone i risultati: permettono al bambino di essere più bambino possibile.

*Perché è nata la carta dei Diritti del bambino morente? Potrebbe essere applicabile a qualsiasi situazione e contesto sociale internazionale?*

Certamente sì, mancava qualcosa di pratico che partisse da motivazioni etiche, filosofiche ma soprattutto cliniche, e che fosse disponibile per tutti gli operatori che seguono i bambini negli ospedali, in pronto soccorso, a casa o in terapia intensiva: la messa insieme di più aspetti ha potuto portare a costruire una carta applicabile in tutte le realtà.

*Non poche persone sostengono che non abbia senso investire tanto denaro per i malati terminali: perché? È davvero anti-economico?*

Quando si parla di cure palliative non si parla solo di terminalità, si parla di inguaribilità: molti pazienti pediatrici nascono già inguaribili ma spesso vivono per molto tempo, anche anni. Noi ci occupiamo di questo tempo dell'inguaribilità. L'approccio alle cure palliative pediatriche è stato studiato anche in termini di efficacia di costo, e ormai sono molteplici i lavori che confermano questo: se si attua un sistema di cure palliative pediatriche a rete, con un centro unico che le gestisce, non solo i bambini vivono meglio e vivono di più, ma si risparmia. Come? Perché molti di questi bambini che sono a casa sarebbero altrimenti in ospedale in ambito critico. Certo, c'è una spesa di start up per creare il team e l'hospice, ma si è visto che a lungo andare questo viene recuperato in maniera importante; inoltre, sull'altro piatto della bilancia, vi è il livello di qualità dell'assistenza e soprattutto di qualità della vita in famiglia, radicalmente diversa: alcuni bambini in terapia intensiva, chiusi per anni, arrivavano anche a 150 giorni di ricovero annuo; mentre gli ultimi dati ci permettono di dire che, dei bambini presi in carico, calano bruscamente il numero e la durata dei ricoveri, e soprattutto i giorni di permanenza in ambito di terapia intensiva.

*Perché sarebbe opportuno che i governi e il leader religiosi si impegnino a favore di queste cure?*

In Italia abbiamo una legge ottimale, una delle leggi di riferimento a livello europeo ma anche al di fuori dell'Europa. Adesso dobbiamo partire dalla disponibilità di normativa che abbiamo, e portarla al concreto. Negli ultimi dieci anni il numero di questi bambini affetti da malattie inguaribili è esploso: in Italia ce ne sono più di 35mila e questi numeri rendono ragione della necessità di una risposta assistenziale.

*In Olanda è stata avviata da tempo la pratica dell'eutanasia per i bambini. Quali dati risultano, su questo modo di procedere, dal punto di vista scientifico pediatrico?*

Chi fa cure palliative è assolutamente contrario all'eutanasia, perché "eutanasia" significa di fatto fallimento delle cure palliative: se io riesco a fare il mio lavoro contro il dolore, posso aiutare la famiglia e il bambino ad avere un giusto approccio all'inguaribilità. Non è facile, ma posso aiutare quella famiglia e quel bambino a rendere il tutto meno pesante. Sono quasi trent'anni che faccio questo lavoro ma nella mia esperienza nessuno mai mi ha chiesto di voler morire. La disperazione e l'ansia sono frequenti, ma i genitori non te lo chiedono e i bambini sono delle persone speciali: tu controlli loro il sintomo, li proponi all'interno di una vita sociale, e loro ripartono; è più un problema nostro, degli adulti. I bambini hanno una marcia in più.

*Possiamo sperare che la sensibilizzazione alle cure palliative possa offrire un'alternativa più umana all'eutanasia?*



Concludiamo riportando la “Carta dei diritti dei morenti” approvata nel 1997 dalla Fondazione Floriani di Milano che chiaramente riassume le attese del malato terminale.

*“Chi sta morendo ha diritto:*

1. A essere considerato come persona sino alla morte.
2. A essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole.
3. A non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere.
4. A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà.
5. Al sollievo del dolore e della sofferenza.
6. A cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato.
7. A non subire interventi che prolunghino il morire.
8. A esprimere le sue emozioni.
9. All'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede.
- 10.. Alla vicinanza dei suoi cari.
11. A non morire nell'isolamento e in solitudine.
12. A morire in pace e con dignità”<sup>824</sup>.

#### **4.2.LA TERAPIA ANTALGICA**

“Padre, se è possibile, allontana da me questo calice”<sup>825</sup>. Così Gesù si rivolse a Dio Padre la sera del giovedì santo mentre attendeva Giuda, il traditore, nell'Orto degli Ulivi.

Questa affermazione ci impegna ad alleviare il dolore, soprattutto quando è atroce, per permettere al paziente di vivere, quanto più serenamente possibile, l'ultimo periodo della vita. Ciò avviene, prevalentemente, con la somministrazione della terapia antalgica così definita: “la somma degli atti ed interventi tesi alla soppressione, attenuazione e forse anche a una diversa percezione di sensazioni dolorose, abnormi per tipo, intensità e durata, sì da incidere profondamente o in maniera episodica o ricorrente o continua sulla qualità della vita”<sup>826</sup>

Nel 2001 il Parlamento Italiano legiferò sulla fruizione dei farmaci oppiacei atti a sedare il dolore dei malati in fase terminale (morfina, ossicodone, buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone,

---

Secondo me l'eutanasia non ha alternative, mentre le cure palliative sono un diritto: deve essere chiarito questo, qual è l'obiettivo della medicina? È sbagliato pensare che sia sempre quello di guarire, perché altrimenti non moriremmo mai. Se noi partiamo da questo concetto, che la medicina non ha le potenzialità per guarire sempre, la medicina è solo uno strumento per curare le persone. Le cure palliative fanno parte della medicina, e riescono a curare i bambini anche nel percorso dell'inguaribilità. Nell'*hospice* dove lavoriamo si vive, si mangia, si lavora tantissimo; la stessa cosa si fa in casa, ma certo non si parla di morte, si parla di vita. L'eutanasia non ha alternativa, è una scelta sbagliata di fare medicina” (Maria Gabriella Filippi, *Zenit.org*, 13-14 febbraio 2015).

<sup>823</sup> È online, e a disposizione di chiunque desideri consultarlo, Info Cure Palliative ([www.infocurepalliative.it](http://www.infocurepalliative.it)) ideato dalla Federazione Cure Palliative come supporto alle famiglie durante l'assistenza a domicilio di una persona malata in carico a un'équipe di cure domiciliari.

<sup>824</sup> Cfr.: [www.fondazionefloriani.eu](http://www.fondazionefloriani.eu).

<sup>825</sup> VANGELO DI MATTEO 26,39.

<sup>826</sup> M. ROMULI (a cura di), *Atti del simposio di terapia antalgica*, Accademia pratese di medicina e scienze, Prato 16 novembre 1980, pg. 6.

metadone...)<sup>827</sup>.

Ma questa tematica era già stata affrontata dalla Dottrina Cattolica; infatti, papa Pio XII il 24 febbraio 1954 parlando agli anestesisti, ne affermò la liceità e raccomandò di lenire il dolore particolarmente acuto con l'uso di determinati oppiacei: "La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo di narcotici (quando è richiesta da una indicazione medica) è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente"<sup>828</sup>.

È doveroso, quindi, utilizzare gli strumenti che la medicina possiede, restando però nei confini "dell'eticamente corretto". Perciò è opportuno ribadire alcune condizioni: il "consenso del malato" quando l'uso della morfina o di farmaci simili potrebbero anebbiarlo o privarlo della conoscenza; permettendogli, prima, di assolvere agli obblighi famigliari, civili e religiosi. E, infine, questi medicinali non vanno impiegati con finalità eutanasistiche.

## Exursum: l'Olanda docet

Rileggendo la storia degli ultimi decenni in Olanda ci accorgiamo che "la via della morte" si aprì nel 1971 quando "l'Associazione dei medici olandesi" consentì rimuovendo un pilastro fondamentale dell'etica professionale, cioè la difesa totale della vita umana.

L'Associazione, dichiarò che però, non avrebbe mai tollerato l'eutanasia, anche se, due anni dopo, un tribunale assolse un medico che "aveva affrettato la morte della madre".

Nel 2001, l'Associazione, sconfessò le dichiarazioni precedenti e accettò "l'eutanasia per pietà" che divenne legge dello Stato. Il testo della normativa indicava da parte la depenalizzazione dell'eutanasia come accoglienza del desiderio del paziente ma autorizzava anche il medico, come vedremo inseguito, a sopprimere il sofferente motivato dal "miglior interesse per il malato". Emblematico, ma soprattutto scioccante, fu un manifesto affisso in tutto il Paese che rappresentava un orso yoghi sdraiato in una bara nell'atto di calarsi addosso il coperchio.

Perciò, non meraviglia, che a Groningen, nel nord dell'Olanda, sorse il primo ospedale al mondo dove l'eutanasia fu lecita anche sui minori di 12 anni, oppure che tra i medici si raccontano questi episodi allucinanti.

"La mentalità di morte è diventata la norma fra i medici olandesi. Conosco un internista che curava una paziente con cancro ai polmoni. Arriva una crisi respiratoria che rende necessario il ricovero. La paziente si ribella: 'non voglio l'eutanasia!', implora. Il medico l'assicura, l'accompagna in clinica, la sorveglia. Dopo sei ore la paziente respira normalmente, le condizioni generali sono migliorate. Il medico va a dormire. Il mattino dopo, non trova più la sua malata: un collega gliel'aveva 'terminata' perché mancavano letti liberi"<sup>829</sup>.

Oppure: "So di un malato d'Alzheimer ricoverato in una casa per non

---

<sup>827</sup> Cfr.: Legge 8/2001.

<sup>828</sup> Cfr. *Discorso ai medici*, in "Orizzonte medico", Roma 1954, pp. 562-563.

<sup>829</sup> Testimonianze del prof. K. Gunning, in *Avvenire* 5 Dicembre 2000.

autosufficienti. Una settimana dopo la famiglia lo trova in stato di coma. Sospettano qualcosa e così lo fanno trasportare all'ospedale dove il paziente si riprende dopo l'infusione intravenosa di tre litri di liquido. Il figlio di un vecchio paziente ospedalizzato chiede ai medici di 'accelerare il processo', in modo che il funerale del padre possa avere luogo prima della sua partenza per le ferie all'estero già prenotate. I medici perciò gli somministrano molta morfina. Episodi del genere si raccontano come se fosse normale uccidere un paziente per compiacere i famigliari"<sup>830</sup>.

E la valanga dei casi extra-*legem* è ormai inarrestabile. Si pensi, ad esempio, ad un'associazione di cittadini che dal 2010 si batte per l'eutanasia accessibile a tutte le persone che abbiano superato i 70 anni e si sentono semplicemente stanche della vita.

Anche in Italia, alcuni, vorrebbero percorrere lo stesso itinerario. Esiste il sospetto che, già oggi, qualche medico esaudisca richieste eutanasiche di pazienti e di parenti, ovviamente adottando varie cautele affinché il decesso appaia "del tutto naturale".

Che l'eutanasia possa sostituire in un futuro prossimo, più vicino di quello che riteniamo, i consistenti costi della sanità, non è da escludere, anzi, è probabile. Questo è prevedibile da anni, poiché se oggi è soppresso il bambino non ancora nato, appare logica anche l'uccisione del nato con menomazioni, oppure l'affetto da malattia terminale o l'anziano nel periodo di una vecchiaia giudicata inutile.

Domani potrebbe essere il turno del malato terminale, dopo domani del portatore d'handicap..., ingenerando in molti l'incubo di essere trascritti in questa lunga lista di condannati a morte.

Ricordava il cardinale E. Sgreccia: "Quando si apre una porta, anche poco, si accetta l'idea che si spalanchi sempre di più. È un'illusione pensare di poter limitare l'eutanasia o il suicidio assistito entro confini rigidi, controllando la pratica"<sup>831</sup>.

---

<sup>830</sup> Testimonianze del prof. K. Gunning, in *Avvenire* 5 Dicembre 2000.

<sup>831</sup> *Tempi.it*, 11 luglio 2014.

## Parte quinta ALCUNE PROBLEMATICHE BIOETICHE

### Cap. 16 LA SPERIMENTAZIONE CLINICA

#### INDICE DEL CAPITOLO

**1. Alcuni elementi di storia**

**2. Etica e scienza**

**3. Il percorso sperimentale**

**4. Etica e sperimentazione**

**5. Tematiche etiche particolari**

5.1. La sperimentazione clinica nei soggetti più vulnerabili

5.2. La clinica in età pediatrica

5.1.2. La sperimentazione clinica con adulti incapaci di fornire validamente il proprio consenso informato

5.1.3. La sperimentazione clinica su popolazioni del Terzo e Quarto mondo

5.1.4. La sperimentazione sull'embrione umano

5.2. Informazioni genetiche e materiale biologico

5.3. L'uso del placebo

Conclusione

*Exrsum (1): Il dono del Ministero della Salute alle industrie farmaceutiche*

*Exrsum (2): La sperimentazione sugli animali*

*Exrsum (3): I Comitati di Bioetica*

*Exrsum (4): Il Comitato Nazionale Bioetica*

### Introduzione

La vita umana ha raggiunto livelli di benessere sempre maggiori, usufruendo anche delle sperimentazioni cliniche sviluppatasi prevalentemente negli ultimi decenni del secolo scorso, al punto che oggi sperimentazione e ricerca si caratterizzano come indispensabili nell'arte medica.

I tentativi di sperimentazione sull'uomo sono antichi quanto la medicina, ma solo dalla metà dell'Ottocento con il fisiologo francese *C. Bernard* (1813-1879)<sup>832</sup>, debuttò l'attività sperimentale nel significato moderno con la sintesi di due tradizioni: *razionalista*, che basandosi su conoscenze derivanti da modelli teorici, privilegiò il ragionamento "a priori", ed *empirista*, che assunse come metodo l'approccio empirico ed osservazionale dei fenomeni fisiopatologici.

A metà del XX secolo si diffuse nella comunità scientifica e nell'opinione pubblica anche la sensibilità ai problemi etici connessi alle sperimentazioni

---

<sup>832</sup> *G. Bernard*, fu definito da I. B. Cohen dell'università di Harvard nella prefazione al testo *Un'introduzione allo studio della medicina sperimentale*: "uno dei più grandi fra tutti gli uomini di scienza".

cliniche, poichè alcune ricerche furono condotte esponendo a rischi mortali categorie vulnerabili o emarginate della popolazione. Si attuarono, di conseguenza, strategie caratterizzate da strette interazioni tra profilo etico, deontologico, scientifico e giuridico.

## 1. Alcuni elementi di storia

La nascita della medicina razionale è da attribuirsi ad *Ippocrate*, il “padre” della medicina moderna, che visse tra il 460 a.C. e il 370 a.C. nell'isola di *Kos*. Di conseguenza, nelle *polis* greche, ebbe origine anche la medicina occidentale.

Per quanto riguardava l'aspetto sperimentale, rudimentali ed elementari studi furono condotti dai greci e dai romani nei primi secoli dell'epoca cristiana. Ad esempio, *Celso* e poi *Tertuliano*, rivolsero gravose accuse ad alcuni medici alessandrini (*Erofilo* e *Erasistrato*), accusandoli di praticare la vivisezione sui prigionieri e gli schiavi per verificare “dal vivo” le loro teorie e l'efficacia di alcuni medicinali<sup>833</sup>.

Nell' *alto medioevo* la medicina fu essenzialmente pratica, fondata sull'insegnamento diretto e sull'utilizzo di terapie consacrate dalla tradizione. Era però carente di un sistematico progresso della conoscenza nel quale la sperimentazione potesse assumere una funzione determinante.

Influente in questa epoca fu *Avicenna* (980-1037), medico, scienziato, fisico e filosofo così descritto da G. Cosmacini: “l'Avicenna filosofo è tutt'uno con l'Avicenna scienziato. La medicina è accorpata alle altre scienze ed integrata alla filosofia. L'arte della cura è integrata alla concezione generale dell'uomo nella sua totalità antropologica, nella sua unità psicofisica, nella sua relazione con il mondo”<sup>834</sup>.

*Avicenna* nel testo “Il canone della medicina” presentò la prima regola della sperimentazione, anticipando le normative che diverranno i cardini dei trials clinici moderni<sup>835</sup>.

Nel *basso medioevo*, con la fondazione di vari ospedali, si svilupparono conoscenze mediche più specialistiche che trovarono totale significato con la

---

<sup>833</sup> Cfr.: G. BRIEGER, *Human experimentation: history*, in *Encyclopedia of Bioethics*, op. cit., pp. 648-691.

<sup>834</sup> G. COSMACINI, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Laterza, Roma-Bari 1997, pg. 152.

<sup>835</sup> Avicenna, nell'opera “Il canone della medicina” scrisse:

1. Il farmaco deve essere privo di qualsiasi componente esterna.
2. Esso deve essere utilizzato su una malattia semplice e non composita.
3. Il farmaco deve essere testato con tipi contrari di malattia, perché alcune volte un farmaco cura una malattia per le sue qualità essenziali ed un'altra per le sue qualità accidentali.
4. La qualità del farmaco deve corrispondere alla forza della malattia. Per esempio, esistono farmaci, il cui calore è minore che la freddezza di alcune malattie, cosicché essi potrebbero non avere affetti su tali malattie.
5. Il tempo di azione deve essere ben osservato, cosicché l'essenziale e l'accidentale non siano confusi.
6. L'effetto di un farmaco deve essere visto accadere costantemente o in molti casi, se ciò non avviene, deve essere considerato un effetto accidentale.
7. L'esperimento deve essere fatto su un corpo umano, testare un farmaco su un leone o su un cavallo potrebbe non dimostrare niente circa il suo effetto sull'uomo” (IBN SINA, *The book of the canon of medicine*, The Medical Press, New York 1970, pg. 73).

nascita della clinica; di conseguenza, la medicina, abbandonò le concezioni cosmologiche e antropologiche.

Per quanto riguarda il settore sperimentale, le attività di ricerca, con caratteristiche elementari, continuarono nel primo millennio e anche nei secoli successivi accompagnate da appelli alla prudenza, essendo, fin dall'inizio, la sperimentazione clinica attraversata dal conflitto tra il rispetto dell'uomo malato e l'interesse scientifico.

Il primo *trial clinico* fu condotto involontariamente dal chirurgo francese A. Paré (1510-1590). Nel 1537, impiegò una miscela di trementina, olio di rosa e rosso d'uovo, per prevenire l'infezione nelle ferite da battaglia, rilevando che il nuovo trattamento fu alquanto efficace.

C. Wren (1632-1723), intuì l'opportunità di testare gli animali, in particolare i cani, iniettando per via endovenosa dei liquidi, osservandoli e poi protocollando le loro reazioni.

G. Aselli (1581-1626), vivisezionando dei cani, mostrò i "vasi chiliferi", fornendo un apporto determinante per l'eliminazione del mito galenico della centralità del fegato nella fisiologia. Ma R. Bacone (1214-1294), scienziato inglese, filosofo e frate francescano, sottolineava la criticità per il medico ad eseguire sperimentazioni sugli esseri umani viventi: "per la nobiltà della materia su cui lavorava e per il corpo su cui non si poteva compiere nessun errore"<sup>836</sup>.

Il settecento si contraddistinse per la "rivoluzione demografica", e la salute pubblica acquisì ampia rilevanza, ad esempio, con l'istituzione del "medico condotto". Si praticarono, inoltre, i primi rudimentali vaccini e fu introdotta la "quarantena".

In questo secolo le sperimentazioni cliniche aumentarono ed alcuni medici testarono, con gesti di altruismo, potenziali cure anche su se stessi o arruolando i parenti.

E. Valli (1755-1812), medico e fisico, nel 1788 testò, senza successo, vaccini per la peste e la rabbia che gli causarono una morte prematura a Cuba dove era giunto per studiare la "febbre gialla".

L. Spallanzani (1729-1799), gesuita e biologo, fu uno studioso della fisiologia gastroenterologica, e le sue ricerche risultarono essenziali nel dimostrare che il processo digestivo consiste anche in un decorso di azione chimica a livello gastrico, indispensabile per l'assorbimento dei nutrienti. Egli stesso, assunse più volte cibi diversamente preparati, che gli procurarono enormi danni.

E. Jenner (1749-1823), medico britannico, rinomato per la scoperta del vaccino contro il vaiolo fu reputato "il padre dell'immunizzazione".

Nell'Ottocento fu scoperta dai dentisti di Boston W. T. Green Morton (1819-1868) e H. Wells (1815-1848) l'anestesia generale, risolvendo una criticità della chirurgia.

E' dello stesso periodo O. Schmiedeberg (1838-1921) identificato il fondatore della moderna farmacologia.

E con la presentazione a Parigi della "teoria dei germi", L. Pasteur (1822-1895), rivelò al mondo scientifico che le malattie sono scatenate da microrganismi che a loro volta sono trasmissibili.

---

<sup>836</sup> R. BACONE, *Opera quaedam hactenus inedia*, Vol 1, Londra 1895, pg. 543.

Questo secolo vedrà, inoltre, la nascita della *Teoria della evoluzione*, espressione antropologica del positivismo.

Nel secolo XIX notiamo un notevole sviluppo anche nel settore sperimentale.

Figura rilevante fu appunto *L. Pasteur*, un esperto della sperimentazione umana, ben consapevole delle implicazioni etiche del suo operare. Fra le ricerche che condusse, una prevalse sulle altre: lo studio della “rabbia”, malattia infettiva grave, dovuta ad un virus, e trasmessa all’uomo dalla saliva degli animali infetti, particolarmente dei cani. Il 1 marzo 1886, *Pasteur* annunciò all’Accademia delle Scienze di Parigi che delle trecentocinquanta persone sottoposte al trattamento preventivo, solo una era deceduta.

Nel 1863 si intraprese l’uso del *Placebo* e nel 1923 fu introdotta *la tecnica della randomizzazione*.

Ma accanto ad atti meritevoli di plauso, con il trascorrere degli anni e con il moltiplicarsi degli studi clinici, *si attuarono sperimentazioni eticamente discutibili* su soggetti deboli, popolazioni vulnerabili, oppure remunerate.

Visse in questo tempo anche *C. Bernard*, che come già affermato, fu un riferimento autorevole nella storia della sperimentazione clinica, avendo applicato il metodo scientifico e sperimentale alla medicina, inquadrato in un opportuno contesto etico. Collocò la sperimentazione nella prassi medica ma con confini ben delineati. Per questo scrisse nell’ “Introduzione allo studio della medicina sperimentale”: “Il principio della moralità medica e chirurgica consiste nel non effettuare mai sull’uomo un esperimento che possa essere in qualche modo dannoso per lui, anche se il risultato potrebbe essere molto vantaggioso per la scienza, ossia per la salute degli altri”<sup>837</sup>. “La morale non proibisce di fare esperimenti sul prossimo né su noi stessi; nella vita di tutti i giorni ogni uomo fa esperimenti su altri uomini. La morale proibisce solo di far del male al prossimo. Perciò, fra tutti gli esperimenti che si possono fare sull’uomo, bisogna proibire quelli che possono nuocere; gli esperimenti innocui invece devono essere permessi e quelli che possono fare del bene devono essere comandati”<sup>838</sup>. Di conseguenza: “esiste il dovere di sottomettersi alla sperimentazione e il diritto corrispondente di effettuarla qualora tale procedura sia in grado di salvare una vita, curare una malattia, o portare benefici personali”<sup>839</sup>.

Ma, nonostante i progressi accennati, alla fine dell’800’, il metodo sperimentale si trova ancora agli inizi e le procedure erano scarse poichè la classe medica faticava a concepire le potenzialità delle sperimentazioni, e anche la giurisprudenza giudicava la ricerca un ingiustificato allontanamento dalla pratica clinica consolidata.

La medicina continuò il cammino di progresso nei primi cinquant’anni del XX secolo e anche la sperimentazione proseguì!

*V. Forssman* (1904-1979), premio Nobel per la Medicina nel 1954, da giovane medico nel 1929 sperimentò su se stesso un cateterismo cardiaco inserendo un

---

<sup>837</sup> C BERNARD, *Introduction à l’étude de la médecine expérimentale*, Garnier-Flammarion, Paris 1966; tr. It. *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Feltrinelli, Milano 1973 (2. ed), pg. 142.

<sup>838</sup> *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, op. cit., pg. 114.

<sup>839</sup> *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, op. cit., pg. 151.

tubicino nella vena del braccio destro raggiungendo il cuore. Quindi, con il catetere posizionato nel cuore, si recò in radiologia per eseguire una radiografia e documentare l'evento.

R. Fisher (1890-1962), statistico e matematico inglese, introdusse nel settore sperimentale la metodologia della randomizzazione e regolò la programmazione degli studi affinché i test statistici avessero validità scientifica.

Il 29 dicembre 1900, il Ministro Prussiano per gli Affari Religiosi, Educativi e Medici, approvò *la prima regolamentazione delle sperimentazioni cliniche*.

Questa normativa fu introdotta a seguito del “caso Neisser”. A. Neisser (1855-1916), docente di dermatologia all'università di *Breslau*, sperimentando un vaccino per curare la sifilide, iniettò il siero sifilitico, senza informazione e consenso, a cinque donne prostitute e a tre bambini.

E G. A. Hansen (1841-1912) che identificò il battere della lebbra, fu condannato negli stessi anni, dalla corte di *Bergen*, per aver iniettato ad una donna, sprovvisto del suo consenso, materiale biologico di un malato di lebbra.

Ma eravamo solo all'inizio degli orrori, emersi in modo plateale e drammatico, nel *Processo di Norimberga* (20 novembre 1945 – 1 ottobre 1946) nei confronti dei gerarchi nazisti fautori di terribili crimini e promotori della Shoah. Una sessione del processo, il cosiddetto “Processo ai dottori”, giudicò la medicina Nazista e vari medici che avevano ordinato criminose sperimentazioni di farmaci, veleni e gas su alcuni gruppi razziali, su persone mentalmente ritardate e su prigionieri politici, trattandoli unicamente come “oggetto di ricerca” e procurandogli la morte tra atroci sofferenze.

Il mondo medico e scientifico, con il *Processo di Norimberga*, conobbe le aberranti sperimentazioni criminali condotte dai *Nazi Doctors*, e prese coscienza che la ricerca medica può essere utilizzata anche per commettere abominevoli crimini. Per questo, fu incorporato nella sentenza il *Codice di Norimberga*, che evidenziava le linee etiche irrinunciabili per scienziati e ricercatori che avrebbero nel futuro condotto le sperimentazioni sugli esseri umani<sup>840</sup>. E il consenso, volontario e informato, dei partecipanti agli studi clinici, divenne criterio etico-giuridico a livello mondiale.

Dagli anni '50 del XX secolo si passò alla *medicina basata sull'evidenza*; protocolli standardizzati e avallati da studi scientifici, sostituirono opinioni ed esperienze personali.

Per quanto riguardava il settore sperimentale, nonostante il *Codice di Norimberga*, soprattutto la società americana dovette confrontarsi con progetti di ricerca assai discutibili a livello etico.

Ad esempio, nel 1963, al *Jewish Chronic Disease Hospital di Brooklyn*<sup>841</sup>, per stabilire se le condizioni debilitanti avrebbero portato a un ritardo dei fenomeni immunologici di rigetto, il gruppo di ricerca diretto da C. M. Southan, iniettò, a loro insaputa, cellule cancerose a ventidue pazienti anziani con malattie croniche. H.

---

<sup>840</sup> Cfr.: *Trials of war criminals before the Norimberg Military Tribunale under Control Council Law*, n. 10, col. II, D.C.: U.S. Government Printing Office, Washington 1949, pp. 181-190.

<sup>841</sup> Cfr.: H.K. BEECHER, *Experimentation in man*,. Journal of the American Medical Association 169 (1959), 461-478.



*Strass*, membro della Commissione di vigilanza dell'ospedale, citò in giudizio *Southan*, sospettando che la finalità dello studio fosse quella di provocare il cancro ai pazienti. Lo sperimentatore, si giustificò affermando che era del tutto ininfluenza che le cellule fossero o no cancerose; per l'età avanzata, gli anziani non avrebbero avuto effetti negativi.

Dal 1965 al 1971, si praticarono, con la finalità di approfondire l'epatite virale, sperimentazioni su oltre settecento bambini con patologie psichiatriche al *Willowbrook State School for Mentally Retarded Children di New York*. Bambini e ragazzi, dai 3 ai 10 anni, furono esposti deliberatamente al contatto con materiale proveniente da casi di epatite e poi furono curati con le immunoglobuline. Lo sperimentatore, *S. Krugman*, infettivologo, si giustificò dichiarando che i bambini avrebbero ugualmente contratto l'epatite a causa delle condizioni di sovraffollamento dell'Istituto. Ma, chi si rifiutava di partecipare allo studio, non era ammesso o era allontanato dalla scuola.

Altro caso tristemente famoso fu il *Tuskegee Syphilis Study*, una sperimentazione clinica condotta a *Tuskegee in Alabama* su 623 afro-americani dal 1932 al 1972, per appurare se la sifilide arrecasse ai neri, rispetto ad altre razze, danni superiori al sistema cardiovascolare o al sistema nervoso. Dei 623 arruolati, duecentoventitre erano sani e quattrocento affetti da sifilide, e per decenni non furono curati ma solo "osservati" nel decorso della loro malattia, anche quando il trattamento per la sifilide, la penicillina, era stato commercializzato. Di più; i nomi dei partecipanti allo studio furono resi noti, affinché nessun medico offrisse loro un adeguato trattamento.

Anche il nostro Paese, come affermò *G. Maccacaro*, il medico milanese fondatore di "Medicina Democratica", non era escluso da questi abusi: "In Italia, migliaia di persone sono sottoposte, quasi sempre a loro insaputa, ad esperimenti intesi ad accertare l'attività terapeutica e tossica di questo o di quel medicinale"<sup>842</sup>.

## 2. Etica e scienza

Per arginare le ripetute brutture riportate in precedenza la *World Medical Association*, elaborò delle "Linee guida" note come *Dichiarazione di Helsinki*, che svilupparono ed ampliarono i dieci punti del *Codice di Norimberga*, indicando principi etici che la comunità medica non poteva trasgredire praticando la sperimentazione clinica sull'uomo. Questa Dichiarazione è "la pietra angolare", a livello etico, della ricerca sperimentale.

Ma, anche dopo la pubblicazione della *Dichiarazione di Helsinki*, era consistente la convinzione dell'enorme potenzialità di manipolazione detenuta dagli scienziati e dai ricercatori, e contemporaneamente, della rilevanza della sperimentazione clinica per rendere migliore la qualità della vita dell'uomo. Era perciò impellente definire che il progresso della conoscenza è sinonimo di civiltà, unicamente se attuato con procedure eticamente corrette, affinché la scienza, che

---

<sup>842</sup> G. MACCACARO, *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pg. 179.

potrebbe soggiacere ad interessi lobbistici e alla “ragion di stato”, non si tramutasse in arma letale contro l’uomo. La complessità del problema è evidenziata dal fenomeno che dalla seconda metà del Novecento ad oggi, sono stati redatti oltre trecento codici etici e linee-guida bioetiche, e molti riguardano la sperimentazione cliniche sull’uomo<sup>843</sup>.

La necessità di armonizzare i requisiti per la conduzione dei *trials* nei centri di ricerca europei uniformandoli a quelli internazionali, come pure la preoccupazione di assicurare il più alto *standard* etico a protezione dei soggetti arruolati, motivò la formazione, nel 1985, di un “Gruppo di lavoro” che elaborò nel 1988 le *Good clinical pratiche for trials on medical products in the European Community*, le cosiddette GCP, cioè le *Norme di Buona Pratica Clinica*. Al termine di sette revisioni, il testo fu formulato nella versione definitiva l’11 luglio 1990.

Inoltre, il 4 aprile 1997, gli Stati dell’Unione Europea firmano la *Convenzione di Oviedo sui diritti dell’uomo e la biomedicina*; nel documento alcuni paragrafi riguardavano la sperimentazione. Entrambi i documenti citati sono “strumenti giuridici internazionali” che salvaguardano la dignità e i diritti dell’uomo contro gli abusi dei progressi della scienza e della medicina, sottolineando fortemente che *il vantaggio della persona deve sempre prevalere su quello della scienza e della società*.

La *Dichiarazione di Helsinki* subì varie revisioni; in quella di *Tokyo* si stabilì che “il progetto e l’esecuzione di ogni fase della sperimentazione riguardante l’uomo debbono essere chiaramente definiti in un protocollo sperimentale che deve essere sottoposto ad un *Comitato Etico Indipendente* nominato appositamente a tale scopo” (art. 1,2). Di conseguenza, dagli anni Ottanta del XX secolo, fu favorita in molti Paesi l’istituzione dei Comitati di etica nelle strutture ospedaliere.

In Italia, i *Comitati Etici* sono *organismi indipendenti*, composti da professionisti con competenze medico-scientifiche e non, con la responsabilità di garantire la validità scientifica di ogni studio sperimentale e il rigore nella conduzione, nonché la tutela della salute e i dei diritti dei soggetti coinvolti. Il “parere” del Comitato Etico è obbligatorio, ha valore vincolante ed è determinante per condurre la sperimentazione.

Il Comitato Etico esamina ogni studio clinico come richiesto dall’articolo 6 del Decreto Legislativo 211/2003 che metteva in evidenza che un Protocollo che non si propone obiettivi considerevoli, oppure è scarsamente scientifico, poco originale, insufficientemente innovativo, non è eticamente accettabile e di conseguenza non approvabile, poiché sottoporrebbe il paziente a disagi e rischi inutili.

I requisiti scientifici obbligatori sono: la chiarezza dell’interrogazione, l’esplicitazione dell’obiettivo, la razionalità dell’ipotesi scientifica, la rilevanza clinica del prodotto da sperimentare, la correttezza metodologica del programma di ricerca, la significatività statistica, l’attenzione alla letteratura internazionale, la corretta analisi dei risultati, la valutazione dello sperimentatore e la fattibilità

---

<sup>843</sup> Cfr.: U. TROHLER., *Human Research: From Ethos to Law, from National to International Regulations*, in A.H. MAHLE – J. GEYER-KORDESH (a cura di), *Historical and Philosophical Perspectives on Biomedical Ethics. From Paternalism to Autonomy?*, Burlington 2002, pp. 95-117.

logistica ed operativa dell'Ente sanitario di riferimento.

La finalità di una sperimentazione è perfezionare l'esistente, cioè acquisire informazioni attendibili e inedite dall'ipotesi formulata, ricordandosi della diversità tra reale novità terapeutica e semplice innovazione. Il valore della sperimentazione mantiene uno stretto rapporto anche con l'allocazione delle risorse; di conseguenza si comprende la scorrettezza etica nel produrre farmaci non superiori per efficacia a quelli già in commercio. Paradossalmente subiamo dallo Stato la riduzione delle risorse economiche per la ricerca, ma contemporaneamente, a volte, approviamo sperimentazioni "inutili."

*In sintesi:* "quando si effettua una sperimentazione su esseri umani vengono ad essere coinvolte diverse esigenze:

- \* Sviluppare il progresso scientifico.
- \* Non violare la dignità della persona.
- \* Promuovere il bene della collettività.
- \* Rispettare l'autonomia dei soggetti interessati.

Il comportamento etico più corretto è quello che riesce a salvaguardare tutte queste esigenze. Su questa linea deve tendere il lavoro del Comitato etico"<sup>844</sup>.

### 3. Il percorso sperimentale

I farmaci sono un prodotto di ampio consumo, e di conseguenza, sempre più soggetti non solo ne traggono benefici, ma sono esposti anche al rischio di effetti collaterali. Per questo, la metodologia per approvare un nuovo medicinale, oltre che esigere un ampio tempo segue continue e ferree verifiche. L'evoluzione di una nuova molecola procede seguendo normative regolatorie sovra-nazionali e nazionali ed un percorso di indagini farmacologiche pre-cliniche e cliniche codificate internazionalmente.

La "nascita" di un farmaco esordisce con l'individuazione di un'ipotesi di "bersaglio farmacologico", ossia di un elemento o di un meccanismo biologico su cui intervenire per migliorare il decorso di una particolare malattia. Il "bersaglio" è vario spaziando da un virus a un batterio, da una proteina difettosa a un legame molecolare alterato...

Dal "bersaglio farmacologico" e dall'ipotesi proposta, si selezionano i "composti guida", cioè alcune sostanze chimiche idonee ad ottenere un effetto terapeutico o ad influenzare un particolare meccanismo.

Dalla formulazione dell'ipotesi all'autorizzazione per l'immissione in commercio di un nuovo farmaco, occorrono mediamente 10/15 anni, e unicamente una molecola su migliaia, avvia il percorso di sperimentazione pre-clinica.

"L'itinerario sperimentale" si articola in quattro fasi<sup>845</sup>, anche se a volte è difficoltoso elaborare rigorose divisioni poiché le differenze dei prodotti o delle

---

<sup>844</sup> A. ANZANI, "Il compito formativo dei Comitati etici e la formazione dei suoi componenti", Intervento al 1° Corso interdisciplinare di aggiornamento per i membri dei Comitati etici organizzato dall'associazione "Società Umanizzata" di Milano, Sesto san Giovanni (Mi) 3 giugno 2009.

<sup>845</sup> Cfr.: S.J. POCKOCK, *Clinical Trials. A Practical Approach*, Chichester, New York 1984, (tr.it. M.L. ROMANO, *Etica e sperimentazioni cliniche*, Armando editore, Roma 1994, pp. 17-26.

metodologie di studio possono sovrapporne alcune. Al termine di ogni fase, i risultati determineranno se il futuro, ipotetico nuovo farmaco, continuerà il percorso, oppure se la sperimentazione dovrà interrompersi.

L'inizio delle fasi di studio sull'uomo è preceduta da meticolose ricerche in laboratorio con modelli matematici o test "in vitro" su campioni di una patologia (bersaglio terapeutico) per conoscere caratteristiche positive o negative del "principio attivo"<sup>846</sup> oltre che informazioni preliminari su sicurezza, efficacia, tossicità, farmacocinetica<sup>847</sup> e farmacodinamica<sup>848</sup>.

Segue poi la sperimentazione sugli animali, fondamentale non esistendo attualmente metodologie alternative.

Un Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica riguardante la sperimentazione scientifica sugli animali, fornisce la giustificazione etica. "E' nel nome stesso della salute dei viventi – non solo dei viventi umani, ma anche dei viventi non umani – che trovano le proprie giustificazioni etiche tutte le diverse forme di intervento umano sulla natura vivente, ivi comprese quelle attività – indubbiamente estreme che implicano il sacrificio di forme di vita"<sup>849</sup>. Il CNB, aveva già precisato in passato che la "ricerca biomedica sugli animali non è sinonimo di vivisezione"<sup>850</sup>. Pertanto, la sperimentazione sugli animali, quando la finalità è la sicurezza della persona, è eticamente accettabile essendo una forma di protezione dell'uomo, non trascurando le disuguaglianze tra le specie anche relativamente conformi, e che il trasferimento dei dati dall'animale all'uomo, a volte, può risultare poco attendibile. Sugli animali, sono eseguiti anche gli studi di teratogenicità, per verificare le lesioni ai feti che il "principio attivo" in sperimentazione potrebbe provocare<sup>851</sup>.

Al termine di questi passaggi, verificati gli esiti soddisfacenti sul piano dell'efficacia ed escluse dannose controindicazioni, inizia la sperimentazione sull'uomo che seguirà "quattro fasi".

#### FASE I°: NON TERAPEUTICA MA CONOSCITIVA

I *Clinical trials*<sup>852</sup> di Fase I, primo gradino dei test sui soggetti umani, non hanno finalità terapeutiche ma unicamente conoscitive, e rispondono al quesito: "questo 'principio attivo', e potenziale futuro farmaco, può essere somministrato senza causare all'uomo effetti avversi gravi?".

Gli studi di Fase I sono condotti in centri specializzati su ristretti gruppi di *volontari* (da 20 a 80 persone), *sani* e di sesso *maschile*.

---

<sup>846</sup> Fattore responsabile dell'effetto del farmaco.

<sup>847</sup> Riguarda l'assorbimento, la distribuzione e l'escrezione dei farmaci nell'organismo.

<sup>848</sup> Riguarda lo studio degli effetti biochimici e fisiologici dei farmaci sull'organismo.

<sup>849</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi*, Roma 1997, pg. 9.

<sup>850</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La sperimentazione dei farmaci*, Roma 1992, pg. 3.

<sup>851</sup> L'argomento riguardante la "Sperimentazione sugli animali" sarà ripreso nell'Exkursum 2 al termine di questo capitolo.

<sup>852</sup> Per indicare le sperimentazioni cliniche si usa spesso il termine inglese *clinical trials*, o quello più "italianizzato" di *trials clinici*. Noi utilizzeremo alternandoli quelli di *Trials* o sperimentazione.

#### FASE II° STUDIO DI EFFICACIA

Con la Fase II si determina l'efficacia terapeutica del farmaco in sperimentazione oltre che la sicurezza sull'uomo a breve termine.

Solitamente sono selezionati da cento a trecento persone, non più arruolati sani ma malati e le sperimentazioni sono attuate in più strutture, coordinate da uno dei centri partecipanti: il Centro Coordinatore.

Obiettivi della sperimentazione di Fase II sono: stabilire la "dose minima efficace" di farmaco, valutare la posologia ottimale giornaliera e la durata del trattamento, continuare l'analisi della sicurezza, della tollerabilità e degli effetti collaterali avviati nella Fase I.

Lo studio clinico deve ottenere l'approvazione del Comitato etico; ogni arruolato deve essere informato sugli effetti del potenziale farmaco e sui e firmare un consenso informato.

Questa Fase ha la durata media di due anni.

#### FASE III° STUDIO TERAPEUTICO SU LARGA SCALA

Se la Fase II fornisce risultati positivi riguardo l'efficacia e la sicurezza del farmaco è avviata la Fase III.

La durata di questa fase è mutevole secondo gli obiettivi che lo sperimentatore si propone, coinvolge più centri ospedalieri, è condotta su un ampio gruppo di pazienti, centinaia o migliaia, per perfezionare le informazioni già raccolte.

Obiettivi della sperimentazione di Fase III sono: valutare il valore terapeutico, l'efficacia e la tollerabilità del farmaco a breve e lungo periodo; determinare il dosaggio più opportuno, e di conseguenza, la somministrazione ottimale valutando il rapporto dose-risposta; confrontare il farmaco sperimentale con altri simili già in commercio per accertare: la superiore efficacia terapeutica, l'idoneità a produrre modificazioni significative in relazione ad una determinata patologia, minori effetti collaterali, la più facile somministrazione.

La quasi totalità degli studi di Fase III sono di tipo *randomizzato*. Gli arruolati sono divisi in due gruppi; uno assume il farmaco e l'altro il placebo. E' condotta in *condizione di cecità*: l'arruolato non è informato del gruppo nel quale è inserito (cieco); a volte questo non è conosciuto neppure dallo sperimentatore (doppio cieco).

Superata la Fase III, il promotore inoltra la domanda al Ministero della Salute per ottenere la registrazione del farmaco e l'autorizzazione all'immissione in commercio.

#### FASE IV°: DOPO LA COMMERCIALIZZAZIONE DEL FARMACO

Le sperimentazioni di Fase IV, solitamente "osservazionali", denominate anche di "sorveglianza post-marketing", sono studi condotti, quando il farmaco è già in commercio ed usato da migliaia di persone in più Paesi.

Effetti avversi pericolosi, riscontrati nella Fase IV, determinano il ritiro del farmaco dal commercio o la restrizione d'uso.

## 4. Etica e sperimentazione

L'etica nel processo sperimentale stabilisce il giusto equilibrio tra il progresso della scienza e la salvaguardia della persona arruolata. Ricordava san Giovanni Paolo II: "La persona è misura e criterio di bontà o di colpa in ogni manifestazione umana. Il progresso scientifico, pertanto non può pretendere di situarsi in un una sorte di terreno neutro"<sup>853</sup>: "La sperimentazione si giustifica 'in primis' con l'interesse del singolo, non con quello della collettività"<sup>854</sup>.

E' importante, quindi, verificare e controllare ogni aspetto della sperimentazione intersecandoli con i principi etici. Questo compito è svolto dal Comitato Etico.

### *Aspetti principali della sperimentazione.*

-Il *Razionale*, cioè l' ipotesi da testare, i dati disponibili sul principio attivo da studiare, la bibliografia che sorregge l'ipotesi sperimentale.

-Lo *scopo dello studio*: obiettivo principale ed eventuali secondari.

-Il *disegno dello studio*, ponendo particolare attenzione al controllo, alla randomizzazione e alla cecità.

-I *pazienti arruolati*; di conseguenza i criteri di inclusione e di esclusione dallo studio.

-Il *trattamento sperimentale* per quanto riguarda la posologia, le modalità di somministrazione, la durata, le eventuali complicanze...

-I *criteri di valutazione di efficacia e di tolleranza* chiari e rilevanti.

-L'idoneità dell' *ambito statistico* che per fornire risultati veritieri necessita di adeguate dimensioni del campione e di verifiche sulle metodologie contemplate per l'analisi dei dati.

-Gli *aspetti comunicativi*: informazione al paziente, consenso informato, salvaguardia della privacy.

-Gli *aspetti amministrativi*: copertura assicurativa, piano economico completo, informazioni sulla durata dello studio.

### *I Principi etici di riferimento*<sup>855</sup>

PRINCIPIO DI AUTONOMIA (O DI RISPETTO DELLA PERSONA).

Il principio di autonomia esige dal Comitato Etico un esame metodico della scheda informativa e del modulo di consenso informato, oltre le procedure previste dallo sperimentatore per comunicare con l'arruolato.

E, dunque, incombenza del Comitato Etico, verificare la qualità e la comprensibilità dell'informazione, oltre che salvaguardare la libertà decisionale dell'arruolato, rammentando che nessuno è tenuto ad aderire ad una sperimentazione clinica se non per libera scelta, consapevole dei rischi che si assume, senza coartazioni materiali e psicologiche.

PRINCIPIO DI BENEFICENZA (O BENEFICIALITÀ)

Per quanto riguarda la sperimentazione clinica, l'obbligo di promuovere il bene del paziente esige un' adeguato rapporto rischi-benefici o meglio, gli

---

<sup>853</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Ai partecipanti a due congressi di medicina e chirurgia*, in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, ed. Vaticana, 1980, vol. II/2, pg. 1005.

<sup>854</sup> *Ai partecipanti a due congressi di medicina e chirurgia*, op. cit., pg. 1008.

<sup>855</sup> I principi etici sono stati esaminati nel capitolo II di questo corso. Qui faremo riferimento nella concretizzazione unicamente all'aspetto sperimentale.

ipotizzati benefici, devono prevalere rispetto ai probabili rischi o danni. Quindi, dallo studio sperimentale, si devono sempre attendere accettabili possibilità di successo terapeutico. Per questo è essenziale, ad esempio, il costante monitoraggio delle sperimentazioni per intervenire tempestivamente ed interrompere la ricerca di fronte a reazioni ed eventi avversi gravi che pongono in pericolo l'arruolato.

#### PRINCIPIO DI NON MALEFICENZA

La "maleficenza" si manifesta prevalentemente con la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia.

Si agisce con "negligenza", quando non osservando un comportamento di prassi, si commette un danno per disattenzione, per trascuratezza o per carenza di sollecitudine.

Nel settore sperimentale questo accade, ad esempio, per l'eccessiva rapidità, e a volte superficialità, nella valutazione di uno studio clinico, oppure approvando un protocollo scarsamente scientifico o non accorgendosi della inadeguatezza della copertura assicurativa...

Si procede con "imprudenza" non utilizzando la dovuta cautela e non assumendo idonee misure precauzionali, ad esempio nel rapporto rischi/benefici, oppure non verificando l'idoneità della struttura ospedaliera sede dello studio, o le qualifiche professionali dello sperimentatore.

Ci si comporta con "imperizia", quando è inadeguata la preparazione professionale e la competenza tecnica, presupposti essenziali per l'esercizio di ogni attività, oppure non ci si attiene ai protocolli operativi.

Nel settore sperimentale ciò avviene, ad esempio, quando sono assenti specifiche competenze esaminando sperimentazioni cliniche attuate con metodologie innovative o rivolte ai soggetti "più vulnerabili".

#### PRINCIPIO DI TOTALITÀ (O TERAPEUTICO)

Nel settore sperimentale è inevitabile e giustificabile un "minimo rischio" se si attendono dal trattamento conseguenze favorevoli; è il "rischio calcolato". Vanno evitate, invece, le ricerche che potrebbero compromettere alcune funzioni vitali dell'organismo o provocare, all'individuo, menomazioni sostanziali.

#### PRINCIPIO DI PRUDENZA

Il principio di prudenza, da applicarsi al settore sperimentale, esige che ogni qualvolta si ravvisi il rischio che da uno studio potrebbero conseguire danni permanenti agli arruolati, si adottino adeguate precauzioni. Ad esempio, non essendoci sufficienti dati scientifici per autorizzare la randomizzazione, essendo divergenti i risultati di studi precedenti, questa metodologia non può essere approvata.

#### PRINCIPIO DI SOLIDARIETÀ

Per quanto riguarda la sperimentazione clinica, il principio di solidarietà assieme a quello di giustizia, stanno alla base di alcune raccomandazioni delle normative internazionali, quando asseriscono che una ricerca è legittimata eticamente unicamente se la popolazione oggetto di studio potrà usufruire degli eventuali benefici scaturiti dalla sperimentazione stessa. È un esplicito richiamo ai Paesi più ricchi ad astenersi dallo sfruttamento delle Nazioni più povere, testando su queste farmaci che saranno disponibili unicamente a chi possiede il denaro per

acquistarli.

#### PRINCIPIO DI GIUSTIZIA

In questo principio rientra l'argomento affrontato precedentemente relativo agli studi clinici nei Paesi del Terzo Mondo, in particolare l'esposizione delle popolazioni locali ai rischi derivanti dalla carenza di idonee garanzie di tutela. Il principio di giustizia esige, come sollecitato dal Consiglio Internazionale delle Organizzazioni delle Scienze Mediche (CIOMS), che ogni sperimentazione clinica sia autorizzata unicamente dopo che "le competenti autorità del Paese ospitante hanno raggiunto la convinzione che il progetto soddisfi le esigenze etiche fondamentali"<sup>856</sup>.

## 5. Tematiche etiche particolari

### 5.1.LA SPERIMENTAZIONE NEI SOGGETTI PIÙ "VULNERABILI"

#### 5.1.1.LA SPERIMENTAZIONE IN ETÀ PEDIATRICA

I *minori* rappresentano un sottogruppo vulnerabile della popolazione. La loro condizione nella pratica clinica e terapeutica fino a pochi anni fa era tragica<sup>857</sup> essendo un settore "therapeutic orphans"<sup>858</sup>, malgrado che il 20% della popolazione dell'Unione Europea è composta da persone di età compresa tra 0 e 16 anni, e che l'infanzia e l'adolescenza abbiano sostanziali difformità in rispetto all'età adulta. Erroneamente, la popolazione pediatrica, era reputata una "sotto-popolazione" di quella adulta.

A seguito del disinteresse generale per i minori, in Europa, circa il 60% delle prescrizioni pediatriche causarono l'incremento di eventi avversi, anche mortali, oltre che una frequenza di errori terapeutici da 4 a 12 volte superiore a quello riscontrabile nell'adulto.

Questa incresciosa situazione fu dovuta alla riluttanza delle industrie farmaceutiche ad investire risorse economiche in sperimentazioni cliniche ritenute poco remunerative, essendo quello pediatrico un segmento minoritario del mercato totale del farmaco. Erano presenti, inoltre, preoccupazioni etiche e metodologiche connesse alla vulnerabilità delle popolazioni pediatriche.

Nei primi anni del duemila emerse l'esigenza di approntare normative specifiche per la sperimentazione pediatrica, migliorando lo scenario generale. I dati del 2010 dimostrarono che i farmaci autorizzati per uso pediatrico in Europa si aggiravano attorno al 30% di quelli in commercio.

Definiamo sperimentazione pediatrica una ricerca clinica, deputata o meno alla registrazione di un farmaco, effettuata su soggetti da 0 a 16 anni, che corrisponda alle peculiarità richieste dalle normative vigenti in Europa per la sperimentazione clinica, comprese le "Linee guida pediatriche".

---

<sup>856</sup> CONSIGLIO INTERNAZIONALE DELLE ORGANIZZAZIONI DELLE SCIENZE MEDICHE, *Direttiva 15*.

Riprenderemo questo argomento nelle Tematiche etiche particolari.

<sup>857</sup> Cfr.: Sito web progetto *Drug Evaluation in children*: <http://www.dec-net.org>, oppure R. STEINBROOK, *Testing medications in children*, N. Engl. J. Med. 347 (2002) 1462-1470.

<sup>858</sup> Cfr.: H.C. SHIRKET, *Therapeutic orphans*, J. Pediatr. 2 (1968) 119-120.



Adottiamo come punto di riferimento alcune “raccomandazioni” del Decreto Legislativo n 211 del 24 giugno 2003: *“Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico”*<sup>859</sup>.

L'articolo 4 mette in evidenza le condizioni da seguire per lo svolgimento delle sperimentazioni cliniche sui minori.

“a) sia stato ottenuto il consenso informato dei genitori o dell'altro genitore in mancanza di uno di essi o del rappresentante legale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia; il consenso deve comunque rispecchiare la volontà del minore e deve poter essere ritirato in qualsiasi momento senza che ciò comprometta il proseguimento dell'assistenza necessaria;

b) il minore abbia ricevuto, da personale esperto nel trattare con minori, informazioni commisurate alla sua capacità di comprensione sulla sperimentazione, i rischi e i benefici;

c) lo sperimentatore tenga in considerazione la volontà esplicita del minore di rifiutare la partecipazione alla sperimentazione o di ritirarsene in qualsiasi momento, se il minore stesso è capace di formarsi un'opinione propria e di valutare le informazioni di cui alla lettera b);

d) il gruppo di pazienti tragga dalla sperimentazione clinica qualche beneficio diretto e solo se la ricerca è essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare il loro consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca; inoltre, la ricerca deve riguardare direttamente uno stato clinico di cui soffre il minore o essere di natura tale da poter essere intrapresa solo su minori;

e) siano state seguite le linee guida scientifiche pertinenti, adottate dall'Agenzia europea di valutazione dei medicinali (EMA);

f) le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e ogni altro rischio prevedibile, in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo del minore; la soglia del rischio ed il grado di malessere devono essere definiti specificamente e continuamente monitorati;

g) il protocollo sia stato approvato da un Comitato etico con competenza anche pediatrica o che si sia preventivamente avvalso di una consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali in ambito pediatrico;

h) l'interesse del paziente prevalga sempre sugli interessi della scienza e della società”.

### **5.1.2.LA SPERIMENTAZIONE CLINICA CON ADULTI “INCAPACI” DI FORNIRE VALIDAMENTE IL PROPRIO CONSENSO INFORMATO**

Vari documenti hanno ampiamente trattato i requisiti di tutela per gli adulti incapaci, per il loro stato patologico, di manifestare un consenso consapevole ed esplicito.

L' articolo 5 del *Decreto Legislativo n. 211/2003* indica:

“-sia stato ottenuto il consenso informato del rappresentante legale; il consenso deve rappresentare la presunta volontà del soggetto e può essere ritirato in qualsiasi momento senza pregiudizio per il soggetto stesso;

---

<sup>859</sup> S.O. n. 130/L alla GU n. 184 del 9 agosto 2003.

-la persona abbia ricevuto informazioni adeguate alla sua capacità di comprendere la sperimentazione ed i relativi rischi e benefici;

-lo sperimentatore tenga conto del desiderio esplicito di un soggetto in sperimentazione in grado di formarsi un'opinione propria e di valutare tali informazioni, di rifiutare la partecipazione o di ritirarsi dalla sperimentazione clinica in qualsiasi momento;

-non vengano dati incentivi o benefici finanziari ad eccezione delle indennità che, ove il promotore la sperimentazione sia un soggetto pubblico, potranno essere concesse solo nei limiti degli stanziamenti di bilancio ad esso assegnati;

-la ricerca sia essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca e riguardi direttamente uno stato clinico che ponga a rischio la vita o determini una condizione clinica debilitante di cui il soggetto soffre;

-le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e gli altri rischi prevedibili in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo; sia la soglia del rischio che il grado di malessere devono essere definiti specificamente ed essere continuamente monitorati;

-il protocollo sia stato approvato da un Comitato etico competente sia nel campo della malattia in questione, sia per quanto riguarda le caratteristiche proprie della popolazione di pazienti interessata, o previa consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali nell'ambito della malattia e della popolazione di pazienti interessata;

-gli interessi dei pazienti prevalgano sempre su quelli della scienza e della società;

-vi sia motivo di ritenere che la somministrazione del medicinale da sperimentare rechi al paziente un beneficio superiore ai rischi o che non produca alcun rischio".

L'articolo si conclude affermando: "Nei casi di incapacità temporanea, all'atto della riacquisizione delle proprie capacità decisionali, al soggetto deve essere richiesto il Consenso informato al proseguimento della sperimentazione".

Importanti sono la figura giuridica dell' amministratore di sostegno e la comunicazione; infatti come per i minori, anche in questi soggetti va ricercato e accettato il loro parere.

### 5.1.3.LA SPERIMENTAZIONE SULLE POPOLAZIONI DEI PAESI DEL TERZO E QUARTO MONDO

Numerosi studi clinici, sono condotti nei Paesi del Terzo Mondo, essendo meno onerosi economicamente e le violazioni delle GCP più tollerate. Un articolo del *New England Journal of Medicine* del 2011 esaminò i risultati di trecento sperimentazioni farmacologiche tenutesi dal 2000 al 2010 e pubblicati sulle riviste *NEJM*, *Lancet* e *JAMA*. I dati dimostrarono che in dieci anni gli studi clinici attuati nei Paesi in via di sviluppo sono raddoppiati, dal 4,7% del 2000 all'11,7% del 2010, mentre negli USA sono diminuiti, dal 53,8% al 42,6%, che assommati a quelli dell'Unione Europea si sono ridotti dal 93,8% all'85,1%. Un incremento è stato segnalato anche nei Paesi Sud americani e in quelli dell'Europa dell'Est.

Per condurre una sperimentazione clinica occorre arruolare circa 5.000

persone e lo Sponsor, cioè la ditta farmaceutica, si assume gravosi oneri economici e molteplici responsabilità. Si è calcolato negli Stati Uniti, che ogni giorno di ritardo nella commercializzazione di un farmaco, priva un'industria di oltre un milione di dollari per le mancate vendite. Di conseguenza, la rapidità, per una multinazionale è un notevole affare! Inoltre, nei Paesi occidentali, l'arruolato costa all'azienda farmaceutica circa 10.000 dollari; nell'Europa orientale 3.000; in Africa meno di 1.500.

Questa piaga che rapidamente si diffonde, nonostante l'invito di alcuni documenti internazionali alla massima cautela, pone due problemi: la scarsa attendibilità dei risultati e lo sfruttamento dell'uomo malato.

-Scarsa attendibilità dei risultati.

I Paesi sopra citati, oltre ad adottare in minima misura le metodologie previste dalle GCP, faticano ad essere monitorati dall'EMA (Agenzia Europea per i Farmaci) e dagli Enti regolatori internazionali. Questo significa la scarsa attendibilità dei risultati e ciò mette a rischio la sicurezza dei futuri fruitori dei prodotti farmaceutici. Come pure, l'assenza di informazioni sul profilo genetico dei partecipanti, può rendere nocivo il medicinale assunto in contesti geografici differenti. Dunque, l'annosa questione, interpella sia l'aspetto etico che quello scientifico.

-Sfruttamento dell'uomo malato.

Nei Paesi poveri sono presenti più malati, liberi dai vincoli delle GCP e dai controlli dei Comitati etici. In questa situazione, la sacralità, la dignità della vita umana e "l'interesse del paziente" da anteporre ad ogni altra motivazione, compreso il tornaconto economico, sono calpestati dal potere del mercato.

Gli arruolati affrontano molteplici rischi essendo dubbia l'acquisizione del consenso informato, inaffidabile l'approvazione del Comitato etico, quando è presente, e l'uso del placebo è concesso pur potendo attingere ad alternative terapeutiche consolidate. "Per molti di noi partecipare a un esperimento clinico è l'unico modo di avere le medicine, quindi di sopravvivere almeno un po' ", raccontava un malato africano che da due anni si curava partecipando a uno studio che confrontava un futuro farmaco con un placebo. In questi contesti si è totalmente scordato che la ricerca risulta giustificata, come più volte affermato, unicamente se la popolazione oggetto di studio potrà usufruire, in futuro, degli eventuali benefici.

Dobbiamo operare insieme per combattere gli abusi provocati da queste sperimentazioni cliniche incontrollate, evitando gli orrori del passato, quando i Paesi più ricchi sfruttavano le popolazioni più povere, testando su di esse farmaci che non avrebbero mai utilizzato. Diversamente, i Paesi più *poveri*, *si trasformeranno* nella "frontiera delle vergogne" del terzo millennio!<sup>860</sup>.

---

<sup>860</sup> Si pubblica a conclusione del paragrafo un articolo che mette in luce alcune "bruttture" compiute nei Paesi del Terzo Mondo. Questo testo, pur avendo una connotazione scientifica, vuole evidenziare questo continuo dramma oltrepassando la logica del qualunquismo.

"La giovane avvocatessa *Tessa Quayle* viene assassinata in Kenya in circostanze misteriose. Due detective di Scotland Yard scoprono che la donna stava indagando sul medicinale antitubercolare *Dypraxa*, oggetto di una sperimentazione non etica su pazienti africani. Di proprietà della multinazionale *Kvh*, il farmaco doveva essere testato in Africa per un paio di anni, in attesa che la tubercolosi tornasse ad essere un'emergenza sanitaria anche in Occidente.

Ma nelle sperimentazioni cliniche, condotte senza andare troppo per il sottile, vengono registrati e occultati gravi danni sulle povere cavie africane: epatiti fulminanti, cecità, emorragie... *Tessa* ha le prove che pagherà

---

con la vita. Dove è accaduto ciò? Nell'ultimo romanzo di *John Le Carré*, 'The Constant Gardener' (Hodder and Stoughton, 508 pagine). Potrebbe essere la realtà? Sì, il maestro delle *spy story* sembra averci visto giusto ancora una volta. Dopo accurate ricerche e consulenze, che onestamente dichiara nel libro, *Le Carré* è riuscito a mettere le mani su un filone molto promettente: le sperimentazioni farmaceutiche nei paesi del Terzo Mondo. In quei Paesi dove abbondano persone malate e senza diritti da sottoporre a prove improponibili in Italia o negli Stati Uniti. E l'Africa sembra proprio essere la nuova frontiera della vergogna se anche una testata come il *British Medical Journal* le ha dedicato il primo numero del millennio.

Si moltiplicano infatti le testimonianze su test clinici che non rispettano i diritti umani più elementari pur di arrivare a tempo di record alla commercializzazione di una nuova molecola. Un cronista del *Washington Post* si è imbattuto in una storia degna di *Le Carré* all'ospedale di *Kano*, in Nigeria, una delle tante. E' arrivato sul luogo solo a cose fatte, ma grazie alla collaborazione dei medici di *Médecins sans Frontières* che lavoravano nello stesso ospedale, ha potuto ricostruire l'accaduto.

Siamo nel 1996 e gli analisti di *Wall Street* valutano il nuovo antibiotico della *Pfizer*, il *Trovan*, un miliardo di dollari l'anno. Lo si vuole sperimentare anche contro la meningite. Il caso vuole che, non trovando abbastanza candidati negli Usa, in Nigeria sia in corso un'epidemia che falcerà 15.800 vite. Con un controllo pressoché nullo da parte della *Food and Drug Administration (FDA)*, l'ente che dà il via libera ai farmaci ma che ha poca voce in capitolo sugli esperimenti fuori confine, i ricercatori della *Pfizer* organizzano l'esperimento a *Kano*. Così mentre nella corsia a fianco i medici di *Msf* curano i disperati con un antibiotico rodato e a buon mercato (*il cloramfenicolo*), i ricercatori della multinazionale assoldano 200 bambini per provare il nuovo prodotto. I sospetti nascono subito a causa della rapidità della sperimentazione: sei settimane, contro l'anno circa richiesto dalle autorità Usa. Desta interrogativi anche il fatto che non venga richiesto un consenso scritto, ma solo verbale, adducendo i costumi del luogo. E sconcerata che la terapia a base di questo antibiotico venga mantenuta anche molti giorni dopo che i piccoli pazienti non rispondono. Undici bambini muoiono. Difficile dire quanti per la malattia e quanti per il mancato intervento. Sta di fatto che anche grazie a questa sperimentazione le autorità americane permetteranno l'uso del farmaco solo agli adulti a causa dei frequenti danni al fegato e alle morti osservate anche in Occidente. In Europa la medicina verrà tolta dal commercio.

Che cosa insegna il caso *Trovan* ?

Primo: per ragioni di costi, di concorrenza e di materiale umano, i big del farmaco stanno sempre più spostando la ricerca nei paesi dell'Africa, dell'Est europeo e dell'America latina.

Secondo: questo spostamento porta con sé molto spesso soprusi, scorrettezze e cattiva qualità degli studi. I dati sono impressionanti: l'anno scorso un terzo delle nuove richieste di approvazione di farmaci presentate alla *Fda* riportavano test condotti all'estero. Tre volte di più rispetto al 1995. Secondo la *Eli Lilly*, nel 1994 sono stati 590 i pazienti sottoposti ad esperimenti in Africa ed Europa dell'Est per i suoi prodotti. Nell'anno appena concluso sono stati 7.309.

Nei Paesi poveri ci sono più malati, quindi più cavie. Ci vogliono circa 4.000 persone per sperimentare un farmaco prima di metterlo in commercio. Ogni giorno di ritardo costa, negli Stati Uniti, 1,3 milioni di dollari di vendite andate in fumo. Ecco perché la fretta, ed ecco perché l'Africa o l'Europa dell'Est: secondo fonti industriali, un esperimento complesso costa all'azienda circa 10 mila dollari per paziente in Europa occidentale, 3.000 dollari in Russia. Meno della metà in Africa.

Parallelamente ai flagelli della malaria e della tubercolosi, l'Aids sta preparando l'Africa a essere il laboratorio ideale per sperimentazioni selvagge. E non è un caso se proprio nel continente nero *John Le Carré* ha ambientato il suo romanzo. Infatti sotto il *Sahara* vive il 90 per cento dei sieropositivi, gente che certo non può permettersi terapie che costano quasi cinquecento euro al mese. Così in paesi come il *Botswana* e lo *Zimbabwe* un terzo della popolazione è destinato a morire entro due o tre anni dall'esordio dell'infezione. Un esercito di malati di queste dimensioni presenta alcuni vantaggi: senza i lacci e i laccioli dei Comitati etici si possono condurre sperimentazioni cliniche in cui, per esempio, pazienti in terapia con farmaci antiretrovirali vengono confrontati a gruppi placebo, trattati cioè con finti medicinali. Una pratica che le convenzioni internazionali consentono solo nel caso non esistano ancora farmaci di provata efficacia; non è dunque il caso dell'Aids, per il quale esistono ormai medicine in grado di trasformare in cronica una malattia fino a pochissimi anni fa quasi sempre letale. Il ragionamento che consente lo svolgersi di sperimentazioni con placebo nei Paesi in via di sviluppo suona così: 'Poiché questi disgraziati non possono permettersi i farmaci, nulla vieta di fornirli ad alcune persone estratte a sorte (solo per il tempo della sperimentazione) e non ad altre, trattate con placebo'.

All'ultima Conferenza mondiale sull'Aids, svoltasi a *Durban* (Sudafrica), più voci si sono levate per interrompere questi 'trial della vergogna'. Tanto che l'Associazione medica mondiale ha dovuto riformulare in senso più restrittivo la *Dichiarazione di Helsinki*, che dal 1964 dovrebbe regolamentare gli esperimenti clinici sull'uomo. Nella nuova versione, approvata l'8 ottobre 2000 ad Edimburgo, si insiste sul fatto che le regole morali e le procedure dovrebbero essere le stesse in qualunque Paese. E che non è ammesso assoldare

#### 5.1.4.LA SPERIMENTAZIONE SULL'EMBRIONE UMANO

Varie, sono le situazioni in cui l'embrione si trova ad essere il "più vulnerabile", in particolare avvalendosi delle "cellule staminali embrionali" per ricerca. Abbiamo notato precedentemente che queste sono presenti nell'embrione e per utilizzarle vanno prelevate nei primi giorni di vita provocandone la morte. La sperimentazione sugli embrioni, praticata in alcuni Paesi, è vietata in Italia dalla Legge 40 del 19 febbraio 2004: "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"<sup>861</sup>.

Altre criticità per gli embrioni derivano dagli studi sul ciclo cellulare e sul loro metabolismo come pure dalla procreazione medicalmente assistita e dalla diagnosi pre-impianto.

#### 5.2.INFORMAZIONI GENETICHE E MATERIALE BIOLOGICO

Negli ultimi anni, la rapida evoluzione della genetica e delle biotecnologie, hanno portato al proliferare di raccolte di materiale biologico. Sempre di più, si è evidenziato, che rilevanti patologie hanno origini genetiche, e sussistono ampi raccordi fra i fattori genetici e quelli ambientali. *F. Collins*, il coordinatore del "Progetto Genoma Umano", affermò: "si può sostenere che tutte le malattie, a parte forse i traumi, hanno una componente genetica"<sup>862</sup>.

Per le potenzialità connesse alla genetica e per le caratteristiche peculiari dei dati genetici, il cui errato impiego causerebbe gravose lesioni alla persona, questo settore suppone indiscusse implicazioni etiche, giuridiche e sociali riguardanti anche l'ambito sperimentale.

Ai Comitati etici, sempre di più, verrà richiesta l'approvazione di sperimentazioni con "obiettivi genetici" oppure, in vari studi, l'aspetto genetico sarà un

---

soggetti in Paesi poveri, contando sul maggiore lassismo delle leggi. In particolare, si deve sempre richiedere un consenso esplicito e informato alla sperimentazione, e ai partecipanti devono essere garantite le cure migliori disponibili a livello internazionale sia durante sia dopo l'esperimento. In Africa, una volta finito lo studio, le medicine spariscono insieme ai ricercatori.

Per molti di noi partecipare a un esperimento clinico è l'unico modo di avere le medicine, quindi di sopravvivere almeno un po', racconta *Ozeel*, il malato sudafricano che da due anni si cura partecipando a uno studio che confronta una terapia con un placebo. 'Come fa a sapere di non essere capitato nel gruppo placebo?'. 'Semplice: sono vivo e sto bene. Segno che le medicine che mi danno sono vere'. *Ozeel* ha perso la prima figlia, stroncata quasi subito dal virus. Il secondo figlio non si è infettato anche se la moglie è positiva come lui. Si preoccupano per il dopo: quando i dottori voleranno via insieme alle medicine. Basterà la revisione di Edimburgo della Dichiarazione di Helsinki a fare arrivare a *Ozeel* i farmaci che lo tengono in vita? Lui pensa di no. Per questo si tiene informato sui nuovi esperimenti-lotteria. L'importante è partecipare. Anche perché i costi dei farmaci rimangono proibitivi per la gente come *Ozeel*. Lo scorso maggio, cinque aziende farmaceutiche (*Merck, Hoffmann-La Roche, Bristol-Myers Squibb, Glaxo Wellcome e Boehringer Ingelheim*) avevano promesso consistenti riduzioni di prezzo dei farmaci anti Aids per i Paesi in via di sviluppo. Per ora solo la *Glaxo-Wellcome* ha annunciato gli sconti. La *Bristol-Myers* ha devoluto 44 milioni di dollari in programmi sanitari in Africa meridionale. Ma i critici fanno notare che due terzi dei soldi sono finiti a organizzazioni non governative e istituti di ricerca di origine Usa. La *Pfizer*, invece, lo scorso marzo ha annunciato di voler donare al Sudafrica grosse scorte del medicinale antifungino '*diflucan*'. L'accordo con il governo è stato stilato, ma per ora, secondo le verifiche fatte dal *Washington Post*, nemmeno una confezione pare essere arrivata a destinazione". Fonte: *Settimanale L'Espresso*, 25.1.2001 (Tratto dalla rassegna stampa di [www.giulemanidaibambini.org](http://www.giulemanidaibambini.org)).

<sup>861</sup> G.U. n. 45 del 24 febbraio 2004. Gli articoli che vietano la sperimentazione sugli embrioni sono: artt. 1.13.14.

<sup>862</sup> C. SERRA, *Il Progetto Genoma Umano. Conoscere i nostri geni potrà cambiare la vita*, Cuen, Napoli 2000, pg. 83.

completamento della ricerca clinica stessa.

E mentre nelle sperimentazioni cliniche il rischio è connesso al nuovo farmaco, negli studi genetici i danni ai partecipanti potrebbe derivare da un uso strumentale delle informazioni acquisite.

Per questo, ogni ricerca con finalità genetiche, dovrà possedere un adeguato Consenso informato che il partecipante firmerà liberamente, al termine di un colloquio con lo sperimentatore dopo essergli state fornite ampie informazioni. Inoltre, l'arruolato, dovrà conoscere il suo diritto ad opporsi al trattamento dei dati genetici se questo aspetto della sperimentazione è un'aggiunta ad uno studio con obiettivi diversi.

### 5.3.L'USO DEL PLACEBO

Per *placebo* intendiamo ogni intervento privo di efficacia specifica nei confronti della condizione del malato, essendo quello somministrato, un composto inattivo o una sostanza inerte.

La maggioranza delle sperimentazioni cliniche sono "studi controllati verso placebo in doppio cieco". Il farmaco in studio, come già evidenziato, è somministrato al gruppo A e il placebo al gruppo B. I risultati ottenuti sono confrontati per verificare la reale efficacia del trattamento sperimentale.

A livello scientifico, l'argomento è anche oggi oggetto di discussioni, non essendoci tra gli studiosi una visione unanime<sup>863</sup>.

Documenti internazionali e nazionali invitano, utilizzando il placebo, alla prudenza, alla limitazione dei casi e ad attenersi ad alcune regole. Ma, nonostante questi interventi normativi, il placebo è adottato frequentemente, prevalentemente nelle sperimentazioni cliniche multicentriche.

Questa metodologia pone delle problematiche etiche.

E' eticamente corretto il confronto con il placebo reperendo in commercio farmaci di documentata efficacia? No.

E' eticamente corretto esporre al pericolo alcuni, somministrando il placebo, per tutelare la maggioranza? No.

E' eticamente corretto per somministrare il placebo sospendere una terapia ordinaria o privare il paziente di una cura di provata efficacia con il rischio che la patologia si aggravi o si riacutizzi? No.

E' eticamente corretto, assegnando l'arruolato "al braccio del placebo", provocargli maggiori sofferenze? No.

Come conclusione, e riassunto del paragrafo, proponiamo alcuni criteri indicati da B. Freedman che giudica ammissibile il placebo quando:

- non è disponibile nessuna terapia standard per la patologia in oggetto;
- le terapie disponibili si sono dimostrate non superiori al placebo;
- i trattamenti standard sono stati messi in discussione da nuovi dati scientifici<sup>864</sup>.

---

<sup>863</sup> Cfr.: L. CANDIA, *L'uso del placebo nei trials clinici: considerazioni etico-deontologiche*, in A. G. SPAGNOLO – E. SGRECCIA (a cura di), *Lineamenti di etica della sperimentazione clinica*, Vita e Pensiero, Milano 1994, pp. 91-94; A. HROBJARTSSON – P.C. GOTZSCHE, *Is the placebo powerless? An analysis of clinical trials comparino placebo with no treatment*, in *The New England Journal of Medicine* 21 (2001) 1594-1602.

<sup>864</sup> B. FREEDMAN, *Placebo-controlled trials and the logico f clinical purpose*, *IRB: A Review of Human Subjects Research* 12 (1990) 1-6.

## Conclusione

Come conclusione poniamo all'attenzione del lettore, *una motivazione particolare* che la persona potrebbe far propria accettando di partecipare ad una sperimentazione clinica, anche nella Fase I.

E' *la scelta della prossimità*, interpretata come aspetto concreto della solidarietà "di tutti verso tutti", e atto di reale disponibilità per "l'altro sofferente", che potrebbe, in futuro, trarre vantaggio da un nuovo farmaco. E' un atteggiamento di aiuto al prossimo sconosciuto; sappiamo unicamente che il probabile beneficiario, sarà una persona malata.

E' questa modalità, l'autentica concretizzazione del vincolo che unisce gli uomini, infatti, "l'uomo come persona, ha una profonda ed essenziale dimensione relazionale: l'uomo-persona, è un 'io' aperto al 'tu', un essere 'con' e 'per' l'altro"<sup>865</sup>.

E' la risposta preferibile all'appello di solidarietà di tutti i malati, conosciuti o sconosciuti, per i quali la scienza e la medicina s' impegnano a ricercare e verificare nuovi approcci diagnostici e terapeutici.

La prossimità, anche nel settore sperimentale, è senz'altro la motivazione più trasparente e maggiormente ricca di valori e di virtù, testimoniando *la grandezza della gratuità*.

E la gratuità, è la motivazione di chi oltrepassa una quotidianità che fonda anche le relazioni più intime su rapporti di reciprocità, almeno a parità di valore, o sulla mira inespressa di sopraffare l'altro, per aprirsi alla "solidarietà universale" anche nei riguardi delle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo che abbiamo più volte ricordato nel testo.

Accanto a questa idea va posta la sollecitudine delle industrie farmaceutiche e dei sperimentatori a recuperare *l'etica della ricerca* con decisioni trasparenti, e soprattutto, di risposta alle richieste del sofferente. Occorre, come ricordava G. Maccarano, scienziato e medico, "sperimentare per l'uomo e con l'uomo e non unicamente sull'uomo".

## Exursum 1: Il dono del Ministero della Salute alle industrie farmaceutiche

L'Italia è un Paese che dispone di un grandissimo numero di leggi; di conseguenza è impossibile al cittadino conoscerne anche solo una minima parte. Eppure, alcune norme, anche se all'apparenza sembra che non ci riguardino, potrebbero, in situazioni particolari, coinvolgere da vicino la nostra vita. E' il caso del comma 6, dell'articolo 12, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012: "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*"<sup>866</sup>.

Il Decreto Legge 158/2012 trattava vari argomenti: dalle regole per le

---

<sup>865</sup>D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Piemme, Casale Monferrato 2000, pg. 342.

<sup>866</sup>G.U. n. 214 del 13.9.2012.

nomine dei direttori generali degli ospedali al come contrastare la ludopatia; dalle sanzioni pecuniarie a chi vende tabacchi ai minori all'apertura degli ambulatori 24 ore su 24 e riservava un comma al "ridimensionamento" dei Comitati Etici Ospedalieri: "*uno ogni milione di abitanti*" (cfr.: art 12, comma 6).

Ai "non addetti ai lavori", cioè al "signor qualunque", questo comma ad una lettura veloce, sembra non interessargli, mentre con questo excursum si dimostrerà che "tutti i cittadini" dovrebbero essere alquanto impensieriti e intimoriti assumendo quotidianamente dei farmaci, oppure perché, in un determinato periodo della loro vita, potrebbero sentirsi rivolgere dal proprio medico curante questa richiesta: "Di un po', ti dispiacerebbe unirti ad altri pazienti per darci una mano nel fare una ricerca molto importante che stiamo intraprendendo?". E il nostro "signor qualunque", sgomento per la sua salute e forse per la sua vita, e lungi dal potere di scelta quando la persona alla quale ha ancorato tutte le speranze gli rivolge una richiesta, risponde prontamente "sì"<sup>867</sup>.

In Italia, fino al 30 giugno 2013, erano presenti 269 Comitati Etici. Dal 1 luglio 2013 sono stati ridotti a 70 (uno ogni milione di abitanti).

Fu un errore gravissimo e altamente pericoloso concentrare in poche persone una onerosa quantità di lavoro. Ciò ha menomato in una dimensione intollerabile "la sicurezza" dei pazienti arruolati, infatti l'enorme carico di attività ha ridotto la "qualità" delle revisioni e dei controlli delle sperimentazioni cliniche, e di conseguenza, sono notevolmente incrementati, gli errori di valutazione con tutte conseguenze, rischiando di rivivere drammatici errori del passato. Sembra sarcastico, ma in Italia tutte le normative sono eccellenti, anche le più idiote, fino a quando "non ci scappa il morto". Allora, tutti si sdegnano, e cercano il colpevole che solitamente non è mai identificato..

Ammoniva un documento della SIMLA (Società italiana di Medicina Legale): "Ricorrerebbe elevata probabilità di riconoscere tardivamente un eventuale errore di valutazione del Comitato etico (se vi sono più comitati etici che valutano contemporaneamente lo stesso protocollo tali errori sarebbero eliminati o si verificherebbero più difficilmente, con maggiori garanzie per i pazienti). La sottomissione di una sperimentazione a più Comitati etici, indipendenti tra loro nella valutazione, rappresenta una garanzia di una maggiore qualità di revisione e di controllo, in senso non solo tecnico ma anche squisitamente etico (si ricorda quanto rilievo conferisce a tale aspetto la normativa internazionale sulla conduzione delle ricerche), esattamente come il pluralismo di idee giova alla corretta realizzazione di ogni progetto di utilità collettiva".

E G. Grob, ispettore della "Food and Drug Administration" (FDA), si chiedeva: "I molti protocolli da esaminare in una riunione non fanno correre il rischio di una valutazione portata avanti con poca attenzione e con superficialità?".

Abbiamo poi un'inadeguata conoscenza da parte del Comitato etico che raggruppa più ospedali della sede in cui si svolgerà la sperimentazione (idoneità dello sperimentatore e della struttura, compatibilità della sperimentazione con l'organizzazione assistenziale, tipologie dei pazienti arruolati, conduzione del monitoraggio...).

---

<sup>867</sup> Cfr.: *Informed-but uneducated- consent*, N. Engl. J. Med 287 -1972, pg. 465.



Infine, sono stati penalizzati, gli studi “no-profit”.

*Con questa normativa, approvata dal governo presieduto dal senatore Mario Monti, le attività dei Comitati etici, sono stati spogliate dei valori etici e scientifici e ridotte a semplici attività formali.*

Gravi negligenze nella verifica delle sperimentazioni cliniche e nella conduzione delle ricerche che hanno sovrastimato l'efficacia di un farmaco e sottostimato gli effetti avversi dei trattamenti hanno dato luogo nel passato a drammatiche situazioni. Ad esempio, alcuni anni fa, il “Benfluorex”, un medicinale anoressizzante per soggetti diabetici, ha determinato in Francia, la morte di oltre mille persone per valvulopatia cardiaca. Inoltre, ogni anno, sono tolti dal commercio vari farmaci poichè determinano eventi avversi gravi e ciò, il più delle volte, è dovuto a errori di valutazioni anche da parte dei Comitati etici.

Perché è stata autorizzata la riduzione dei Comitati Etici?

Una giustificazione al Decreto Legge riguarda l'adeguamento della normativa sperimentale italiana alle Direttive Comunitarie; “ce lo chiede l'Europa!”. E qui, ci permettiamo di osservare, come avvenuto in altri contesti, non sempre la legislazione Europea si prefigge la difesa della dignità e dei diritti della persona; anzi, alcune leggi approvate e imposte a livello Comunitario, suscitano, come abbiamo notato in precedenza, notevoli perplessità.

Un secondo motivo sottaciuto, ma che riteniamo assai reale, è l'aver accolto le richieste delle industrie farmaceutiche di ridurre al minimo l'iter burocratico per diminuire i costi che devono sostenere per le singole sperimentazioni.

Ma le notizie negative non terminano mai! Nei primi giorni di giugno 2015 sulla “Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea” fu pubblicato il “Nuovo Regolamento sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano” che si prefigge di introdurre la prassi che parere di un “Comitato Etico Nazionale” sia sufficiente e valevole per tutti i centri sperimentali di una determinata nazione UE. Festeggiano le industrie farmaceutiche che reputano i Comitati etici i principali responsabili dei ritardi dell'avvio delle sperimentazioni dei nuovi farmaci, e questo, allontanerebbero dall'Italia gli investimenti.

Non possiamo, infine, non menzionare un articolo di condanna “della bioetica” ed ostile ai comitati etici, pubblicato da Gilberto Corbellini, tra l'altro docente di bioetica presso l'Università della Sapienza di Roma e Michele De Luca sul quotidiano “Il Sole 24 ore”<sup>868</sup>. I due autori ritengono gli esperti di bioetica “una casta di professionisti che ostacola la ricerca, aumenta i costi dello sviluppo dei farmaci e in questo modo danneggia i pazienti”. E i comitati etici sono condannati per “l'occuparsi di troppe cose con troppa poca competenza o di impicciarsi di cose scientifiche che non sono di loro competenza”. E la conclusione è pienamente in linea con le premesse: un unico Comitato Etico Nazionale, e noi aggiungiamo: magari senza la presenza dell'esperto di bioetica, che rischierebbe di rallentare anche quell'unico Comitato Etico.

*Quanta ipocrisia! Nuovamente la dignità e la sacralità della vita umana piuttosto che essere strenuamente difesa e anteposta a tutto, compreso l'interesse economico, è calpestata dal potere del mercato.*

---

<sup>868</sup> G. CORBELLINI – M. DE LUCA, *Per un comitato etico al passo con i tempi*, Il Sole 24 ore, 24 maggio 2015.,

Papa Francesco, più volte ha ricordato un “midrash biblico” di un Rabbino del secolo XII; questo racconto è alquanto significativo anche come conclusione della riflessione su questo argomento.. “Per costruire la Torre di Babele, era necessario fare i mattoni. E quando il mattone era preparato doveva essere portato su per la costruzione della Torre. Un mattone era un tesoro per tutto il lavoro che richiedeva; di conseguenza quando cadeva un mattone era una tragedia nazionale e l’operaio colpevole era punito. Ma se cadeva un operaio, non succedeva niente, era un’altra cosa!”.

E questo accadde anche oggi nel settore delle sperimentazioni cliniche. Se gli investimenti delle industrie farmaceutiche calano è una tragedia. Ma se una persona subisce gravi danni a seguito di un farmaco si rimane indifferenti.

Così, purtroppo, ragiona la nostra società!

## **Exursum 2: La sperimentazione sugli animali**

Ci si avvale degli animali nella fase *pre-clinica* o *fase 0*, cioè nel primo atto dello studio di una nuova molecola (o principio attivo) che si ipotizza portatrice di benefici terapeutici.

La sperimentazione sugli animali è soggetta a leggi che tutelano i diritti degli stessi nei confronti di inutili sofferenze o danni duraturi, limitandone l’utilizzo all’essenziale..

Le *Good Laboratory Practices* (GLP), cioè le linee di *Buona Pratica di Laboratorio*, hanno standardizzato le procedure sia nelle selezioni delle tipologie di animali, sia per le metodologie da seguire. Come pure, si afferma, la liceità dell’utilizzo degli animali, unicamente quando determinate conoscenze non sono già state acquisite in precedenza, e solamente per necessità essendo inattuabile l’uso di modelli matematici computerizzati, di colture cellulari di tessuti, di piante, di invertebrati e di microrganismi.

Dunque, la sperimentazione sugli animali in alcune situazioni è irrinunciabile, non esistendo attualmente metodologie alternative. Per onorare le differenti sensibilità, il legislatore con la Legge 413/93, ha contemplato “l’obiezione di coscienza” per chi opera in questo settore.

Una critica frequente riguarda la difformità degli animali dall’uomo; di conseguenza sussistono incognite collegate alla disparità delle specie. Pertanto, per alcuni, questa prassi sperimentale non fornisce risultati attendibili. La sostanziale disuguaglianza tra uomo ed animale è reale, ma alcuni animali posseggono in comune con l’uomo omogeneità anatomiche e fisiologiche. Ad esempio, il ratto, detiene un Dna in molti elementi analogo a quello umano. Certamente è impossibile ricreare in laboratorio sugli animali, con precisione, il complesso intreccio di relazioni tra gli organi e i mediatori chimici tipici dell’organismo umano.

A volte, l’atteggiamento nei confronti di questa fase sperimentale, sfocia in esagerazioni ed esasperazioni. Riteniamo doveroso stigmatizzare la crudeltà umana verso gli animali, come pure ridurre al minimo il numero di animali da sottoporre alla ricerca, sviluppando maggiormente i metodi complementari e

alternativi, ma proibire questa tipologia di studi paralizzerebbe e bloccherebbe la ricerca scientifica.

Un Parere del *Comitato Nazionale per la Bioetica* fornisce la giustificazione sull'uso degli animali: "E' nel nome stesso della salute dei viventi – non solo dei viventi umani, ma anche dei viventi non umani – che trovano le proprie giustificazioni etiche tutte le diverse forme di intervento umano sulla natura vivente, ivi comprese quelle attività – indubbiamente estreme che implicano il sacrificio di forme di vita"<sup>869</sup>. Lo stesso Comitato aveva già precisato che la "ricerca biomedica sugli animali non è sinonimo di vivisezione"<sup>870</sup>.

Da ultimo evidenziamo la "supremazia dell'uomo sul creato", come affermato dai primi capitoli del libro della Genesi; questo non significa trasformare gli animali esclusivamente in strumenti a servizio dell'uomo. Ma oggi, il principio della supremazia dell'uomo sul creato, in varie situazioni, appare capovolto. Molti, s'impegnano meritevolmente nella difesa degli animali, ma sono indifferenti, come più volte sottolineato, al rispetto della vita umana.

E' opportuno, di conseguenza, richiamare che la salute dell'uomo ha sempre priorità sul benessere dell'animale anche nel complesso settore sperimentale, dove gli animali assumono la valenza di prevenzione e di protezione poichè non si ripetano i drammi del passato. Ad esempio, negli anni '70 del XX secolo, la somministrazione del "talidomide" causò danni irreparabili a 2.625 bambini che nacquero affetti da varie malformazioni, oppure "l'elisir di sulfanilamide" provocò la morte di oltre cento bambini per la tossicità del solvente.

### **Exursum 3: I Comitati di Bioetica**

I Comitati di Bioetica sono organismi di riflessione pluridisciplinare, interdisciplinare e pluralistici; luoghi di decisione per gli aspetti etici dei problemi biomedici connessi con la vita e la salute dell'uomo, esaminati in un' ottica antropocentrica e non esclusivamente tecnico-scientifica. Inoltre, i Comitati di bioetica, sono ritenuti essenziali dalla normativa internazionale per garantire *un'alta qualità* alle sperimentazioni cliniche.

#### **1. PERCHÉ I COMITATI DI BIOETICA?**

I Comitati di bioetica esordirono negli anni sessanta del XX secolo negli Stati Uniti<sup>871</sup>, offrendo contributi per la soluzione di situazioni cliniche eccezionali che determinarono intensi conflitti tra pazienti e medici, provocando nella popolazione interesse e contemporaneamente preoccupazione. Da quel

---

<sup>869</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi*, Roma 1997, n. 9.

<sup>870</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA *La sperimentazione dei farmaci*, Roma 1992, n. 3.

<sup>871</sup> Tre testi sulla storia dei Comitati di Bioetica negli Stati Uniti: R.E. CRANFORD - A. E. DOUDERA, *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*, Health Care Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1984; B. HOSFORD, *Bioethics Committees: the health care provider's guide*, Aspen, Roville Maryland 1986; B. WEINSTEIN (a cura di), *Ethics in the Hospital Setting*, West Virginia University Press, Morgantown, West Virginia 1986.

momento, i Comitati di bioetica si diffusero in tutto il mondo, offrendo inizialmente prevalentemente consulenze nel settore assistenziale, poi esaminando ed approvando i protocolli di sperimentazione clinica.

Il primo caso clinico, che sollecitò la costituzione dei Comitati di bioetica, fu la dolorosa situazione di *Karen Ann Quilian* (1976) già citata in precedenza, una giovane di ventuno anni, in stato di totale incoscienza da oltre un anno per aver ingerito sostanze psicotrope unite ad alcool. *Karen*, era mantenuta in vita da un respiratore artificiale che i genitori adottivi chiesero “di staccare” poichè i medici avevano diagnosticato il suo stato irreversibile. I sanitari della clinica si rifiutarono; i genitori si rivolsero alla “Corte Suprema” dello Stato del New Jersey che accolse il 31 marzo 1976 la richiesta a seguito della testimonianza del padre e il parere favorevole del Comitato di bioetica istituito “ad hoc” nella clinica dove *Karen* era ricoverata. Sorsero dubbi sulla competenza del Comitato formato da due componenti “medici” (il direttore sanitario e un medico) e da quattro “non medici” (due sacerdoti, un’assistente sociale e un consulente legale) poichè doveva pronunciarsi sulla irreversibilità del coma e sulle possibilità che *Karen* riacquistasse uno stato di coscienza. Al Comitato fu chiesto di emettere una valutazione clinico-prognostico e non unicamente un parere etico sulla possibilità di sospendere le cure. A *Karen* fu staccato il respiratore artificiale ed essa, respirando autonomamente, visse in “stato di veglia non responsivo” per nove anni nella sua abitazione dove morì a causa di una polmonite nel 1985.

L’opinione pubblica si pose l’interrogativo sulla “sopravvivenza a tutti i costi” in quelle condizioni, oppure se non fosse più corretto permettere alla natura “di fare il suo corso”.

A seguito di questo caso iniziò la formalizzazione e la legittimazione giuridica dei Comitati di bioetica o di organismi simili, con il compito di valutare gli aspetti etici delle “cure straordinarie” a pazienti in condizioni critiche<sup>872</sup>.

Un'altra situazione che attirò notevole interesse riguardò *Baby Doe* (1983), una neonata affetta da *sindrome di Down* aggravata da difetti multipli della cresta neurale: spina bifida, microcefalia e idrocefalia. I medici proposero un intervento chirurgico correttivo; i genitori chiesero che “la natura facesse il suo corso” poichè l’intervento non avrebbe migliorato la situazione ma unicamente ridotto l’entità del danno. I sanitari ricorsero al tribunale, ma i giudici accettarono la richiesta dei genitori. Il caso fu sottoposto anche alla “Corte Suprema Americana”; la neonata morì lo stesso giorno dell’udienza.

Un caso, meno conosciuto ma altrettanto indicativo, fu quello di *William Bartling*<sup>873</sup> affetto da cinque patologie potenzialmente fatali: enfisema polmonare ostruttivo cronico, malattia vascolare arteriosclerotica diffusa, arteriosclerosi ostruttiva delle arterie coronariche, aneurisma addominale e adenocarcinoma inoperabile del polmone sinistro. Durante una biopsia, *Bartling* ebbe un collasso; fu trasferito nel reparto di rianimazione poichè si rese indispensabile l’utilizzo di un respiratore artificiale. Il paziente chiese ripetutamente di rimuovere il dispositivo

---

<sup>872</sup> La rivista *Life*, pubblicò nel 1962 un articolo denunciando che in un ospedale di *Seattle* (USA), la possibilità per i malati bisognosi di dialisi di sottoporsi alla cura era decisa da un gruppo interdisciplinare dell’Ente essendoci pochi posti a disposizione (cfr., *They decide who lives, who dies*, *Life* 9 -1962- 102).

<sup>873</sup> Cfr.: W. REICH, *Perché i Comitati di etica? Una valutazione dei diversi modelli*, in *I Comitati di etica in ospedale*, op. cit., pp. 17-19.

medico. Si decise, inoltre, di legargli le mani alle sponde del letto per impedirgli di togliersi il respiratore. Il medico di *Bartling* era favorevole ad accogliere la richiesta del suo paziente a condizione che ci fosse stato l'accordo dell'amministrazione dell'ospedale. Questa, era contraria, ritenendo la rimozione del respiratore una "collaborazione in suicidio". Ci si rivolse al giudice che pose a *Bartling* tre domande:

"Desidera vivere?". *Bartling* rispose: "sì".

"Desidera continuare a vivere dipendendo dal respiratore?". *Bartling* rispose: "no".

"Si rende conto che se il respiratore venisse staccato, lei potrebbe morire?".

*Bartling* rispose: "sì".

Il giudice stabilì che la prognosi a livello medico era "ottimistica" e l'atteggiamento del *Bartling* nei confronti del respiratore "ambivalente"; perciò negò il distacco del dispositivo medico. *Bartling*, trascorse il resto della vita presso la terapia intensiva, collegato al respiratore e con le mani legate<sup>874</sup>.

I casi menzionati riguardarono aspetti etici della pratica clinica; dunque, l'istituzione dei primi Comitati di bioetica, fu la risposta ad esigenze contingenti.

Anche nelle sperimentazioni cliniche, l'aspetto etico era carente, nonostante che nel 1953 il "*Group Consideration for Clinical Research Procedures Deviating from Accepted Medical Practice or Involving Unusual Hazard*" sollecitò la revisione etica delle ricerche da una "Commissione indipendente", ma tale indicazione fu applicata unicamente alle sperimentazioni condotte nei centri pubblici.

Nel 1962, si emendò la decisione della "*Federal Food, Drug and Cosmetic Act*" del 1938, che autorizzava lo studio di nuovi farmaci senza la revisione etica del protocollo. Fu anche introdotto l'obbligo del consenso informato.

Nel 1966, il "*National Institute of Health*" (NIH), Agenzia del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, stabilì alcune norme per regolamentare la sperimentazione. Sempre nel 1966, la "*Surgeon-General of the United States Public Health Service*" (USPHS), emanò una disposizione che rese obbligatoria l'istituzione, nei centri pubblici di ricerca, di una Commissione per la revisione etica dei protocolli.

Nel 1974, fu istituita dal Congresso degli USA, sollecitato anche dal drammatico "*Tuskegee syphilis study*", la "*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*" (Commissione Nazionale per la protezione dei soggetti umani coinvolti nelle Ricerche Biomediche e Comportamentali) con il compito di identificare i principi etici irrinunciabili nella ricerca biomedica e fornire suggerimenti per l'applicazione. Sempre nel 1974, il Presidente *R. Nixon*, firmò "*La legge sulla ricerca*" che fissò la costituzione degli "*Institutional Review Boards*" (IRB) negli istituti che conducevano ricerca con fondi pubblici per tutelare i diritti dei partecipanti alle sperimentazioni.

Dopo quattro anni di lavoro, la "*National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*", pubblicò *i principi etici di base*

---

<sup>874</sup> Cfr.: G. J. ANNAS, *Prisoner in the ICU: The Tragedy of William Bartling*, in *The Hastings Center Report* 14 (1984) 28-89.

e le linee guida per le sperimentazioni cliniche. E' il "*Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research*" che rimarrà, pur non acquisendo valore legale, il nucleo concettuale fondamentale della bioetica americana<sup>875</sup>.

Il *Belmont Report* indicò tre principi etici imprescindibili.

-Il *principio di autonomia* o del "rispetto per le persone", concepito come l'obbligo di trattare gli individui come soggetti autonomi, rispettando la loro capacità di autodeterminazione, salvaguardandolo da danni ed abusi negli stati di vulnerabili o possedendo un'autonomia limitata. Di conseguenza, chi partecipava ad una sperimentazione clinica, doveva fornire il proprio consenso dopo aver ricevuto dal medico ampia ed adeguata informazione.

-Il *principio di beneficalità* (dal termine inglese *beneficence*) inteso come "la pratica di fare il bene", massimizzando i benefici e minimizzando i rischi.

-Il *principio di giustizia* interpretato come l'equa distribuzione degli oneri e dei benefici derivanti dalla sperimentazione clinica.

L'osservanza di questi principi etici sarebbe stata verificata da un Comitato, i già citati "*Institutional Review Boards*", che superando la natura volontaria e informale delle precedenti iniziative, avrebbero approvato la sperimentazione e controllato che il consenso informato fosse caratterizzato da una dettagliata informazione, ponendo particolare attenzione ai bambini, agli anziani e agli handicappati mentali gravi.

Nel 1980, il Presidente *J. Carter*, istituì la "*President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research*" (Commissione Presidenziale per lo Studio dei Problemi Etici in Medicina e nella Ricerca comportamentale) formata da scienziati, clinici ed esperti di filosofia, teologia, scienze mediche e sociali. I lavori della Commissione durarono tre anni (1980-1983); fu prodotta una *Raccomandazione* che imponeva l'istituzione di un Comitato di bioetica in ogni Ente ospedaliero.

Al Comitato furono assegnate tre funzioni: la consulenza etica per casi clinici problematici, la redazione di linee guida per la ricerca e la formazione degli operatori sanitari riguardo i problemi etici della medicina e della ricerca<sup>876</sup>.

Nel 1984, "*l'Accademia Americana di Pediatria*", si pronunciò a favore dell'istituzione dei Comitati di bioetica<sup>877</sup>. Di particolare rilievo fu anche la presa di posizione espressa dall' "*Associazione degli ospedali americani*"<sup>878</sup>.

---

<sup>875</sup> Il testo in S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Nis, Firenze 1993, pp. 243-254.

<sup>876</sup> Cfr.: PRESIDENT'S COMMISSION, *Deciding to forego life sustaining treatment*, US Government Printing Office, Washington DC 439 (1983) 457.

<sup>877</sup> "L'Accademia Americana di Pediatria raccomanda che i responsabili di ogni istituzione ospedaliera prendano in seria considerazione il ruolo che un Comitato di bioetica può svolgere nell'aiutare a prendere decisioni sulle cure riguardanti bambini con gravi patologie" (G. LEBEER -a cura di-, *Ethical function in Hospital ethics Committees*, vol. 51 in "*Biomedical and health Research European Commission*", Bruxelles 2002, pg. 215).

<sup>878</sup> "La crescita delle conoscenze mediche e la diffusa applicazione della tecnologia in campo medico hanno aperto nuove opportunità nella cura della salute. Nello stesso tempo però questi fenomeni hanno posto sempre più medici, operatori sanitari in genere, pazienti e familiari di fronte a complesse scelte etiche. Il recente tentativo di chiarificare a livello delle istituzioni sanitarie le questioni di etica biomedica si è concentrato sul ricorso all'istituzione dei comitati di bioetica. Tali comitati saranno in grado di rispondere al compito di identificare le implicanze etiche dei nuovi problemi posti dal progresso biomedico e di contribuire alla loro soluzione, a condizione che ne siano chiaramente definiti gli obiettivi e che sia

Anche a livello internazionale si prese coscienza del rilievo dei Comitati, e nella revisione di Tokyo della Dichiarazione di Helsinki, si stabilì che “il progetto e l’esecuzione di ogni fase della sperimentazione riguardante l’uomo debbono essere chiaramente definiti in un protocollo sperimentale che deve essere sottoposto ad un *Comitato indipendente* nominato appositamente a tale scopo” (art. 1,2).

## 2. LA DIFFUSIONE DEI COMITATI DI BIOETICA

A partire dagli anni Ottanta del XX secolo, come abbiamo visto, soprattutto negli Stati Uniti, fu favorita l’istituzione dei Comitati di bioetica nelle strutture ospedaliere, anche se persisteva la discussione sulla loro *mission*.

Negli USA, nacquero tre tipologie di Comitati.

-A “livello nazionale” i Comitati e le Commissioni per lo studio delle contese bioetiche.

-A “livello dei singoli ospedali” gli *Hospital Ethics Committess*.

-A “livello degli Istituti di Ricerca” gli *Institutional Review Boards* per valutare ed esprimere il parere etico sui protocolli di sperimentazione clinica<sup>879</sup>.

I Comitati di bioetica si diffusero, contemporaneamente, anche in vari Paesi<sup>880</sup>.

In Italia, dagli anni '80, operarono alcuni centri di bioetica. La *Scuola di Medicina e Scienze Umane*, fondata nel 1982 a Milano presso la Fondazione San Raffaele del Monte Tabor; il *Centro di Bioetica di Genova*, istituito nel 1984 dall’Università di quella città; la *Consulta di Bioetica* nel 1989; il *Laboratorio di Bioetica* della Fondazione Lanza di Padova; l’*Istituto Giano di Bioetica*.

Per quanto riguarda i Comitati etici, abbiamo avuto un ritardo di diffusione rispetto ad altri Paesi. I nostri Comitati “pionieri” furono istituiti presso l’*Università Cattolica del Sacro Cuore* di Roma (1985), gli *Istituti Clinici di Perfezionamento* di Milano (1985), l’*IRCCS san Raffaele* di Milano (1986) e immediatamente dopo all’*Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori* di Milano e all’*Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro* di Genova.

Il *Comitato Nazionale di Bioetica*, con funzione consultiva, fu costituito solo nel 1990 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Dunque, anche in Italia, dalla metà degli anni '80 notiamo un proliferare di Comitati etici, caratterizzato però, per molti anni, dalla disomogeneità.

---

altrettanto chiara la consapevolezza delle loro possibilità e dei loro limiti” (K. RUYTER, *Clinical Ethics Committees in Norway: experiences and challenges*, in *Ethical function in Hospital Ethics Committees*, op. cit., pp. 81-99).

<sup>879</sup> Cfr.: A. M. CAPRON, *Ethics Committees in the Unides States*, in *Notizie di Politeia* 67 (2002) 87-94.

<sup>880</sup> Ad esempio, nel 1976, in Canada, presso “l’*Institut de Recherche Clinique*” dell’Università di *Montreal*, fu istituito il “*Centre de Bioéthique*” e nel 1978 il “*Comité Deontologique de la Recherche*” con il compito di revisione della ricerca e per offrire una guida alla pratica clinica. Nel 1982, al *Consiglio d’Europa*, fu istituito il “*Comité ad hoc d’experts sur les progrès des sciences biomédicales*” (CAHBI) per elaborare Raccomandazioni e Risoluzioni per gli Stati membri, anche se già dal 1977 era presente l’ “*European Ethical Rewiew Committee*” (EERC), composto da trenta membri di nove Paesi europei, con la finalità di determinare la validità scientifica e gli aspetti etici dei protocolli delle industrie farmaceutiche del “vecchio continente”. Nel 1983, nel *Massachusetts*, fu costituito il “*Council for Responsible Genetics*” composto da scienziati preoccupati dallo sviluppo incontrollato delle biotecnologie.

### 3. LA NORMATIVA ITALIANA PER I COMITATI DI BIOETICA

Nella legislazione italiana sono *quattro* i Documenti riguardanti peculiarmente i Comitati etici: Decreto Ministeriale n. 86 del 27 aprile 1992, Decreto Ministeriale del 15 luglio 1997, Decreto del Ministero della Salute del 18 marzo del 1998, Decreto Ministeriale del 12 maggio 2006, oltre l'articolo 12, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 considerato nell'exursum 1.

Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica si è pronunciato con *tre* Pareri: I Comitati etici (1992), I Comitati etici in Italia: problematiche recenti (1997), I Comitati etici in Italia: orientamenti per la discussione (2001).

#### 3.1. DECRETO MINISTERIALE 86/92

Il Decreto Ministeriale n. 86 del 27 aprile 1992: "*Disposizione sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE*"<sup>881</sup>, si fece garante della Direttiva della Commissione delle Comunità Europee sulla revisione dei protocolli di ricerca da parte dei Comitati etici, introducendo per la prima volta nel contesto normativo italiano il termine "Comitato etico". E' "*una struttura indipendente costituita da medici e non, il cui compito è di verificare che siano salvaguardati la sicurezza, l'integrità e i diritti umani dei soggetti partecipanti ad uno studio, fornendo in questo modo una pubblica garanzia*"(art. n.3).

A seguito di questo Decreto, il Comitato etico, assumerà la caratteristica di un organismo amministrativo delegato, prevalentemente, all'esame delle sperimentazioni cliniche, i cui pareri assumeranno "valore vincolante". Il Decreto non offrì indicazioni concrete sull'organizzazione e il funzionamento dei singoli Comitati.

#### 3.2. DECRETO MINISTERIALE 15 LUGLIO 1997

Il secondo documento, è il Decreto Ministeriale del 15 luglio 1997: "*Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali*"<sup>882</sup> che obbligò l'approvazione da parte del Comitato etico di ogni sperimentazione clinica (cfr. art. 3.1.).

Il Comitato etico fu definito: "*Una struttura indipendente (una commissione o un comitato di revisione dell'istituzione, regionale, nazionale o sopranazionale), costituita da professionisti medici/scientifici e membri non medici/scientifici, con la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in uno studio clinico e di fornire pubblica garanzia di tale protezione. Tale struttura è responsabile, tra l'altro, di effettuare la revisione e di dare l'approvazione e il parere favorevole relativamente al protocollo di studio, alla idoneità del/gli sperimentatore/i, delle strutture, nonché ai metodi ed al materiale da impiegare per ottenere e documentare il consenso informato dei partecipanti allo studio clinico*" (allegato 1, 1.27).

---

<sup>881</sup> GU n. 101 del 15 giugno 1992.

<sup>882</sup> GU n. 191 del 18 agosto 1997.



Per quanto riguarda la configurazione legale/giuridica, l'organizzazione e l'operatività, il Decreto fece riferimento alle *Good Clinical Practice* che autorizzavano la variazione della metodologia operativa da Paese a Paese, dovendo comunque, consentire al Comitato di agire nel rispetto delle stesse. Riguardo alla composizione, l'allegato al Decreto, fornì suggerimenti generali, raccomandandosi che il Comitato comprendesse almeno cinque componenti tra cui uno di formazione non scientifica ed uno indipendente dal centro di sperimentazione (cfr. allegato 1, 3.2.1.). Dunque, ai Comitati etici, fu attribuito ufficialmente un ruolo vincolante a livello decisionale nei confronti delle singole sperimentazioni.

Notiamo due differenze rispetto al precedente Decreto.

La prima riguarda *l'applicazione della Good Clinical Practice* ad ogni sperimentazione clinica, mentre nel '92 si richiedeva di far riferimento alle GCP unicamente nelle sperimentazioni aventi come finalità l'immissione in commercio di nuovi farmaci (cfr. art. 2.2).

La seconda differenza interessava direttamente i Comitati etici; furono delineate le procedure operative standardizzate da seguirsi, incrementando notevolmente l'aspetto burocratico a livello gestionale.

### **3.3. DECRETO MINISTERIALE 18 MARZO 1998**

Il terzo Decreto del Ministero della Sanità fu quello del 18 marzo del 1998: "*Linee guida per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici*"<sup>883</sup>.

Riguardò direttamente i Comitati etici, fornendo indicazioni, in linea con le GCP, sull'istituzione, la natura, la struttura, la composizione e il funzionamento, e riconfermò ai Comitati la responsabilità di autorizzare l'avvio delle sperimentazioni cliniche.

Il Comitato etico, fu definito:

- *organismo indipendente*, quindi non subordinato gerarchicamente né alla struttura dove operava e neppure ad altri Comitati;
- *composto* di esperti sanitari e non<sup>884</sup>, secondo i criteri di *interdisciplinarietà*;
- con il *compito* di emettere *il proprio parere vincolante*, prima dell'avvio di ogni sperimentazione clinica, basato sulla verifica dell'impostazione scientifica ed etica.

Punto di riferimento per le decisioni saranno la Dichiarazione di Helsinki, le GCP ed eventuali raccomandazioni del Comitato Nazionale per la Bioetica.

La finalità è la protezione dell'interesse del paziente partecipante alla ricerca, che per essere incluso nello studio, avrebbe fornito preliminarmente un consenso libero ed informato (cfr. allegato 1, punto 1, artt. 1 e 4).

*Il Decreto, si propone di offrire orientamenti omogenei per l'istituzione e l'attività dei Comitati etici e definirne i profili*, ma alla fine, la caratteristica prevalente che emergerà dell'attività dei Comitati riguarderà la ricerca anche se,

---

<sup>883</sup> GU n. 122 del 28 maggio 1998.

<sup>884</sup> In merito alla composizione fu specificato che "devono essere garantite le qualifiche e le esperienze necessarie a valutare gli aspetti etici e scientifico-metodologici degli studi proposti" (Allegato, art. 1, punto 3).

come richiamato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, un impegno non minore doveva riguardare i problemi assistenziali della pratica clinica, “allo scopo di garantire l’umanizzazione dell’assistenza e la tutela della dignità e della salute dei cittadini”<sup>885</sup>.

L’ultimo Decreto Ministeriale riguardante i Comitati etici fu quello del 12 maggio 2006 che esamineremo in seguito.

### **3.4. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, “PARERE DEL 27 FEBBRAIO 1992: I COMITATI ETICI”<sup>886</sup>**

In questo Parere, il Comitato Nazionale per la Bioetica, affrontò le *caratteristiche richieste ai Comitati di etica* e si interrogò sull’opportunità di *separare l’attività sperimentale da quella clinica*.

Nel 1992, in Italia, erano presenti tre tipologie di Comitati.

-Il “Comitato Nazionale per la Bioetica”, primo livello.

-I “Comitati Etici Regionali”, secondo livello, con il ruolo “di consulenza” per Giunte e Consigli regionali con la stesura di pareri sulla ricerca e sulla sanità.

-Il terzo livello interessava le realtà locali con i “Comitati Etici Locali” per i quali, il Documento, identificava quattro compiti:

1.orientamento degli operatori sanitari e dei ricercatori sulle questioni etiche della ricerca e della pratica clinica;

2.interpretazione delle norme e dei principi etici di riferimento internazionali, nazionali e dei singoli Ordini Professionali;

3.formazione alle dimensioni etiche e deontologiche degli operatori sanitari;

4.promozione dei diritti e della dignità dell’assistito.

Per quanto riguardava *l’identità dei Comitati*, secondo il Parere, l’approccio e la composizione dovevano essere interdisciplinare.

Restavano insolte le questioni sulla natura giuridica, sulla responsabilità dei componenti, sul valore del parere espresso, che si suggerisce obbligatorio ma non vincolante.

Il Parere, si chiese inoltre, se gli aspetti della ricerca e della pratica clinica dovessero essere esaminati da un unico Comitato etico locale, oppure da due organismi distinti.

### **3.5. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, “PARERE DEL 18 APRILE 1997: I COMITATI ETICI IN ITALIA: PROBLEMATICHE RECENTI”<sup>887</sup>**

Nel secondo documento, il Comitato Nazionale per la Bioetica affrontò nuovamente l’argomento delle *due tipologie di Comitati*, quelli di *Etica della ricerca* e quelli di *Etica dell’assistenza clinica e sanitaria*.

All’interrogativo: un unico organismo, oppure due? Il Comitato Nazionale non fornì nessuna risposta. Ribadì unicamente l’importanza della distinzione tra le due “funzioni” che i Comitati avrebbero potuto svolgere singolarmente o congiuntamente.

---

<sup>885</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I Comitati Etici in Italia: problematiche recenti*, Roma 1997, n. 2.

<sup>886</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I Comitati etici*, Roma 1992.

<sup>887</sup> *I Comitati etici: problematiche recenti*, op.cit.

E' nuovamente sottolineato che i pareri dei Comitati etici non dovrebbero *mai risultare vincolanti*, anche quando siano previsti obbligatori dalla legge.

### **3.6. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, “PARERE DEL 13 LUGLIO 2001: I COMITATI ETICI: ORIENTAMENTI PER LA DISCUSSIONE”<sup>888</sup>**

Il Parere propose una nuova riflessione sulla natura e sul rilievo dei Comitati etici, sottolineando alcune problematiche nell'organizzazione e nella gestione e chiese un congruo numero di componenti indipendenti rispetto all'Istituzione costitutiva del Comitato.

Si analizzò ancora la distinzione tra la funzione di valutazione dei protocolli sperimentali, e gli altri compiti affidati a questo organismo; ad esempio, le consulenze etiche nella pratica clinica, la formazione e la sensibilizzazione alle evidenze etiche.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica auspicò, infine, che il legislatore fornisca un'organica base giuridica per l'attività dei Comitati, come pure definisse la loro competenza anche negli studi relativi alla sperimentazione sugli animali.

## **4. PROFILI DEI COMITATI ETICI**

Come abbiamo notato precedentemente, i Comitati etici potrebbero differenziarsi in *Comitati di etica della pratica clinica* e *Comitati di etica della ricerca*. In questa parte saranno illustrate le due tipologie.

### **4.1. COMITATI DI ETICA DELLA PRATICA CLINICA<sup>889</sup>**

Mentre i *Comitati etici della ricerca* possiedono chiari riferimenti legislativi e linee guida organiche ed esaurienti, i *Comitati etici della pratica clinica*, quelli cioè che dovrebbero valorizzare e salvaguardare le specificità che caratterizzano gli ambiti e le pratiche di cura, faticano a trovare un'adeguata collocazione nel nostro panorama sanitario.

Un punto di riferimento lo intravediamo nel “Rapporto finale” della statunitense “*President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research*”, che nel 1983 propose l'istituzione di “Comitati etici della pratica clinica” con le seguenti competenze:

- analisi etica di casi clinici complessi e controversi;
- elaborazione di linee-guida, direttive istituzionali, raccomandazioni su questioni etiche;
- formazione etica del personale sanitario e sensibilizzazione pubblica<sup>890</sup>.

Interessante, è pure l'esperienza spagnola dei “*Comités asistencial de etica*”, mentre per quanto riguarda il contesto italiano le uniche autorevoli riflessioni sono i due Pareri formulati dal Comitato Nazionale per la Bioetica nel 1992 e 1997 ed esaminati in precedenza.

Questi Organismi di consulenza potrebbero raggiungere due finalità:

---

<sup>888</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I Comitati etici: orientamenti per la discussione*, Roma 2001.

<sup>889</sup> Questi Comitati sono denominati in vari modi: Comitati di etica clinica, Comitati di etica in ospedale, Comitati di etica dell'assistenza sanitaria, Comitati etici istituzionali, e più in generale “Comitati di Bioetica”.

<sup>890</sup> *Deciding to forego life sustaining treatment*, op. cit., n. 269, pg. 257.

-supportare le autorità amministrative e mediche nella gestione delle complessità di un Ente sanitario partendo dalle situazioni difficili ed incerte che si incontrano nella pratica quotidiana;  
-rifondare una visione antropologica unitaria nel contesto delle scienze biomediche.

Approfondiamo la prima competenza sottolineata anche dalla “Commissione Presidenziale Americana”: analisi etica di casi clinici complessi e controversi.

Alcune domande che il medico si pone, faticano a trovare risposta. Ad esempio: “è accettabile da un punto di vista etico sottoporre il paziente ad un’azione diagnostica o terapeutica dato la sua compromessa situazione?”, “devo prescrivere o no, determinati farmaci?”...

Di fronte a questi, e ad altri pesanti interrogativi, il medico avverte, a volte, un profondo bisogno di “conforto”, inteso, come ricorda la derivazione latina del verbo: nel “rendere forte” mediante il sostegno nella fatica e l’incoraggiato con parole e ragionamenti convincenti.

Il “sostegno” del Comitato etico non significa assumersi responsabilità non proprie, oppure sostituirsi all’azione e alla coscienza di nessuno, ma unicamente “condividere” con il medico alcuni momenti particolari della sua esperienza professionale. Ciò sarà possibile esclusivamente in un contesto aperto, libero, disponibile e dialogico, al di fuori di ogni logica di strumentalizzazione ideologica e di potere.

La condizione attuale di questa tipologia di Comitati, abbiamo affermato, è incerta per la carenza legislativa e normativa, per le difficoltà nell’attribuzione delle competenze, per l’indipendenza da garantirgli e per le responsabilità da riconoscerli.

Una Regione italiana, che ha optando per la totale distinzione tra “Comitati etici della ricerca” e “Comitati etici della pratica clinica” è il Veneto.

Una delibera della Giunta Regionale del 2004<sup>891</sup>, istituì in ogni Azienda sanitaria, i “Comitati etici della pratica clinica” finalizzati ai problemi etici dell’attività sanitaria. Nella Delibera si motivò la scelta: “L’emergere di nuove questioni etiche e l’amplificazione della loro complessità dentro l’organizzazione ospedaliera e l’assistenza sanitaria territoriale richiedono una riflessione etica più strutturata, sia rispetto ai contenuti che alla dimensione istituzionale”. E più esplicitamente: “La ristrutturazione dei Comitati per la sperimentazione non esaurisce le risposte alle problematiche emergenti della bioetica e alla crescita dei processi di umanizzazione delle strutture socio-sanitarie della Regione”. Oggi, in Veneto, oltre che il “Comitato Regionale per la Bioetica”, sono presenti 11 “Comitati etici della ricerca clinica” a riferimento provinciale.

I Comitati etici veneti della pratica clinica, sono organi consultivi a supporto delle decisioni sanitarie in relazione ai profili etici delle problematiche connesse all’azione diagnostica e terapeutica e ad integrazione delle qualità dei servizi socio-sanitari erogati.

I componenti dei Comitati sono nominati dai Direttori Generali sulla base di criteri di riconosciuta competenza ed esperienza professionale, e di disponibilità alla

---

<sup>891</sup> REGIONE VENETO, *Delibera 4049*, 22 dicembre 2004.

riflessione etica.

*La composizione:* un medico legale, un medico anestesista-rianimatore, un medico di area chirurgica, un medico di area internista, un medico di area riabilitativa, un medico di area pediatrica, uno psicologo, uno psichiatra, un operatore di area infermieristica, un esperto in materie giuridiche, il difensore civico, un esperto di etica. Fanno parte di diritto i Dirigenti medici dell'Azienda Sanitaria.

*Le funzioni:*

-l'umanizzazione delle cure sanitarie con particolare attenzione alla dignità della persona malata e al rispetto della sua autonomia;

-la consulenza agli organi decisionali in ordine all'elaborazione di politiche istituzionali concernenti pratiche che presentino risvolti etici particolarmente problematici;

-la formazione nell'ambito della bioetica, indirizzata sia agli operatori sanitari che ai cittadini<sup>892</sup>.

Nel marzo del 2003, fu presentato da M. Immacolato, A. Mori e S. Holm e sottoscritto da vari medici e bioeticisti, un documento programmatico: la "Carta di San Macuto", ed inviato al Ministro della Sanità.

I firmatari, dopo aver rilevato che erano trascorsi cinque anni dall'entrata in vigore del Decreto del 18 marzo 1998 che "lasciava ben sperare che il legislatore intendesse far nascere quegli organismi che avrebbero portato avanti alcuni mandati che fanno capo ai Comitati etici"<sup>893</sup>, tra cui la consulenza etica all'attività clinica e la diffusione della cultura bioetica, constatarono con rammarico che gli interventi legislativi approvati inseguito riguardarono unicamente la sperimentazione clinica. Ed ecco la richiesta: "Noi riteniamo che non solo i tempi siano maturi per interventi sostanziali in materia, ma che sia urgente e improcrastinabile che siano costituiti anche i Comitati etici per la consulenza etica all'attività clinica. Tali istituti sono infatti essenziali affinché si possa rafforzare quel rapporto di fiducia tra operatore e utente in campo sanitario da tutti auspicato che tuttavia è sempre più a rischio"<sup>894</sup>. "Tali istituti si rendono necessari per garantire al pubblico la trasparenza delle scelte sanitarie e la loro legittimità, nonché l'eticità dell'assistenza clinica in qualsiasi luogo essa sia fatta: università, ospedale, territorio"<sup>895</sup>.

Sono poi espresse alcune proposte.

"- Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti universitari di ricovero e cura, pubblici e privati, devono provvedere all'istituzione di un Comitato etico per la consulenza etica dell'attività clinica.

- Oltre a tale funzione il Comitato provvederà anche alla diffusione della cultura bioetica, alla formazione bioetica del personale sanitario, alla consulenza etica agli organi direzionali circa le *policy* da attuare.

- I Comitati etici si adopereranno affinché i 'vertici' delle strutture sanitarie non tengano conto soltanto degli aspetti tecnico-professionali ed economici delle

---

<sup>892</sup> Le caratteristiche riportate sono una sintesi di quelle presenti nei "Comitati Etici Veneti per la pratica clinica".

<sup>893</sup> <http://www.politeia-centrostudi.org/doc/CartaSMacuto/>

<sup>894</sup> Carta di San Macuto.

<sup>895</sup> Carta di San Macuto.

prestazioni, ma pongano tra i loro obiettivi prioritari anche la formazione etica degli operatori sanitari, i bisogni di salute del contesto sociale, le implicazioni etiche insite nelle varie scelte organizzative.

- I Comitati etici devono avere un buon grado di indipendenza dalle strutture sanitarie, essere formati all'interdisciplinarietà e al pluralismo etico.

- L'indipendenza del Comitato etico sarà garantita attraverso le seguenti misure istituzionali:

a) la presenza di membri esterni in numero non inferiore a quello degli interni;

b) l'affidamento della presidenza ad un membro esterno;

c) l'incompatibilità delle cariche di 'alta dirigenza' delle strutture sanitarie con la funzione di membro del Comitato.

- Le strutture dove operano i Comitati etici devono mettere a disposizione del Comitato le risorse necessarie per il suo funzionamento:

a) personale qualificato per svolgere le funzioni di segreteria;

b) risorse finanziarie sufficienti per le attività del Comitato;

c) una sede fisica adeguata.

- La nomina dei componenti del Comitato etico deve avvenire sulla base di documentate competenze non solo nelle specifiche professioni, ma anche in campo bioetico<sup>896</sup>.

Ed ecco la conclusione: "I tempi sono ormai maturi affinché il Comitato etico realizzi in pieno e in concreto i mandati affidatigli dalle norme e dalla comunità sociale, non solo nell'ambito della sperimentazione, ma anche in quello dell'assistenza: di essere organo garante della sicurezza, dei diritti, della dignità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie, e strumento di diffusione della cultura bioetica"<sup>897</sup>.

Sono trascorsi alcuni anni dalla pubblicazione della "Carta di San Macuto"; i comitati etici della ricerca clinica hanno compiuto progressi a livello strutturale ed organizzativo (anche se non tutti condivisibili), ma per quanto riguarda la consulenza etica e la formazione bioetica, sempre più indispensabile nel settore sanitario, i comitati etici sono rimasti quasi assenti, ostaggi di una burocrazia in aumento e dello scollamento tra prassi sanitaria e riflessione sui valori.

Ciò che abbiamo affermato fin qui sui "Comitati di etica della pratica clinica" è ben riassunto nel pensiero del filosofo J.F. Malherbe. "Detto nel modo più essenziale possibile, i Comitati di etica della pratica clinica hanno il compito di vigilare affinché le scienze e le tecniche biomediche restino al servizio dei sanitari e dei pazienti. In altre parole, la loro funzione è impedire che gli uni e gli altri diventino schiavi o vittime delle scienze e delle tecniche biomediche. Volendoci esprimere in modo positivo, i Comitati svolgono la missione di promuovere gli interessi tanto di coloro che dispensano le cure, quanto di coloro che le ricevono, in modo che siano i beneficiari dello sviluppo delle scienze e delle tecniche biomediche e del loro utilizzo sempre più massiccio"<sup>898</sup>. Da qui la conclusione del filosofo: "In definitiva, il ruolo dei Comitati è quello di vigilare affinché la medicina, e più in generale tutte le pratiche sanitarie, conservino la finalità loro propria,

---

<sup>896</sup> Carta di San Macuto.

<sup>897</sup> Carta di San Macuto.

<sup>898</sup> *I Comitati di etica in ospedale: un luogo di sviluppo dell'autonomia*, op. cit., pg. 40.

nonostante il loro sviluppo tecnologico e le modalità di finanziamento. Finalità che potrebbe essere definita come lo sviluppo della salute di tutti, e di tutto l'uomo"<sup>899</sup>.

#### **4.2. COMITATI ETICI DELLA RICERCA CLINICA**

Noi, esamineremo questa tipologia di Comitati, riferendoci al Decreto Ministeriale 12 maggio 2006: *"Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali"*<sup>900</sup>. Tre sono le funzioni affidate.

-Garanzia<sup>901</sup>

L'attività principale del Comitato etico, come già affermato, è l'esame dei protocolli delle sperimentazioni cliniche e delle ricerche biomediche da un punto di vista scientifico ed etico, l'approfondimento e la discussione dei vari aspetti, soprattutto quelli controversi che potrebbero danneggiare l'arruolato.

Il Comitato etico ha anche l'obbligo di sorvegliare il progresso delle sperimentazioni, di monitorarle e di visionare gli eventi avversi gravi.

-Consulenza<sup>902</sup>

L'argomento lo abbiamo già trattato in precedenza; qui vogliamo unicamente sottolineare che per proporre delle soluzioni ad alcune problematiche poste dal progresso biomedico, a volte, risultano inadeguate e insufficienti le norme deontologiche e giuridiche, investendo aspetti specificatamente etici. Dunque, il Comitato etico, deve porsi al servizio degli operatori sanitari, fornendo pareri motivati, elaborati in discussione collegiali, che avranno unicamente rilievo consultivo, quindi non vincolante.

-Formazione<sup>903</sup>

Il Comitato etico è un organismo deputato anche alla formazione e alla sensibilizzazione alla bioetica. Già nel 1991, il Comitato Nazionale per la Bioetica, evidenziava la "crescente richiesta di informazione-formazione in tema di etica pubblica, data anche l'urgenza dei problemi etici connessi con l'applicazione sempre più vasta di nuove tecniche nell'ambito sanitario, cui corrispondono le esigenze di un'effettiva comprensione dei problemi umani legati alle malattie e alla sofferenza"<sup>904</sup>.

### **Exursum 4: Il Comitato Nazionale per la Bioetica**

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), fu istituito con "Decreto del Presidente del Consiglio" il 28 marzo 1990, come organismo consultivo della

---

<sup>899</sup> *I Comitati di etica in ospedale: un luogo di sviluppo dell'autonomia*, op. cit., pg. 43.

<sup>900</sup> GU n. 194 dell' 8 agosto 2006.

<sup>901</sup> "Il Comitato etico per le sperimentazioni cliniche dei medicinali è un organismo indipendente che ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela" (Decreto Ministeriale 12 maggio 2006, art. 1.1).

<sup>902</sup> "Ove non già attribuiti a specifici organismi, i Comitati etici possono svolgere anche una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona umana" (Decreto Ministeriale 12 maggio 2006, art. 1.3.).

<sup>903</sup> "Il Comitato etico può proporre iniziative di formazione per gli operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica" (Decreto Ministeriale 12 maggio 2006, art. 1.3).

<sup>904</sup> *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op.cit., pg. 3.

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Suo dovere, è anche l'orientamento degli Organi legislativi ed amministrativi, che chiedono consulenze in materia di bioetica.

Nel momento della costituzione il Comitato Nazionale per la Bioetica era formato da 40 membri, ora è composto da 48 componenti: 33 esperti di "chiara fama" nelle discipline biologiche, filosofiche, giuridiche e medico-legali, 5 componenti fissi oltre i presidenti del Comitato Nazionale delle Ricerche, del Consiglio Superiore della Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità, della Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e dell'Ordine degli Infermieri. Le riunioni sono convocate a cadenza mensile.

Nel Decreto istitutivo si precisavano i compiti:

- elaborare un quadro riassuntivo dei programmi, degli obiettivi e dei risultati della ricerca e della sperimentazione nel campo delle scienze della vita e della salute dell'uomo;
- formulare pareri e indicare soluzioni, anche ai fini della predisposizione di atti legislativi, per affrontare i problemi etici e giuridici che emergono con il progredire delle ricerche;
- prospettare soluzioni per le funzioni di controllo rivolte alla tutela della sicurezza dell'uomo e dell'ambiente nella produzione di materiale biologico;
- promuovere la redazione di codici di comportamento per gli operatori dei vari settori interessati;
- favorire una corretta informazione dell'opinione pubblica.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, in venticinque anni di lavoro, ha prodotto 118 Pareri<sup>905</sup>, oltre mozioni e risposte a varie interpellanze.

---

<sup>905</sup> Riportiamo in ordine alfabetico i Pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica.

- Adozione per la nascita degli embrioni crioconservati e residuali derivanti da procreazione medicalmente assistita (P.M.A.) (18 novembre 2005).
- Alimentazione differenziata ed interculturalità (17 marzo 2006).
- Alimentazione e idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente (30 settembre 2005).
- Alimentazione umana e benessere animale (28 settembre 2012)
- Ambiente (22 settembre 1995).
- Biobanche e ricerca sul materiale biologico umano (9 giugno 2006).
- Biobanche pediatriche (11 aprile 2014)
- Biotecnologie (30 novembre 2001).
- Bioetica e formazione nel mondo della scuola (16 luglio 2010).
- Caudotomia e conchectomia (5 maggio 2006).
- Chimere ed ibridi, con una riflessione particolare sugli ibridi citoplasmatici (26 giugno 2009).
- Chirurgia estetica e ricostruttiva (21 giugno 2012)
- Circoncisione: profili bioetici (25 settembre 1998).
- Clonazione (17 ottobre 1997).
- Comitati etici in Italia (13 luglio 2001).
- Comitati etici in Italia: problematiche recenti (18 aprile 1997).
- Comitati etici (27 febbraio 1992).
- Comunicazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale ai pazienti dei costi delle prestazioni sanitarie (28 settembre 2012)
- Condizioni di vita della donna nella terza e quarta età: aspetti bioetici nell'assistenza socio-sanitaria (16 luglio 2010).
- Conflitti d'interessi nella ricerca biomedica e nella pratica clinica (8 giugno 2006).
- Conoscere le proprie origini biologiche nella procreazione medicalmente assistita eterologa (25 novembre 2011).
- Contenzione: problemi bioetici (8 maggio 2015)
- Criteri di accertamento della morte (24 giugno 2010).



- 
- Cura del caso singolo e trattamenti non validati (c.d. “uso compassionevole”) (27 febbraio 2015)
  - Dalla farmacogenetica alla farmacogenomica (21 aprile 2006).
  - Definizione e accertamento della morte nell'uomo (15 febbraio 1991).
  - Demenze e la malattia di Alzheimer: considerazioni etiche (20 giugno 2014)
  - Destino degli embrioni derivanti da procreazione medicalmente assistita e non più impiantabili (26 ottobre 2007).
  - Diagnosi prenatali (18 luglio 1992).
  - Dichiarazioni anticipate di trattamento (18 dicembre 2003).
  - Diritti degli anziani (20 gennaio 2006).
  - Diritto del bambino a un ambiente non inquinato (24 settembre 1999).
  - Diritti umani, etica medica e tecnologie di potenziamento (enhancement) in ambito militare (22 febbraio 2013)
  - Disabilità mentale nell'età evolutiva: il caso dell'autismo (19 aprile 2013)
  - Disturbi della differenziazione sessuale nei minori: aspetti bioetici (25 febbraio 2010).
  - Donazione d'organo a fini di trapianto (7 ottobre 1991).
  - Donazione da vivo del rene a persone sconosciute (23 aprile 2010).
  - Donazione del corpo *post mortem* a fini di studio e ricerca (19 aprile 2013)
  - Donne in gravidanza e depressione post-partum (16 dicembre 2005).
  - Equità nella salute (25 maggio 2001).
  - Farmaci orfani per le persone affette da malattie rare (25 novembre 2011)
  - Fecondazione assistita (17 febbraio 1995).
  - Fine della vita umana (14 luglio 1995 ).
  - Formazione nel sistema sanitario (7 settembre 1991).
  - Gemelli congiunti e interventi di separazione: aspetti bioetici (19 luglio 2013)
  - Gravidanza e parto sotto il profilo bioetico (17 aprile 1998).
  - Identità e statuto dell'embrione umano (22 giugno 1996).
  - I grandi prematuri. Note bioetiche (29 febbraio 2008).
  - Infanzia (22 gennaio 1994).
  - Informazione e consenso all'atto medico (20 giugno 1992).
  - Impiego di animali in attività correlate alla salute e al benessere umani (21 ottobre 2005).
  - Impiego terapeutico delle cellule staminali (27 ottobre 2000).
  - Infanzia e ambiente (18 luglio 1997).
  - Macellazioni rituali e sofferenza animale (19 settembre 2003).
  - Medicine alternative e il problema del consenso informato (18 marzo 2005).
  - “Mobile Health” e applicazioni per la salute: aspetti bioetici (28 maggio 2015)
  - Metodologie alternative, comitati etici e l'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale (18 dicembre 2009).
  - Moratoria per la sperimentazione umana di xenotrapianti (19 novembre 1999).
  - Nanoscienze e nanotecnologie (9 giugno 2006).
  - Neonato encefalico e la donazione di organi (21 giugno 1996).
  - Neuroscienze e potenziamento cognitivo farmacologico: profili bioetici (22 febbraio 2013)
  - Obiezione di coscienza e bioetica (12 luglio 2012)
  - Obiezione di coscienza del farmacista alla vendita dei prodotti contraccettivi di emergenza (25 febbraio 2011).
  - Odontoiatria (24 giugno 2005).
  - Ootide (15 luglio 2005).
  - Parere del CNB sulla bozza di Protocollo sulla genetica umana (6 marzo 2002).
  - Parere su "Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina" (Consiglio d'Europa) e Bozza preliminare di Dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani (UNESCO) (21 febbraio 1997).
  - Pazienti psichiatrici: problemi bioetici. Parere del CNB sul Libro Bianco del Consiglio d'Europa dedicato al trattamento dei pazienti psichiatrici (24 settembre 1999).
  - Possibilità di prelevare cellule di origine embrionale umana (25 febbraio 2000).
  - Principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici (18 giugno 2004).
  - Progetto genoma umano (18 marzo 1994).
  - Protezione dell'embrione e del feto umani. Parere del CNB sul progetto di Protocollo dei Comitati di bioetica del Consiglio d'Europa (31 marzo 2000).
  - Psichiatria e salute mentale: orientamenti bioetici (24 novembre 2000).
  - Raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche (5 maggio 1991).

- 
- Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi (19 novembre 1993).
  - Riabilitazione (17 marzo 2006).
  - Ricerca biomedica e protocollo europeo (19 novembre 1999).
  - Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico (24 ottobre 2008).
  - Risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali (30 aprile 1991).
  - Salute e nuove tecnologie dell'informazione (21 aprile 2006).
  - Salute "dentro le mura" (27 settembre 2013)
  - Scambio involontario di embrioni (11 luglio 2014)
  - Scienze veterinarie, benessere animale e salute umana (30 novembre 2001).
  - Scopi, limiti e rischi della medicina (14 dicembre 2001).
  - Segreto nelle procedure riguardanti il sistema regolatorio dei farmaci (28 maggio 2010).
  - Sicurezza delle biotecnologie (28 maggio 1991).
  - Sistema sanitario e risorse (17 luglio 1998 ).
  - Società multietnica (16 gennaio 1998).
  - Sperimentazione farmacologica nei Paesi in via di sviluppo (27 maggio 2011).
  - Sperimentazione clinica con disegno di non inferiorità (24 aprile 2009).
  - Sperimentazione dei farmaci (17 novembre 1992).
  - Sperimentazione farmacologica sulle donne (28 novembre 2008).
  - Sperimentazione clinica in pazienti adulti o minori che non sono in grado di dare il consenso informato in situazioni di urgenza (28 settembre 2012).
  - Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi (8 luglio 1997).
  - Sport e doping (25 marzo 2010).
  - Sterilizzazione non volontaria (20 novembre 1998).
  - Stili di vita e tutela della salute (20 marzo 2014)
  - Suicidio degli adolescenti come problema bioetico (17 luglio 1998).
  - Suicidio in carcere. Orientamenti bioetici (25 giugno 2010).
  - Tabagismo (21 marzo 2003).
  - Tecniche di procreazione assistita. Sintesi e conclusioni (17 giugno 1994).
  - Terapia cellulare del morbo di Huntington attraverso l'impianto di neuroni fetali (20 maggio 2005).
  - Terapia del dolore: orientamenti bioetici (30 marzo 2001).
  - Terapia elettroconvulsivante (22 settembre 1995).
  - Terapia genica (15 febbraio 1991).
  - Terapia intensiva "aperta" alle visite dei familiari (24 luglio 2013).
  - Test genetici (19 novembre 1999).
  - Traffico illegale di organi umani tra viventi (23 maggio 2013)
  - Trapianti di organi nell'infanzia (21 gennaio 1994).
  - Trapianto di rene da vivente non consanguineo (17 ottobre 1997).
  - Vaccinazioni (22 settembre 1995).
  - Venire al mondo (15 dicembre 1995)
  - Violenze, media e minori (25 maggio 2001)

# Cap 17 - TRAPIANTI DI ORGANI

## INDICE DEL CAPITOLO

Introduzione

### **1. Interventi legislativi**

### **2. Aspetti medici e tipologie di trapianti**

2.1. Gli autotrapianti

2.2. Gli omotrapianti

2.2.1. Da viventi

2.2.2. Da cadavere

2.2.2.1. Accertamento della morte

2.2.2.2. Il consenso

2.3.3. Gli xenotrapianti

Conclusioni

## Introduzione

La tematica dei trapianti di organi suscita da tempo interesse poichè la medicina negli ultimi decenni è passata da una tipologia demolitiva dell'organo malato alla sua sostituzione raggiungendo risultati promettenti, e consentendo a malati destinati alla morte di giungere alla guarigione o a un'accettabile qualità di vita. I trapianti di organo, infatti, costituiscono per alcuni l'unica cura possibile!

L'argomento quindi potrebbe apparire semplice nella sua illustrazione ma in realtà crea "i problemi più difficili per l'uomo sulla vita e sulla morte, sull'intimità e sull'esteriorità dell'uomo, sul sé e sul non sé, sul senso d'identità, sulla filiazione, sulla proprietà privata e sul bene collettivo, sui limiti immaginabili, tollerabili, che si possono imporre al progresso delle scienze e delle tecniche, sul sacro e il profano, sull'umano e il divino"<sup>906</sup>. In altre parole, trattare dei trapianti di organi, significa per l'uomo confrontarsi con l'immagine del suo corpo e con il significato della salute, della vita e della morte. E, in questa discussione, l'etica assume una valenza fondamentale più importante della tecnologia e dei costi infatti "essi sono il solo ambito della politica sanitaria che non può esistere senza la partecipazione del pubblico. Si tratta del cittadino che, in vita o dopo la morte, nel caso di organi vitali, decide di offrire organi o tessuti per i trapianti. Se non c'è dono di organi o di tessuti, i trapianti subirebbero un arresto brutale"<sup>907</sup>.

Partiamo dalla storia.

Dopo i primi trapianti di rene, eseguiti negli Stati Uniti tra il 1954 e il 1962<sup>908</sup>; negli

---

<sup>906</sup> M. BAUDIN, *Prendre, donner, recevoir*, in GROUPE D'ETIQUE DE L'HOPITAL BROUSSAIS (a cura di), *Prendre soin et donner sens*, Paris 1997, pg. 27.

<sup>907</sup> A. L. CAPLAN, *Testimony to the Subcommittee on Health and the Environment of the United States Congress 1990*, in G. M. ABOUNA, *Negative Impact of Trading in Human Organ on the Development of Transplantation in Middle East*, Vol. 25, 1993, pg. 311.

<sup>908</sup> In realtà il pioniere di questi dei trapianti fu A. Carrel (1873-1944) che ai primi del '900 del XX secolo

ultimi decenni del ventesimo secolo i trapianti d'organo s'incrementarono velocemente<sup>909</sup>. Famoso, fu il primo trapianto di cuore, eseguito nel 1967 da C. Barnard (1922-2001) che però fallì per il rigetto dell'organo trapiantato e altri trapiantati sopravvissero per poco tempo dopo gli interventi. Nel 1978, J. Borel, scoprì la "Ciclosporina A", farmaco che indebolendo la risposta immunitaria verso l'organo trapiantato, diminuì gli episodi di rigetto.

A fronte di risultati incoraggianti persistono lunghe "liste d'attesa" di malati che attendono un donatore immuno-compatibile, dal cui cadavere prelevare l'organo atteso. Nel 2014, in Italia, 8.783 malati aspettavano un organo, mentre i pazienti trapiantati furono 2.940.

Quali sono gli organi trapiantabili dopo il prelievo da cadavere? Tutti, tranne l'encefalo e gli organi sessuali poichè destrutturano e alterano la personalità<sup>910</sup>. Rammenta la "Carta degli Operatori Sanitari": "Non tutti gli organi sono eticamente donabili. Dal trapianto vanno esclusi l'encefalo e le gonadi che assicurano l'identità rispettivamente personale e procreativa della persona. Si tratta di organi in cui prende specificatamente corpo l'unicità inconfondibile della persona, che la medicina è tenuta a tutelare"<sup>911</sup>.

Il settore però suscita delle problematiche etiche: il consenso del donatore e del ricevente; l'accertamento della morte del donatore; i vincoli per espianati da viventi.

## 1. Interventi legislativi

Il Parlamento italiano approvò due leggi sui trapianti d'organo: la legge 644/1975 e la legge 91/1999<sup>912/913</sup>.

La prima Legge sui trapianti è la n. 644 del 1975: "Disciplina dei prelievi di parte dei cadaveri a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzioni di estratti per uso terapeutico"<sup>914</sup>, che fissava le condizioni per accertare la morte del donatore e la dichiarazione del consenso alla donazione.

La normativa stabiliva che l'accertamento della morte avvenisse con l'elettrocardiogramma della durata non minore di venti minuti; doveva essere constatata l'assenza di attività elettrica del cervello con l'elettroencefalogramma ripetuto nel periodo di dodici ore, in seguito ridotte a sei; andava verificata

---

mantenne vive su una piastra delle cellule umane che poi vennero trapiantate negli animali.

<sup>909</sup> In Italia il primo trapianto di rene fu eseguito a Roma dal prof. A. Casciani il 20 maggio 1966.

<sup>910</sup> Cfr.: D. TETAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2001, pg. 493.

<sup>911</sup> *Carta degli operatori sanitari*, op. cit., n. 88,

<sup>912</sup> Punti di riferimento di entrambe le leggi sono i Principi Costituzionali, in particolare: Art. 9: Promozione della ricerca scientifica; Art. 13: rispetto della persona umana, della sua dignità e libertà; Art. 32: salvaguardia della salute del soggetto come diritto dell'individuo e interesse della collettività; Art. 33: libertà della scienza.

<sup>913</sup> Prima del 1975 erano già presenti alcune leggi riguardanti la materia: Legge 235/1957: autorizzava il prelievo da cadavere di cornee e del bulbo oculare; Legge 458/1967: riguardava il trapianto di rene da vivente; Legge 519/1968: introduceva la liceità del prelievo, durante l'autopsia, di parti del corpo anche a scopo di trapianto; DPR del 5 febbraio 1970: elencava gli organi trapiantabili.

<sup>914</sup> Cfr.: G.U. n. 334 del 19 dicembre 1975.

l'assenza di respirazione spontanea.

La legge vietò il prelievo se il defunto non avesse sottoscritto in vita un consenso scritto. In assenza di questo, l'autorizzazione poteva essere concesso dai familiari prossimi (genitori, figli, coniuge), poiché lo Stato riconosceva a essi il diritto di disporre del cadavere del proprio congiunto.

La legge, con il trascorrere del tempo, apparve obsoleta e non idonea a raccogliere le istanze emergenti dalle nuove opportunità offerte dalla trapiantologia e, a molti, appariva farraginoso la manifestazione del consenso. Tanti ignoravano le opportunità offerte dai trapianti di organo, altri erano indifferenti o negligenti nei riguardi della sofferenza altrui.

Per porre rimedio, il Parlamento approvò l'1 aprile 1999, una nuova Legge, la n. 91: "Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"<sup>915</sup>, che riorganizzava il settore.

L'aspetto innovativo riguardava "il consenso", introducendo il principio del "silenzio-assenso informato". Dopo aver deliberato l'esigenza di promuovere un'ampia informazione da parte delle unità sanitarie locali, delle scuole e delle associazioni di volontariato, la legge, all'articolo 4, recitava: "I cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, e sono informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione".

Fu capovolto il principio vigente!

Con la legge del 1975 nessuno era donatore, tranne chi espressamente lo sceglieva, con la normativa del 1999 tutti i cittadini divennero potenziali donatori, eccetto quelli che avrebbero dichiarato la loro contrarietà. E con il Decreto Legge dell'8 aprile 2000 furono fissate le disposizioni attuative della legge, soprattutto sulle modalità di dichiarazione di volontà dei cittadini.

La normativa stabilì criteri e norme condivisibili nell'ambito dell'etica personalistica, onorando i valori, primariamente la dignità della persona.

Nel tempo la normativa si è ampliata; citiamo i testi più rilevanti:

-Legge n. 167 del 19 settembre 2012: "Norme per consentire il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino tra persone viventi"<sup>916</sup>;

-Decreto del Ministero della Salute e del Lavoro e delle Politiche sociali del 16 aprile 2010: "Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianti di organi da donatore vivente"<sup>917</sup>;

-Decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2002: "Criteri e modalità per la certificazione degli organi prelevati al trapianto"<sup>918</sup>;

-Ordinanza del Ministero della Salute del 1 giugno 1999: "Disposizione in materia di trapianto, importazione ed esportazione di organi e di tessuti"<sup>919</sup>; -Legge 483 del 16 dicembre 1999: "Norme per consentire il trapianto parziale di fegato"<sup>920</sup>;

-Legge 458 del 26 giugno 1967: "Prelievo di rene da vivente"<sup>921</sup>;

---

<sup>915</sup> Cfr.: G.U. n. 87 del 15 aprile 1999.

<sup>916</sup> Cfr.: G.U. n. 227 del 28 settembre 2012.

<sup>917</sup> Cfr.: G.U. n. 172 del 26 luglio 2010.

<sup>918</sup> Cfr.: G.U. n. 258 del 4 novembre 2002.

<sup>919</sup> Cfr.: G. U. n. 150 del 19 giugno 1999.

<sup>920</sup> Cfr.: G. U. n. 483 del 20 dicembre 1999.

<sup>921</sup> Cfr.: G. U. n. 220 del 27 giugno 1967.

-Legge 235 del 3 aprile 1957: "Prelievo di cornea e di bulbo"<sup>922</sup>.

## 2. Aspetti medici e tipologia di trapianti

"Il trapianto consiste nel trasferimento di organi (es. rene, cuore), di tessuti vivi (es. osso, pelle, sangue), di cellule (es. cellule di midollo osseo) da un individuo (donatore) ad un altro (ricevente), con l'obiettivo di mantenere nel ricevente l'integrità funzionale degli organi o tessuti o cellule trasferiti. Il donatore può essere un vivente (soprattutto per rene, parti del fegato e tessuti rigenerabili, come sangue e midollo osseo) o un cadavere (indispensabile per cuore, fegato in toto, pancreas che non possono essere prelevati a un vivente senza ucciderlo)"<sup>923</sup>.

Tre sono le tipologie di trapianti: autotrapianti, omotrapianti (da vivente o da cadavere), xeno-trapianti.

Tra le varie problematiche mediche da considerare, le più importanti riguardano la velocità di espianto per proteggere l'organo dall'anossia, cioè dalla mancanza di ossigeno, e l'attecchimento del nuovo organo che ha costituito per decenni uno dei maggiori ostacoli alla diffusione della chirurgia dei trapianti.

### 2.1. GLI AUTOTRAPIANTI

Gli autotrapianti, definiti anche "autoinnesto" o "innesto autoplastico", non pongono problemi etici poichè riguardando "la riparazioni" di parti ustionate o infette nello stesso organismo; per questo possiamo definirli anche interventi di chirurgia estetica.

La liceità etica di questi interventi è offerta dal "principio di totalità"; la persona può sacrificare una parte del suo corpo per salvare l'intero organismo<sup>924</sup>. Trasferire tessuti da una sede all'altra nella persona è eticamente corretto.

Il principio di totalità acconsente anche gli interventi di "chirurgia estetica correttiva" poichè l'interezza dell'uomo è offerta dalla totalità unificata della dimensione fisica, psichica e spirituale. Se una pesante menomazione procura disagio alla serenità globale e compromette l'armonia interiore della persona e il suo futuro professionale e relazionale è lecito ricorrere all'intervento. Questa visione non è applicabile alle forme ossessive o di vanità che talvolta si riscontrano nel campo estetico e che giustificano il ricorso alla chirurgia estetica con pretesti effimeri.

### 2.2. GLI OMOTRAPIANTI

Il prelievo di organi può effettuarsi da "soggetto vivente" o da defunto.

#### 2.2.1. DA VIVENTE

Chi sceglie liberamente di donare un suo organo compie un atto di

---

<sup>922</sup> Cfr.: G. U. n. 118 del 4 aprile 1957.

<sup>923</sup> M.P. FAGGIONI, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Camilliane, Torino 2004, pg. 193.

<sup>924</sup> Cfr.: Capitolo II di questo Manuale.

solidarietà e indica la prospettiva per debellare l'esacerbato egoismo ed individualismo, radici di alcuni malesseri sociali. E' un atto altamente meritorio poichè partecipa agli altri anche la propria organicità e unisce i cittadini attorno ai valori della difesa della vita.

Direttive da osservare.

### 1. E' POSSIBILE DONARE UNICAMENTE UN ORGANO NON VITALE.

Già papa Pio XII affermò: "Una persona può donare soltanto ciò di cui può privarsi senza serio pericolo per la propria vita o identità personale, e per una giusta e proporzionata ragione"<sup>925</sup>. La persona in vita non può donare un "organo essenziale per la sua sopravvivenza" poichè nessuno è "padrone assoluto" della propria vita, ma unicamente un amministratore, nominato da Dio, per gestire l'esistenza personale responsabilmente.

L'uomo non può esporsi a rischi sproporzionati, dal momento che l'amore autentico deve calcolare la portata dei propri gesti.

Anche la legge 458/1967 proibì di disporre del proprio corpo come previsto dall'articolo 5 del Codice Civile: "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge (579 C.P.)".

La persona vivente può dare in dono unicamente organi doppi come il rene, oppure parti del fegato o del polmone, o parti di facile rigenerabilità come il midollo osseo. Cioè elementi del corpo che consentono al donatore, in futuro, un'adeguata qualità di vita.

### 2. IL CONSENSO LIBERO E INFORMATO DEL DONATORE E DEL RICEVENTE.

Il donatore dovrà essere informato sulle limitazioni che potrebbe accusare in avvenire come pure sugli interventi diagnostici e chirurgici cui sarà sottoposto.

Nella scelta, il donatore, non dovrà essere condizionato da pressioni esterne o ricatti morali, sociali ed economici ma la decisione dovrà essere caratterizzata dalla libertà, dalla volontarietà e dalla solidarietà, essendo la donazione un dono.

Anche il ricevente esprimerà un consenso libero e consapevole sulla tipologia d'intervento, sui rischi e sui vantaggi. Non possiamo scordare, che accogliere un organo, potrebbe conquassare l'immagine della persona e del proprio corpo.

### 3. TOTALE GRATUITA'.

Altra caratteristica che acquisiamo dal termine "donazione di organi" è la gratuità, "dal momento che non si dona semplicemente qualcosa di proprio ma si offre qualcosa di sé"<sup>926</sup>.

Unicamente la gratuità, sconfiggerà la tentazione del commercio di organi umani espianati da morto o da vivente, anche da bambini il più delle volte ingannati o violentati.

---

<sup>925</sup> PIO XII, *Ai delegati delle Associazioni italiane di cornea e dell'Unione italiana ciechi*, 14 maggio 1956.

<sup>926</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Alle associazioni di Donatori di Organi*, 20 novembre 1991.

Questo racket coinvolge ogni anno milioni di diseredati obbligati “a vendere” una parte di sé a malati ricchi e privi di scrupoli. Ad esempio, in Cina, nel 2014, sono stati effettuati 11mila espunti da condannati a morte<sup>927</sup>, e in Nepal un rene è pagato 2.000 euri. È noto, che prevalentemente nei Paesi più poveri, si attuano squallidi commerci di organi, dove s’incrociano la disperazione dell’indigente e il cinismo egoistico di chi abita nell’agiatazza<sup>928</sup>.

La donazione sarebbe auspicabile prevalentemente tra consanguinei sia per una superiore compatibilità immunologica tra donatore e ricevente, sia per tutelare la gratuità.

Da tempo, anche in Italia, è prevista un'altra tipologia di donazione, quella denominata *samaritana*, cioè il dono da vivo di un organo a una persona sconosciuta, che per il Comitato Nazionale per la Bioetica “trova giustificazione nel riconoscimento di un legame di ‘interdipendenza’ che accomuna tutti gli esseri umani e che può muovere a una responsabilità asimmetrica e non solo reciproca verso l’altro”<sup>929</sup>.

Due elementi caratterizzano questa prassi: l’eccezionalità dell’azione e il rigoroso anonimato del donatore, oltre una attenzione peculiare alle motivazioni e alle condizioni fisiche e psicologiche del donatore.

#### 4. PROPORZIONE TRA RISCHI E BENEFICI

Dinanzi ad un intervento è doveroso valutare attentamente la proporzione del danno che si genererà e le fattibilità di successo dell’intervento, sia a livello di compatibilità tra il donatore e il ricevente che sul versante della possibilità tecnica.

I rischi del donatore e del ricevente devono essere bilanciati da una ragionevole previsione di successo dell’intervento.

#### 5. IMPOSSIBILITÀ DI REPERIRE LO STESSO ORGANO DA CADAVERE.

La donazione di organi tra viventi è subordinata alla impossibilità di reperire quello di un defunto, diversamente è preferibile servirsi dell’organo del cadavere.

### 2.2.2.DA CADAVERE

L’ultima condizione analizzata mostra che la chirurgia dei trapianti dovrà tendere prevalentemente al prelievo di organi da cadavere, meno complesso anche tecnicamente.

Un’obiezione, di alcuni, concerne un’ipotetica scarsa deferenza al cadavere, e di conseguenza, alla persona che ha vissuto in quel corpo. Già papa Pio XII aveva affermato: “Il cadavere non è più, nel senso proprio della parola, un soggetto di diritto, perché è privo della personalità che sola può essere oggetto di diritto (...). In generale non dovrebbe essere permesso ai medici di intraprendere asportazioni su un cadavere senza l’accordo di coloro che ne sono depositari (...). Consentire espressamente o tacitamente a seri interventi contro l’integrità del

---

<sup>927</sup> Fonte: Rapporto OMS 2011.

<sup>928</sup> Per approfondire l’argomento: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere sul traffico illegale di organi umani tra viventi*, Roma 2013.

<sup>929</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La donazione da vivo del rene a persone sconosciute*, Roma 2010, pg. 12.



cadavere non offende la pietà dovuta al defunto, quando per questo esistono validi ragioni (...). Destinarlo (il cadavere) a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati non è da condannare, ma da giustificare positivamente”<sup>930</sup>. Questa critica si è ulteriormente ridotta negli ultimi anni stante la diffusione della pratica della cremazione.

Pur avendo obblighi di pietà e di ossequio per il corpo del defunto che in vita fu “tempio dello Spirito Santo”, l’espianto non ne lede la dignità. Una coppia affermò: “Adesso nostro figlio vive nella persona che ha salvato con il suo cuore”.

Il prelievo di organi da cadavere deve osservare dei protocolli che salvaguardino l’accertamento della morte e il consenso.

#### 2.2.2.1 ACCERTAMENTO DELLA MORTE

Il problema etico più importante concerne l’accertamento della morte. Non è lecito per un prelievo precoce anticipare la morte anche omettendo delle terapie o delle cure, mentre è eticamente accettabile l’irrorazione del sangue e dell’ossigeno che non si configura come accanimento terapeutico ma è unicamente necessario per conservare gli organi idonei al trapianto.

In passato, il criterio di riferimento per accertare la morte era quello della “cessazione della funzione cardio-respiratoria”. Con il trascorrere del tempo, il punto di riferimento condiviso anche dalla dottrina cattolica, è il criterio “neurologico” (morte celebrale totale), pur mantenendo anche l’altro un significato di rilievo. Si predilige quello “neurologico” essendo l’encefalo (cervello, cervelletto, tronco cerebrale) a presiedere l’intera esistenza e a sostenere anche l’attività cardio-respiratoria.

Criterio, questo, additato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica<sup>931</sup>. Già nel 1991, il CNB aveva definito la morte encefalica come la “perdita totale e irreversibile della capacità dell’organismo di mantenere autonomamente la propria unità funzionale”<sup>932</sup>.

Nel documento del 2010 per quanto riguarda i “criteri neurologici”, si afferma: “sono accettabili solo quelli che fanno riferimento alla c.d. ‘morte cerebrale totale’ e alla c.d. ‘morte del tronco-encefalo’, intese come danno cerebrale organico, irreparabile, sviluppatosi acutamente, che ha provocato uno stato di coma irreversibile, dove il supporto artificiale è avvenuto in tempo a prevenire o trattare l’arresto cardiaco anossico”<sup>933</sup>.

#### 2.2.2.2.IL CONSENSO

L’altra condizione etica per procedere al prelievo di organi da cadavere è “il consenso”; una questione ancora controversa!

Abbiamo già evidenziato che la normativa del 1999 prevedeva a questo riguardo il principio del “silenzio-assenso informato”, che modificava la precedente legge che richiedeva l’esplicita e previa approvazione all’espianto da parte del donatore o dei suoi familiari.

---

<sup>930</sup> PIO XII, *Ai delegati dell’Associazione Italiana donatori di cornea e all’Unione Italiana Ciechi*, 14 maggio 1954.

<sup>931</sup> Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I criteri di accertamento della morte*, Roma 2010.

<sup>932</sup> COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Donazione d’organo a fini di trapianto*, Roma 1991, pg. 13.

<sup>933</sup> *I criteri di accertamento della morte*, op. cit., pp. 2-3.

Perciò, oggi, tutti i cittadini sono potenziali donatori, eccetto quelli che dichiarano il contrario. Dal 2010 c'è la facoltà di inserire nella "carta di identità" al momento della richiesta o del rinnovo del documento presso il comune, il consenso o il diniego alla donazione di organi o di tessuti in caso di morte. E' stato costituito un database nazionale, il "Sistema informativo trapianti" (Sit), per l'inserimento delle informazioni in un'unica banca dati, consultabile 24 ore su 24 dai centri per i trapianti. Per modificare la propria volontà il cittadino potrà recarsi, in ogni momento, presso le aziende ospedaliere, le Asl, gli ambulatori dei medici di base, i Centri regionali per i trapianti o, in occasione del rinnovo della carta d'identità, presso i comuni.

È bene ricordare che, secondo la normativa vigente, sono cinque le modalità previste per esprimere la propria volontà in ordine alla donazione di organi. Oltre alla registrazione sulla carta d'identità, si può manifestare la propria scelta presso la Asl di riferimento (o il proprio medico di base), compilando il "tesserino blu" del ministero della Salute o il tesserino di una delle associazioni di settore, stendendo un atto olografo presso l'Associazione italiana donatori di organi (Aido), redigendo una dichiarazione di consenso o diniego da portare sempre con sé.

Il principio del "silenzio-assenso-informato" è eticamente condivisibile per ottenere una maggiore disponibilità di organi da trapiantare. Nessuno è "obbligato a essere donatore" per timori inerenti al prelievo degli organi o all'accertamento della morte, ma è imperdonabile non manifestare alcun parere semplicemente per pigrizia, per negligenza o per mancata sensibilità alla donazione.

Non possiamo scordare, inoltre, che la decisione di donare gli organi, implica in alcuni una riflessione su di sé e sul significato che si vuole donare alla propria vita e anche una meditazione sul senso della morte.

### **2.3. GLI XENO-TRAPIANTI**

Da tempo la ricerca scientifica si sta indirizzando anche verso gli xeno-trapianti che riguardano l'innesto nell'uomo di organi, tessuti o cellule da individui di una specie animale ad individui di un'altra specie.

In Italia questa materia è regolata dalla legge 26/2014 che tratta in generale della sperimentazione animale. In base ad essa, gli xenotrapianti di "organi solidi" (cuore, rene, fegato...) non sono ammessi.

I primi tentativi di xeno-trapianti furono degli anni '70 del XX secolo, quando si raggiunse come massimo successo la sopravvivenza per nove mesi di un uomo al quale era stato trapiantato il rene di uno scimpanzé. Successivamente fu la volta della piccola Baby Fae, che sopravvisse ventuno giorni con il cuore di un babuino. Negli anni '90 furono eseguiti trapianti di cuore e di fegato prelevati da maiale, con risultati deludenti poichè i pazienti trapiantati sopravvivevano solamente pochi giorni.

Nei vari studi si scoprì che l'animale da preferire per gli xeno-trapianti è il maiale; le sue caratteristiche biologiche particolarmente affini all'uomo la rendono più candidabile.

Due i problemi più complessi: il rigetto e il rischio infettivo. Per quanto riguarda "il rigetto" si stanno producendo da tempo maiali geneticamente "ingegnerizzati", cioè resi più compatibili sotto il profilo

immunologico con l'uomo. Ma, pure in queste sperimentazioni, i risultati positivi sono molto limitati; un anno al massimo di sopravvivenze nelle scimmie.

Per quanto riguarda "il rischio infettivo", l'organo porcino trapiantato potrebbe essere veicolo di virus che nell'animale non danno malattia, ma nell'uomo sì. Ma, potrebbe esserci anche un rischio maggiore; un agente infettivo, non ancora noto, che si trasmetterebbe con un trapianto del genere, non solo al ricevente, ma potenzialmente a tutta la comunità umana.

Quale valutazione etica fornire agli xeno-trapianti?

La risposta all'interrogativo concerne il più generale problema del rapporto dell'uomo con gli animali che in parte abbiamo già trattato in precedenza.

Il futuro degli xeno-trapianti è altamente dubitabile perciò proseguono studi riguardanti "modalità alternative" come gli organi bioartificiali, che possono sostituire, per un determinato tempo o anche definitivamente, l'organo non funzionante, o sulle cellule staminali adulte e non embrionali che riparano, in parte, l'organo deteriorato.

## Conclusioni

I trapianti sono "legittimati dal principio di solidarietà che unisce gli esseri umani e dalla carità che dispone il dono verso i fratelli sofferenti"<sup>934</sup>.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica rammenta: "La donazione di organi dopo la morte è un atto nobile e meritorio ed è da incoraggiare come manifestazione di generosa solidarietà"<sup>935</sup>.

Il Vangelo avverte: "Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici"<sup>936</sup>.

L'altruismo è l'unica giustificazione del dono di organi e in questo risiede la motivazione per una politica dei trapianti.

Papa Benedetto XVI, incontrando le Associazioni di Donazione di Organi, confidò: "E' lecito aderire, spontaneamente e in piena coscienza, alla cultura dei trapianti e delle donazioni d'organo. Da parte mia posso solo dire che sono anni che ho dato tutta la mia disponibilità a donare, eventualmente, i miei organi a chi si trova nel bisogno. Sono iscritto da anni all'associazione e portavo sempre con me il documento dove, oltre ai miei dati personali, era scritto che io ero disponibile, di fronte ad un'evenienza, ad offrire i miei organi per aiutare chiunque avesse bisogno: è un atto d'amore, un atto d'affetto gratuito e di disponibilità"<sup>937</sup>.

---

<sup>934</sup> CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI, op. cit., n. 67.

<sup>935</sup> CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2296.

<sup>936</sup> VANGELO DI GIOVANNI 15,13.

<sup>937</sup> BENEDETTO XVI, *Alle associazioni di Donatori di Organi*, 27 maggio 2007.

## Cap 18 – LA GENETICA

### INDICE DEL CAPITOLO

1. Rilevanza della genetica per la cura
2. Cenni storici
3. Aspetti normativi
4. Biobanche
  - 4.1. Biobanche genetiche e biobanche tessutali
  - 4.2. Aspetto etico
5. Consenso informato

### 1. Rilevanza della genetica<sup>938</sup> per la cura

L'opportunità di sperimentare sui cosiddetti "campioni biologici" rappresenta un'innovativa modalità per identificare le caratteristiche della maggioranza delle patologie. Negli scorsi decenni, i tessuti umani erano distrutti immediatamente dopo la raccolta, perdendo informazioni e dati basilari per la ricerca, oppure, poche volte, erano impiegati per studi generici, privi del consenso del paziente.

Negli ultimi anni, il colossale potenziamento della genetica e delle biotecnologie, e in particolare la volontà di avanzare nella lettura del genoma umano<sup>939/940</sup> e del suo potenziale in medicina, hanno comportato il proliferare di raccolte di materiale biologico di genere differente.

Sempre di più si è evidenziato che rilevanti patologie hanno origini genetiche<sup>941</sup>.

---

<sup>938</sup> Si rimanda per l'approfondimento a: L. C. DUNN, *Breve storia della genetica*, ISEDI, Milano 1978; A. CONTI ed Al., *I test genetici. Etica, deontologia, responsabilità*, Giuffrè, Milano 2007; B. DALLAPICCOLA – G. NOVELLI, *Genetica medica essenziale*, Phoenix editrice, Roma 1998; C. SERRA – E. SGRECCIA – M.L. DI PIETRO, *Nuova genetica ed embriopoiesi umana. Prospettiva della scienza e riflessioni etiche*, Vita e Pensiero, Milano 1990; C. SERRA, *Il progetto Genoma Umano. Conoscere i nostri geni potrà cambiare la vita*, CUEN, Napoli 2000.

<sup>939</sup> "E' il corredo dei cromosomi di una cellula (detto anche cariotipo), contenente la totalità del materiale ereditario, codificato sotto forma di unità dette geni. Un genoma può consistere di un'unica molecola di DNA, cioè un unico cromosoma, oppure di molti cromosomi diversi" (voce: *genoma*, in Enciclopedia Treccani, on line).

<sup>940</sup> "Il Progetto Genoma Umano è un progetto di ricerca, in sigla HGP (*Human genome project*), iniziato negli Stati Uniti nel 1990 e conclusosi nel 2000, con obiettivo di conoscere la sequenza dei geni della specie umana e la loro posizione sui vari cromosomi, costruendo così una mappa del genoma. Dopo un decennio dal suo avvio, il Progetto Genoma Umano, ha avuto grande risonanza mediatica e politica con la conferenza stampa congiunta del presidente degli USA B. Clinton e del premier britannico T. Blair del 26 giugno 2000, che ne annunciavano il completamento. In realtà, solo nell'aprile del 2003 la sequenza sarebbe stata analizzata per il 99%, e il progetto di base si poteva dire veramente completato solo il 17 maggio 2006, quando la sequenza del cromosoma 1, il più lungo e quindi il più difficile da analizzare, è stata resa pubblica via Internet dal 'National institute of health'. Resta da chiarire, però, il significato biologico delle sequenze individuate" (voce: *progetto genoma umano*, in Enciclopedia Treccani, on line).

<sup>941</sup> Classificazione delle malattie geneticamente determinate:

- Cromosomiche
- Geniche

Da ultimo, non possiamo trascurare che l'approfondimento di questa branca della scienza migliorerà l'uso dei farmaci, prevenendo l'inefficacia di alcuni medicinali e la comparsa di effetti indesiderati. In altre parole, l'obiettivo finale, è somministrare a ciascuno il "suo" farmaco!

La "genetica" (dal greco γένεσις = genesi, origine...) è la scienza che studia i geni<sup>942</sup>, i caratteri ereditari degli organismi viventi e i meccanismi della loro trasmissione e della loro distribuzione nelle varie popolazioni. Dunque, la comprensione delle modalità di azione dei diversi aspetti genetici, permetterà di identificare strumenti più efficaci per curare e prevenire molteplici patologie. Per questo, la "Dichiarazione Universale sul Genoma" dell'UNESCO (1997), afferma al primo articolo che "il genoma sottende l'unità fondamentale di tutti i membri della famiglia umana, come pure il riconoscimento della loro intrinseca dignità e della loro diversità. In senso simbolico, esso è patrimonio dell'umanità".

Le indagini genetiche a fini diagnostici sostituiranno parzialmente gli strumenti convenzionali, oppure serviranno per integrarle, mentre la cura si realizzerà mediante la "terapia genetica", una metodica che impiegherà il DNA come sostanza farmacologica, introducendo nel corpo uno o più geni sotto forma di cellule somatiche. Altre applicazioni di terapia genetica, sono le tecniche che intervengono sulle "cellule della linea germinale" permettendo la modifica del "genotipo"<sup>943</sup> e del "fenotipo"<sup>944</sup> di una persona o dei suoi discendenti.

Il citato ventaglio di applicazioni che racchiude anche i meccanismi riproduttivi ed ereditari, rientrano nell'ampia e teoricamente illimitata gamma di opportunità che le conoscenze e le tecniche genetiche permettono di realizzare.

Per le potenzialità annesse alla genetica e per le peculiarità tipiche dei *dati genetici*, il cui errato utilizzo determinerebbero enormi danni alla persona, il settore pone evidenti implicazioni etiche, giuridiche e sociali.

Tre sono i vocaboli principali da apprendere: *campione biologico*, *test genetici*, *dati genetici*.

-CAMPIONE BIOLOGICO.

Materiale biologico contenente le informazioni genotipiche di una persona.

-TEST GENETICI.

I test genetici sono "le analisi di specifici geni, del loro prodotto e della loro funzione, nonché ogni altro tipo d'indagine del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, finalizzata ad individuare o ad escludere mutazioni associate a patologie

---

+Monogeniche (mendeliane)

\*Autosomiche dominanti

\*Autosomiche recessive

\*X-linked

+Poligeniche o multifattoriali

- Mitocondriali

- Da espansione.

<sup>942</sup> Il "Progetto Genoma Umano" ha evidenziato che il Genoma umano è costituito da 20.000/25.000 geni. Oggi, le malattie geneticamente descritte sono circa 4.700 (*OMIM database*); per 1.500 di queste è disponibile un test genetico specifico (*GeneTEST database*).

<sup>943</sup> Il genotipo di un individuo è dato dal suo corredo genetico, è ciò che è "scritto" nel DNA contenuto nel nucleo di tutte le sue cellule ed è quindi immutabile.

<sup>944</sup> Il fenotipo è l'insieme dei caratteri che l'individuo manifesta: dipende dal suo genotipo, dalle interazioni fra geni e anche da fattori esterni; dunque può variare.

genetiche. I test possono anche essere utilizzati per definire la variabilità inter-individuale, per risolvere quesiti medico-legali e per valutare la sensibilità/suscettibilità e le resistenze individuali<sup>945</sup>.

I “test genetici” sono eseguiti prevalentemente con finalità *clinica-diagnostica* o di *ricerca*, e si differenziano in:

\* *test genetici diagnostici*: convalidano la presenza di una specifica patologia, anticipano una diagnosi, forniscono i moventi di una malattia clinicamente già evidente;

\* *test genetici presintomatici o preclinici*: stabiliscono se “persone sane” posseggono, perché ereditato, l’allène mutato<sup>946</sup>; di conseguenza, è identificabile il presumibile rischio di contrarre nel futuro la patologia a lui associata;

\* *test genetici predittivi*: rilevano genotipi<sup>947</sup> che molto probabilmente in concomitanza con altre cause geneticamente scatenanti, oppure per l’esposizione ad componenti ambientali, daranno origine all’insorgenza di una patologia nel corso della vita;

\* *test per l’identificazione degli eterozigoti*<sup>948</sup> (portatori sani): nel caso di malattie autosomiche recessive identificano i portatori eterozigoti presenti nella popolazione;

\* *test genetici per individuare i portatori di malattie* con un elevato rischio riproduttivo;

\* *test medico-legali*: ci si avvale, ad esempio, per accertare la paternità o per attribuire tracce biologiche;

\* *test di farmacogenetica e di farmacogenomica*: studiano i geni che influiscono sulle reazioni ai farmaci e osservando un medicinale il movente della sua efficacia unicamente su alcune persone, oppure la causa scatenante degli effetti collaterali.

Dunque, le giustificazioni che consigliano i test genetici sono:

- \* conferma diagnostica di una malattia;
- \* identificazione del portatore sano di una patologia recessiva;
- \* diagnosi presintomatica di malattie ad insorgenza tardiva;
- \* individuazione della suscettibilità a contrarre patologie complesse;
- \* diagnosi prenatale di malattie cromosomiche o mendeliane<sup>949</sup>.

Poiché i risultati dei test genetici potrebbero procurare conseguenze negative ai singoli e alle loro famiglie biologiche, è essenziale un’accurata tutela dei “dati genetici”.

---

<sup>945</sup> G. NOVELLI, *I test genetici diagnostici*, Biologi Italiani, 4 (2004) 34-35.

<sup>946</sup> “Ciascuno dei due o più strati alternativi di un gene che occupa la stessa posizione su cromosomi omologhi e che controllano variazioni dello stesso carattere” (voce: *allène*, in Enciclopedia Treccani, on line).

<sup>947</sup> “L’effettiva costituzione genetica di un individuo, cioè l’insieme dei geni localizzati sui cromosomi, spesso riferiti ad una o più particolari coppie di allèni” (voce: *genotipo* in Enciclopedia Treccani, on line).

<sup>948</sup> “Individuo ibrido per un carattere mendeliano, che possiede nel proprio patrimonio genetico i corrispondenti di due geni allelomorfi (dominante e recessivo)” (voce: *eterozigote* in Enciclopedia Treccani, on line).

<sup>949</sup> *Mendeliano* (aggettivo): “Relativo al biologo boemo abate *G. Mendel* al quale si deve la scoperta dei principî che regolano l’ereditarietà dei caratteri” (voce: *mendeliano* in Enciclopedia Treccani, on line).

## - DATI GENETICI

I Dati Genetici, considerano la costituzione genotipica della persona, e forniscono informazioni sui caratteri genetici trasmissibili nell'ambito di un gruppo di individui parentali. Osservando i progressi della ricerca, in futuro, potrebbero essere sfruttati anche per altri obiettivi.

Un problema con ripercussioni etiche interessa l'ipotetico obbligo di comunicare i propri dati genetici alla famiglia, se questi fossero di notevole rilievo per la salvaguardia della salute o per ripercussioni future.

Per questo ci interroghiamo: i dati genetici, sono di appartenenza "del singolo", oppure i famigliari possono conoscerli anche privi del consenso dell'interessato? Nel 1999, il Garante per la "Protezione dei Dati Personali", autorizzò una donna che auspicava un figlio di accedere ai dati genetici del padre affetto da una malattia genetica, anche se questo aveva negato il consenso. La motivazione del Garante fu: "L'accesso ad alcuni dati sanitari del padre della paziente rappresenta un presupposto essenziale per l'accertamento delle modalità di trasmissione della malattia, per la valutazione del rischio procreativo e per l'esecuzione di eventuali test genetici"<sup>950</sup>.

Altro settore controverso è quello occupazionale.

Ad esempio, negli Stati Uniti, vari datori di lavoro sottoposero i dipendenti, a loro insaputa, a test genetici. Questa palese violazione dei dati genetici, obbligò nel 2000, il Presidente *B. Clinton*, ad emanare un *Executive Order* che proibiva la fruizione dei test genetici per le assunzioni nell'Amministrazione Federale.

Pure l'area assicurativa non è esente da rischi.

I dati genetici, potrebbero discriminare un contraente o i suoi familiari maggiormente predisposti a contrarre gravi patologie in futuro.

Non possiamo dimenticare, infine, la semplicità nell'ottenere materiale genetico all'insaputa della persona interessata, rendendo colpevole, chi compie questa azione, del reato di *furto di identità*.

Eppure, la normativa internazionale, proibisce la discriminazione fondata sui dati genetici come pure proclama l'illegittimità dei test genetici di massa. L'articolo 11 della *Convenzione di Oviedo* che vietò qualunque discriminazione basandosi sul patrimonio genetico, autorizzò i test di genetica predittiva unicamente per scopi medici.

L'articolo 21 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* negò "qualsiasi forma di discriminazione fondata (...) sulle caratteristiche genetiche"; lo stesso fu deliberato dalla *Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti umani e la biomedicina* articolo 11 e dalla *Dichiarazione Universale sul genoma umano* all'articolo 6.

## 2.Cenni storici

La genetica ebbe origine nel diciannovesimo secolo con gli studi del

---

<sup>950</sup> Cfr.: Parere Garante per la Protezione dei Dati Personali, luglio 1999.

<http://www.garanteprivacy.it/garante/navig/jsp/index.jsp?folderpath=Provvedimenti%2FCronologico%2F1999%2F>.

monaco ceco *G. Mendel*<sup>951</sup> (1822-1884).

Nel tranquillo giardino del convento agostiniano di San Tommaso a *Konigkloster di Brno* di cui era abate, osservò con curiosità le caratteristiche delle piante di pisello, comprendendo che i caratteri ereditari del vegetale non erano dettati dal caso ma trasmessi come unità, distribuiti poi singolarmente ad ogni generazione. A seguito delle sue ricerche, formulò *le leggi della trasmissione dei caratteri ereditari*, che costituirono il fondamento della genetica odierna. Nel 1865, *Mendel* scrisse il testo "Esperimenti sugli ibridi vegetali", ma le sue tesi furono ignorate fino all'esordio del XX secolo.

18 aprile 1905, lo scienziato britannico *W. Bateson* in una lettera ad *A. Sedgwick* usò per la prima volta il vocabolo "genetica". Inseguito, *Bateson*, impiegò questo termine alla "Terza Conferenza Internazionale sull'Ibridazione delle Piante", a Londra, nel 1906<sup>952</sup>.

Negli anni successivi iniziarono alcune sperimentazioni per ampliare le conoscenze sulle *basi molecolari dell'ereditarietà*.

Nel 1910 *T. Morgan*, inseguito ad osservazioni sulla *drosophila* (*drosophila*)<sup>953</sup>, identificò nei *cromosomi i portatori dei geni*, documentando le basi scientifiche degli studi effettuati da *Mendel*.

Mise in evidenza pure l'idoneità nel dar luogo a mutazioni, ponendo le basi alla teoria "cromosomica dell'ereditarietà", ma era ancora sconosciuta la composizione molecolare dei geni.

Nel 1928 *F. Griffith*, pubblicò i risultati di una sua ricerca, nota come "esperimento di Griffith", giudicando la presenza di un "principio trasformante" alla base della mutazione batterica.

Lo studio spalancò il percorso alla scoperta del DNA come molecola contenente l'informazione genetica.

Nel 1944, *O. T. Avery, C. McLeod e M. McCarty*, dimostrarono che *l'informazione genetica è trasmessa dal DNA* e non da molecole proteiche.

Nel 1952, lo studio di *A. D. Hershey e M. Chase*, determinò che *l'informazione genetica è registrata nel DNA*; fu un'ulteriore conferma che il DNA fosse la molecola responsabile dell'ereditarietà.

Nel 1953, *J. Watson e F. Crick*, mediante la cristallografia a raggi X, *descrissero la struttura molecolare degli acidi nucleici* e i rapporti fra la struttura di queste sostanze e i meccanismi di eredità<sup>954</sup>.

Nel 1956, *S.H. Tjio e A. Levan* stabilirono in 46 il numero esatto di cromosomi nella specie umana.

Nel 1958, uno studio di *P. Meselson e I. Stahl*, dimostrò che *per il DNA la replicazione è semiconservativa*.

---

<sup>951</sup> Cfr.: R. M. HENIG, *Il monaco nell'orto*, Garzanti, Milano 2001.

<sup>952</sup> Cfr.: Report of the Third 1906 International Conference on Genetics: Hybridization (the cross-breeding of genera or species), the cross-breeding of varieties, and general plant breeding, *Royal Horticultural Society, London*.

<sup>953</sup> "Genere di piccoli insetti ditteri acalitteri, comprendente il moscerino del vino e delle frutta (*Drosophila melanogaster*), di colore ferrugineo, con le ali grigiastre, che vive allo stato larvale nelle frutta in decomposizione e nelle sostanze zuccherine o fermentate; l'insetto è anche noto per le ricerche sperimentali di genetica compiute su di esso e sulle specie affini" (voce: *drosophila* in Enciclopedia Treccani, on line).

<sup>954</sup> Cfr.: J. WATSON – F. CRICK, *Molecular structure of nucleic acids; a structure for deoxyribose nucleic acid*, *Nature* 171 (1953) 737-738.



Nel 1961 si ebbe la prova definitiva che *il codice genetico è organizzato in triplette (codoni)*.

Nel 1965 si attuò la prima *cell-fusion* (fusione tra cellule umane e murine con il passaggio di geni ai cromosomi umani).

Nel 1967 esordì l'impiego delle tecniche genetiche nella diagnostica prenatale.

Nel 1970 furono scoperti gli *enzimi di restrizione* studiando il batterio *Haemophilus influenzae* e vi fu la sintesi del primo gene artificiale.

Nel 1972, *W. Fiers* e il suo gruppo di lavoro, determinarono per la prima volta *la sequenza di un gene*.

Nel 1976, *W. Fiers* identificò *la sequenza nucleotidica completa del fago-RNA MS2*<sup>955</sup>.

A metà degli anni '70 del XX secolo, a seguito delle informazioni sulle attività che coordinano le singole cellule e l'organismo di ogni vivente, nacque *l'ingegneria genetica*<sup>956</sup>, cioè il passaggio dallo studio dei prodotti controllati dai geni ai geni stessi.

Nello stesso periodo, inseguito alla scoperta degli *enzimi di restrizione*, si gestirono più efficacemente gli acidi nucleici. E lo sviluppo delle tecniche di sequenziamento del DNA, nel 1977 acconsentirono a *K.B. Mullis* la determinazione accurata delle sequenze nucleotidiche dei geni e la messa a punto della *reazione a catena della polimerasi* (PCR), ottenendo elevate quantità di DNA con minime porzioni iniziali.

Inoltre, nel 1977, *E. Sanger* terminò la sequenza *del genoma del fago Φ-X174*<sup>957</sup>.

Nel 1978 nacque *Louise Brown*, la prima bambina *concepita in "provetta"* con la metodologia della fertilizzazione in vitro.

Nel 1983 riuscì *l'isolamento e l'amplificazione di sequenze specifiche di DNA*.

Nel 1987, *F. Collins* e *L. Tsui*, sequenziarono il gene per la *proteina CFTR*; fu il primo gene umano ad essere sequenziato.

---

<sup>955</sup> Cfr.: *W. FIERES et AL., Complete nucleotide-sequence of Bacteriophage MS2-RNA - primary and secondary structure of replicase gene, Nature 260 (1976) 500/507.*

<sup>956</sup> "Insieme di tecnologie che permettono la manipolazione in vitro di molecole di DNA in modo da provocare cambiamenti predeterminati nel genotipo di un organismo. Mediante queste manipolazioni genetiche è possibile produrre nuove combinazioni di geni, determinare specifiche mutazioni, introdurre geni in cellule in cui essi possono esprimere nuove funzioni e applicazioni. A partire dal 1970 l'ingegneria genetica, chiamata anche tecnologia del DNA ricombinante, ha accresciuto notevolmente la comprensione di processi biologici fondamentali, come l'espressione genica e lo sviluppo, rendendo possibili molte ricerche di base e accelerando la produzione di agenti terapeutici per l'uomo, gli animali e le piante (biotecnologie). La tecnica di base dell'ingegneria genetica è *la clonazione*, ovvero il procedimento che consente di isolare e riprodurre un singolo gene o un tratto di DNA ottenendo un numero elevato di copie identiche (cloni). Si possono, per esempio, ottenere batteri ingegnerizzati (in cui sono state inserite specifiche sequenze di DNA) che producono proteine terapeutiche (per esempio: insulina, interferone, ormone della crescita...). Altre applicazioni sono state realizzate grazie alle tecniche di trasferimento genico, che hanno consentito la creazione di organismi transgenici, cioè piante e animali nei quali è stato introdotto un gene di un'altra specie (transgene). Queste tecnologie sollevano tuttavia problemi che investono anche temi etici e giuridici non facilmente risolvibili, connessi con la produzione di nuove forme di vita" (voce: *Ingegneria genetica*, in Enciclopedia Treccani, on line).

<sup>957</sup> Cfr.: *F. SANGER et AL, Nucleotide sequence of bacteriophage phi X174 DNA, Nature 265 (1977) 687-694.*

Queste, ed altre scoperte, acconsentirono l'esordio nel 1987, sotto la direzione di *J. Watson* del *Progetto genoma umano*, e alla *Celera Genomics* di annunciare nel 2003 il completamento del sequenziamento dell'intero genoma umano<sup>958</sup>.

Nel 1995, comparve nella lettura scientifica il vocabolo "*biobank*"<sup>959</sup>.

La prima applicazione della terapia genetica in una sperimentazione clinica si realizzò nel 1990 al *National Institutes of Health di Bethesda (Maryland)* su una bambina di quattro anni affetta da una particolare immunodeficienza combinata (ADA).

In Italia, nel 1995, l'IRCCS San Raffaele di Milano, pubblicò i risultati di una equivalente sperimentazione praticata su due malati di immunodeficienza.

Nel 1999, all'ospedale *Necker* di Parigi, fu condotta una sperimentazione che coinvolse due bambini di otto e undici mesi affetti da immunodeficienza combinata grave (SCID). La terapia fu positiva consentendo ai piccoli pazienti la ripresa di una regolare quotidianità.

Da quel momento, l'esito favorevole di alcune sperimentazioni, hanno consentito a molti malati di disporre di terapie genetiche, anche se dovrà trascorrere del tempo per individuare validi protocolli per la cura di patologie particolarmente complesse.

### 3. Aspetti normativi

L'aspetto normativo è ricco di pronunciamenti con peculiare accuratezza alla gestione dei dati genetici, e di conseguenza, all'organizzazione e all'amministrazione delle biobanche<sup>960</sup>.

---

<sup>958</sup> Cfr.: R. DULBECCO, *I geni e il nostro futuro*, Sperling & Kupper, Milano 1995.

<sup>959</sup> Cfr.: S. LOFT – H.E. POULSEN, *Cancer risk and oxidative DNA Damage in Man*, *J Mol Med* 74 (1996) 297-312.

<sup>960</sup> **DOCUMENTI INTERNAZIONALI**

\* "CONVENZIONE EUROPEA PER LA PROTEZIONE DEI DIRITTI UMANI E DELLA DIGNITÀ DELL'ESSERE UMANO" (Oviedo 1997):

- articolo 5: ogni intervento sull'uomo può essere eseguito solo se è stato fornito un Consenso informato;

- articolo 10: ogni persona ha diritto al rispetto della propria vita privata anche nell'aspetto relativo alla propria salute;

- articolo 11: è vietato ogni discriminazione basata sul patrimonio genetico;

- articolo 21: è vietato trarre profitto dal corpo o dalle sue parti.

\* UNESCO 1997: "DICHIARAZIONE UNIVERSALE SUL GENOMA UMANO E I DIRITTI DELL'UOMO":

- articolo 1: il genoma è patrimonio dell'umanità;

- articolo 2: riconosce l'unicità del genoma dei singoli individui;

- articolo 12: la ricerca, compresa quella genetica deve tendere "ad alleviare la sofferenza ed a migliorare la salute dell'individuo e dell'intera umanità".

\* DIRETTIVA 98/44/CE "SULLA PROTEZIONE GIURIDICA DELLE INVENZIONI BIOTECNOLOGICHE" (G.U. delle Comunità Europee 213/13 del 30 luglio 1998):

- articolo 5, comma 1: "Il corpo umano, nei vari stadi della sua costituzione e del suo sviluppo, nonché la mera scoperta di uno dei suoi elementi, ivi compresa la sequenza parziale di un gene, non possono costituire invenzioni brevettabili";

- articolo 5, comma 2: "Un elemento isolato del corpo umano, o diversamente prodotto, mediante un procedimento tecnico, ivi compresa la sequenza o la sequenza parziale di un gene, può costituire un'invenzione brevettabile, anche se la struttura di detto elemento è identica a quella di un elemento

---

naturale”.

Due commi che sembrano in contraddizione.

\* UNESCO 2003: “DICHIARAZIONE INTERNAZIONALE SUI DATI GENETICI”:

Dati genetici e campioni biologici possono essere utilizzati solo a seguito del rilascio del Consenso informato.

\* DIRETTIVA EUROPEA 2004/23 DEL 31 MARZO 2004 “SULLA DEFINIZIONE DI NORME DI QUALITÀ E DI SICUREZZA PER LA DONAZIONE, L’APPROVVIGIONAMENTO, IL CONTROLLO, LA LAVORAZIONE, LO STOCCAGGIO E LA DISTRIBUZIONE DI TESSUTI E CELLULE UMANI” (G.U. dell’Unione Europea n. 102/48 del 7 aprile 2004).

\*DIRETTIVA EUROPEA 2006/86 DEL 24 OTTOBRE 2006 “CHE ATTUA LA DIRETTIVA 2004/23/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO PER QUANTO RIGUARDA LE PRESCRIZIONI IN TEMA DI RINTRACCIABILITÀ, LA NOTIFICA DI REAZIONI ED EVENTI AVVERSI GRAVI E DETERMINATE PRESCRIZIONI TECNICHE PER LA CODIFICA, LA LAVORAZIONE, LA CONSERVAZIONE, LO STOCCAGGIO E LA DISTRIBUZIONE DI TESSUTI E CELLULE UMANI” (G.U. dell’Unione Europea n. 294/32 del 25 ottobre 2006).

\* TRATTATO DI PRUM.

Sottoscritto il 27 maggio 2005 da sette Paesi (Belgio, Germania, Spagna, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Austria), prevedeva una cooperazione transfrontaliera allo scopo di contrastare il terrorismo, la criminalità transfrontaliera e la migrazione illegale.

La cooperazione è attuata mediante lo scambio di informazioni dei dati del DNA, delle impronte digitali e dell’immatricolazione dei veicoli, secondo tre diversi livelli di tutela in base alla delicatezza del dato trattato oggetto di scambio. Infatti, mentre l’art. 2, par. 1, stabilì che gli Stati aderenti si impegnassero a creare e a gestire schedari di analisi del DNA per indagini su reati, in merito ai dati dattiloscopici, l’art. 8 prevedeva la comunicazione degli stessi per fini di prevenzione (di reati) e relative indagini e, da ultimo, l’art. 12, par. 1, autorizzò lo scambio transfrontaliero dei dati relativi all’immatricolazione di veicoli anche per la prevenzione e le indagini su illeciti non penali nonché al fine di mantenere l’ordine e la sicurezza pubblici.

I dati del DNA si potevano scambiare unicamente per indagini giudiziarie penali ed al solo scopo di contrastare terrorismo, criminalità transfrontaliera e migrazione illegale.

\* COMITATO DEI MINISTRI DEL CONSIGLIO D’EUROPA (2006): “RACCOMANDAZIONE R” (2006):

- articolo 3: occorre il consenso del donatore per utilizzare tessuti biologici a fini di ricerca;

- articolo 21: i tessuti devono essere utilizzati unicamente nella ricerca dopo aver ottenuto il consenso;

- articolo 22: per una nuova ricerca va ottenuto un nuovo consenso.

\* OCSE (2007): “BEST PRACTICE GUIDELINES FOR BRCS”.

Sono norme per l’attivazione, l’organizzazione e la gestione delle biobanche.

#### **DOCUMENTI ITALIANI**

\*DECRETO PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA N. 439 DEL 21 SETTEMBRE 2001: “Regolamento di semplificazione delle procedure per la verifica e il controllo di nuovi sistemi e protocolli terapeutici sperimentali”, (GU n. 294 del 19 dicembre 2001).

\* DECRETO DEL PRESIDENTE DELL’ISS 26 APRILE 2002: “Accertamento della composizione e innocuità dei farmaci di nuova istituzione prima della sperimentazione clinica sull’uomo. Individuazione della documentazione da sottoporre all’Istituto Superiore di Sanità ai sensi dell’art. 4, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 21 settembre 2001, n. 439”, (GU n. 105 del 7 maggio 2002).

\*DECRETO LEGISLATIVO N. 211 DEL 24 GIUGNO 2003: “Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all’applicazione della buona pratica clinica nell’esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico”, (S.O. n. 130/L alla GU n. 184 del 9 agosto 2003).

\* DECRETO LEGISLATIVO N. 196 DEL 30 GIUGNO 2003: “Codice in materia di protezione dei dati personali”, (G. U. n. 174 del 29 luglio 2003).

\* DECRETO 2 MARZO 2004: “Istituzione di una banca dati per il monitoraggio della terapia genetica e la terapia cellulare somatica”, (GU n. 63 del 27 marzo 2004).

\* DECRETO 5 DICEMBRE 2006: “Utilizzazione di medicinali per terapia genica e per terapia cellulare somatica al di fuori di sperimentazioni cliniche e norme transitorie per la produzione di detti medicinali”, (GU n. 315 del 17 dicembre).

\* DECRETO LEGISLATIVO N. 219 DEL 24 APRILE 2006: “Attuazione della direttiva 2001/83/CE (e successive direttive di modifica) relativa ad un codice comunitario concernente i medicinali per uso umano, nonché della direttiva 2003/94/CE”, (GU n. 142 del 21 giugno 2006).

\* GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI: “Autorizzazione al trattamento dei dati genetici”, (G.U. n. 65 del 19 marzo 2007).

\* DETERMINAZIONE 21GIUGNO 2007: “Individualizzazione degli impieghi di medicinali per terapia

Ma, nonostante l’emanazione di vari testi legislativi, in alcuni Paesi, tra cui l’Italia, dobbiamo notare la carenza di rigorose e verificabili istruzioni che disciplinino nei dettagli la raccolta, la conservazione, il controllo di qualità e la distribuzione dei materiali biologici per la ricerca, come pure restano incerti svariati particolari etici e legali.

Da ciò che abbiamo affermato notiamo che la realtà italiana è caratterizzata dalla presenza di numerose raccolte “non ufficiali” di dati genetici, il più delle volte, però, gestite inadeguatamente.

## 4. Biobanche

La richiesta di tessuti umani per la ricerca determinò la necessità di costituire “banche” e “reti di banche” di tessuti e di cellule umane.

Le biobanche o “banche di dati di ricerca”, sono strutture *no-profit*<sup>961</sup> dove

---

*cellulare somatica considerati clinicamente e scientificamente consolidati”.*

\* DETERMINAZIONE 6 AGOSTO 2007: “*Rettifica della determinazione 21 giugno 2007, relativa all’individuazione degli impieghi di medicinali per terapia cellulare somatica considerati clinicamente e scientificamente*”.

\* DECRETO LEGISLATIVO N. 191 DEL 6 NOVEMBRE 2007: “*Attuazione della direttiva 2004/23/CE sulla definizione delle norme di qualità e di sicurezza per la donazione, l’approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e di cellule*”, (GU n. 261 del 9 novembre 2007).

\* DECRETO LEGISLATIVO N. 200 DEL 6 NOVEMBRE 2007: “*Attuativa della direttiva 2005/28/CE recante i principi e linee guida dettagliate per la buona pratica clinica relativa ai medicinali in fase di sperimentazione a uso umano, nonché i requisiti per l’autorizzazione alla fabbricazione o importazione di tali medicinali*”, (GU n. 261 del 9 novembre 2007).

\* LEGGE N. 85 DEL 30 GIUGNO 2009: “*Adesione della Repubblica italiana al Trattato concluso il 27 maggio 2005 tra il Regno del Belgio, la Repubblica federale di Germania, il Regno di Spagna, la Repubblica francese, il Granducato di Lussemburgo, il Regno dei Paesi Bassi e la Repubblica d’Austria, relativo all’approfondimento della cooperazione transfrontaliera, in particolare allo scopo di contrastare il terrorismo, la criminalità transfrontaliera e la migrazione illegale (Trattato di Prüm). Istituzione della banca dati nazionale del DNA e del laboratorio centrale per la banca dati nazionale del DNA. Delega al Governo per l’istituzione dei ruoli tecnici del Corpo di polizia penitenziaria. Modifiche al codice di procedura penale in materia di accertamenti tecnici idonei ad incidere sulla libertà personale*” (GU n. 160 del 13 luglio 2009).

E’ la ratifica del Trattato di Prüm.

Inoltre è istituita LA BANCA NAZIONALE DEL DNA E IL RELATIVO LABORATORIO CENTRALE (cfr. art. 5).

Della “banca dati” si occuperà il Garante per i dati personali, del laboratorio il Comitato nazionale per la biosicurezza, la biotecnologia e le scienze della vita (cfr. art. 15).

La banca dati del DNA viene istituita al “fine di facilitare l’identificazione degli autori dei delitti (cfr. art. 5, c1), con il compito di raccogliere e confrontare i dati relativi al DNA (cfr. art. 7).

Il laboratorio centrale si occuperà delle attività di tipizzazione dei profili dei campioni biologici (cfr. art. 8).

Per alcuni soggetti è prevista la sottoposizione a prelievo di campioni biologici (sono evidenziati i soggetti e i reati) (cfr. art. 9).

E’ prevista la raccolta di profili del DNA relativi a reperti biologici acquisiti nel corso di procedimenti penali come pure la raccolta di profili di DNA di persone scomparse, cadaveri e resti cadaverici non identificati.

L’accesso è garantito solo alla polizia giudiziaria e all’autorità giudiziaria (cfr. art. 12).

Si sono previsti i tempi massimo per la conservazione dei profili e dei campioni e le modalità di cancellazione e distruzione (cfr. art. 13).

### ALTRI DOCUMENTI

\* SOCIETÀ ITALIANA DI GENETICA (S.I.G.U) – COMITATO TELETHON FONDAZIONE ONLUS, *Biobanche genetiche. Linee guida* (Inserto *Analysis*, n. 5/6 2003).

sono raccolti “campioni biologici umani”<sup>962</sup>, catalogati, conservati con strumenti idonei a salvaguardare le qualità organiche e resi disponibili, cioè posti “in rete” per diagnosi genetiche, per studi sulla biodiversità e per la ricerca clinica. Sono presenti in un unico *database* che comprende le informazioni utili al ricercatore per estrapolare rapidamente i tessuti più idonei agli obiettivi della sua ricerca.

E' dunque una condivisione dei campioni biologici umani a livello globale!

#### **4.1.BIOBANCHE GENETICHE E BIOBANCHE TESSUTALI**

Le biobanche si classificano in due gruppi: *biobanche genetiche* e *biobanche tessutali*.

BIOBANCHE GENETICHE.

*Caratteristiche.*

Le biobanche genetiche si caratterizzano per la raccolta e la conservazione di campioni di:

- “-persone e famiglie con patologie genetiche;
- gruppi di popolazione con alta frequenza di portatori o di affetti da patologie genetiche;
- popolazioni con caratteristiche genetiche idonee per l'individuazione di geni di suscettibilità (es. popolazioni con ridotta variabilità inter-individuale, forte endogamia...);
- gruppi di popolazioni idonee per studi di farmacogenetica;
- gruppi di popolazione utilizzati come controllo”<sup>963</sup>.

*Finalità.*

“-Favorire le ricerche per identificare le mutazioni causa di malattie genetiche. Queste sono spesso rare o rarissime; quindi solo la possibilità di conservare in un' unica collezione i campioni di famiglie e persone affette può portare a risultati utili sia per le singole famiglie sia per la collettività.

-Favorire la collezione di individui con caratteristiche genomiche utili a capire le basi genetiche di malattie complesse e la predisposizione all'insorgenza di patologie.

-Mettere a disposizione della ricerca farmacogenetica campioni utili per studiare variazioni genomiche che si associano a differenti risposte ai farmaci.

---

\* COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Biobanche e ricerca sul materiale biologico umano*, Roma 2006.

\* COMITATO NAZIONALE PER LA BIOSICUREZZA E LE BIOTECNOLOGIE, *Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche*, Rapporto del Gruppo di Lavoro, 19 aprile 2006.

\* ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA', *Promozione di una banca biologica per il progetto europeo “Genom EUtwin”: riflessioni etiche e tutela della privacy nella conservazione dei tessuti umani per la ricerca*, Roma 2006.

<sup>961</sup> Cfr.: COUNCIL OF EUROPE, *Recommendation N. R(94)1 of the Committee of Ministers to member states on human tissue banks*, 14 maggio 1994.

Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche le definisce: “Unità di servizio, senza scopo di lucro diretto, finalizzate alla raccolta e alla conservazione di materiale biologico umano utilizzato per diagnosi, per studi sulla biodiversità e per ricerca” (*Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche*, op. cit., punto 2).

<sup>962</sup> Tipologie di campioni biologici umani: campioni di tessuti umani, linee cellulari umane, campioni di DNA, materiale trasgenico/ingegnerizzato.

<sup>963</sup> *Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche*, op. cit., 2.3.1.

-Centralizzare la raccolta di campioni di specifiche patologie genetiche per la sperimentazione in vitro di terapie innovative.

-Offrire ai ricercatori un servizio per lo sviluppo dei loro studi e favorire la comunicazione e gli scambi tra i diversi gruppi di scienziati”<sup>964</sup>.

#### BIOBANCHE TESSUTALI.

Conservato campioni biologici umani provenienti prevalentemente da archivi di anatomia patologica e sono sfruttati negli studi di patologie tumorali<sup>965</sup>.

*I tessuti pervengono da:*

“-materiale derivato da interventi diagnostici (tra cui screening) o terapeutici;

-materiale specificamente donato per un progetto di ricerca e conservato per successivo uso;

-materiale donato per trapianto e non utilizzato o ritenuto inadatto;

-materiale proveniente da persone decedute e sottoposte ad autopsia”<sup>966</sup>.

*I campioni biologici sono:*

-“anonimi”: identificati unicamente da un codice che non consente di individuare il donatore;

-“anonimizzati”: i dati anagrafici del paziente sono rimossi in seguito all’attribuzione del codice; di conseguenza è impossibile identificare il donatore;

-“identificabili”: è facile risalire al donatore. Sulla base di risultati scientifici giudicati vantaggiosi per il paziente, lo si individua mediante un codice riconoscibile unicamente dal responsabile della biobanca;

-“identificazione completa”: è nota l’identità del donatore.

Le biobanche, luoghi di raccolta e di stoccaggio, sono essenziali per il futuro della ricerca, ma come abbiamo già affermato, pongono ampie apprensioni per la protezione dei dati “altamente sensibili”, poiché racchiudono l’identità e la storia biologica dei singoli a cui sono universalmente riconosciuti l’unicità del genoma<sup>967</sup>.

Il timore si amplia di fronte ad eventuali ramificazioni finanziarie. Significativa è la seguente riflessione: “Il ‘gene’ è diventato una risorsa molto preziosa e deve essere quindi evitato il rischio che la costituzione e l’utilizzo delle biobanche del DNA in tutto il mondo finisca col seguire logiche di esclusivo sfruttamento economico contro gli interessi dei malati e della società, limitando il ruolo della ricerca pubblica. Infatti, questo rischio esiste perché i laboratori pubblici che realizzano le biobanche possono trovarsi nella necessità di dover utilizzare i finanziamenti che le industrie farmaceutiche mettono loro a disposizione, in cambio del prezioso materiale genetico, sia per poter potenziare i mezzi per la ricerca sia per il mantenimento della banca stessa. I contratti di esclusività di utilizzo delle biobanche, proposti da alcune aziende, possono risultare svantaggiosi per i laboratori pubblici, che rischiano di diventare semplici distributori di DNA, e per la pluralità e la libertà della ricerca. Inoltre stiamo

---

<sup>964</sup> *Le Linee Guida per l’istituzione e l’accreditamento delle biobanche*, op. cit., 2.3.1.

<sup>965</sup> Cfr.: JW OOSTERHUIS, et Al., *Tumour banks: well-guarded treasures in the interest of patients*, Nature 3 (2003) 73-77.

<sup>966</sup> *Le Linee Guida per l’istituzione e l’accreditamento delle biobanche*, op. cit., 2.3.2.

<sup>967</sup> Cfr.: *Dichiarazione Universale sul Genoma*, art. 2.

assistendo ad una nuova forma di 'colonialismo scientifico' in particolare nei Paesi in via di sviluppo, là ove esistono gruppi familiari isolati geneticamente, famiglie numerose, forte consanguineità"<sup>968</sup>.

## 4.2. ASPETTO ETICO

H. Jonas, negli anni '70 del XX secolo, osservò che "il controllo biologico dell'uomo, specialmente il controllo genetico, sollevava questioni etiche di genere completamente nuovo, al quale né la prassi, né la teoria precedenti ci hanno preparato. Poiché sono in discussione nientemeno che la natura e l'immagine dell'uomo, la prudenza diventa il nostro primo dovere etico, e un ragionamento ipotetico la nostra prima responsabilità. Riflettere sulle conseguenze prima di prendere delle iniziative non è altro che normale prudenza"<sup>969</sup>.

Dopo decenni, i quesiti posti dalla genetica all'etica sono raddoppiati; esaminiamone alcuni.

Le biobanche svolgono "un ruolo di mediazione" tra i donatori dei tessuti e chi effettua la ricerca. Di conseguenza, queste strutture, come già illustrato, devono garantire l'anonimato dei dati e dell'identità della persona e agli sperimentatori la corretta conservazione dei campioni.

Un argomento complesso riguarda *la proprietà dei campioni biologici*

Identificare "la proprietà" determina chi può analizzarli ed elaborarli e, di conseguenza, verificare che l'attività di ricerca avvenga osservando una standardizzazione rispettosa dei diritti della persona. Attorno a questo elemento ruota la maggior parte delle implicazioni commerciali.

Le normative internazionali e nazionali non presentano giudizi univoci<sup>970</sup> e le opinioni sono contraddittorie. M. Macilotti nello studio: "La disciplina giuridica della biobanche"<sup>971</sup>, evidenzia "quattro correnti dottrinali".

-La prima, definita "*modello proprietario*"<sup>972</sup>, sostiene che le parti staccate dal corpo in occasione di interventi acquistano la natura di "beni mobili disponibili"<sup>973</sup> nei limiti previsti dall'articolo 5 del Codice Civile<sup>974</sup>. Dunque, la biobanca, diventa proprietaria; unico elemento da chiarificare sono le modalità d'acquisto.

L'approvazione di questa forma, ponderando la complessità gestionale di una biobanca, non esclude, ad esempio, abusi nel riciclare tessuti per fini differenti da quelli concordati con il paziente mediante il rilascio del Consenso informato.

-Una seconda corrente qualificata della "*tesi dell'occupazione*" reputa, presumendo il loro abbandono, che i frammenti tolti dal corpo umano non sono proprietà di nessuno (*res nullius*).

-Una terza opinione identifica, facendo propria un'interpretazione estensiva

---

<sup>968</sup> *Biobanche genetiche. Linee guida*, op.cit., pg. 4.

<sup>969</sup> *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, op. cit., pg. 3.

<sup>970</sup> Cfr. ad esempio l'articolo 5, commi 1 e 2 della Direttiva 98/44/CE.

<sup>971</sup> Cfr.: M. MACILOTTI et AL., *La disciplina giuridica delle biobanche*, Pathologica 100 (2008) 86-101.

<sup>972</sup> Cfr.: A. DE CUPIS, *I diritti della personalità*, in A. CINU – F. MISSINEO (a cura di), *Trattato di diritto civile e commerciale*, Giuffrè, Milano 1985, pp. 159-171.

<sup>973</sup> Cfr.: *Codice Civile*, art. 810.

<sup>974</sup> "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume".

dell'articolo 2576<sup>975</sup> del Codice Civile, le parti staccate dal corpo con le “*opere dell'ingegno*”; di conseguenza, la persona, è proprietaria di questa “*res originata per creazione*” ottenuta con la collaborazione del medico.

-Un quarto indirizzo giudica questi segmenti prodotti derivanti direttamente dal corpo originario, perciò “*frutti naturali*”.

Di fronte a molteplici opinioni e alle complessità di interpretazione in un contesto specifico, Macilotti propone di introdurre questo materiale nella categoria economica dei *commons*. “Al momento della cessione a titolo gratuito da parte dei pazienti, i materiali biologici, nella loro dimensione fisica, non dovrebbero appartenere né agli individui che hanno fatto l'oblazione né ai ricercatori che custodiscono i tessuti, ma dovrebbero divenire un patrimonio dell'intera comunità. Seguendo tale prospettiva il piano della gestione rimarrebbe comunque nelle mani dei cittadini”<sup>976</sup>. E le biobanche dovrebbero essere “pubbliche”, “terze ed equidistanti tanto dai pazienti quanto dai ricercatori, dislocate a livello locale ma connesse in una rete nazionale”<sup>977</sup>, solamente in questo modo si potrebbero custodire i tessuti a “beneficio della comunità e distribuire i campioni ai ricercatori che ne fanno richiesta”<sup>978</sup>.

Ogni biobanca dovrebbe dotarsi di un “codice etico” che determini le modalità di utilizzo dei campioni biologici e i criteri seguiti nella gestione.

E' essenziale, inoltre, definire le circostanze che acconsentano l'uso dei tessuti con finalità differenti da quelle concordate con il paziente, oltre la durata di conservazione del materiale biologico e dei dati genetici.

In Italia, l'autorizzazione all'utilizzo dei campioni biologici, è prevista unicamente per attività sanitaria o di ricerca, ed è vietata la diffusione delle informazioni che rivelino lo stato di salute dell'individuo. Di conseguenza, i dati genetici, devono essere trattati unicamente in strutture autorizzate e da operatori soggetti all'obbligo del segreto professionale.

Per quanto riguarda l'uso dei campioni biologici con finalità diverse da quelle per cui era stato rilasciato il consenso, è obbligatorio un nuovo Consenso informato, tranne che per finalità scientifiche direttamente correlate con quelle originarie. E' possibile avvalersi di campioni biologici e dati genetici anche “senza consenso”, quando questi sono stati resi anonimi, oppure è inattuabile raggiungere gli interessati, e lo studio è approvato dal Comitato etico ed autorizzato dal Garante per la Protezione dei Dati Personali.

Per i tempi di conservazione del materiale biologico, la Circolare del 19 dicembre 1986 e il parere dell'Istituto Superiore di Sanità del 14 ottobre 1987, indicano “come minimo vent'anni”.

Un'osservazione conclusiva.

La prospettiva che i dati genetici del singolo possano essere messi in relazione con quelli dei familiari o del gruppo d'origine, richiede di oltrepassare la prospettiva individualista per aprirsi a quella della beneficiabilità, poichè giovamenti

---

<sup>975</sup> “Il titolo originario dell'acquisto del diritto di autore è costituito dalla creazione dell'opera, quale particolare espressione del lavoro intellettuale”.

<sup>976</sup> *La disciplina giuridica delle biobanche*, op. cit. pg. 94.

<sup>977</sup> *La disciplina giuridica delle biobanche*, op. cit. pg. 94.

<sup>978</sup> *La disciplina giuridica delle biobanche*, op. cit. pg. 94.



individuali e comunitari possono scaturire da particolari elaborazioni.

## **5. Consenso informato**

Ai Comitati etici spesso è richiesta l'approvazione di sperimentazioni cliniche con "obiettivi genetici". Ogni studio con finalità genetiche dovrà disporre di un proprio Consenso informato

Di seguito, mettiamo in evidenza gli argomenti specifici dell'Informazione da fornire all'arruolato e del Consenso informato.

- Gli obiettivi della ricerca e la patologia in studio.

- Le modalità di comunicazione dei risultati positivi o negativi; di conseguenza il diritto della persona a ottenere informazioni dallo sperimentatore.

- Il periodo di conservazione del campione genetico e l'incompatibilità d'uso per finalità differenti da quelle presenti nel consenso informato.

- Il vincolo di distruggere il campione genetico terminata la ricerca.

- La sollecitudine ad adottare prassi adeguate ad assicurare la conservazione del campione genetico.

- La tutela della riservatezza presentando le procedure che si adotteranno per salvaguardare l'anonimato del donatore.

- La possibilità di revocare il consenso "in ogni momento" e la distruzione del campione e delle relative informazioni.

## Cap. 19 – PROBLEMATICHE ETICHE VARIE

### INDICE DEL CAPITOLO

#### **1.Eugenetica**

#### **2.Clonazione umana**

##### 2.1.Storia

##### 2.2.Normativa

##### 2.2.1.Normativa internazionale

##### 2.2.2.Normativa europea

##### 2.2.3.Normativa nazionale

##### 2.3.Tipologie di clonazione

##### 2.3.1."Cellule somatiche" per la ricerca

##### 2.3.2."Terapeutica"

##### 2.3.3.A "scopo riproduttivo"

##### 2.4.Aspetti etici

#### **3.Maternità su commissione**

Giunti alla conclusione di questo Manuale riserviamo un capitolo per illustrare alcuni termini e situazioni rilevanti per il discorso bioetico che, non abbiamo dimenticato, ma stentavamo a trovare una logica collocazione nei capitoli precedenti.

## **1. Eugenetica**

Il vocabolo eugenetica ha origine dal termine greco  $\acute{\epsilon}\acute{\upsilon}\xi\acute{\epsilon}\nu\acute{\epsilon}\tau\acute{\epsilon}\omicron\varsigma$ ; è composto di due parti  $\acute{\epsilon}\acute{\upsilon}$  (bene, buono) e  $\xi\acute{\epsilon}\nu\omicron\varsigma$  (razza). Significa "buona razza".

L'eugenetica, è la disciplina che si prefigge di "perfezionare" la specie umana, manipolando i geni o incrociando selettivamente le razze migliori per selezionare i caratteri più favorevoli in funzione di una programmazione sociale.

Già *Platone*, nel testo "Repubblica", propose alcune idee eugenetiche<sup>979</sup>.

Dopo centinaia di anni, il progetto fu recuperato nell'Ottocento da *F. Galton* (1822-1911), cugino di C. Darwin, che ideò il termine e teorizzò un balzo qualitativo e progressivo della razza umana seguendo lo stesso procedimento dell'evoluzione biologica, portando alle estreme conseguenze il pensiero darwiniano sulla selezione naturale.

Immediatamente, queste propensioni razziste, si divulgarono in due Paesi con una notevole impostazione positivista; Germania ed Inghilterra, dove la "Fondazione Rockefeller" e la "Massoneria di Rito Scozzese", propagandarono a livello mondiale le teorie eugenetiche. Non a caso, a Londra, nel 1912, si tenne il primo congresso internazionale.

Anche in Italia, *G. Sergi* (1841-1936), antropologo e psicologo, nel 1913 fondò il

---

<sup>979</sup> Cfr.: PLATONE, *La Repubblica*, Libro V, pg. 387.

“Comitato Italiano di Studi Eugenicisti” e A. Ghigi (1875-1970) oltre che autore di testi razzisti, fu firmatario del “Manifesto della Razza” nel 1938.

Nei primi decenni del Novecento, le “leggi” eugenetiche furono assunte da alcuni Paesi europei e del Nord America, culminando nelle barbarie dell’ eugenetica nazista che operò per raffinare “la razza ariana”.

Furono identificate delle persone con “vite” definite “di nessun valore” (Lebenunwertes Leben): portatori di patologie ereditarie, malati mentali e ritardati, alcolisti, zingari...; e, a questi, fu praticata la sterilizzazione coatta per escludere la trasmissione di “geni negativi”. Vennero inoltre condotti studi sperimentali “sui gemelli” che giunsero nei campi di concentramento di Auschwitz e Birkenau da tutta Europa

Nel dopoguerra, l’azione eugenetica riprese, seguendo due filoni definiti: - “positivo” agendo sulle scelte riproduttive;

-“negativo” rimuovendo forzatamente i caratteri svantaggiosi.

Questo principio fu la base della sterilizzazione chirurgica o farmacologica delle persone con menomazioni fisiche o psichiche.

Negli Stati Uniti, ancora oggi, sono sterilizzati forzatamente i malati mentali, i moralmente degenerati, i sessualmente pervertiti e i criminali-nati. Inoltre, l’eugenetica, ha assunto negli ultimi decenni con il progresso delle biotecnologie e il sequenzionamento del genoma umano, un risvolto maggiormente inquietante proponendosi di selezionare i caratteri genetici dei nascituri. Ma, un famoso scienziato, ammoniva: “guai se i figli li scegliessimo o li disegnassimo noi: tracteremmo solo degli scarabocchi”.

Purtroppo, tutto ciò, non è immaginazione ma una realtà futura ottenibile mediante la manipolazione eugenetica del DNA anche se la “Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea” (Carta di Nizza) lo proibisce<sup>980</sup>.

Però, nonostante i divieti, implicanze eugenetiche sono presenti in atti legislativi ed in atteggiamenti scientifici e sanitari. Ad esempio, secondo il “Journal of the American Medical Association” del novembre 2010, alcuni medici non rianimano i bambini disabili e vari sistemi sanitari rimangono indifferenti nei confronti delle persone con disagio mentale o varie fragilità.

L’eugenetica possiede uno stretto rapporto con le tecniche di diagnosi preimpianto dell’embrione nella procreazione medicalmente assistita e con gli aborti terapeutici.

In Italia, la legge 40/2004 (“Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”), proibì la diagnosi preimpianto dell’embrione: “La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell’embrione stesso, qualora non siano disponibili metodologie alternative”<sup>981</sup>. “Sono, comunque, vietati ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell’embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione

---

<sup>980</sup> Cfr.: *Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea*, articolo 3 § 2.

<sup>981</sup> *Legge 40/2004*, articolo 13 comma 2.

degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo”<sup>982</sup>.

E’ questa una normativa irrinunciabile poiché la diagnosi pre-impianto sfocia, nella quasi totalità dei casi, con l’uccisione dell’embrione imperfetto. Ma, nonostante la chiarezza della legge, purtroppo dobbiamo mettere in evidenza degli abusi<sup>983</sup>.

Da ultimo, non possiamo scordare, che la diagnosi pre-impianto provoca effetti collaterali, ostacola lo sviluppo degli embrioni ed elimina, a volte, anche quelli sani.

Intromettersi nel destino di una creatura da poco concepita per poi sbarazzarsene se è portatrice di difetti, è eticamente inaccettabile.

## 2. Clonazione umana

Il vocabolo clonazione ha origine dal termine greco Κλον che significa “ramoscello”, poiché da un ramoscello è possibile rigenerare una pianta assomigliante a quella da cui il ramoscello è stato distaccato. Nel contesto scientifico, indica l’ottenere una linea cellulare da un’unica cellula progenitrice. Concretamente, la clonazione, è la riproduzione in laboratorio del patrimonio genetico di un essere vivente, caratterizzato dalle medesime informazioni genetiche di un altro.

### 2.1.STORIA

La storia è ricca di sognatori che tentarono di tramutarsi da “creature” in “creatori”. *R. Descartes* (Cartesio) (1596-1650) ideò un aneroide; lo scrittore praghese *G. Meyrink* (1868-1932) ricuperò dalla tradizione giudaica-cabalista il Golem, personaggio dotato di straordinaria forza e resistenza, remissivo agli ordini del suo ideatore<sup>984</sup>; *C. Collodi* (1826-1890) espresse il suo sogno in Pinocchio.

Ufficialmente, le sperimentazioni relative alla clonazione degli esseri viventi, iniziarono nel 1930 con il biologo tedesco *H. Spemann* (1869-1941) che estrasse il nucleo di una cellula uovo di salamandra e la sostituì con quella di un altro animale. A seguito di questo fatto, il biologo osservò “l’induzione dell’embrione”, ovvero l’influenza esercitata da alcune parti dell’embrione che convogliano lo sviluppo di gruppi cellulari, in particolare di tessuti e di organi. Per questo Spemann fu insignito del Premio Nobel per la Medicina e la Fisiologia nel

---

<sup>982</sup> Legge 40/2004, articolo 13 comma 3b.

<sup>983</sup> Emblematico, fra i molti, fu l’evento avvenuto il 24 settembre 2007 presso il Tribunale di Cagliari che emise una sentenza a favore di una coppia portatrice sana di talassemia, acconsentendo alla diagnosi preimpianto su alcuni embrioni congelati nel 2005. La sentenza fu confermata dal TAR del Lazio (n. 398/08), mentre la Corte di Cassazione nel 2005, aveva negato la richiesta. La decisione del Tribunale di Cagliari fu un evidente atto di eugenismo! Le probabilità di partorire un figlio affetto da talassemia erano del 50%; inoltre, oggi, anche i portatori di questa patologia conducono un’accettabile qualità di vita. La sentenza chiaramente sottintende l’ideologia del figlio sano, provocando discriminazioni e disuguaglianze fra gli esseri umani.

<sup>984</sup> Cfr.: G. MEYRINK, *Il Golem*, 1915.

1935.

Terminata l'interruzione causata dalla Seconda Guerra Mondiale, i tentativi di clonazione ripresero negli anni '50 del XX secolo.

Nel 1952 R. Briggs e T. J. King, ricercatori all'università di Filadelfia, clonarono decine di girini, geneticamente identici, da una cellula di girino. Ma tutti i cloni morirono prima di svilupparsi come rane.

Nel 1962 l'inglese J. Gurdon dell'università di Cambridge, clonò una rana, servendosi di cellule di un'altra rana. L'animale morì dopo pochi giorni.

Nel 1986 S. Willadsen dell'Istituto inglese di Fisiologia animale, clonò agnelli da cellule di embrione di pecora<sup>985</sup>.

Nel 1993, J. Hall e R. Stillman della Georgetown Washington University, annunciarono al Congresso dell' "American Fertility Society", la clonazione di embrioni umani mediante la scissione gemellare (splitting) di embrioni umani di 2, 4 e 8 embrioblasti<sup>986</sup>.

Nel 1994 N. First dell'università di Wisconsin, clonò vitelli utilizzando embrioni maturati allo stadio di 120 cellule. Fu il primo caso di un mammifero clonato da cellule di embrione ad uno stadio avanzato di maturazione<sup>987</sup>.

Nel 1995 nacquero presso il Roslin Institute di Edimburgo due agnelli: Megan e Morag, entrambi da una madre surrogata<sup>988</sup>. Il materiale genetico degli agnelli derivava da cellule di un embrione di nove giorni.

Nel 1996 all'Istituto Roslin si clonarono cinque pecore con cellule embrionali coltivate in laboratorio<sup>989</sup>.

Nel 1997 J. Wilmut e K.H.S. Campbell, sempre presso il Roslin Institute, clonarono "la pecora Dolly" (pecora numero 6LL3), il primo mammifero ad essere clonato da un altro mammifero adulto prelevando un ovulo privato del suo nucleo e rimpiazzato con quello di una cellula mammaria di una pecora adulta di sei anni. Dunque, nacque non dalla fusione del patrimonio genetico maschile e femminile, ma di un unico donatore. Quindi una tecnica caratterizzata dall'assoluta artificialità. Da notare che furono necessarie 277 fusioni ovocita-nucleo donatore, ma solamente otto intrapresero lo sviluppo embrionale, ed uno solo concluse lo sviluppo con la nascita dell'agnella<sup>990</sup>.

Dolly, dopo pochi anni, soffrì di gravi problemi di salute e d'invecchiamento precoce per difetti cromosomici; morì nel 2003.

Nel 1997 (febbraio), il Centro regionale di Primatologia dell'Oregon annunciò la clonazione di due scimmie da un singolo embrione<sup>991</sup>.

Nel 1997 (luglio) dalla collaborazione del Roslin Institute e della PPL Therapeutics, nacque Polly il primo agnello transgenico creato utilizzando la tecnologia del "nuclear transfer"<sup>992</sup>.

Il 1998 fece registrare presso l'università dell'Hawaii la prima clonazione

---

<sup>985</sup> Cfr.: NATURE, 271, pp. 73-76, 1986.

<sup>986</sup> Cfr.: NATURE, 348, pp. 777-780, 1993.

<sup>987</sup> Cfr.: NATURE, 363, pp. 270-273, 1994.

<sup>988</sup> Cfr.: NATURE, 380, pp. 64-66, 1996.

<sup>989</sup> Cfr.: NATURE, 382, pp. 123-126, 1996

<sup>990</sup> Cfr.: NATURE, 385, pp. 810-813, 1997.

<sup>991</sup> Cfr.: NATURE, 389, pp. 492-496, 1997.

<sup>992</sup> Cfr.: SCIENCE, 278, pp. 2130-2133, 1997.

multipla; cinquanta topolini dalle cellule del “topolino Cumolino” con un nuovo metodo denominato “tecnica di Honolulu”. La base di successo di questa clonazione avvenuta iniettando il nucleo di una cellula adulta in un ovocita precedentemente denucleato fu inferiore all’1%<sup>993</sup>.

Seguirono due scimmiette, un centinaio di bovini e il “cane Snuppy” in Corea del sud. Snuppy, nacque con alle spalle la morte di 123 embrioni e 1095 ovociti manipolati.

Un comunicato stampa dell’ANSA, annunciava il 12 novembre 1998: “Scienza: creato in Usa il ‘Minotauro’ in provetta. Fondendo cellule umane e di mucca, scienziati americani hanno creato il primo embrione di una chimera, risvegliando così i fantasmi mitologici e ansietà legali ed etiche legate a possibili esseri semi-umani”.

Alcuni animali furono clonati anche in Italia: il “toro Galileo” nel 1999 e la “cavalla Prometea” nel 2003.

Si parlò anche di “clonazione umana” utilizzando una cellula somatica adulta; nel 1999 all’Università di Seul e nel 2001 all’ Advanced Cell Technology; ma non seguì nessuna pubblicazione scientifica.

Nel *maggio 2005*, la rivista “Science”, riportò gli esperimenti di clonazione umana condotte da coreani e britannici. Trasferendo il nucleo cellulare della pelle in ovuli femminili, avrebbero ottenuto embrioni creando così delle cellule staminali per la cura. Scoperta, definita ironicamente da A. Vescovi, unicamente “una tecnica che funziona un po’ meglio”<sup>994</sup>.

Nel *marzo 2011*, il medico cipriota *P. Zavos*, annunciò la messa a punto di una tecnologia per la clonazione umana. Fortunatamente, non ha fornito nessuna documentazione della sua pazzia scientifica.

## **2.2.NORMATIVA**

La clonazione umana è vietata da normative internazionali, europee e nazionali.

### **2.2.1.NORMATIVA INTERNAZIONALE**

-“Dichiarazione sulla clonazione” dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (18 marzo 1997)<sup>995</sup>.

-“Dichiarazione dell’Assemblea Generale Onu sulla clonazione” (8 marzo 2005).

E’ una dichiarazione non vincolante che impegna gli Stati membri a proibire ogni forma di clonazione umana, compresa la clonazione “terapeutica”, cioè riferita alla ricerca sulle cellule staminali.

84 Paesi votarono a favore del divieto (Santa Sede, Italia, Stati Uniti...); 73 si astennero (molti Stati islamici); 34 furono contrari al divieto (Francia, Gran Bretagna, Spagna, Olanda, Brasile, Cina, Corea del Sud...); Paesi dove le sperimentazioni sull’embrione sono oggetto di brevetti e di commercializzazione.

### **2.2.2.NORMATIVA EUROPEA**

Il “Consiglio d’Europa”, più volte, ha sollecitato i governi a “proibire la creazione di

---

<sup>993</sup> Cfr.: NATURE, 394, pp. 23-39, 1998.

<sup>994</sup> AVVENIRE, 6 maggio 2005.

<sup>995</sup> Rapporto N. 756-CR/97.

esseri umani identici per clonazione od ogni altro metodo”, nonché “la creazione di gemelli identici”, invocando “appropriate sanzioni per assicurare l’applicazione delle norme stabilite”<sup>996</sup>.

Ma nonostante i numerosi documenti, risoluzioni o raccomandazioni, sia del Consiglio d’Europa che del Parlamento europeo, molto garantisti nei contenuti, dobbiamo constatare la scarsa incisività dal punto di vista della vincolatività giuridica per i singoli Stati membri.

Riportiamo i principali documenti.

-“Risoluzione sulla clonazione dell’embrione umano” del Parlamento Europeo (28 ottobre 1993).

-“Risoluzione sulla tutela dei diritti umani e della dignità dell’essere umano in relazione alle attività biotecnologiche e mediche” del Parlamento Europeo (20 settembre 1996).

-“Risoluzione Rothley”, approvata dal Parlamento Europeo il 23 maggio 1989. Affermava che “un divieto a livello giuridico costituisce la sola reazione possibile alla possibilità della creazione di esseri umani mediante cloni, come pure per quanto concerne tutti gli esperimenti che hanno come scopo la clonazione di esseri umani” (art. 41). Inoltre, chiedeva che “gli interventi sugli embrioni umani vivi ovvero sui feti o esperimenti su di essi siano giustificati solo se presentano un’utilità diretta, non altrimenti realizzabile per il benessere del bambino in questione o per la madre” (art. 32), e raccomandava “di vietare, prevedendo sanzioni penali, il mantenimento in vita degli embrioni umani al fine di poter prelevare tessuti e organi al momento opportuno” (art. 36)<sup>997</sup>.

-“Adozione di un bando mondiale della clonazione umana” del Parlamento Europeo (12 marzo 1997), approvato con 457 voti a favore, 6 contrari e 25 astensioni.

-“Risoluzione B4-209/97” del Parlamento Europeo (21 marzo 1997), esprime nuovamente una ferma condanna ritenendo che la clonazione di esseri umani non può essere giustificata e tollerata dalla società in quanto rappresenta una grave violazione dei diritti fondamentali, ed è contraria al principio di parità tra gli esseri umani, poiché acconsente una selezione eugenetica e razzista della specie umana.

-“Risoluzione sulla clonazione umana” del Parlamento Europeo (7 settembre 2000). Ancora una volta, questo organismo, interdì ogni intervento che possa progettare un essere umano geneticamente identico ad un altro vivo o morto.

Il divieto protegge l’identità unica di ogni uomo e il carattere specifico della sua combinazione genetica naturale che gli conferisce libertà e un carattere irripetibile (Cfr.: art. 1).

-Nella “Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea” del Consiglio Europeo, del 11 dicembre 2000 (o Carta di Nizza), è espressamente vietata la clonazione riproduttiva, le pratiche eugenetiche e l’utilizzo del corpo umano e delle sue parti per fini di lucro (Cfr.: art. 3).

---

<sup>996</sup> CONSIGLIO D’EUROPA, *Raccomandazione n. 1046*, 24 settembre 1986, art. 14.

<sup>997</sup> Cfr.: Doc. A-2-327-88; relatore Rothley, in *MEDICINA E MORALE*, 39, pp. 579-586, 1989.

### 2.2.3. NORMATIVA ITALIANA

-“Circolare del Ministero della Sanità” (18 dicembre 1998), negò la produzione di embrioni umani finalizzati alla sperimentazione.

-Legge 40/2004 (“Norme in materia di procreazione medicalmente assistita).

Interdì gli interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca (Cfr.: art 2).

-“Identità e statuto dell'embrione” del Comitato Nazionale per la Bioetica (22 giugno 1996).

Il Comitato ritiene “la generazione multipla di esseri umani geneticamente identici mediante fissione gemellare o clonazione” moralmente illecita poichè “lesiva della dignità che spetta all'embrione in quanto partecipa della natura umana”(§ 8.1.).

-“La clonazione come problema etico” del Comitato Nazionale per Bioetica (21 marzo 1997).

Il Comitato condanna la clonazione umana in quanto costituisce un attentato all'unicità biologica del soggetto umano generato tramite clonazione. Inoltre, lede il diritto di ogni uomo alla propria dignità e messo in crisi il diritto di autodeterminazione.

## 2.3. TIPOLOGIE DI CLONAZIONE

### 2.3.1. “CELLULE SOMATICHE” PER LA RICERCA

L'unico settore in cui è ammessa eticamente questa tipologia di ricerca è quello animale. La ricerca deve essere condotta unicamente con protocolli sperimentali ben definiti e di riconosciuto rilievo scientifico e terapeutico.

### 2.3.2. “TERAPEUTICA”

Ha come obiettivo l'ipotetica cura di patologie mediante il prelievo di cellule staminali, ciò comporta, nella quasi totalità dei casi, la morte dell'embrione, quindi solleva un problema etico<sup>998</sup>.

### 2.3.3.A “SCOPO RIPRODUTTIVO”

La finalità di questa tipologia di ricerca è quella di creare individui con patrimonio genetico equivalente a quello posseduto da un altro individuo, cioè la duplicazione di un'entità biologica “geneticamente identica” a quella di origine.

Due sono le tecniche di riproduzione asessuata: la fissione gemellare (embryo-splitting) o il nucleo-transfer. E questo, sia nei confronti degli animali, dove la ricerca come abbiamo constatato in precedenza, è avanzata ma anche nei riguardi dell'uomo con la clonazione di organismi umani interi e geneticamente identici ad altri. Nei confronti dell'uomo la proibizione è chiara sia a livello normativo che morale.

Non scordiamo il desiderio del passato di creare soggetti con “caratteristiche superiori”, la cosiddetta “razza pura”, oppure la selezione del sesso o figli rispondenti a particolari desideri dei genitori, determinando il colore dei capelli e degli occhi, l'altezza, il temperamento, il quoziente di intelligenza...

---

<sup>998</sup> L'argomento è già stato trattato nel capitolo 5, punto 4 di questo Manuale.



Anche se questo traguardo risulta lontano, a livello ideale questa pazzia è già presente nelle visioni di alcuni scienziati.

Sono indicative le osservazioni proposte al convegno “Nuove generazioni di uomini: il dovere morale di migliorare la specie”, tenutosi a Londra nel maggio 2005. Il professor S. Savulescu, ex direttore del “Journal of Medical Ethics” e responsabile del “Centro studi di bioetica di Oxford”, riguardo alla diagnosi genetica prenatale, dichiarò: “Vogliamo continuare ad affidare le prossime generazioni alla lotteria naturale, alla irrazionalità del caso? No, il futuro è nelle nostre mani”.

Ma la maggioranza degli scienziati per la loro visione etica, e in base ai risultati ottenuti sugli animali, considerano la clonazione umana una follia portatrice di elevati rischi da rendere improponibile questa tecnica.

## 2.4.ASPETTI ETICI

Nella clonazione, che de-personalizza la nascita e la riproduzione umana quale espressione della fecondità della coppia affidando l'atto a un procedimento tecnico, sono depravate le fondamentali relazioni dell'uomo: dalla genitorialità alla filiazione, dalla consanguineità alla parentela.

Inoltre, “la clonazione umana va giudicata negativamente anche in relazione alla dignità della persona clonata, che verrà al mondo in virtù del suo essere ‘copia’ (anche se solo copia biologica) di un altro essere: questa pratica pone le condizioni per una radicale sofferenza del clonato, la cui identità psichica rischia di essere compromessa dalla presenza reale o anche solo virtuale del suo ‘altro’”<sup>999</sup>. Il clone sarebbe la copia di un essere vissuto prima di lui o che vive con lui!

Non dimentichiamoci che ogni uomo, è creato da Dio a sua immagine, come individuo unico e irripetibile<sup>1000</sup> e non programmato in laboratorio. Quindi, la Chiesa cattolica, deplora la clonazione, poichè “il progetto clonazione umana rappresenta la terribile deriva a cui è spinta una scienza senza valori ed è il segno del profondo disagio della nostra civiltà che cerca nella scienza, nella tecnica e nella qualità della vita i surrogati del senso della vita e della salvezza dell'esistenza. (...). La clonazione rischia d'essere la tragica parodia dell'onnipotenza di Dio”<sup>1001</sup>.

Già H. Jonas scriveva a proposito di questo “totalitarismo tecnologico”: “è nel metodo la più dispotica e nel fine allo stesso tempo la più schiavistica forma di manipolazione genetica; il suo obiettivo non è una modificazione arbitraria della sostanza ereditaria, ma proprio la sua altrettanto arbitraria fissazione in contrasto con la strategia dominante nella natura”<sup>1002</sup>.

E' la riproduzione di se stessi; l' "alter ego" filosofico diventa realtà!

---

<sup>999</sup> PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Riflessione sulla clonazione*, 1997.

<sup>1000</sup> Cfr. Libro della Genesi, 1,27.

<sup>1001</sup> *Riflessione sulla clonazione*, op. cit.

<sup>1002</sup> H. JONAS, *Cloniamo un uomo: dall'eugenetica all'ingegneria genetica*, Einaudi, Torino 1997, pg. 136.

### 3. Maternità su commissione

Il fenomeno definito dell' "Utero in affitto", della "Maternità su commissione", o della "Maternità sostitutiva" è in espansione in tutto il mondo coinvolgendo prevalentemente le donne povere dei Paesi del Terzo/Quarto Mondo.

E' qualificata da molti un "nuovo colonialismo" e da altri una moderna forma di schiavitù.

E' una pratica obbrobriosa di svilimento del corpo femminile e della sua fertilità, e consiste nell' impegno di una donna a farsi fecondare, generalmente con il seme del partner della coppia committente, e rendere disponibile "a pagamento" il proprio utero per il corso di una gravidanza con l'impegno di consegnare alla coppia committente il bambino nel momento della nascita. Questa è la più spersonalizzata tipologia del nascere essendoci scissione tra sessualità e procreazione e tra procreazione e gestazione.

Le coppie che s'indirizzano alla "maternità surrogata" sono benestanti, prevalentemente dei Paesi occidentali, dopo aver sperimentato, invano, per anni, la procreazione medicalmente assistita, o sono donne in età avanzata (anche oltre i 50 anni, a volte all'approssimarsi dei 60), oppure signore "too-posh-to-push", che giudicano il tempo della gravidanza "una noia" essendo "in carriera" o ricche.

La "maternità surrogata" di cui non esistono dati ufficiali su quanto sia ampia questa industria della fertilità<sup>1003</sup> è regolamentata con modalità diverse nei vari Stati.

In Italia, la pratica è "illegale", come ribadito dalla legge 40/2004 ("Norme in materia di procreazione medicalmente assistita») all'articolo 5, dall'articolo 269 del Codice civile (secondo cui madre è colei che partorisce) e dall'articolo 567 del Codice penale (che sotto il titolo di "alterazione di stato di minore" sanziona chi dichiara all'anagrafe come proprio un figlio altrui). Però, negli ultimi anni, si è avviato un "turismo procreativo", e alcuni nostri concittadini, ritornano in patria con bambini nati con questa prassi all'estero, bypassando il divieto. E come vedremo inseguito: "la fanno franca". Per questo, è urgente, la regolamentazione del fenomeno.

Anche il "Parlamento Europeo", nella Risoluzione del 5 aprile 2011 riguardante la determinazione di un nuovo quadro giuridico nei riguardi della violenza contro le donne, si è pronunciato a sfavore della maternità surrogata, sollecitando i vari Stati a riconoscere e sanzionare questo atto che costituisce lo sfruttamento del corpo e degli organi riproduttivi femminili<sup>1004</sup>.

Si osserva, inoltre, che la surrogazione di maternità, incrementa "la tratta" di donne e di bambini, nonché le adozioni illegali transnazionali<sup>1005</sup>.

Pure per l'Istruzione "Donum vitae" la "maternità surrogata" è eticamente

---

<sup>1003</sup> L'unico testo è stato pubblicato dalla giornalista indiana, Gita Aravamudan: *Baby Makers. A Story of Indian Surrogacy* (Produttori di bambini. Una storia di surrogazione indiana) Harper Collins Publishers, India, 2014. Il saggio, frutto di documentate ricerche di storie di donne indiane vittime di questo triste fenomeno, riporta questa silenziosa piaga.

<sup>1004</sup> Cfr.: PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione 5 aprile 2011*, articolo 20.

<sup>1005</sup> Cfr.: *Risoluzione 5 aprile 2011*, op. cit., articolo 21.

inaccettabile per le stesse ragioni per cui è vietata la procreazione medicalmente assistita eterologa: “è contraria all’unità del matrimonio e alla dignità della procreazione umana”<sup>1006</sup>.

Ma, nonostante le dichiarazioni di “sdegno internazionale”, si sta facendo strada, in vari Paesi, la “legalizzazione tacita dell’utero in affitto” frutto delle sentenze di alcuni tribunali, adottando quella che è qualificata come “giurisprudenza creativa”, mediante ragionamenti “giuridicamente discutibili” e scordandosi, che loro giudici, devono unicamente applicare le leggi, non “crearle”. Di conseguenza, come già affermato, se le leggi italiane vietano la maternità surrogata non è giuridicamente ed eticamente accettabile che chi affitti un utero all’estero possa poi rimpatriare, godendone indisturbato gli effetti.

E’ il caso della quinta sezione penale del Tribunale di Milano che ha assolto il 24 marzo 2015 una coppia imputata per “alterazione di stato” dopo aver trascritto l’atto di nascita di un bimbo nato in Ucraina a seguito di un contratto di maternità surrogata a pagamento. Dunque, un certificato di nascita straniero, che riporta come madre la “committente” (non la partoriente, e neppure l’altra donna che ha fornito i propri ovociti) ha pieno vigore per l’ordinamento italiano.

Il collegio, presieduto da Annamaria Gatto, ha scritto nelle motivazioni che in primo luogo ci si è riferiti alla legge ucraina sulla formazione dell’atto di nascita, legge che è stata rispettata appieno. Infatti, affermano i giudici, è “la stessa legge italiana a imporre ai cittadini italiani all’estero di effettuare le dichiarazioni di nascita all’ufficiale di stato civile straniero e secondo la legge del luogo ove l’evento è avvenuto”. In Ucraina, la pratica dell’utero in affitto è legittima, e quindi quell’atto di nascita è pienamente conforme alla legge. Nelle motivazioni si legge ancora: “l’ordinamento interno (...) al pari di quello ucraino, nel disciplinare gli effetti della fecondazione eterologa valorizza il principio di ‘responsabilità procreativa’ e ne fa applicazione in luogo di quello di discendenza genetica; il coniuge che abbia dato l’assenso (...) alla nascita di un bambino tramite fecondazione eterologa (...) non può esercitare l’azione di disconoscimento, per avere assunto la responsabilità di questo figlio, e ne diviene genitore nonostante lo stato civile del neonato venga determinato in maniera estranea alla sua discendenza genetica”. I magistrati milanesi, sono giunti a queste conclusioni le cui premesse erano state poste dalla “Corte Costituzionale Italiana” con la sentenza 162 del 2014 che aveva aperto alla fecondazione medicalmente assistita eterologa, tecnica in cui un gamete o entrambi i gameti possono provenire da soggetti estranei alla coppia richiedente<sup>1007</sup>. Altri procedimenti sono in corso a Udine, Imperia, Trieste e Varese<sup>1008</sup>

---

<sup>1006</sup> CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLE FEDE, *Donum vitae*, p. II, n. 3.

<sup>1007</sup> Cfr.: Capitolo VI, parte III di questo Manuale.

<sup>1008</sup> Riportiamo l’intervista del giurista Alberto Gambino sulla sentenza dei giudici di Milano rilasciata a Radio Vaticana.

R. – *Una pronuncia che contrasta con quanto già deciso invece dalla Corte di Cassazione che, ricordo, in Italia invece è il supremo organo giurisdizionale. La Corte di Cassazione aveva detto che la cosiddetta surrogazione di maternità è contraria all’ordine pubblico interno, in quanto va contro la dignità umana. Quindi, non si può trascrivere questo nuovo stato, tant’è che si andrebbe incontro al reato di “alterazione di stato”, dicendo che un figlio concepito all’estero attraverso una donna che poi non ne diventi madre da un punto di vista civile – perché sostanzialmente presta l’utero per tutto il periodo della gravidanza, ma poi le viene strappato dal grembo – questo in Italia, essendo vietato, non è ammissibile che poi quel bambino*

Analoga situazione anche in Francia. Nel luglio 2015 due verdetti congiunti della “Corte di Cassazione” hanno avallato il sistema praticato da decine di single e coppie, eterosessuali e non, per aggirare la disciplina penale vigente nel Paese. I giudici hanno riconosciuto come legittima la trascrizione all’anagrafe francese di due bambine partorite quattro anni prima in Russia da donne locali che ne hanno accettato la cessione alla nascita richiesta da una coppia omosessuale francese. Le autorità russe avevano accolto le dichiarazioni di paternità biologica. E per la prima volta, queste attestazioni prodotte all’estero, sono state considerate sufficienti dalla giustizia francese. Non è difficile immaginare che il passo successivo, per le coppie omosessuali sposate o conviventi, sia la possibilità di adottare il figlio biologico del partner consolidando ancora di più l’orientamento culturale e giuridico secondo cui un bambino è figlio di chi ha manifestato

---

*venga dunque riconosciuto come figlio di quella coppia che aveva chiesto la surrogazione di maternità.*

D. – In questo caso ci sono più problemi. Il primo è quello nei confronti del bambino, e in questo caso la Corte di Milano parte proprio da questo presupposto, cioè cercare di dare una tutela al bambino. Dall’altra parte, c’è lo sfruttamento di una donna e prima ancora la manipolazione genetica. Come inquadrare questi tre fattori?

R. – *Va inquadrato senza ipocrisia. E cioè, se il bambino c’è e convive con quella coppia che lo ha avuto da parte di un’altra donna gestante è perché l’ordinamento non ha reagito, e cioè significa che si è tollerato che questo bambino rientrasse in Italia, iniziasse a convivere con una coppia di cui certamente uno dei due non è il genitore, perché la sua*

*mamma è all’estero: è colei che aveva partorito, per il nostro diritto. Continuando a convivere settimane, mesi forse anni con quella coppia, si arriva a un punto di non ritorno perché tutti noi ci rendiamo conto che a quel punto strappare di nuovo questo bambino da questa coppia che l’ha avuto illegittimamente sarebbe addirittura un male maggiore. Ma proprio questa è l’ipocrisia: che viceversa va bloccata sul nascere la possibilità che questo bambino venga strappato da sua madre che l’ha partorito e venga dato a una coppia che invece è illegittima. Quindi, immediatamente, non dopo mesi o anni, perché dopo mesi o anni riconosciamo – riconosciamo tutti – che probabilmente l’interesse migliore del bambino è continuare a vivere, a quel punto, con quella coppia.*

D. – In un panorama europeo che invece si apre a questa possibilità, come si fa a intervenire?

R. – *Si interviene perché comunque i cittadini italiani sono sottoposti alla legge italiana e non è che se vanno all’estero sono immuni: sono sottoposti alla legge italiana e quindi un atto vietato in Italia per un cittadino italiano è vietato anche all’estero. Questa è l’ipocrisia che viceversa si tollera: si tollera che ritorni questo bambino. Tra l’altro, immagini portare un bambino da un Paese all’altro: tutti noi sappiamo quanto sia difficile farlo entrare nelle frontiere italiane. E quindi questo significa che c’è davvero un’eccessiva tolleranza e probabilmente c’è anche un rispetto mancato delle regole e della legalità. Noi dobbiamo stare attenti: la surrogazione di maternità è una aberrazione, perché significa che un feto che vive nel grembo della mamma per nove mesi, nel momento in cui vede la luce viene strappato da quella donna: è la schiavitù del XXI secolo. E su questo non possiamo transigere.*

D. – Possiamo dire che gli schiavi sono due: una mamma e un bambino che viene utilizzato in questo modo?

R. – *Gli schiavi sono due, e per certi versi anche la coppia che a tutti i costi vuole avere questo figlio, in qualche modo diventa vittima della stessa vicenda, perché certamente non può vivere bene e serena una coppia che ha portato avanti una situazione a tutti i costi, contro la dignità delle altre persone.*

D. – Che cosa resta della legge 40 che rimetteva ordine in quello che era un “far west” procreativo?

R. – *Intanto, resta chiarissimo proprio questo divieto di surrogazione della maternità: divieto di commercializzazione degli embrioni e anche dei gameti, e quindi quando ci sono anche dei pagamenti che vengono fatti, ad esempio per l’eterologa, questo dalla legge italiana è vietato. Cioè, non si può svilire la vita umana, la dignità della vita umana a un*

*“prezzo”, a un corrispettivo, a del denaro. A questo punto, si sta capovolgendo la nostra società: si mette al primo posto il bisogno, i denari, l’economia e al secondo posto la vita delle persone, in particolare del nascituro o del bimbo che si ha in grembo. Questo la legge 40 continua a sostenerlo. Ma dico di più: lo sostengono i principi di civiltà di tutti gli ordinamenti occidentali importanti e significativi, come quello italiano.*

*(Vatican Radio: [http://it.radiovaticana.va/news/2015/07/15/maternità\\_surrogata\\_gambi...](http://it.radiovaticana.va/news/2015/07/15/maternità_surrogata_gambi...))*

l'intenzione di averlo e non di chi lo ha generato effettivamente. La tendenza, che si sta consolidando in ambito internazionale, è quella di prendere atto di queste situazioni e offrire al nato le garanzie del Paese in cui vive, riconoscendo come genitori quelli che lo crescono. Ma se indubbiamente i bambini vanno tutelati, le coppie che ne hanno commissionato il concepimento e la nascita andrebbero sanzionate con severità, quando ritornano nelle nazioni di origine, dove queste pratiche sono vietate, altrimenti la trascrizione degli atti di nascita di questi bambini si trasforma, inevitabilmente, nella legittimazione della maternità surrogata stessa, "una legittimazione internazionale", non più perseguibile neppure laddove la legge la vieta.

In un periodo storico nel quale continuamente si dibatte della "tutela della donna", il diffondersi di questo mostruoso fenomeno è un evidente "schiaffo sociale" alla rispettabilità e alla dignità del sesso femminile.

Le donne che accettano di "affittare il proprio utero" sono prevalentemente analfabeta e molto povere che per ricavare un minimo profitto per vivere, tollerano vincoli gravosi, umiliando il loro corpo e ignorando i loro diritti.

"Il diritto" di ogni donna alla gravidanza, facendo crescere in sé il dono maggiore che posseggono e successivamente accudire il bimbo partorito, si iscrive tra i "diritti fondamentali dell'uomo".

Non possiamo scordare, inoltre, le sofferenze della madre surrogata nel separarsi dal feto che ha accudito per nove mesi costituendo con lui un intenso legame fisico e psicologico. E questo precede ogni legge o contratto! Le "madri surrogate", inoltre, sono soggette a innumerevoli rischi: "la sindrome da iperstimolazione ovarica, la torsione ovarica, la perdita di fertilità, il tumore canceroso del sistema riproduttivo, coaguli sanguigni, insufficienza renale, arresto cardiaco e, in un certo numero di casi, la morte"<sup>1009</sup>. A questa lista raggelante di effetti collaterali si aggiungono "un rischio più elevato di pre-eclampsia (sindrome legata alla gravidanza) e d'ipertensione"<sup>1010</sup>.

Non meno impressionante il quadro delle più frequenti complicazioni per i nascituri: "Nascita prematura, decesso alla nascita, peso insufficiente alla nascita, malformazioni del feto e pressione arteriosa elevata"<sup>1011</sup>. In base ai molti studi che hanno documentato la profondità umana, fisiologica e psicologica del legame che s'instaura fra madre e neonato, la petizione sottolinea l'effetto abominevole della gravidanza surrogata, che "rompe l'attaccamento materno naturale che si stabilisce durante la gravidanza, un legame che i professionisti della medicina incoraggiano e cercano di rafforzare di continuo. Il legame biologico fra madre e bambino è innegabilmente di natura intima e, quando viene rotto, le conseguenze sono durature per entrambe le parti"<sup>1012</sup>.

Inoltre, il bambino, prodotto di un accordo tra le parti, vive il dramma dell'essere privo di storia e di radici genetiche e affettive. Per lui, sarà alquanto difficoltoso, percepire i suoi genitori legali e in alcune situazioni anche la sua cittadinanza.

"Un destino incerto" lo attenderebbe se fosse portatore di imperfezioni, poiché i

---

<sup>1009</sup> Dalla petizione del quotidiano francese LIBERATION, 14 maggio 2015; cfr.: [www.stopsurrogacynow.org](http://www.stopsurrogacynow.org)

<sup>1010</sup> Petizione del quotidiano francese LIBERATION, op. cit.

<sup>1011</sup> Petizione del quotidiano francese LIBERATION, op. cit.

<sup>1012</sup> Petizione del quotidiano francese LIBERATION, op. cit.

genitori committenti potrebbero non accettarlo ed egli sarebbe condannato, molto probabilmente, a essere abortito o abbandonato. Famosa, tra i molti, fu la vicenda di una coppia australiana che nel 2013 “commissionò” un figlio a una donna indiana che partorì due gemellini, un maschietto e una femminuccia. Ma i genitori committenti avevano già un figlio, quindi accettarono la neonata lasciando in India il fratellino. In Thailandia nel 2014 nacquero due gemellini; uno è down; i genitori committenti accettarono unicamente quello in buona salute. Una vicenda analoga avvenne nel sud della Boemia dove una coppia quarantenne identificò una “mamma in affitto” però sofferente di epilessia e da evidenti disturbi mentali. La gestante partorisce. E il neonato è immediatamente sottoposto a vari interventi chirurgici. A quel punto, sia i due “genitori-committenti” sia la gestante, concordano di affidare il bambino a un orfanotrofio.

Un'altra criticità concerne i “legami biologici” fra il bimbo e chi ha cooperato alla sua nascita. E anche qui è presente l'assoluta incertezza. In alcune circostanze vari individui potrebbero essere reputati “genitori”: la donna che “affitta l'utero” (madre gestionale o uterina) e suo marito che deve esprimere un consenso, la donna della coppia committente (madre sociale), i due donatori di gameti e di ovociti estranei alla coppia committente.

La “maternità surrogata” è una spregevole commercializzazione dell'essere umano e chi la presenta in un'ottica “altruistica” o “filantropica” è unicamente “ippocrita”. E anche la “giurisprudenza creativa” in crescita, dimentica la gestante e la sua dignità.

## **CAP. 20 – LA CURA DELLA SALUTE TRA PROBLEMI ETICI ED ECONOMICI**

### INDICE DEL CAPITOLO

- 1. Economia, salute ed etica**
- 2. Le trasformazioni della sanità in Italia**
- 3. Responsabilità specifiche e doveri personali**
  - 3.1. I farmaci
  - 3.2. Malattie rare
- 4. Le strutture sanitarie**
  - 4.1. Le strutture sanitarie “pubbliche”
  - 4.2. Le strutture sanitarie “profit”
  - 4.2. Le strutture sanitarie “no profit”
  - 4.4. Conclusione

### **1. Economia, salute ed etica**

Più volte abbiamo sostenuto il primato che all'etica va attribuito nei vari ambiti sociali. Di conseguenza, in una “società giusta”, l'etica deve istradare anche l'economia e non l'opposto, poichè questa non possiede intrinsecamente fondamenti che motivino e finalizzino gli interventi, ma unicamente criteri tecnico-organizzativi.

Perciò, per recepire le esigenze e le attese dell'uomo, in altre parole per “servire la persona” e non viceversa, corre l'obbligo di riferirsi costantemente alle scienze umane e all'etica.

E' un concetto fondamentale per la società, ben affermato dal cardinale D. Tettamanzi: "L'economia non è fine a se stessa e non ha in se stessa i criteri fondamentali e decisivi del suo realizzarsi umano: essa è imparentata con un legame indissolubile con l'uomo, con la dignità personale dell'uomo. Come deriva dall'uomo, così è ordinata all'uomo. In questo senso le cosiddette questioni economiche non sono soltanto sic et simpliciter economiche; ma sono sempre anche questioni antropologiche ed etiche. Dove la dimensione etica, non è più semplicemente sovrapposta né indebitamente imposta dall'esterno all'economia, ma è intrinseca a un'economia che voglia essere umana ed umanizzante"<sup>1013</sup>.

Purtroppo dobbiamo evidenziare anche che la “crisi economica”, che da anni ci dilapida, è la conseguenza della latitanza dell'etica su questo versante. E papa Francesco è ancora più esplicito: "Non possiamo più aspettare a risolvere le cause strutturali della povertà, per guarire le nostre società da una malattia che può solo portare verso nuove crisi. I mercati e la speculazione finanziaria non possono godere di un'autonomia assoluta. Senza una soluzione ai problemi dei poveri non risolveremo i problemi del mondo. Servono programmi, meccanismi e processi orientati a una migliore distribuzione delle risorse, alla creazione di

---

<sup>1013</sup> *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pg. 462.

lavoro, alla promozione integrale di chi è escluso"<sup>1014</sup>.

Queste certezze che oltrepassano le semplici opinioni, esigono in questo testo specifico, l'analisi del rapporto "economia-salute-etica" in relazione all'uomo, mentre si sviluppa a livello internazionale la convinzione che la salute sia un "prodotto" riservato "in primis" ai soggetti socialmente utili<sup>1015</sup>. Una tendenza preoccupante già denunciata da san Giovanni Paolo II: "Mentre giustamente si valorizza la salute moltiplicando iniziative per promuoverla, giungendo talora ad una sorte di culto del corpo e alla ricerca edonistica dell'efficienza fisica, contemporaneamente si riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali"<sup>1016</sup>.

Inoltre, la Costituzione Italiana, a fianco dei diritti civili e politici, riconosce anche quelli relativi alla tutela della salute e all'assistenza (cfr. artt. 32 e 38) consapevole che "la salute non ha prezzo", anche se i costi s'ingigantiscono e le risorse si riducono drasticamente.

Questa constatazione pone alcuni interrogativi che ci assilleranno continuamente. In generale dovremo domandarci come farci garanti della richiesta di salute del cittadino con prestazioni qualificate e tecnologicamente avanzate, onorando contemporaneamente i "bilanci dello Stato".

In particolare:

-avendo strutture insufficienti alle richieste di ricovero in unità coronariche, in terapie intensive, in centri d'emodialisi o in incubatrici..., con quali criteri selezionare chi dovrà usufruirne?

-se le cure di talune patologie richiedono farmaci parecchio dispendiosi, come agire?

-è accettabile stabilire dei plafond economici all'assistenza socio-sanitaria degli anziani?

-è etico curare un una persona tenendo presente il suo stile di vita?

Una colonna portante della professione medica è il "principio di beneficiabilità" che obbliga il medico a prescrivere al suo paziente la terapia più opportuna e più efficace; come conciliare questo con i costi?

Gli interrogativi sopra-elencate implicano indubbi ripercussioni di eticità. Per questo siamo certi che i principi etici in generale, ed alcuni in particolare, quali l'equità, l'eguaglianza, la giustizia e la responsabilità non possono essere

---

<sup>1014</sup> A. TORNIELLI – G. GALEAZZI, *Papa Francesco, questa economia uccide*, Piemme, Casale Monferrato (AI) 2015, pg. 82.

<sup>1015</sup> Sono preoccupanti le considerazioni sulle cure ai pazienti anziani riportate in 'The Gerontologist' n. 1 del 1997 nell'articolo di N.R ZWAIBEL, K.C. CASSEL, T. KARRISON: '*Public attitude about the use of chronological age as a criterion for allocating health care resources*'.

"1. L'anziano ha l'obbligo verso il giovane di rinunciare ad un'assistenza troppo onerosa alla fine della vita.  
2. La società in genere dovrebbe impiegare minori risorse per gli anziani, per poterle invece impiegare di più per il benessere dei bambini.

3. Gli anziani possono trovare un significato per la loro età accettando la morte, com'era in epoche precedenti.

4. La non somministrazione di cure all'anziano è giustificabile poiché la morte non è prematura, ma l'anziano ha avuto la possibilità di vivere un naturale ciclo di vita.

5. Se le cure sanitarie devono essere razionate, è più giusto razionarle sulla base dell'età, poiché l'età è un criterio equo".

<sup>1016</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato*, 1999.



trascurati nelle discussioni riguardanti la sanità e la salute, persuasi che una buona medicina e una buona economia necessitano sempre di una “buona etica” ed è a partire da essa che possiamo comprendere che tipologia di società vogliamo costruire.

Dunque, medicina ed economia, non sono scienze autonome in senso assoluto; devono accordarsi con l’etica e con l’antropologia se vogliamo che la società siano realmente a servizio dell’uomo.

## **2. Le trasformazioni della sanità in Italia**

Il diritto alla salute con quelli alla libertà, all’istruzione e all’uguaglianza di fronte alla legge..., sono proclamati nelle Costituzioni moderne e reclamate dai cittadini, ma non sempre risultano adempiuti poichè, anche laddove l’impegno socio-sanitario è estremo le aspettative sono molteplici e in costante incremento. .

In Italia sono stati realizzati negli ultimi decenni, con il potenziamento dello stato sociale, supportato del cosiddetto boom economico, pregiovoli sforzi per offrire a tutti un’adeguata qualità di vita.

Ciò ha riguardato anche la sanità, principalmente con la legge 833 del 1978 che istituì il “Servizio Sanitario Nazionale”, garantendo a tutti i cittadini i diritti all’assistenza e alla cura, unificando in un’unica istituzione l’apparato della salute, offrendo la fattibilità di accostarsi gratuitamente alle cure, senza particolare attenzione ai costi.

Il sistema fu impostato sul tacito presupposto del “tutto gratuito a tutti” con l’impegno dello Stato di farsi carico dell’assistenza “dalla culla alla tomba”.

Questa metodologia che privilegiò “la cura” rispetto “alla prevenzione” provocò una preoccupante deresponsabilizzazione nei cittadini, negli operatori e negli amministratori, oltre che corruzione, ingigantimento disumano della burocrazia e l’incontrollabile incremento della spesa sanitaria. Si pensi ai ricoveri impropri, spesso superflui e di lunga durata, alle analisi di laboratorio e strumentali scarsamente motivate, allo spreco di farmaci, alla cagionevole amministrazione e ai furti.

Cambiate alcune coordinate economiche, abbiamo assistito ad un considerevole rallentamento nella crescita del prodotto interno e ad una consistente diminuzione del reddito pro-capite, mentre la spesa sanitaria lievitava per molteplici motivi: costi delle nuove e sofisticate tecnologie in campo diagnostico e terapeutico, interventi superflui ed ostinazione terapeutica non riconoscendo più la malattia come sorte ineluttabile, incapacità di discernere tra “cure essenziali” e “cure secondarie”, interventi primari ed opzionali, accordati unicamente, poichè pretesi dal paziente ed enfatizzate dai massmedia o da internet, campagne di prevenzione, comparsa di nuove patologie (aids, tossicodipendenza, alcool dipendenza, bulimia o anoressia...), allungamento dell’età media della popolazione, spesso, afflitta da malattie croniche ed invalidanti.

Un accenno merita anche il diffondersi della propensione a dilatare il campo di intervento terapeutico anche a situazioni puramente sgradevoli. Si privilegiano gli

espedienti farmacologici ai più gravosi interventi educativi.

Non possiamo infine omettere la chirurgia estetica, gli atti di procreazione medicalmente assistita, gli *screening* prenatali e anche l'interruzione della gravidanza che gravano notevolmente i bilanci finanziari.

Inoltre, la divinizzazione della salute, la sopravvalutazione del ruolo degli operatori e delle cure, le aspettative miracolistiche degli interventi in ogni fase dell'esistenza, hanno ingenerato altre dispendiose, pericolose e irragionevoli speranze. Da ultimo consideriamo l'incremento dei costi dovuti alla "medicina difensiva" che si concretizza prevalentemente nella non accuratezza nella prescrizione degli esami diagnostici.

Ed ora, siamo di fronte ad una sanità che tanti definiscono un "malato complesso". Ricordava D'Agostino: "Nessuno Stato al mondo, nemmeno il più ricco, è in grado di dare una risposta compiuta ai bisogni sanitari della propria popolazione. Molti ritengono ingiusta questa situazione. Ma non è così: se per paradosso il bilancio dello Stato venisse tutto o in massima parte utilizzato per far fronte alle spese sanitarie, si paralizzerebbero le altre attività (di tutela dell'ordine pubblico, di promozione dell'economia, di formazione delle nuove generazioni...) cui lo Stato deve far fronte e questo da una parte creerebbe più ingiustizia sociale e dall'altra una situazione di recessione e di crisi economica, di cui comincerebbe a soffrire lo stesso sistema sanitario"<sup>1017</sup>.

Dagli anni novanta del XX secolo si modificò interamente la sanità con la legge 517 del 1995, puntualizzata inseguito dalla legge 229 del 1997 e da altri aggiornamenti normativi. Questi hanno rivoluzionato il panorama sanitario; riducendo le prestazioni fornite dallo Stato; l'assistenza nella fase di convalescenza e di riabilitazione sarebbe dovuta avvenire "sul territorio", mentre in ospedale si sarebbero curate unicamente le patologie nello stato acuto; denominando gli ospedali "aziende"; rapportando la cura della salute alla compatibilità economica.

Si privilegiò "la prevenzione" rispetto alla cura e s'intraprese l'austera via della razionalizzazione, riconoscendo che lo stato sociale non era più idoneo ad assicurare "tutto a tutti", ma unicamente uno standard minimo di prestazioni essenziali, i Lea (Livelli essenziali di assistenza). Da notare che la riforma del titolo V della Costituzione ha poi previsto per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive, mai inferiori, a quelle incluse nei Lea.

Dunque, il "diritto alla salute" che appariva un traguardo raggiunto definitivamente, fu nuovamente rimesso in discussione, non teoricamente poichè nessuno azzarderebbe a farlo, ma praticamente con la logica delle tre "T" (tagli, ticket, tetti di spesa).

La sanità, dunque, fu aziendalizzata, aperta alle regole di mercato, di competizione e di privatizzazione, fu pure adottato un sistema di verifica e controllo della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate<sup>1018</sup>, e il criterio gestionale assunto fu quello imprenditoriale, reso concreto nelle strutture ospedaliere con l'introduzione dei DRG. Dall'inglese "Diagnosis Related Group",

---

<sup>1017</sup> *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit., pg. 219.

<sup>1018</sup> Cfr. Legge 502/92.

classificano 463 patologie e stabiliscono il rimborso per l'Ente indipendentemente dai giorni di degenza e dalle terapie effettuate. Questo significa che se il paziente resta più giorni in ospedale o percepisce cure dispendiose, l'Ente ci rimette economicamente. Di conseguenza, i tempi di degenza si abbreviano, anche troppo, rischiando di dimettere dei pazienti, soprattutto anziani, portatori di importanti problemi fisici, psicologici o sociali. Prima del 1995 l'indennizzo della cura prestata veniva effettuata "a piè di lista" per gli ospedali pubblici e con una "quota diaria capitaria" per gli enti convenzionati. L'innovazione fu radicale; nel passato si era incoraggiati a ricoveri a volte impropri e di durata maggiore rispetto alla reale cura della patologia, oggi si è incentivati a dimettere rapidamente per "guadagnare" altri DRG.

I DRG sono moduli scarsamente flessibili, insufficienti per catalogare la vasta quantità di patologie, non curanti dei quadri diagnostici e prognostici differenziati come, ad esempio, quello degli anziani<sup>1019</sup>.

Le esigenze perentorie del "pareggio di bilancio", non oltrepassando i "tetti di spesa" imposti dalle amministrazioni regionali, hanno tramutato "il malato" da paziente in utente; "gli strumenti di cura" in materiale di consumo; "gli operatori sanitari" in burocrati frequentemente demotivati; "i medici" in amministratori condizionati dalla struttura, con il costante dubbio di dover optare tra i costi e la cura più opportuna, faticando a prescrivere al paziente quanto scienza e coscienza suggeriscono. Osservava D. Pellegrino: "La battaglia più dura che molti medici oggi si trovano a combattere (...) si risolve, principalmente, nel tentativo di riduzione dei costi della sanità"<sup>1020</sup>. E sempre Pellegrino ammonisce: "Gli abusi generano le regole, le regole limitano l'autorità discrezionale del medico e dei pazienti e burocratizzano l'esperienza della malattia"<sup>1021</sup>.

A deteriorare questo complesso scenario si è aggiunta l'istituzione dei *ticket*, frequentemente onerosi, per esami diagnostici, visite specialistiche e farmaci incrementando il già increscioso carico fiscale per il cittadino. Queste disposizioni che sanificheranno in minima percentuale il deficit sanitario, sono altamente illogiche, particolarmente nei confronti delle famiglie numerose, dei malati cronici, degli anziani e delle persone fragili... Renderanno "cattivi frutti" con un incremento nel tempo dei costi sanitari dovuti al deterioramento complessivo della salute dei cittadini. Gli ammalati cronici ridurranno gli esami diagnostici o non assumeranno delle terapie basilari e gli "apparenti sani" non si rigarderanno adeguatamente. Inoltre, essendo i ticket deliberati dalle amministrazioni regionali, producono disuguaglianze costituzionalmente inammissibili accettabile tra i cittadini delle diverse regioni.

Da ultimo, notiamo una inadeguata "formazione umanistica" di taluni Direttori generali e personale apicale che giudicano questi argomenti estranei alla

---

<sup>1019</sup> Tagli e risparmi continuano nel tempo. Ad esempio, 1 miliardo e 338 milioni di euro saranno risparmiati nel 2015 decurtando del 5% gli importi dei contratti di fornitura a ospedali e presidi sanitari vari. La cifra salirà a 1,587 miliardi nel 2016 e a 1,717 nel 2017. Altro settore dove sono stati previsti tagli è quello delle visite, delle analisi specialistiche e diagnostiche. Ogni anno sono erogate 177 milioni di prestazioni ambulatoriali specialistiche (47 milioni nelle strutture private). Si pensa di eliminarne circa 22 milioni poichè inappropriate.

<sup>1020</sup> *Medicina per vocazione*, op. cit., pg. 32.

<sup>1021</sup> D. PELLEGRINO, *Helping and healing. Religious commitment in healthcare*, 1997.

loro attività, dimostrando un'insufficiente conoscenza delle necessità globali dell'ospedale. Sergio Marchionne, Amministratore Delegato di FIAT S.p.A. e Presidente e Amministratore Delegato di Chrysler Group LLC, in possesso di tre lauree, tra cui una in filosofia, partecipando ad un programma televisivo<sup>1022</sup>, dichiarò quella laurea in filosofia offre significato al suo agire quotidiano. Se questa "esigenza" è presente in una personalità che lavora nel settore industriale, superiore dovrebbe essere in chi quotidianamente è in relazione con il dolore umano e la morte.

Guidare un'istituzione sanitaria significa non unicamente gestire rigorosamente dei capitali osservando rigide prescrizioni economiche ma governare ed organizzare un "microcosmo" specifico e originario, comunicando con le risorse umane, riconoscendo necessario non unicamente chi svolge prestazioni ad alta remunerazione ma anche chi assiste con competenza, umanità e rispetto.

La "competenza" e la "motivazione" degli operatori sanitari costituiscono "il punto di forza" del servizio poiché si offrirà un prodotto migliore a un costo minore. E ciò innescherebbe comportamenti virtuosi congiungendo "scienza" e "carità", "cura" e "premura".

### 3. Responsabilità specifiche e doveri personali

Una delle concezioni più in auge è l'"efficienza"<sup>1023</sup>, vocabolo che non possiede connotati negativi; anzi, associato a quello d'efficacia<sup>1024</sup>, postula effetti dell'operare consoni ai mezzi, rispondenti ai fini, adeguati alle risorse.

Il problema, quindi, si trasferisce sugli obiettivi da perseguire, sui mezzi da utilizzare, sulle risorse da effondere. La criticità è quella di identificare una concorde percezione degli obiettivi che, in questo settore, sono complessi non solo da raggiungere ma anche da determinare.

Fini e mezzi tendono spesso ad intersecarsi, interagendo fra loro ed aprendo la via ad altre prospettive e a scopi imprevedibili e indistinti.

Ad un sistema non si può domandare di essere etico o morale; potrà unicamente essere "adeguato" e "funzionale". Per questa ragione, il "giudizio di valore", non potrà riferirsi unicamente alla destrezza nel calmierare le spese, all'idoneità nel curare la patologia, alla competenza nel restituire l'efficienza fisica ma dovrà considerare l'effettiva idoneità di "guarire la persona", reintegrandone anche le condizioni personali, sociali e spirituali.

La risorse insufficienti, la loro assegnazione e il loro impiego restano i problemi più spinosi, quelli che suscitano i principali dissidi e competizioni ignobili. La crescente criticità a giustificare investimenti non indennizzati da vantaggi, sottovalutando la validità dei componenti più vulnerabili della società, deve preoccupare poiché rischiamo di legittimare azioni aberranti, già consumate nella storia da regimi che reputavano delle vite "non degne di essere vissute".

Non è muovendosi dalla prospettiva della razionalizzazione che si risolvono questi

---

<sup>1022</sup> "Che tempo fa", 24 ottobre 2010.

<sup>1023</sup> Ottimizzazione del rapporto risorse-prodotto.

<sup>1024</sup> Capacità di fornire il risultato atteso, quindi la soddisfazione del cliente.

problemi; sono unicamente procrastinati.

La “soluzione” perverrà unicamente dall’avvaloramento delle risorse “propriamente umane”, quali l’intelligenza e la cultura, dispiegate in base a una filosofia etica aperta alla dimensione trascendente.

In questa situazione riteniamo che il “trait-d’union” tra “salute” ed “economia” sia l’etica che acconsente di analizzare le problematiche inserite nelle categorie dell’equità, dell’uguaglianza, della giustizia e della responsabilità.

“L’equità” che è differente dall’ “uguaglianza”, essendo la prima una particolare politica che lo Stato adotta (ad esempio, il riconoscere a tutti i livelli essenziali di assistenza) e la seconda l’effetto di tale scelta (ad esempio, la possibilità concreta di accesso), devono procedere supportate dalla “giustizia distributiva” che, come ricordato, consente di superare l’idea insostenibile che lo Stato debba offrire a tutti la stessa quantità di servizi, mentre invece ha l’obbligo di agire con un’attenzione peculiare alle classi più fragili.

“Dare a ciascuno secondo le sue necessità” significa discernere: tra “medicina dei diritti” e “medicina dei desideri”<sup>1025</sup>; tra cure “essenziali” e “secondarie” che promettono un beneficio accessorio, improbabile e utopistico; tra interventi “irrinunciabili” e “opzionali”. Quindi, “stop” a prescrizioni mediche non appropriate, non indispensabili e non vantaggiosi agli obiettivi diagnostici. Privilegiando nuovamente “l’approccio clinico”, il bisogno di questi esami potrebbe essere anche dimezzata. Questa situazione si è prodotta poiché negli ultimi decenni si è modificato il rapporto tra medico e paziente. Alla competenza professionale del medico, si sono contrapposte le informazioni che il paziente detiene riguardo una determinata patologia, apprese, il più delle volte, navigando in internet. Da qui, la rivendicazione del malato di effettuare degli esami che ritiene opportuni. E il medico, anche per scongiurare rappresaglie legali, accondiscende. E’ la cosiddetta “medicina difensiva” che tutela solo illusoriamente il sanitario.

Per quanto concerne i parametri per un corretto “razionamento delle cure sanitarie” ci riferiamo a D. Pellegrino, illustre bioeticista statunitense, che prospettò tre condizioni.

Prima: il procedimento pubblico.

Tutti i cittadini devono essere componenti attivi e informati nello stabilire i parametri, le persone, le strutture coinvolte...

Seconda: equa distribuzione delle risorse.

L’obiettivo di riferimento deve essere la salute di ogni uomo e non l’età o la qualità della vita.

Terza: il medico non deve operare questa scelta-valutazione.

Il medico non deve essere coinvolto in politiche di razionamento o di controllo per gli obblighi morali che lo vincolano alla propria coscienza e al paziente. Infatti, la relazione medico-paziente deve oltrepassare quella “venditore-acquirente”<sup>1026</sup>.

Va recuperata la responsabilità dei cittadini nei confronti della propria salute

---

<sup>1025</sup> La medicina che, oltre la cura, prospetta soluzioni idilliache per i problemi legati all’identità e alla sfera psicologica.

<sup>1026</sup> Cfr.: D. PELLEGRINO, *Is Healthcare Rationing ethically defensible in our Country today*, Conferenza tenuta a Memphis il 21 ottobre 1991.

sia sul versante “delle cause” che “delle conseguenze” adottando stili di vita che debellino patologie dovute a decisioni irresponsabili.

È irrimandabile il passaggio da “consumatore passivo” dei servizi sanitari ad “attore” corresponsabile e partecipe di un bene comunitario che è quello della salute, intuendo che “più cure” non equivale a “migliori cure”.

### 3.1.I FARMACI

Una riflessione esclusiva merita l’impiego dei farmaci che costituiscono una componente rilevante della spesa sanitaria e non sempre è giustificata. Pensiamo, ad esempio, ai cassette straripanti di medicinali presenti in varie abitazioni e, a volte scaduti. Questo indica l’incapacità del cittadino di valutarne i costi.

In Italia, più di un farmaco al giorno, è consumato in media da ogni abitante. E, il Servizio Sanitario Nazionale, nel 2014, ha rimborsato circa il 75% della spesa farmaceutica per un totale di 26 miliardi di euro, il 20% del totale delle spese sanitarie.

G. Domighetti afferma che quello delle medicine è un mercato particolare che non permette al consumatore di scegliere essendo “l’offerta” e non la domanda a disciplinare i consumi<sup>1027/1028</sup>.

Lanzetti sostiene che “il difetto principale di tale mercato è l’assenza di trasparenza tra offerta e domanda che non permette al cittadino di gestire in modo più autonomo e responsabile la propria salute”<sup>1029</sup>. Troviamo poi la nostra disponibilità a pagare, per stare bene, a volte superiore alle disponibilità economiche.

E’ facile intuire i soggetti e le categorie più influenzabili e suggestionabili da un’industria che con prezzi a volte paradossali, come pure la loro lievitazione spesso ingiustificata, pone problemi etici ed economici.

Ma qual’ è l’equo prezzo di un farmaco? Quali criteri sono utilizzati per determinarlo? Come giudicare che una medesima molecola, prevalentemente nelle “nuove terapie”, è venduta dall’azienda produttrice a prezzi assai differenti nelle varie parti del mondo?

La medicina, ormai punta a farmaci miratissimi e a cure individuali, superando l’universalizzazione della terapia. E il problema di come affrontare i costi di nuove farmaci, a volte molto onerosi, è all’attenzione di tutti i governi occidentali, con decisioni difformi nelle singole nazioni. Ad esempio, nel luglio 2015, il ministero della sanità del Regno Unito ha eliminato dall’elenco dei farmaci “dispensati gratuitamente” dal proprio servizio sanitario nazionale, “l’Olaparib”, un chemioterapico per la cura del cancro alle ovaie. Costo circa 5.700 euri al mese. L’esame del “prezzo dei farmaci innovativi” ha avuto un accelerazione nei primi mesi del 2015 con la commercializzazione del “Sofosbuvir”, prodotto dalla Gilead Science, un innovativo antivirale che cura l’epatite C con un successo superiore al

---

<sup>1027</sup> Cfr. G. DOMIGHETTI, *Educare i consumatori a rimanere sani*, in Arco di Giano, 10, 1996, pp. 56-69.

<sup>1028</sup> L’industria farmaceutica in Italia è composta da 174 fabbriche, con 63mila addetti (il 90% laureati o diplomati) oltre a 65mila nell’indotto. Produce per 29 miliardi di valore, il 72% destinato all’export. Attualmente sono allo studio su scala mondiale oltre 7mila nuovi farmaci.

<sup>1029</sup> C. LANZETTI, *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull’esperienza dei malati*, F. Angeli, Milano 1999, pg. 41.

90%. Il costo in Italia di un ciclo medio di terapia della durata di 12-24 settimane è tra i 37mila e i 45mila euro. Negli Stati Uniti 84mila dollari, in Egitto circa 900 dollari, in India un euro a compressa. La ditta produttrice ha reputato che un importo poco elevato porterà ai malati di quei Paesi enormi benefici. Certamente la decisione è meritoria ma, soprattutto oggi, pone degli interrogativi: il prezzo imposto ai Paesi ricchi non è sovrastimato? Quale impatto avrà sulla sanità pubblica? Ci saranno le risorse economiche per finanziarlo a tutti? In Italia sono presenti 50mila casi di malattia avanzata e/o non rispondenti a precedenti terapie, ma risulta che solo 10mila sono stati trattati, gli altri “no”, prevalentemente per l’indisponibilità economica delle regioni. Lo stesso ragionamento è valido per farmaci antitumorali individualizzati.

I vantaggi per la salute che deriveranno da nuovi medicinali dovranno essere “accessibili a tutti”, al di là della nazionalità e dalle appartenenze etniche, mediante un trasparente processo di “contrattazione del prezzo” tra fabbricante e acquirente, intersecando tre componenti: il profitto della ditta produttrice, l’innovazione farmaceutica e la sostenibilità sanitaria.

Come ulteriore elemento di riflessione riportiamo un’affermazione di Massimo Scaccabarozzi, presidente di Farindustria: “Il farmaco per l’epatite C costerà pure decine di migliaia di euro, ma quanto costa il malato non curato? Molto di più, fino a centinaia di migliaia di euro..., e in più il malato potrebbe guarire con una compressa, invece che fare la chemioterapia, i trattamenti per la cirrosi e magari anche uno o due trapianti di fegato. Dove sta allora il vero risparmio?”<sup>1030</sup>

### 3.2.MALATTIE RARE

Nel mondo troviamo circa 7000/8000 malattie qualificate come “rare”<sup>1031</sup> ma scarseggiano terapie efficaci pur interessando 350milioni di persone. In Italia, il numero di malati che non dispongono di adeguati medicinali definiti “farmaci orfani”, è compreso tra le 450mila e le 670mila persone (70% bambini in età pediatrica) con oltre 20mila nuovi casi l’anno. Dunque, un fenomeno in costante incremento, poiché ogni settimana, a livello mondiale, ne sono identificate cinque nuove. Le più frequenti riguardano il sistema nervoso e gli organi di senso (21% del totale)<sup>1032</sup>.

I “farmaci orfani”, sono prodotti da adibirsi alla profilassi o alla cura delle malattie che comportano rischi per la vita o debilitazione cronica, ma colpiscono non più di 5 individui su 10mila. Nonostante la loro utilità, questi medicinali, non saranno, il più delle volte, disponibili per i pazienti, essendo la domanda insufficiente a garantire la copertura economica della ricerca. In assenza di “incentivi”, l’iter sperimentale per questi farmaci, non giustifica l’investimento di una ditta farmaceutica. Dunque, se ti ammali sei sventurato, ma se sei afflitto da una patologia rara difficoltosa da determinare per le varianti genetiche, congenite e idiomatiche, lo sei maggiormente, essendo arduo stilare una diagnosi attendibile (il 18,6% richiedono oltre 10 anni) per le carenti conoscenze medico-scientifico,

---

<sup>1030</sup> Dall’intervista rilasciata al SIR il 28 giugno 2015 (a cura di Luigi Crimella)

<sup>1031</sup> 80% di origine genetica, 20 % malattie autoimmuni oltre patologie di origine infettiva o tossica e tumori non comuni...

<sup>1032</sup> Da “MoniRare”, il primo rapporto sulla condizione in Italia delle persone con malattia rara presentato nel luglio 2015.

ed improbabile reperire farmaci adeguati.

Per curare questi malati, negli Stati Uniti, fu intrapreso nel 1983, un programma che promosse questa tipologia di ricerca, “l’ Orphan Drugs Act”. Anche l’ Unione Europa promulgò un’azione analoga con la Decisione n. 1295/1999/CE e il Regolamento n. 141/2000. Fu inoltre istituito, presso l’EMEA (Agenzia Europea per i Medicinali), il “Comitato per la Designazione dei Prodotti Medicinali Orfani” (COMP), per valutare le qualifiche di farmaco “orfano”, assicurando alle ditte farmaceutiche incentivi economici e fiscali, oltre l’esclusività di mercato per vari anni. Nell’aprile del 2011 la Commissione Europea e il “National Institute of Health” Usa stabilirono l’obiettivo di possedere entro il 2020 test diagnostici per la maggior parte delle patologie, oltre 200 nuovi farmaci.

L’ Italia come procede?

Il nostro Paese istituì nel 2001 la “Rete Nazionale Malattie Rare” cui partecipano aziende sanitarie di riferimento a livello regionale e furono esentate dai ticket 350 patologie; ancora insufficienti rispetto all’universo delle malattie rare<sup>1033</sup>

Gli ultimi dati dell’AIFA (2014) evidenziano che il 20% delle sperimentazioni cliniche è effettuata con farmaci orfani. 117 trial clinici in esecuzione e l’80% è giunto alla seconda o terza fase di sperimentazione. Su 93 farmaci con l’AIC il 78% è già a disposizione dei pazienti. Uno sforzo virtuoso ma ancora insufficiente verso questi malati che hanno il diritto alla certezza della diagnosi e a terapie sempre più adeguate.

Da ultimo non possiamo dimenticare lo sforzo economico per le famiglie coinvolte con una spesa annua che supera, mediamente, i 2.500 euri, spesso senza nessun intervento dello Stato non a livello di rimborso dei farmaci ma di assistenza, poiché alcuni di questi malati necessitano una presenza assidua.

Concludendo.

-La responsabilità, accennata in precedenza, deve tramutarsi in un attento atteggiamento di “vigilanza critica” affinché ogni provvedimento custodisca e protegga continuamente e di fronte a qualunque circostanza la persona nella sua globalità.

-Attestiamo la nostra avversione alla concezione di chi ritiene che il costo di una cura debba produrre benefici evidenti. La salute è come un iceberg; noi vediamo unicamente il frammento emergente mentre sono invisibili le parti sommerse.

## 4. Le strutture sanitarie

Tre sono i nuclei che nel Servizio Sanitario Nazionale concorrono a perseguire la tutela della salute: le istituzioni pubbliche, le private profit e le private non profit.

Ma prima di esaminare queste tipologie è opportuno ricordare gli obiettivi che l’

---

<sup>1033</sup> Cfr.: Decreto Ministeriale 279/2001.



ospedale deve conseguire.

L'ospedale, come esprime l'etimologia, dovrebbe essere il “luogo ospitale” che accoglie e cura.

Ebbe origine in occidentale, nella romanità in via di cristianizzazione.

I primi nosocomi furono luoghi d'accoglienza dei poveri. Poi, con il trascorrere del tempo, si sviluppò l'attenzione alla malattia ma non si smarrì la connotazione umana e religiosa. Per esempio, in Francia, l'ospedale fu denominato “l'Hotel du bon Dieu” (l'Albergo del buon Dio), dove vigeva il motto: “Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò, se non potrò curarti ti consolerò”.

In confronto alle attuali potenzialità diagnostiche e terapeutiche, in quel tempo a si curava “poco”, ma la “cura globale” costituiva il fondamento dell'assistenza.

Inseguito, i progressi della medicina, esclusero, il più delle volte, l'entità umana e religiosa, costituendo sistemi che irresponsabilmente opposero la “tecnica” alla “cura”.

La secolarizzazione proseguì l'azione di di-sumanizzazione modificando le motivazioni degli operatori, trasformando la “vocazione-missione” sanitaria in semplice “professione”.

L'aziendalizzazione, degli anni recenti, completò questo criticabile sviluppo.

Oggi, è impellente intervenire, affinché le potenzialità terapeutiche non si traducano unicamente in semplici trattamenti tecnici a svantaggio “dell'incontro” con il malato e con le sue sofferenze.

Molti sostengono che l'ospedale “è ammalato”. E' vero! Perché?

“Sul piano culturale, gli ospedali concepiti come aziende, sono strutture come i supermercati o le fabbriche nei quali il lavoro è alienato, spersonalizzato, oggettivizzato e, come tale, disumanizzato.

La vocazione del curare e la cultura del produrre non posseggono la medesima natura perché attingono a dimensioni diverse del fare e dell'essere.

E' chiaro, quindi, che il concetto di produttività ha ben poco da spartire con quello di altruismo che mai è entrato nella cultura della fabbrica e nella logica dei rapporti presenti tra l'imprenditore e i suoi operai”<sup>1034</sup>.

#### **4.1. LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE**

Rette dallo Stato, gestiscono il 77% dei “posti letto”, offrendo pregevoli benefici ai cittadini avendo come obiettivo la risposta alle esigenze sanitarie della collettività; di conseguenza sono aperte a tutti, indipendentemente dall'età, dallo status socio-economico e dalla patologia.

Sono però, frequentemente esposte, a opinabili politiche sanitarie, a inefficienti amministrazioni e a sciupii difficilmente controllabili.

#### **4.2. LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE PROFIT**

Il privato, intraprendendo un'attività investe dei capitali, si assume il rischio d'impresa, indirizza la produzione favorendo gli interventi che offrono il più grande profitto seguendo “le leggi di mercato”.

Questo indirizzo è imprescindibile anche per le “strutture sanitarie private profit”,

---

<sup>1034</sup> A. TRAMARIN, *L'ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali*, Marsilio, Venezia 2003, pg. 46.

organizzate in “cordate” economico-politiche, con costanti incrementi delle quote di mercato che consentono di potenziare “il peso contrattuale”.

Le strategie che producono profitto, mentre sono condivisibili:

-nelle *aziende di prodotto* che generano beni di consumo (dalle macchine agli elettrodomestici...),

-in quelle di *mercato* con reti di distribuzione e opportunità d'acquisto (centri commerciali...),

-e nelle *aziende di servizio* che assicurano specifiche prestazioni (gestione della telefonia...), pongono notevoli dubbi attuate in sanità.

Non perché il profitto non sia etico; anzi, è uno dei fondamenti dell'economia, ma nell'ospedale “la produzione” non può operare come nelle aziende dovendo cooperare alla “miglioria della salute” che non è un “prodotto” ma uno “stato esistenziale” difficilmente valutabile, essendo ogni persona eterogenea anche nella modalità di esteriorizzare la malattia.

La ricerca esasperata del guadagno danneggia il malato e l'intero sistema essendo arduo far coincidere il “successo economico” con il “bene della persona”.

Nei confronti della sofferenza è obbligatoria, inoltre, “la flessibilità” che travisa il criterio gestionale dell'ente profit.

La maggioranza delle istituzioni sanitarie pubbliche e private “no profit” vivono drammatiche difficoltà economiche che costringono Enti “no profit” a vendere, o meglio svendere, alcune istituzioni. Di conseguenza, la domanda che scaturisce guardando attentamente quelle “profit” caratterizzate da un notevole controllo di gestione e di qualità, riguarda sia le metodologie per conseguire il “pareggio di bilancio”, sia il guadagno (o utile) anche nell'eticità del suo uso per finalità individualistici, essendo il prodotto del finanziamento pubblico. Emblematico fu l'episodio accaduto presso la “Casa di Cura santa Rita” di Milano, alcuni anni fa, dove il primario di chirurgia toracica Pier Paolo Brega Massone, poichè era retribuito “a prestazione” come la prevalenza dei professionisti che lavorano in queste strutture, operò, senza giustificata motivazione decine di pazienti provocando quattro morti e quarantacinque casi accertati di lesioni. E questo, purtroppo, non è un caso isolato.

Le risposta le affidiamo al lettore; noi proponiamo unicamente un ulteriore elemento di riflessione tratto dal sottotitolo di un libro di J. Mahoney dedicato all'etica dell'impresa: “oil and water” (olio e acqua)<sup>1035</sup>.

L'autore che identifica l'olio con gli affari e l'acqua con l'etica ammonisce l'impossibilità di fusione tra i due elementi poichè “gli affari sono affari”. Anche se continuamente mescoliamo acqua ed olio in un catino, l'olio tornerà sempre a galla senza modificarne la sostanza.

### **4.3. LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE NO-PROFIT**

Il terzo gruppo presente in sanità sono le strutture private “no-profit”, prevalentemente di indirizzo cristiano, che fondono “la qualità” e “la centralità del malato” generando costi di gestione inferiori rispetto all'ente pubblico.

In queste Istituzioni, inoltre, è assente la logica mercenaria non distribuendo gli eventuali utili ma reinvestendoli nell'attività o in progetti sociali.

---

<sup>1035</sup> Cfr.: J. MAHONEY, *Business and Ethics: Oil and Water*, Gresham College, Londra 1988.

Una felice espressione del prof. G. Alvi, economista, ritiene la solidarietà per il non profit "un vero atto economico almeno quanto il tornaconto, pilastro dell'economia mercantile".

In Italia le strutture sanitarie di indirizzo cristiano sono circa 300 con 50.000 posti letto e 55.000 operatori sanitari.

Ma il privato "no-profit" è esiguo, frammentato e compresso da due colossi. Rischia di essere sospinto ai margini del sistema, uscendo non solamente dal mercato, ma da una prospettiva di servizio e di crescita culturale che da sempre è il fondamento del suo apostolato.

#### **4.4.CONCLUSIONE**

La conclusione relativa alle strutture sanitarie la demandiamo ad un pensiero di Fra Pierluigi Marchesi, figura accreditata nella sanità mondiale. Fu, tra l'altro, il "padre" del concetto di "Umanizzazione" della medicina. Possedeva l'autorevolezza, la saggezza e la competenza per suggerirci la tipologia di ospedale a "misura d'uomo".

"Io penso che lo Stato debba vigilare sulla salute, ma non debba lui far salute, allora il mio è un sogno forse utopico, ma la sanità deve essere fatta 'senza scopo di lucro'. Quindi il no-profit dappertutto, con una legge breve, semplice, chiara, in cui tutti sanno che per operare in sanità non si deve fare profitto. Occorre una legge sul no-profit che sia chiara, e che non sia di interpretazione personale o regionale, ma che permetta un' interpretazione univoca e unitaria. Del resto negli Stati Uniti, quanti sono gli ospedali profit? Pochissimi, ma c'è una legge ben chiara. No-profit non vuole dire non rendere redditivo il servizio, ma la parte redditiva la devi reinvestire per migliorare il servizio"<sup>1036</sup>.

---

<sup>1036</sup> *Ospitare l'uomo*, op. cit., pg. 121.

## BIBLIOGRAFIA

### OPERE GENERALI

- M. CASCONI, *Diakonia della vita*, Edizione dell'Università della Santa Croce, Roma
- F. D'AGOSTINO – L. Palazzani, *Bioetica*, La Scuola, Torino
- M.P. FAGGIONI, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Camilliane, Torino
- J. DE FINANCE, *Etica generale*, Cassano Murge, Bari
- GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, Città del Vaticano
- S. LEONE- S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di bioetica*, EDB-ISB, Acireale-Bologna
- J.F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi)
- PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano
- E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, (Vol 1-2), Vita e Pensiero, Milano
- E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano
- E. SGRECCIA – D. SACCHINI (a cura di), *Evangelium Vitae e bioetica. Un approccio interdisciplinare*, Vita & Pensiero, Milano
- S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Nis, Firenze
- D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (Al.)

### PARTE PRIMA: I FONDAMENTI

- P. CATTORINI – R. MORDACCI – M. REICHLIN, *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice
- G. FORNERO, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Mondadori, Milano
- D. GRACIA, *Fondamenti di bioetica, Sviluppo storico e metodo*, San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi)
- C. IANDOLO, *L'etica al letto del malato*, Armando editore, Roma 1990
- P. LAIN ENREALGO, *Antropologia medica*, Alberto Perdisa Editore, Milano
- G. MOTTURA, *Il Giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia*, Editori Riuniti, Roma
- E. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *A philosophical basic of medical practice*, Oxford University Press, New York
- G.M. PIZZUTI (a cura di), *Pluralismo etico e normativa della bioetica*, Quaderni di bioetica, Ermes, Potenza.
- V.R. POTTER, *Bioetica, ponte verso il futuro*, Sicania, Messina
- S. SPINSANTI, *Etica bio-medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi)
- S. SPINSANTI (a cura di), *Documenti di deontologia ed etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi)
- C. VIAFORA (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Gregoriana, Padova

### PARTE SECONDA: IL SORGERE DELLA VITA

- M. ARAMINI, *La procreazione assistita. Scoprire il senso di un nuovo modo di nascere*, Paoline, Milano

- G. CARBONE, *La fecondazione extracorporea: tecniche, valutazioni e disciplina giuridica*, Studio Domenicano, Bologna
- C. CASINI, *Uno di noi. La prima iniziativa dei cittadini europei*, Cantagalli, Siena
- C. CASINI – M. CASINI – M.L. DI PIETRO, *La legge 19 febbraio 2004, N. 40. "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Commentario*, G. Giappichelli editore, Torino
- P. CATTORINI (a cura di), *Procreazione assistita e tutela del figlio. Prospettive femministe, dibattito bioetico e ipotesi normative*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano
- L. NEGRI, *Il Matrimonio*, Piemme, Casale Monferrato
- PAOLO VI, Enciclica *Humanae vitae*, Città del Vaticano
- M. PERA - J. RATZINGER, *Senza radici*, Mondadori, Milano
- A. VESCOVI, *La cura che viene da dentro*, Mondadori, Milano

### **PARTE TERZA: LE FASI DELLA VITA**

- T. ANATRELLA, *La teoria del "gender" e l'origine dell'omosessualità. Una sfida culturale*, San Paolo, Milano
- E. BORGNA, *La solitudine dell'anima*, Feltrinelli, Milano
- E. BORGNA, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano
- G. CARBONE, *Gender. L'anello marcante?* Ed. Studio Domenicano, Bologna
- CARITAS ITALIANA, *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, EDB, Bologna
- M. CHIODI, *L'handicap: la coscienza e le relazioni. Spunti per una riflessione etico-antropologica*, CVS, Roma
- GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli anziani*, Città del Vaticano
- G. DE ROSA, *L'origine dell'uomo. Evoluzione e creazione*, Civiltà Cattolica, 2 aprile 2005, pp.12 ss.
- M. GRMEK, *Storia di una epidemia attuale*, Laterza, Roma-Bari
- J. HAMBURGER, *Dictionnaire promenade*, Editions du Seuil, Paris
- E. KUBLER ROSS, *AIDS l'ultima sfida*, Cortina, Milano
- R. MARCHESINI, *Omosessualità e Magistero della Chiesa. Comprensione e speranza*, Sugarco Edizioni, Milano
- E. MOUNIER, *Le personnalisme*, Presses Universitaires de France, Paris
- F. PELLEGRINO, *Pratica clinica e ricerca. L'uso appropriato dei farmaci in psichiatria*, Mediserve
- L. SANDRIN, F. CARETTA, M. PETRINI, *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa*, Camilliane, Torino
- D. TETTAMANZI, *L'uomo immagine di Dio. Linee fondamentali di morale cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (Al)
- E. ZOLI, *E liberaci dal male oscuro*, Longanesi, Milano

### **PARTE QUARTA: LA VITA CHE VOLGE AL TRAMONTO**

- S. ACQUAVIVA, *Eros, morte e esperienza religiosa*, LaTerza, Bari
- J. BAUDRILLARD, *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano
- G. BIFFI, *L'Aldilà*, LDC, Torino
- R. CANTALAMESSA, *Sorella morte*, Ancora, Milano

- F. CAVALLARI, *La vita in una stanza. Gli 'stati vegetativi' non esistono*, Itaca, Castel Bolognese (Ra)
- E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi
- H. NOUWEN, *Il dono del compimento*, Queriniana, Brescia
- G. PIANA, *Testamento biologico. Nodi critici e prospettive*, Cittadella, Assisi
- G. ROCCHI, *Il caso Englaro. Le domande che bruciano*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna
- P. WERSPIEREN, *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei moribondi*, Paoline, Milano

#### **PARTE QUINTA: ALCUNE PROBLEMATICHE BIOETICHE**

- C BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Garnier-Flammarion, Paris 1966; tr. It. *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Feltrinelli, Milano
- C. CIROTTO – S. PRIVITERA, *La sfida dell'ingegneria genetica tra scienza e morale*, Cittadella editrice, Assisi
- G. M. COMOLLI, *La sperimentazione clinica per il benessere dell'uomo*, Gruppo editoriale Viator – Milano
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Donazione d'organo a fini di trapianto*, Roma
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I criteri di accertamento della morte*, Roma
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La donazione da vivo del rene a persone sconosciute*, Roma
- R. DULBECCO, *I geni e il nostro futuro*, Sperling & Kupper, Milano
- L. C. DUNN, *Breve storia della genetica*, ISEDI, Milano
- H. JONAS, *Cloniamo un uomo: dall'eugenetica all'ingegneria genetica*, Einaudi, Torino
- C. LANZETTI, *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull'esperienza dei malati*, F. Angeli, Milano
- M.L. ROMANO, *Etica e sperimentazioni cliniche*, Armando editore, Roma
- C. SERRA, *Il Progetto Genoma Umano. Conoscere i nostri geni potrà cambiare la vita*, Cuen, Napoli
- C. SERRA – E. SGRECCIA – M.L. DI PIETRO, *Nuova genetica ed embriopoiesi umana. Prospettiva della scienza e riflessioni etiche*, Vita e Pensiero, Milano
- A. G. SPAGNOLO – E. SGRECCIA (a cura di), *Lineamenti di etica della sperimentazione clinica*, Vita e Pensiero, Milano
- A. TRAMARIN, *L'ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali*, Marsilio, Venezia

