

“Salerno Medica”

Annali della Scuola Medica Salernitana

7

***La Scuola Medica Salernitana
come punto di incontro tra culture:
passato e presente***



Atti della Sessione di Bioetica

“Testamento biologico e accanimento terapeutico: confronto di opinioni”
svoltosi a Salerno il 15 Aprile 2013



ordine dei medici
e degli odontoiatri
della provincia di salerno

In copertina:

«Liber de herbis et plantis»

di Manfredus de Monte Imperiali, Ms. 6823, Bibliothéque Nationale de France, Paris



**ordine dei medici
e degli odontoiatri
della provincia di salerno**

“Salerno Medica”
Annali della Scuola Medica Salernitana

7

Collana dell'Ordine dei Medici ed Odontoiatri di Salerno

Direttore

Bruno Ravera

Redazione e Amministrazione

Via SS. Martiri Salernitani, 31 - 84123 Salerno

Tel. 089 226566 - Telefax 089 252363

Segreteria Scientifica

Mario Colucci

Gaetano Ciancio

Giovanni D'Angelo

Luisa Pellegrino

Rosanna Supino

Diritti riservati

La Scuola Medica Salernitana come punto di incontro tra culture: passato e presente

Atti della Sessione di Bioetica

“Testamento biologico e accanimento terapeutico: confronto di opinioni”
svoltosi a Salerno il 15 Aprile 2013

Sala Conferenze Ordine dei Medici e degli Odontoiatri
della Provincia di Salerno



**ordine dei medici
e degli odontoiatri
della provincia di salerno**



Centro Studi Hippocratica Civitas



Università degli studi di Salerno

SOMMARIO

Relatori e Moderatori		pag.	6
Mario Colucci	<i>Introduzione</i>	pag.	7
Giorgio Mortara	<i>Presentazione</i>	pag.	9
Scialom Bahbout	<i>Aspetti di bioetica secondo l'ebraismo</i>	pag.	13
Daniele Garrone	<i>Disposizioni di fine vita: un parere protestante</i>	pag.	21
Aldo Pagni	<i>Dichiarazioni anticipate di trattamento e cure futili</i>	pag.	27
Ahmad 'Abd al Quddus Panetta	<i>BismillaHi ar-Rahmani ar Rahim, In Nome di Dio il Clemente il Misericordioso</i>	pag.	37
Giuseppe Battimelli	<i>Bioetica della cura</i>	pag.	47

RELATORI E MODERATORI

Scialom BAHBOUT

Rabbino Capo di Napoli e del Meridione

Giuseppe BATTIMELLI

Vice Presidente Nazionale AMCI

Mario COLUCCI

Consigliere Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno
Presidente Centro Studi “Civitas Hippocratica”

Daniele GARRONE

Docente Facoltà Valdese - Roma

Giorgio MORTARA

Presidente AME

Aldo PAGNI

Past Presidente FNOMCeO

Ahmad ‘Abd al Quddus PANETTA

Esponente CO.RE.IS.

INTRODUZIONE

Mario Colucci

La leggenda della Scuola Medica Salernitana racconta che la sua fondazione sia dovuta a quattro saggi: l'ebreo Helinus, il bizantino Pontus, il musulmano Adela e il latino Salernus.

L'evidenza storica dimostra che Salerno è stata un centro dove molteplici culture si sono incontrate ed il loro sincretismo ha fatto sì che questa antica scuola di medicina fosse rinomata in tutto il mondo.

Con tale premessa il Convegno “La Scuola Medica Salernitana come punto d'incontro tra culture: passato e presente”, organizzato dall'Associazione Medica Ebraica (AME) e dall'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Salerno, nella sua prima sessione, storica, ha visto l'intervento di eminenti studiosi che hanno mostrato con un'ampia documentazione la presenza di una comunità ebraica nella città di Salerno, delle sue abitudini nella vita quotidiana e della sua influenza sulla cultura medica locale.

La seconda sessione, invece, i cui atti costituiscono il presente volume, ha trattato un argomento di natura etica attualmente controverso, il testamento biologico e l'accanimento terapeutico, che si è voluto affrontare con un'ottica multiculturale, nel rispetto del diverso sentimento e valore religioso o laico, in una tavola rotonda di confronto tra le differenti visioni, tutte fondate su profonde e serie motivazioni, in un'epoca in cui la figura del medico e la concezione della malattia sono cambiate ed il medico, con il suo Codice Deontologico anch'esso in evoluzione come la società, non ha più un rapporto paternalistico con il paziente il quale non è più disposto ad accordargli una fiducia incondizionata.

Un laico (Aldo Pagni) e rappresentanti delle religioni ebraica (Scialom Bahbout), musulmana (Ahmad 'Abd Al-Quddus Panetta) e valdese (Daniele

Garrone) sono stati gli artefici di questa tavola rotonda. L'assenza, per improvvisi motivi istituzionali, del Sen. Lucio Romano, quale rappresentante della religione cattolica, è stata da noi ovviata, nel redigere questi atti, con l'intervento di Giuseppe Battimelli, vicepresidente nazionale dell'AMCI.

PRESENTAZIONE

Giorgio Mortara

L'Associazione Medica Ebraica è un'organizzazione che riunisce tutte le persone che operano nel settore sociosanitario, ebrei e non ebrei, interessati a conoscere la nostra cultura e tradizione. Tutti sono i benvenuti! L'ebraismo attribuisce uno straordinario valore alla vita: "Scegli la vita" (Deuteronomio XXX, 19) e questo è il nostro punto di partenza.

I più importanti obiettivi dell'AME possono essere così riassunti: essa contribuisce alla diffusione dell'etica medica ebraica nella società italiana promuovendo incontri culturali e scientifici tra coloro che hanno interesse nell'approfondimento della tradizione, della cultura e dell'etica ebraica in campo sanitario.

L'AME agevola i rapporti con le Associazioni e le Istituzioni sanitarie in Israele, in Italia, in Europa e nel resto del mondo attraverso la partecipazione e l'organizzazione di convegni medici e di scambi culturali con particolare riguardo alla bioetica e alla medicina sociale; l'AME è di supporto alle Comunità ebraiche dando uno sviluppo coordinato ad una "medicina di comunità" secondo le direttive dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (scuole, residenze per anziani, etc).

La nostra associazione mette a disposizione di tutti un patrimonio di competenze professionali e di solidarietà umana e sociale che si propone di interagire in modo organico con le Istituzioni, con i Servizi Sociali e le Associazioni di Volontariato.

Secondo la nostra etica è indispensabile la presa in carico del paziente in senso globale che consideri l'unità bio-psico-sociale del paziente in contrapposizione ad una medicina settorializzata e super-specializzata. L'esistenza di figure professionali dedicate (psicologo, educatore, ...) non può, infatti, esimere gli altri operatori sanitari dall'attenzione alla relazione con il paziente.

L'aspetto relazionale non passa solo attraverso la parola, ma attraverso "il prendersi cura" che ha, nel contatto fisico e nella visita medica al letto del paziente, un ruolo importante.

La parola, il contatto, ma soprattutto l'ascolto permettono al medico e a tutto il personale socio-sanitario di relazionarsi correttamente con il malato e instaurare un sodalizio, che è base indispensabile per la cura.

Ritengo che la società civile e le associazioni, quale l'AME, tra le prime in Italia a raggruppare insieme medici, psicologi e operatori della sanità, debbano interrogarsi su queste problematiche e sforzarsi di trovare delle risposte per migliorare la qualità dell'assistenza e il benessere della popolazione.

Nell'ambito delle diverse attività culturali promosse dalla nostra associazione abbiamo organizzato convegni e giornate di studio riguardanti la bioetica e la storia della medicina dai quali emerge l'apporto dei medici ebrei allo sviluppo della scienza medica.

Tra questi convegni ricordo "Le pestilenze tra religione e scienza nell'Italia ebraica" a Milano nel 2005, "Medici rabbini, momenti di storia della medicina ebraica" in collaborazione con l'Università di Tor Vergata e l'Ordine dei Medici a Roma nel 2008, cui ha fatto seguito una sessione di studio sulla bioetica di inizio e fine vita, nel 2010 a Bologna, in collaborazione con la locale Università, dal titolo "Gli ebrei e la pratica della medicina in Italia dal medioevo all'età contemporanea" a cui hanno partecipato alcuni dei relatori oggi qui presenti.

Sappiamo che l'esperienza e le conoscenze dei nostri predecessori possono esserci da guida nell'oggi, perché è proprio rielaborando il passato che si costruisce il presente e il futuro.

Ci auguriamo che la sessione storica del nostro convegno raggiunga il duplice scopo di far conoscere il pensiero ebraico e di permettere ai cultori un approfondimento.

La sessione pomeridiana sarà incentrata su temi di bioetica.

La bioetica ha lo scopo di rispondere alla domanda di cosa sia giusto fare o non fare nell'esercizio della pratica medica e della ricerca scientifica riguardante la vita.

Coinvolge tutti: dallo studioso di laboratorio, al medico, al personale di assistenza, al paziente che deve partecipare alle decisioni che lo riguardano, al politico che deve stabilire cosa lo stato consente o proibisce ai suoi cittadini.

Il progresso scientifico ha dilatato gli orizzonti e moltiplicato le domande.

Come tutta la società civile anche la componente ebraica ha cercato di rispondere a questi quesiti pescando nella sua ricchissima tradizione e ragionando con severità e rigore logico per dedurre la regola nuova dalla fonte antica.

La sessione pomeridiana di bioetica riguarda l'accanimento terapeutico e testamento biologico che io definirei più correttamente testamento biografico. È in base al nostro vissuto, alla nostra cultura, al nostro bagaglio di esperienze e di convinzioni religiose che noi esprimiamo delle direttive e dei desideri.

Parteciperanno alla tavola rotonda, presieduta dal Presidente dell'Ordine dei Medici di Salerno dott. Bruno Ravera, esponenti delle varie religioni ed il past-president della FNOMCeO dott. Aldo Pagni. La metodologia della bioetica è lo strumento giusto per aiutare a risolvere i conflitti tra visioni etiche diverse perché, quando usata correttamente, permette di giungere a compromessi che rendono accettabili per la società tutta una pratica che è tale solo per una parte di essa.

Mi sia consentito, prima di dare la parola agli altri relatori, un ringraziamento all'Ordine dei Medici e all'Università di Salerno che hanno permesso la realizzazione di questo evento e l'organizzazione dei crediti.

Senza l'instancabile collaborazione del comitato scientifico e del comitato organizzatore, che qui calorosamente ringrazio, composto dal

Prof. Giancarlo Lacerenza, dal prof. Marco Soria, dalla dott.ssa Rosanna Supino, ma soprattutto dalla componente dell'Ordine dei Medici di Salerno dott. Mario Colucci e dal dott. Giovanni D'Angelo che essendo in loco hanno dovuto sobbarcarsi la parte organizzativa, non avremmo potuto realizzare questo convegno che mi auguro possa soddisfare le aspettative dell'auditorio.

Un ringraziamento alla comunità ebraica di Napoli e del Meridione che ha organizzato un light lunch kasher.

Per la corrispondenza:
e-mail: fam.mortara@tiscali.it

ASPETTI DI BIOETICA SECONDO L'EBRAISMO

Scialom Bahbout

C'è un tempo per nascere, un tempo per morire

(Ecclesiaste 3, 2)

Santità della vita

Il testo fondamentale dell'etica ebraica (e non solo) è quello dei Dieci Comandamenti; questi ricoprono tutto il campo dell'etica, che comprende il rispetto della personalità nelle sue varie manifestazioni: l'azione, la parola, il pensiero. Le due tavole della Legge sono tra loro connesse in vario modo e quello più immediato può essere individuato nella relazione che si può stabilire tra i comandamenti che si trovano allineati nella stessa posizione sulle tavole. Il primo – *Io sono il Signore tuo Dio* – e il sesto – *Non uccidere* – sono i primi in ciascuna tavola: la creazione dell'uomo a immagine divina trova il suo compimento e il suo limite normativo attraverso il comandamento “Non uccidere”. Al momento della procreazione, oltre ai genitori, è presente la *Shechinà*, la divina immanenza. L'uomo non è padrone del suo corpo e non gli è concesso togliersi la vita o toglierla ad altri.

Secondo la Legge ebraica, ma anche secondo le *Sette leggi di Noè* (le sette leggi dell'etica universale che si deducono dal testo biblico e che, secondo la tradizione rabbinica, Dio stesso avrebbe dettato a Noè), la vita è sacra e, in pratica, non può essere tolta se non nei casi di legittima difesa. Quindi, la scelta di interrompere le cure, quando questa porti a una morte certa, in linea di principio rientra nel comandamento *Non uccidere*. Bisogna, tuttavia, valutare in quali casi sia permesso astenersi dal continuare le cure.

Diritto alle cure e compiti del medico

I Maestri si pongono innanzitutto il problema se l'uomo abbia il diritto di curarsi. Troviamo la risposta in questo breve racconto (Midrash Shemuèl, 4; Midrash Temurà 2).

Una volta rabbì Akivà e rabbì Ishmaèl, passeggiando assieme a una terza persona per le strade di Gerusalemme, incontrarono un malato.

Questi chiese loro: “Maestri, ditemi come posso curarmi”.

Gli dissero: “Fai in questo modo, fino a che guarirai”.

Il malato domandò: “Chi è che mi ha colpito con questa malattia?”.

Gli risposero: “Il Signore, che sia benedetto”.

Il malato disse: “E voi vi permettete di entrare in un ambito che non è il vostro? Egli colpisce e voi guarite? Non contraddite la sua volontà?”.

Gli chiesero: “Che lavoro fai?”.

Rispose: “Lavoro la terra, come vedete ho la falce in mano”.

Gli dissero: “Chi ha creato la vigna?”.

Rispose: “Il Signore, che sia benedetto”.

Gli dissero: “E tu ti permetti di entrare in una cosa che non è tua? Egli l'ha creata e tu ne cogli i frutti?”.

Rispose: “Ma se non uscissi ad arare, tagliare, concimare e togliere le erbacce, il campo non produrrebbe nulla”.

Gli risposero: “Sciocco! Facendo il tuo lavoro non hai mai sentito il verso che dice: ‘I giorni dell'uomo sono come l'erba? Come l'albero non cresce, se non si tolgono le erbacce, si concima e si ara - e quando è cresciuto, se non viene annaffiato e concimato, finisce di vivere e muore - così accade per il corpo'. Il concime sono le medicine e il contadino è il medico”.

Questo apologo riflette una problematica più generale che troviamo nel Talmud: la malattia che colpisce l'uomo e le sofferenze che l'accompagnano, in quanto emanazione della volontà divina, forse hanno uno scopo per quell'uomo e quindi dobbiamo accettarla e non ricorrere a cure per eliminarla. Tuttavia qui viene in soccorso la Torà scritta. Al cap. 21, 19 dell'Esodo troviamo scritto che, quando qualcuno percuote una persona ha l'obbligo farla curare e di pagare le cure necessarie: quindi è necessario che qualcuno si occupi delle cure. Si può quindi affermare che il medico svolga una funzione complementare a Dio stesso e la sua opera non solo non è una concessione, ma è una precisa chiamata da parte di Dio a completare la creazione. Tuttavia, il suo intervento è concesso solo nella misura in cui cura e guarisce, e non se mette in atto misure che servono solo a prolungare le sofferenze.

Ma quando il malato si trova in imminente pericolo di vita, quali sono i limiti entro cui il medico può muoversi? Fino a che punto deve spingersi nelle cure o interromperle per risparmiare inutili sofferenze al malato?

Definizione di morte e possibilità di interrompere le cure

Possiamo definire come morte il processo attraverso cui le varie cellule muoiono in diversi stadi. Ma quali sono le cellule o i sistemi, morti i quali, per mancanza di ossigeno o di energia, si può dire che la morte sia irreversibile? Ecco alcune definizioni:

1. morte biologica: morte di tutte le cellule
2. morte cardiopolmonare: perdita irreversibile di ogni attività cardiaca, di circolazione sanguigna e sistema respiratorio
3. morte cerebrale: perdita completa e irreversibile di ogni attività cerebrale (compresa la corteccia: metodo BAER).

I *poskim* (i maestri che hanno il compito di stabilire il comportamento da assumere specie di fronte a nuovi casi) non sono concordi su quale debba essere la definizione accettabile dal punto di vista della legge ebraica: alcuni tendono ad accettare la seconda definizione, altri (per esempio l'Assemblea dei rabbini d'Italia) la terza, purché il controllo venga realizzato con il metodo BAER, che è più restrittivo di quello accettato dalla legge italiana.

I Maestri sono in genere concordi nell'affermare che “se è chiaro che il respiro e il battito cardiaco sono fermi, è permesso staccare il respiratore automatico ed è proibito riapplicarlo” (Hilkhòt Rofèim uRfuà, p. 203-4). Il malato non deve essere sottoposto a cure (come ossigeno o infusioni) che abbiano il solo fine di creare una situazione artificiosa di rinvio del decesso. Tuttavia, se le cure sono in corso, non vanno però interrotte, ma se la bombola si vuota o l'infusione finisce, non si è tenuti a rinnovarle.

Un altro aspetto è quello della rimozione degli impedimenti artificiali che impediscono la morte.

Ad esempio sono permessi i *farmaci antidolorifici*, purché non siano dati proprio per affrettare la morte.

La preghiera fatta per accelerare la morte di un paziente, affinché questi possa finire di soffrire, è permessa sia al malato che a terzi (l'invocazione deve essere generica e i mezzi messi a disposizione dalla medicina si devono essere rivelati inutili), ma è proibita ai parenti. Fonte di questo insegnamento è il libro medievale *Sefer Hasidim* (cap. 234) che afferma che “quando un uomo è in agonia, non si prega affinché continui a vivere, perché non potrebbe vivere che pochi giorni e con grandi sofferenze”. Proprio partendo da questa affermazione, alcuni Maestri affermano che, in uno stato terminale accompagnato da forti dolori, non va fatta alcuna azione che possa prolungare la vita.

Il malato terminale

Piuttosto che analizzare in dettaglio il problema del malato terminale dal punto di vista della legge ebraica, può essere interessante e utile analizzare come i principi “religiosi” della legge ebraica siano stati recepiti dalla legge in vigore nello Stato d’Israele, elaborata dalla Commissione diretta dal rabbino Avraham Steinberg (la legge è entrata in vigore il 15.12.06). Israele è, infatti, il primo paese in cui elementi “secolari” e “religiosi” abbiano prodotto un documento accettato da entrambe le parti. Ecco i principi sui quali si basa la legge in questione:

- Il malato terminale è colui le cui aspettative di vita non superano i sei mesi.
- La legge riconosce un documento firmato da una persona sana che chiede ai dottori di non fare uso di tecniche di rianimazione, se la stessa si trova in condizioni terminali.
- La legge è un’espressione significativa dei diritti a un trattamento medico e a un aiuto umanitario, nel rispetto della dignità umana e della libertà individuale.
- La legge riconosce i diritti dei membri della famiglia e di altre personalità di supporto (personale medico e rabbini) di ricostruire la volontà del malato terminale che abbia perso le proprie facoltà mentali.
- La legge richiede che i dottori devono notificare ai malati terminali le aspettative di vita (inferiori ai sei mesi) e devono chiedere se il malato è interessato a un supporto artificiale per prolungare la vita.
- Nessuna azione può essere fatta per accorciare la vita del paziente (*eutanasia*).
- La commissione Steinberg raccomanda di *connettere* le macchine che consentano la continuazione della vita a un *timer* che potrebbe essere rinnovato periodicamente.

- Se un paziente chiede di essere disconnesso dalla macchina non gli si dà retta, ma si consentirà al timer di intervenire secondo le procedure generali (come su descritto).

Alcuni rabbini non concordano con queste procedure e molti notano che i pazienti accettano con riluttanza l'idea di essere già inclusi nella categoria delle persone destinate a morire a breve. Si tratta di aspetti psicologici di rilevante importanza di cui la commissione deve tenere conto.

Sclerosi amiotrofica e stato vegetativo persistente

La sclerosi amiotrofica e lo stato vegetativo persistente sono i due casi che hanno suscitato l'interesse dell'opinione pubblica e sui quali il dibattito in Italia, sia nei media che nel Parlamento, è stato molto vivace.

La tradizione ebraica stabilisce che ogni caso va valutato singolarmente e va trattato con le dovute cautele, pur tenendo conto delle direttive generali.

Ecco alcune indicazioni generali per il malato di *sclerosi amiotrofica* oppure per i malati in *stato vegetativo persistente*:

- E' permesso non collegare al respiratore un malato in queste condizioni per la sofferenza che gli si causa per il resto della vita, purché il malato lo abbia esplicitamente richiesto quando era sano (opinione espressa dai rabbini Oierbach, Eliashiv e Lau).
- Bisogna comunque alleviare le sofferenze al malato.
- Se il malato viene colpito da polmonite, gli si somministrano antibiotici per via orale, ma se non vuole che gli si prolunghi la vita, *non deve essere obbligato a ricevere le medicine per infusione.*
- E' proibito provocare direttamente la morte.
- Il malato che ha un'aspettativa di vita superiore ai 12 mesi, non può essere considerato in agonia.

- Va rianimato come ogni malato (secondo il principio “Non restare inerte di fronte al pericolo del tuo fratello”).
- Se si teme che egli stia soffrendo, vi è chi dice che si può evitare di prolungare artificialmente la vita.
- In caso di crisi cardiaca a causa della malattia, non si deve procedere alla rianimazione.
- L'alimentazione e l'idratazione vanno continuate, ma non vi è l'obbligo di inserire, nell'alimentazione, medicine che abbiano uno scopo curativo. Non è stato ancora valutato nella sua giusta dimensione il problema di quanto i moderni sistemi di idratazione e alimentazione possano essere configurati come trattamento terapeutico in una certa misura artificiale.
- **Si consiglia in generale di fare ricorso al testamento biologico.**

Conclusioni

Secondo quanto stabilito dal testamento biologico, la commissione che deve prendere la decisione se interrompere le cure o meno è formata da vari membri (medici, rabbini, ...).

Il malato e i parenti vengono sollevati dalla difficile decisione di interrompere le cure: il medico, se appoggiato dal rabbino, viene liberato dal sospetto di eutanasia o di accanimento terapeutico per salvare la vita del malato a tutti i costi, anche quando non si possa parlare di vita; il malato viene liberato dal sospetto di volersi togliere la vita (cosa di per sé proibita).

Possiamo concludere con le parole del Salmo 24: “Al Signore appartiene la Terra e tutto ciò che la riempie”: anche l'uomo appartiene al Signore e la decisione finale sulle cure da somministrare al malato terminale va cercata nelle norme che Dio stesso ha dato all'uomo.

Nota bibliografica essenziale:

1. Alfredo Mordechai Rabello, *Problemi connessi con la fine della vita e l'eutanasia alla luce del diritto ebraico*, in *Bioetica e confessioni religiose. Atti del Convegno (Facoltà di giurisprudenza dell'Università di Trento, 12 maggio 2006)*.
2. Avraham Steinberg, (Cholè) *Notè lamut* (malato terminale), in *Encyclopedia of Jewish Medical Ethics*, vol. 4 pp 343 – 469), Jerusalem 1994.
3. Y. M. Barilan, *Revisiting the Problem of Jewish Bioethics: The Case of Terminal Care*, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 13.02.2003, pp. 141 ss.

Per corrispondenza:
e-mail: scialom.bahbout@gmail.com

DISPOSIZIONI DI FINE VITA: UN PARERE PROTESTANTE

Daniele Garrone

In molte chiese valdesi e metodiste del nostro paese sono regolarmente aperti “sportelli” per la raccolta di “disposizioni di fine vita” o “testamenti biologici”.

Sappiamo che la legislazione italiana, vergognosamente arretrata sullo scenario europeo, non attribuisce alcuna validità a questi atti, e vogliamo tuttavia con questo manifestare la nostra posizione in materia, compresa la visione della fede e della vita che essa anche vuole esprimere (e anche dare voce a quegli italiani che come noi auspicano libertà di scelta in questa materia). Tra l’altro vari sondaggi – che solo la classe politica colpevolmente ignora – testimoniano un orientamento favorevole in misura superiore al 70%.

Una premessa è necessaria per chi non ci conosca. Non ci sono per noi protestanti norme etiche vincolanti perché espresse da un magistero e tanto meno abbiamo la pretesa – tipica delle gerarchie cattolico-romane che tengono finora in scacco la nostra insipiente classe politica – che esista un’etica naturale che la legislazione pubblica dovrebbe assumere come sovraordinata e quindi imporre ai cittadini di qualsivoglia orientamento. Chi è cristiano è personalmente chiamato nelle sue scelte a un’obbedienza responsabile al comandamento di Dio, ma queste sue scelte non pretendono di essere normative anche per altri.

I progressi della scienza, della medicina e delle tecnologie ad essa applicate pongono interrogativi nuovi ai cittadini, ai medici e ai legislatori che richiedono di essere affrontati con un dialogo franco, con un atteggiamento anche solidale e talora compassionevole, assumendo la complessità dei problemi e il pluralismo delle visioni, in vista di scelte

miti e soprattutto della libertà di scegliere in autonomia e in piena libertà in tutti quei campi in cui sono in gioco la vita – e il morire che ne è parte non meno umana – di ognuno di noi.

Come abbiamo ben visto in occasione delle vicende di Pier Giorgio Welby e di Eluana Englaro, la discussione pubblica sui problemi etici e giuridici posti dagli sviluppi della scienza è in Italia condizionata, ipotecata, bloccata o avvelenata – ognuno scelga il termine che gli sembra più pertinente – da un’offensiva ecclesiastica romana (io dico clericale) senza pari in Europa, finora supinamente subita dal Parlamento della Repubblica. Il tema della discussione non è stato e non è come consentire scelte libere in ambiti delicati e personali, ma un’astratta concezione della “vita naturale”. I toni sono stati quelli di una crociata in cui compassione, senso civico e franchezza (ad esempio da parte di Peppino Englaro) sono stati bollati come vera e propria empietà civile. Così, la sospensione di sofisticatissime cure mediche ad alta tecnologia come l’alimentazione artificiale è stata equiparata – e con toni altisonanti – all’eutanasia attiva o addirittura bollata come omicidio. In nome di una concezione del tutto particolare della “fine naturale della vita” è così violato l’art. 32 della Costituzione che prevede che i “trattamenti medici” siano subordinati alla volontà del paziente. Si è avallata l’idea non soltanto che il cristianesimo e la religione debbano necessariamente condividere le dure posizioni delle gerarchie cattolico-romane, ma che addirittura ciò debba essere chiesto a chiunque abbia un senso di decenza morale. Basta però alzare lo sguardo oltre i confini del nostro orticello, per scoprire uno scenario del tutto diverso. Nel volume¹ che oggi segnalo alla vostra attenzione, invitandovi a leggerlo, si trova una riflessione di chiese cristiane europee – quelle riunite nella Comunione delle chiese protestanti in Europa detta di Leuenberg – con toni e contenuti del tutto diversi a quelli a cui siamo ormai tristemente

¹ Consiglio della Comunione di chiese protestanti in Europa, *Un tempo per vivere e un tempo per morire*, ed. it. a cura di Luca Savarino, Claudiana, Torino 2012.

avvezzi qui da noi. Un confronto franco, mite e compassionevole, persino sui temi da noi tabù, come il suicidio assistito e l'eutanasia. Faccio solo un esempio particolarmente rilevante per noi qui e oggi. In Germania, da molti anni la chiesa evangelica (EKD) e la Conferenza episcopale tedesca hanno pubblicato una comune *Christliche Patientenverfügung* che, dopo aver escluso l'eutanasia attiva (“Aktive Sterbehilfe”) come “non conciliabile con la comprensione cristiana dell'uomo”, afferma che la “eutanasia «passiva»” “tende ad un umano lasciar morire/un lasciar morire degno dell'uomo (“menschenwürdiges Sterbelassen”), in particolare con la non prosecuzione o il non impiego, per una persona affetta da malattia incurabile e morente, di un trattamento di prolungamento della vita (ad es. alimentazione artificiale, ventilazione artificiale o dialisi, somministrazione di medicinali come ad es. antibiotici.” Secondo gli autorevoli firmatari del documento, ormai sottoscritto in Germania da vari milioni di cristiani delle due confessioni, la “eutanasia passiva presuppone il consenso del morente ed è giuridicamente ed eticamente ammissibile (“zulässig”).”

Che l'utilizzo – nella materia di cui stiamo parlando – del concetto di “fine naturale della vita” sia fuorviante è mostrato anche solo da un banale considerazione: in Italia, la speranza di vita alla nascita era, nel 1910, di circa 44 anni per i maschi e 46 le femmine, per poi passare, nel 1990, rispettivamente a 73 e 80 anni. Speranza di vita alla nascita vuol dire che si doveva già aver superato una prima prova naturale, il parto. Ciò può avvenire anche con parto detto “cesareo”, cioè con un intervento chirurgico, contro natura. Una volta nato, statisticamente, ognuno di noi avrebbe potuto esser portato via da una delle malattie “naturali” che nel frattempo abbiamo debellato con vaccini e cure. E vogliamo e speriamo di potere andare ancora più avanti, non soltanto nel senso di scoprire altre cure, ma anche di estendere a tutti gli umani i livelli “innaturali” di sopravvivenza e la qualità “innaturale” della vita che oggi sono appannaggio di una parte soltanto dei figli e delle figlie di Adamo.

Non si può parlare di morte “naturale” (che la sospensione dei trattamenti di cui sopra provocherebbe in modo illecito perché contrario alla legge naturale) nel caso di una persona in stato vegetativo permanente che sia giunta fino a quel punto grazie ad interventi chirurgici, cure chimiche e radiologiche, magari un trapianto, che sia stata in precedenza “rianimata” con interventi possibili soltanto da un tempo brevissimo se confrontato con la lunghissima storia del genere umano e che magari avesse in precedenza sofferto di altre malattie un tempo incurabili. La “natura”, di per sé, senza interventi umani, avrebbe già risolto ogni problema con largo anticipo e con metodi drastici.

I seri problemi che dobbiamo affrontare non sono dunque “naturali”, ma legati all’interazione dell’uomo con la “natura”. Non possiamo contrastare la natura con le cure mediche, per poi invocarla quando dobbiamo affrontare i nuovi interrogativi che esattamente questo contrasto ha sollevato. Né sul fronte dei problemi, né su quello delle soluzioni – e sarebbe meglio parlare di scelte – la “natura” può essere invocata come criterio sufficiente e dirimente.

Tanto meno è sensato opporre natura e cultura da parte di chi crede che l’umanità sia creata “a immagine e somiglianza di Dio”, il che vuol dire incaricata di gestire il creato con il “potere” e la “responsabilità” che il Creatore le ha attribuito. La responsabilità della creatura “a immagine di Dio” è cosa diversa da una legge immutabile iscritta nella natura. E’ la gestione sofferta e responsabile, sofferta in quanto responsabile, responsabile in quanto sofferta, delle libertà e delle capacità della creatura.

Ogni potenzialità sviluppata – come gli enormi progressi nel campo delle cure mediche, che sono oggi ad esempio in grado di “risuscitare” chi solo pochi decenni fa sarebbe stato naturalmente e irreversibilmente morto e di prevenire accidenti che solo fino a pochi decenni fa erano da subirsi come ineluttabile destino – pone anche nuovi problemi come appunto lo stato vegetativo permanente e il cosiddetto accanimento terapeutico (overtreatment a fronte della futility dei risultati, nel linguaggio anglosassone) che sono un risvolto delle opportunità che ha aperto.

La nostra posizione è molto semplice: riteniamo che uno stato democratico basato sui diritti dell'uomo debba consentire e rendere efficace la libera decisione in materia di prosecuzione e o sospensione dei trattamenti medici, anche in fase terminale e nel caso di stato vegetativo permanente e anche con serie e garantite disposizioni anticipate.

Questa libertà non è per noi arbitrio autocentrato e edonistico – anche se certamente non abbiamo una concezione del valore corredentivo della sofferenza - e neppure hybris, ma una delle implicazioni della libertà e responsabilità di chi concepisce la sua vita come un dono e come centrata sulla relazione, con il Dio che ci ha creati, chiamati, perdonati e orientati al servizio del prossimo.

Ammettiamo che a partire dalle stesse premesse di fede (cristiana) si possa giungere a conclusioni diverse, ma ci rimane incomprensibile e inaccettabile che il legislatore adotti una posizione confessionale come dirimente per tutti. Come la depenalizzazione dell'adulterio non costringe al medesimo e come la liceità del divorzio non impedisce un matrimonio indissolubile, così dobbiamo arrivare a che scelte opposte di fronte al fine vita abbiamo, per la legge, la stessa liceità e godano dello stesso rispetto: nulla di più, ma anche nulla di meno.

La responsabilità della scelta di fronte al proprio fine vita può a nostro avviso essere umilmente assunta senza ergersi ad arbitri assoluti di se stessi, ma al tempo stesso senza idolatrare la vita biologica e nella speranza che “ciò che è mortale sia assorbito dalla vita” (2 Cor 5,4). Nell'affermare questa libertà di scelta riteniamo che Dio non ci respinga come nemici della sua legge, ma ci accolga come esseri fragili e peccatori perdonati, cosa che del resto fa in ogni momento della nostra vita. Insomma, anche questa scelta può essere vissuta nella prospettiva della fede, che non è adesione ad un complesso di dottrine e valori, ma relazione personale con colui al quale dobbiamo vita e la libertà.

Per corrispondenza:
e-mail: daniele.garrone@facoltavaldese.org

DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO E CURE FUTILI

Aldo Pagni

Il Ddl sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) approvato alla Camera dei deputati il 12 luglio 2011 (278 si, 205 no, 7 astenuti) è tornato al Senato, che l'aveva approvato il 26 marzo 2009, per un'approvazione definitiva.....che la crisi politica ha finora impedito.

I commenti alla legge

In questo intervallo di tempo molti sono stati gli articoli su riviste e giornali, e i commenti provenienti da enti e associazioni espressione di giudizi estremamente diversi, contrastanti e sostanzialmente inconciliabili.

Ne riporteremo soltanto alcuni che ci sono parsi paradigmatici del conflitto di opinioni:

I commentatori contrari hanno definito la legge: “un obbrobrio”, “una legge macchinosa e inutile”, “ideologica, pre-moderna, violenta, bugiarda, sgrammaticata e incostituzionale”, o “con molte storture concettuali e veri e propri paradossi”.

Un comunicato stampa della Commissione bioetica della Tavola valdese (6 marzo 2011): “Una legge contro il testamento biologico e non una legge sul testamento biologico, figlia di un'impostazione culturalmente arretrata e marcatamente ideologica”.

La Società italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (Siaarti) ha espresso il proprio rammarico per il mancato recepimento dei contributi forniti in sede di audizione e, d'intesa con la FNOMCeO, ritiene che le DAT debbano rappresentare scelte libere e consapevoli dei cittadini sviluppate in accordo con il medico nel contesto

della relazione di cura, e riconosce al Codice deontologico forza giuridica ed etica considerandolo di per sé strumento idoneo e sufficiente ad orientare e legittimare le decisioni assunte nell'interesse esclusivo del malato nel rispetto della sua volontà e dell'autonomia del medico (27 luglio 2011).

Comitato Verità e Vita: “Testamento biologico: una legge che apre le porte all'eutanasia” (15 luglio 2011): “Il testo sulle DAT contiene molti aspetti, alcuni abilmente celati, che lo rendono il ‘secondo passo’ sulla strada della legalizzazione dell'eutanasia di soggetti deboli o ‘inutili’, a prescindere da ogni loro richiesta”.

Gruppo di studiosi cattolici: “Fine vita: appello al parlamento” (12 marzo 2011): “Il Ddl sulle DAT è una proposta ragionevole, condivisibile, realmente liberale e oggi non più rinviabile a fronte degli avvenimenti degli ultimi anni su fine vita e libertà di cura”. E' necessario che il Parlamento ponga per legge limiti e vincoli precisi a quella giurisprudenza “creativa” che sta introducendo surrettiziamente nel nostro Paese arbitrarie derive eutanasiche.

Associazione Scienza & Vita: “Scienza e cura della vita educazione alla democrazia” (4 aprile 2011): “La scienza biomedica ci permette di acquisire verità oggettive circa la salute di un dato individuo e di operare per la sua salvaguardia. Tuttavia l'esaltazione della scienza come forma esclusiva di approccio alla realtà umana ne compromette la fecondità presentandola come unica modalità interpretativa della vita”.

La Scienza propone verità provvisorie sulla biologia della vita, ma le tecnologie mediche hanno scardinato convinzioni secolari ritenute immutabili, e nuove sensibilità culturali sono divenute tramite per la proclamazione di nuovi diritti che le leggi dovrebbero regolamentare.

La vorticoso impennata conoscitiva e applicativa delle bioscienze, con le sue grandi ricadute teoriche e pratiche in medicina, ha determinato una crescita esponenziale degli stimoli a riflettere sulle inferenze etiche,

inimmaginabili in passato, e sul diverso significato da assegnare al valore della vita dell'uomo in un'epoca di pluralismo etico.

Il medico non fa soltanto scelte tecniche per risolvere i problemi di salute di una persona ma, specialmente oggi, è anche un filosofo morale quando deve confrontarsi con la biografia di un uomo al centro dei cambiamenti dei confini e delle modalità della vita e della morte (Dna ricombinante, PMA, prolungamento tecnologico del “morire”, cure futili), con le possibilità dell'uso del proprio corpo (trapianti, contraccezione, nanotecnologie e bioingegneria) e con il quadro antropologico della famiglia e della parentela (famiglie allargate, i figli dell'eterologa, la maternità surrogata, il Dna paterno, i test prenatali e pre-impianto).

Non tutto quello che la ricerca scientifica offre è possibile e lecito, ma quale diritto, quello naturale o quello positivo, può decidere della liceità di fronte alle divergenze esistenti tra i fautori del “diritto alla vita” presentato da Locke come il primo dei diritti civili che lo Stato ha il dovere di garantire a ogni cittadino, e la tesi del dovere di vivere, della Chiesa ?

Dal principio fondamentale enunciato dalla legge sulle DAT (art. 1, comma 1a) derivano le disposizioni più importanti: “La presente legge ... riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza”.

La “verità” della fede in relazione alla “sacralità della vita” non lascia spazio alla modifica di un concetto di “natura” assunto come modello immutabile coincidente con il disegno divino, mentre gli irreligiosi sostengono l'importanza della “qualità della vita” che non esclude il riconoscimento del valore intrinseco della vita umana, ma affermano il diritto di individui razionali e autocoscienti di decidere del loro destino in una “natura” modificabile all'interno di un progetto responsabile.

“Credo, ha scritto G. Fornero, che la vita umana debba essere considerata sacra sia da coloro che la ricevono come dono di Dio, sia

da coloro che la ricevono come un puro dato di fatto. Allo stesso modo c'è qualcuno che possa negare che sia necessario assicurare alla persona umana la massima qualità esistenziale possibile ?”.

“La Chiesa e le figure ecclesiali possono dire una parola a livello profetico, pre-economico, pre-politico, pre-giuridico, ma non debbono suggerire soluzioni tecniche, perché ciò spetta solo agli uomini politici ... I cattolici ricordino che il futuro della fede non dipende mai da leggi dello Stato”, ha scritto Enzo Bianchi.

Questo consiglio del fondatore e priore della Comunità monastica di Bose, è rimasto inascoltato dalla maggioranza dei parlamentari che, pur avendo il diritto alla libertà di coscienza secondo la propria fede, non possono dimenticare che in uno stato di diritto, e non teocratico, le leggi sono destinate a tutti i cittadini.

Nella legge sulla PMA e in quella sulle DAT, hanno preferito accogliere l'invito del Cardinale Bagnasco a promulgare leggi rigidamente precettive anche in termini tecnici per impedire ai magistrati di emettere sentenze ispirate a una giurisprudenza “creativa” (?) che finiva col vanificare il reiterato e ossessivo tentativo di riesumare il diritto naturale.

Il risultato è stato lo smantellamento progressivo della legge 40 e un uguale destino è prevedibile per quella sulle DAT se sarà approvata nel testo proposto.

In questi mesi, dopo la morte di Eluana Englaro e di Giorgio Welby, abbiamo letto articoli di giornali e ascoltato dichiarazioni di esponenti politici ispirati da una sicumera pari solo alla loro abissale ignoranza, o a inescusabili opportunismi elettorali.

Per questo motivo mi pare opportuno che, prima di avventurarsi in disquisizioni etiche legittimamente diverse, si definiscano prioritariamente almeno le evidenze scientifiche di cui ora disponiamo in tema di disturbi di coscienza e degli stati vegetativi.

I disturbi di Coscienza e gli Stati Vegetativi (SV) ¹

La Coscienza per la neurologia clinica è la consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante e si esplora parlando con il paziente, facendogli eseguire ordini, osservando le sue reazioni riflesse.

La diagnosi di SV e di stato di minima coscienza (Sindrome di de-efferentazione – “Locked-in sindrone”), che non sono la stessa cosa, è essenzialmente *clinica*.

Strumenti:

La Scala di Glasgow: misura l'apertura degli occhi, le risposte a richiami verbali e le risposte motorie, e consente di seguire nel tempo, in modo ripetibile, l'evoluzione del livello di vigilanza (da 15, coscienza normale, a 3, coma profondo).

L'EEG: fornisce una misura dell'attività elettrica della corteccia cerebrale, mostra significative variazioni tra veglia attenta, veglia rilassata e sonno e consente di seguire le fluttuazioni fisiologiche e le modificazioni patologiche del livello di coscienza. La scomparsa dell'attività elettrica cerebrale è uno dei criteri per la diagnosi di morte cerebrale.

La RMN, morfologica o strutturale: mostra i danni legati all'evento causale ma non fornisce indicazioni sulla persistenza di una consapevolezza.

La RMN funzionale: usata nella ricerca, che consente di mostrare le aree cerebrali attive, ha rilevato in alcuni di questi pazienti una residua attivazione neurale dallo 0,9 % al 12% dei casi entro 24 mesi, (in un caso dopo 28 mesi), anche se in tutti i casi le abilità residue erano gravemente compromesse.

¹ Per la clinica e la fisiopatologia dei disturbi della coscienza e degli Stati vegetativi, l'A. è debitore a M. Manfredi, Emerito di Neurologia, Sapienza Università di Roma; IRCCS Neuromed, Pozzilli, Isernia, per l'articolo “*Etica e disturbi della coscienza*”, pubblicato in *Bioetica*, N. 4, 2011.

Ciò ha comportato una revisione critica più prudente dei precedenti limiti prognostici d'irreversibilità limitati a 6 mesi e un anno in caso di emorragie cerebrali o di traumi cranici.

Comunque, le tecniche funzionali attuali non sono capaci di investigare “dentro il cervello” in maniera da dedurre la scelta volontaria del soggetto in SV (ammesso che esista ancora), e questo rende essenziale conoscere le scelte precedenti.

I parametri clinici della coscienza:

1. Livello di vigilanza: lo stato generale di consapevolezza che fluttua tra l'attenzione, veglia rilassata e sonno ed è pilotato dalla formazione reticolare del tronco encefalico attraverso le proiezioni ascendenti reticolo-talamo-corticali che salgono verso la corteccia cerebrale.
2. La memoria di sé: il continuo raffronto tra le esperienze attuali e passate che sottende la percezione della propria identità. E' in larga parte compito dell'ippocampo e della corteccia temporale peri-ippocampale, deputati al deposito e al reperimento dei ricordi. Anche dopo estese distruzioni cerebrali il soggetto che riacquista la coscienza può avere dimenticato i ricordi del linguaggio ed essere diventato afasico, ma ritrova il senso della propria identità.
3. I contenuti di coscienza: la somma delle attività psichiche (percezioni, sentimenti e pensieri) che occupano la mente e che hanno sede privilegiata nei circuiti che collegano le varie aree associative corticali motorie e sensitive che elaborano informazioni specifiche e generali che elaborano il pensiero.

Irrilevanti per il mantenimento della coscienza, ma essenziali per valutare il livello di vigilanza, e tali da dare speranze e illusioni ai familiari dei malati, sono i Correlati periferici della coscienza, cioè le

modificazioni somatiche e vegetative che accompagnano il fluttuare della vigilanza: l'apertura e chiusura degli occhi, la respirazione spontanea, il tono muscolare, la temperatura corporea, ecc.

Queste dipendono da strutture della porzione inferiore del tronco encefalico e sono regolate dalle proiezioni discendenti dei fasci di fibre che, dalla corteccia e dalle strutture sottocorticali, giungono ai nuclei motori e vegetativi dei nervi cranici e spinali.

Il Coma e gli Stati Vegetativi: aspetti clinici ed etici

A provocare un coma sono le lesioni encefaliche che, interessando le strutture reticolari, corticali o le loro connessioni, disturbano la coscienza.

La durata del coma dipende dall'entità dei danni che l'hanno provocato o che si sono stabiliti durante la fase della perdita di coscienza.

I danni possono essere metabolici, costituiti da disfunzioni, in genere reversibili, del metabolismo delle cellule nervose, mentre quelli strutturali sono costituiti da lesioni anatomiche (traumi cranici, infarti ed emorragie cerebrali) che, se lievi e di breve durata, possono consentire una ripresa senza esiti, o con esiti clinicamente non rilevabili, ma se gravi lasciano usualmente danni permanenti e possono condurre a morte.

Ma se il soggetto sopravvive, nel giro di qualche settimana il coma sfocia in una condizione relativamente stabile, denominata stato vegetativo.

Le procedure assistenziali e tecnologiche disponibili in questi ultimi decenni, da un lato, hanno condizionato l'entità del danno residuo alla fuoriuscita dal coma e, dall'altro, hanno consentito la sopravvivenza e il passaggio allo stato vegetativo.

Lo stato vegetativo, identificato nel 1972, è infatti una condizione artificiale, evoluzione di un coma profondo, consentita dalle tecniche rianimatorie e di sostegno vitale.

A causa della persistenza dei riflessi del tronco (*correlati periferici della coscienza*), lo stato vegetativo non rientra nei criteri diagnostici della morte dell'encefalo.

Questa condizione ha avuto la conseguenza di suscitare nuove e fino a ieri impensabili discussioni filosofiche, giuridiche, religiose e politiche sul valore e sul significato della vita, sui diritti assoluti o relativi di un malato incosciente e sulle responsabilità del medico in termini di prognosi e di cure futili.

Non si può neanche ignorare che i criteri stabiliti dalla legge per definire una “morte” sono “convenzionali” per consentire i trapianti, ma la morte reale sarebbe piuttosto quella cardiaca che mantiene una funzionalità residua per qualche tempo, anche dopo che le strutture cerebrali hanno cessato la loro attività.

E' evidente che il giudizio di valore sull'esistenza è soggettivo, ma si può definire viva una persona nella quale la corteccia e molte strutture nervose sottocorticali sono irreversibilmente perdute o gravemente danneggiate, e solo il tronco encefalico, largamente risparmiato, gli consente di aprire e chiudere gli occhi, di respirare spontaneamente, di avere reazioni vegetative a rumori improvvisi o emettere suoni inarticolati?

E' viva una persona che non mostra consapevolezza di sé e dell'ambiente, né segni di attività mentale, tendenza a comunicare, comprensione del linguaggio, espressioni verbali o mimiche dotate di significato o risposte a stimoli sensoriali che esprimano un proposito ?

L'ipotesi che dietro la maschera impenetrabile dello SV possano nascondersi barlumi di coscienza impone prudenza, competenza e responsabilità tecnica e morale prima di stabilire una prognosi d'irreversibilità e di sospendere cure futili, ma obbligare il malato alla nutrizione e all'idratazione significa privarlo del diritto di una scelta fondamentale di libertà per sottoporlo obbligatoriamente a misure invasive (fleboclisi, sonde naso-gastriche o sonde gastriche percutanee) che, oltretutto, necessitano di precise competenze mediche e di scelte caso per caso.

Il Consenso informato e l'Alleanza terapeutica, nel titolo del disegno di legge sulle DAT, appaiono poco più di una foglia di fico per legittimare una legge che li ha decisamente ignorati.

La posizione responsabile dei medici italiani

La FNOMCeO, nelle audizioni in Parlamento, nel convegno di Terni e in un pro-memoria consegnato direttamente al Relatore della legge, ha cercato in tutti i modi, ma invano, di correggere le evidenti forzature presenti in questo disegno di legge.

In particolare, ma non solo, la negazione della libertà di scelta del cittadino sul proprio corpo obbligandolo a terapie invasive e l'aver accresciuto le incertezze sulle già difficili scelte morali e tecniche che, soprattutto, i medici rianimatori incontrano ogni giorno con questo genere di malati.

Peraltro questioni, come il Consenso informato e le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, non potranno essere risolte efficacemente dal Diritto se non si creeranno le condizioni perché la relazione di cura divenga capace di "apprendimento" riguardo ai valori che si affermano nelle norme, e se si continuerà ad applicare norme burocratiche al rapporto di cura costruito sul modello contrattualistico, ignorando le verità psicologiche, culturali, sociali, tecniche e organizzative di una relazione tra persone.

La Convenzione di Oviedo ha scelto una sorta di paternalismo moderato, in forza del quale il medico non è vincolato alle Dichiarazioni del malato ma deve "tenere conto" dei suoi desideri dichiarati in precedenza.

Due espressioni giuridicamente equivoche e contrapposte che la legge, fondata sull'indisponibilità della vita, ha creduto di risolvere spostando l'accento sulla garanzia che il medico rispetti rigorosamente gli atti burocratici previsti.

I medici italiani rifiutano nel codice l'omicidio, senza bisogno che la legge glielo ricordi facendo riferimento improprio e fuorviante all'eutanasia. Ma, se non si vuole che i sanitari assumano atteggiamenti comprensibilmente difensivi, gli si deve garantire una giusta certezza su quanto si chiede loro, su quanto possono e quanto devono fare in situazioni critiche. Le leggi, confuse e inadeguate a dare risposte alla complessità del reale, devono metterli al riparo dall'incertezza delle conseguenze e dei riflessi penali delle loro decisioni, specialmente nell'interruzione delle cure rifiutate dal malato, che impropriamente sono state equiparate a eutanasia passiva del consenziente.

Per corrispondenza:
e-mail: aldopagni@fimmg.org



**BISMILLAHI AR-RAHMANI AR RAHIM,
IN NOME DI DIO IL CLEMENTE IL MISERICORDIOSO**

Ahmad 'Abd al Quddus Panetta

Buon giorno a tutti,
mi scuso in anticipo nel caso il mio intervento dovesse apparire non troppo lineare, in quanto mi trovo costretto a doverlo adattare sul momento alle esigenze emerse nel corso della mattinata. Non entrerò subito nel merito delle questioni etiche affrontate dagli altri relatori, anche perché veramente l'Islam è abbastanza allineato sulle posizioni già espresse, e alcune differenze che potrei rimarcare su aspetti particolari non eccedono comunque le normali differenze di vedute rinvenibili anche all'interno delle comunità Ebraica e Cristiana.

A tale proposito, vorrei ricordare che un insegnamento molto importante del Profeta Muhammad recita: «le differenze all'interno della mia comunità sono una benedizione», proprio a voler sottolineare, condannando con secoli di anticipo ogni grossolana concezione fondamentalista, l'arricchimento arrecato dai diversi apporti, tutti necessari per sostenere il continuo lavoro interiore di purificazione dell'anima e di affinamento intellettuale.

Questo incessante sforzo di comprensione e di penetrazione spirituale, non formalistico e non letteralistico, della dottrina è più che mai necessario, in quanto il vero problema oggi è che siamo divenuti troppo meccanici in tutte le cose; cerchiamo la risposta nelle leggi, che poi vengono applicate

meccanicamente, mentre l'Islam insiste invece proprio sull'*ijtihad*, cioè sullo sforzo continuo di interpretazione, sulla continua concentrazione necessaria per rinnovare, per rivivificare a ogni istante l'intellezione, l'intelligenza della fede, adattandola appunto istante per istante caso per caso, alla realtà; ma questo è naturalmente comune in principio anche alle altre tradizioni.¹

Quindi, quello che forse le religioni possono ancora testimoniare oggi, se ritrovano veramente un po' del loro slancio originario, è l'invito a non applicare in modo meccanico e formalistico le leggi, perché «lo Spirito vivifica, ma la lettera uccide».

Purtroppo, gli esempi della mancata applicazione di questi principi sono oggi veramente numerosi, e non solo nell'Islam, poiché ci si attacca sempre più a casi e situazioni particolari che manifestano in realtà solo delle tendenze eterodosse, per quanto diffuse, e questo all'unico scopo di mettere in cattiva luce le vere religioni.

Al contrario, anche di fronte a gravi trasgressioni la tradizione islamica insegna che, prima di applicare una legge che può sembrare rigorosa, i credenti devono sforzarsi in ogni modo di coprire i peccati dei loro fratelli e fare tutto quanto è nelle loro possibilità per risolvere i problemi in una dimensione più interiore, con spirito di carità e senza dover giungere ad applicare il rigore della legge esteriore. Il misconoscimento di questo aspetto spirituale, centrale per una corretta applicazione della legge in ogni ambito, è uno dei principali segni di decadenza della comunità religiosa, che porta infine agli scandali creati da certe facinorose teste calde che con colpevole complicità vengono amplificate sempre più dai mass media.

¹ L'ermeneutica corrosiva contemporanea rappresenta invece la caricatura di questo sforzo, proprio in quanto manca lo sforzo stesso, la tensione metafisica e la sincerità necessarie affinché si realizzi il vero *ijtihad*.

Tali scandali sono assolutamente antislamici, in quanto il Profeta invitava la comunità ad applicare alcune leggi solo nel caso di individui recidivi e pervicaci, che volessero a tutti i costi imporre il cattivo esempio e lo scandalo per contaminare la comunità; in questo caso è naturale che le leggi debbano essere applicate con una certa severità, perché tale pretesa di trascinare deliberatamente nel caos l'intera società non è in alcun modo accettabile.²

Capite, quindi, l'importanza dell'*ijtihad*, dello sforzo di interpretazione e delle virtù di base, prima fra tutte la sincerità (*al-ikhlas*), richieste a colui che si accosta al patrimonio sacrale della tradizione.

A questo punto, però, ritornando in ambito medico, vorrei spendere qualche parola su quelli che sembrerebbero essere problemi molto più a monte, perché di fatto oggi ci dibattiamo perlopiù in situazioni paradossali che, come già è stato detto anche dagli altri relatori, sono create soprattutto dalle nuove possibilità offerte dalla tecnologia e dalla scienza contemporanea.

Prima ancora di parlare di etica, dunque, bisognerebbe forse che i religiosi superassero la loro visione schizofrenica della scienza; perché, ciò che succede oggi è che da una parte di fatto si coltiva e si applica una scienza estremamente grossolana e materialistica, mentre dall'altra si cerca di rimediare alle contraddizioni e ai profondi malesseri provocati da tale modo di procedere per mezzo di una pietas «pelosa» al capezzale del paziente che risulta spesso del tutto grottesca.

Nessuno si domanda invece se forse anche qui un'applicazione meno meccanica dei protocolli e della routine ospedaliera, per non parlare delle leggi che obbligano i medici a dovervisi adeguare se non vogliono perdere

² Questo è anche il motivo per cui la legge islamica correttamente applicata richiede in alcuni casi una serie di prove e un numero di testimoni tali da renderne quasi impossibile l'applicazione nel caso di chi non fosse appunto determinato a voler creare lo scandalo. Nello stesso tempo, l'applicazione di tale legge sulla base di prove convenzionali del genere di quelle richieste nei moderni tribunali è assolutamente impropria e rappresenta più che una reale applicazione della *shari'a* una sua trasposizione immaginativa e anticristica.

il posto o finire in galera, non potrebbe lasciare invece spazio a terapie più personalizzate e illuminate, con una ricaduta immediata anche sullo stato psicologico del paziente.

Ecco qual è il vero problema in medicina oggi!

Non si tratta di lasciare le cose al caso, ma di invitare le componenti religiose della società medica, a qualunque confessione esse appartengano, a riscoprire una visione diversa della scienza, più compatibile con la propria dottrina spirituale. Quello che manca è un reale lavoro intellettuale sui principi della medicina, lavoro che potrebbe essere di grande stimolo per riscoprire le implicazioni conoscitive della fede, riscattandola da ogni formalismo. Se ognuno si abituasse ad applicare la scienza tradizionale come strumento di discernimento in tutti gli ambiti in cui si trova a operare sicuramente vivremmo in un mondo migliore.

Peraltro, non vi è alcun motivo fondato per continuare a imporre certi paradigmi come fossero gli unici e i migliori. Manca un vero scambio fra paradigmi diversi, e appena si esce dal paradigma ufficiale è il caos. Certo, vi sono molte tendenze caotiche anche nell'ambito dei paradigmi non convenzionali, ma ancora una volta la responsabilità è dei religiosi che sono gli unici a poter esercitare un discernimento profondo anche in merito alle concezioni neospiritualiste che infestano il mondo attuale.

La soluzione non risiede né nel materialismo più grossolano e asservito a poteri oscuri, né in concezioni pseudo-spirituali quali quelle della New Age, la cui falsa luce non rappresenta che l'altra faccia di tendenze altrettanto oscure, ma in una rinnovata visione della medicina che possa tornare a beneficiare per quanto ancora possibile di un patrimonio intellettuale quasi interamente perduto. E considerato che siamo qui a Salerno, nella culla della medicina, non posso che invitarvi a riscoprire le nostre radici. Per quanto le informazioni e i testi pervenuteci possano non essere completi, unendo l'eredità greca, ebraica, araba e latina possediamo comunque delle

miniare cui attingere, ma per poterlo fare occorre ritrovare la sensibilità e il gusto per un certo modo di ragionare non convenzionale. Quanti medici oggi, quando leggono Ippocrate, sanno infatti di che cosa stesse veramente parlando? Mancano purtroppo le categorie, la comprensione di quella che è la visione simbolica delle scienze tradizionali.

Vorrei allora introdurre brevemente un concetto che mi è molto caro, quello della distinzione fra *modelli* e *simboli*, perché la scienza moderna è lineare e formale, crea dei modelli che sono piatti, e qui si introduce anche la complessità e la difficoltà di gestire tale complessità.

Chi applica costantemente questi modelli come fossero la realtà si trova di fatto inibito nella propria valutazione clinica intuitiva, perché si sente costretto a doversi attenere a meccanismi estremamente astratti, considerati gli unici degni di poter essere definiti scientifici. Una volta incompreso il fondamento principale, non empirico, degli antichi, se ne giudicheranno i metodi come semplicistici e grossolani rispetto, per esempio, a modelli attuali come le più recenti teorie sul sistema immunitario.

In realtà, però, le cose non stanno così perché se prendiamo in considerazione anche solo la concezione ippocratica dei quattro umori, applicazione della cosmologia tradizionale dei quattro elementi, dobbiamo rilevare innanzitutto che essi non fanno appello a una visione empirica, non si riferiscono agli elementi tangibili, bensì a quelli che sono degli archetipi, ma soprattutto il metodo degli antichi offriva delle chiavi sintetiche per interpretare gli squilibri di una persona e per attuare i necessari riequilibri.

Queste chiavi sintetiche sembrano essere a volte totalmente avulse dalla realtà; si pensi, per esempio, agli «elementi» della medicina tradizionale cinese, così poco empirici che verrebbe da dire: «ma di che cosa stanno parlando, deriva tutto dagli esagrammi di Fohi, o da cose del genere, che legame c'è quindi con la realtà, perché ci si dovrebbe basare su ciò e applicarlo nella pratica clinica?». Ecco, la spiegazione che vi voglio

dare è molto semplice, proprio perché appunto non rappresenta né una visione razionalistica, astratta, della medicina, né una visione empirica, ma una visione simbolica. In altri termini, per sfuggire alla complessità, ben consapevoli di questa, i medici tradizionali si rifacevano a principi di ordine metafisico, e in qualche maniera li vedevano riflessi grazie a simboli sintetici e semplici, perché nessuno può avere la pretesa di ricreare il mondo complesso creato da Dio. Si tratta di un concetto molto importante, noi non possiamo abbracciare analiticamente la complessità del mondo, per questo i nostri modelli sono sempre inadeguati, delle gabbie che ci impediscono di cogliere veramente la realtà; invece, i metodi tradizionali non si fondano su dei modelli, ma su specchi sintetici di origine non umana che riflettono su un piano specifico, con un simbolismo profondo ma al tempo stesso semplice – sia questo per esempio quello degli esagrammi di Fohi o quello degli elementi della cosmologia occidentale – gli stessi principi metafisici, che nella realtà invece si manifestano in modo estremamente articolato e complesso. E quindi, per l'armonia che vi è fra tutti gli specchi della Realtà, prendendo uno specchio semplice si può interagire con uno specchio complesso, che è quello multidimensionale della realtà; è come se noi ci basassimo su una visione con poche dimensioni per interagire con uno specchio di n dimensioni, e per l'armonia che regna fra tutte le cose – «tutto è in tutto», dicevano gli antichi – per una visione simbolica delle cose, prendendo il semplice in un simbolo che è specchio di principi trascendenti ritroviamo una chiave per leggere la realtà. Ciò non significa neppure che gli antichi avessero un approccio a loro modo astratto, anzi i medici tradizionali coltivavano accuratamente lo sviluppo di un acuto occhio clinico. Proprio perché «l'uomo è – come si dice anche nell'Islam – il mediatore fra il Cielo e la Terra», deve esercitare un'intuizione intellettuale sintetica sui principi, e poi deve avere anche la capacità di ricondurre l'imperfezione empirica all'intuizione di tali principi archetipi;

se il medico non ritrova la capacità di muoversi tra il Cielo e la Terra, fra l'empirismo e l'intuizione dei principi, rischia appunto o di cadere nel pragmatismo più sfrenato o in un razionalismo così astratto da uccidere il malato per l'incapacità di cogliere che la sua teoria non corrisponde poi effettivamente alla realtà.

Ecco, questo era un po' il discorso che a me stava a cuore fare, che le religioni tornino a ridare un apporto anche sulla visione della scienza, su quale scienza scegliere. Ora, la filosofia della scienza del Novecento, da Popper a Kuhn a Feyerabend, ecc., non è certo una filosofia tradizionale, però se non altro ci ha fatto comprendere che i paradigmi scientifici in competizione sono molteplici, che non sempre è il paradigma migliore a prevalere e che vi sono interessi estranei alla conoscenza, di tipo economico o di qualunque altro genere. Per cui se sappiamo questo, e lo sanno ormai tutti, non si capisce perché non ci si possa aprire a una riflessione un po' più profonda su quelli che dovrebbero essere invece i fondamenti e i metodi di una medicina ispirata a principi superiori. Non è infatti possibile comportarsi nella pratica come i peggiori materialisti e poi cercare delle compensazioni morali! Non si può continuare a dire: «sì, ti curo male, però dall'altra parte sono caritatevole nei tuoi confronti, non come l'altro medico o infermiere non religioso, che magari ti tratta anche male!». Questi, secondo me, sono concetti molto importanti! C'è molto lavoro da fare, proprio perché non riusciamo più a comprendere il linguaggio degli antichi, perché la presunzione del progresso ci fa credere di essere divenuti migliori di loro, che quelli si esprimevano come dei primitivi! In verità, non è così, anche se sicuramente la tecnologia ha fatto dei passi da gigante; li ha fatti però a costo di perdere molti altri aspetti altrettanto importanti. Forse, se oggi Ippocrate fosse qui sarebbe capace di trarre deduzioni cliniche migliori di quanto facciamo noi alla luce di una risonanza magnetica o di altri dati che la tecnica permette.

Veniamo, però, finalmente ai nostri temi specifici. Sicuramente l'Islam è contrario all'accanimento terapeutico e, per quanto riguarda il Testamento biologico, è altrettanto contrario all'eutanasia.

Quello che forse potrei aggiungere a quanto è stato detto dagli illustri relatori che mi hanno preceduto è che la vita è sì sacra, ma è un mezzo, non è fine a se stessa; per cui a differenza di molti movimenti moderni, presenti anche all'interno delle religioni, ma allontanatisi purtroppo dai principi, è importante ricordare che se effettivamente occorre far di tutto per salvaguardare la sacralità della vita ciò deve avvenire senza dimenticare qual è il *fine* della vita stessa. Se ci dimentichiamo infatti di questo ne facciamo solo un ennesimo idolo, rendiamo un idolo anche la stessa vita.

Dal punto di vista islamico, la vita è invece una possibilità di conoscenza, di conoscenza dell'Assoluto e, quindi, come abbiamo visto quando ci si avvicina anche a misteri come quello della coscienza, tutto diventa molto confuso, per cui giustamente il Prof. Pagni invitava a una maggiore prudenza, ma sicuramente il limite delle cose sarà sempre difficile da valutare sulla base di soli metodi strumentali, per cui anche qui ricorrere a una rinnovata sensibilità sarà sempre più necessario per far fronte, caso per caso, alle situazioni riguardanti ogni singola persona. Bisognerà in qualche maniera che si impari nuovamente a prendere delle decisioni, rimettendosi a qualcosa che ci trascende, cosa di cui sembra oggi che non si possa più nemmeno parlare. Vi ricordo però a tale proposito che i monaci ortodossi quando devono dipingere un'icona, per quanto possano essere bravi, non pensano certo: «ieri ho fatto una bellissima icona, oggi mi metto lì e ne faccio un'altra!»; anzi, si mettono a digiunare per diversi giorni, e a pregare, per non cadere nel conformismo. Ecco, se abbiamo detto che in Occidente si impone la meccanicità delle leggi, in Oriente vi è però il rischio del conformismo, nell'Islam si dice *taqlid*, una delle cose assolutamente riprovevoli, da evitare. Deve realizzarsi infatti sempre un

nuovo sforzo, un rinnovamento costante; la Creazione, dice il sacro Corano, è rinnovata a ogni istante. È necessario quindi uno sforzo costante che si rinnova tramite il nostro sguardo, noi diciamo «con ogni battito di ciglia e con ogni respiro». Ogni battito di ciglia e ogni respiro corrispondono infatti a questa nuova Creazione; è questo lo sforzo che va fatto da tutti, e il medico, che comunque un tempo era sacerdote e forse oggi dovrebbe ritornare un pochino di più a esserlo, dovrebbe anche lui chiedersi «cosa faccio in questa situazione», «in scienza e coscienza che cosa devo fare?».

Occorre pertanto uno sforzo di sincerità, uno sforzo per riconoscere che magari due casi apparentemente simili, uno presentatosi il giorno prima e l'altro il giorno dopo, richiedono decisioni assolutamente differenti. In tutto ciò è sicuramente importante che si chiariscano le leggi, che si chiarisca la visione del tutto, ma questo solo in quanto basi necessarie per uno sforzo che va però rinnovato istante per istante.

Per corrispondenza:
e-mail: wpanetta@genesicom.com

BIOETICA DELLA CURA

Giuseppe Battimelli

Riflettere sulla vita terminale significa partire dalle problematiche odierne di fine vita, per derivarne linee di pensiero e di azione che aiutino le coscienze a scelte illuminate e responsabili: la coscienza delle persone chiamate a vivere la fase terminale dell'esistenza e la coscienza dei medici chiamati all'assistenza a questi malati.

Mettere in luce il valore universale della vita (e la sua tutela) e la plausibilità razionale di ogni argomentazione che lo sostenga non rende confessionale o di fede la trattazione.

Anzi ne può derivare una riflessione per tutti, una riflessione "laica" e come tale socialmente, culturalmente e politicamente spendibile nell'odierno dibattito sulle questioni etiche e giuridiche di fine vita.

Una riflessione quindi, che coinvolga le coscienze, dicevamo, e che possa essere anche un servizio volto a vivere bene e morire bene.

Ciò detto, permettetemi un solo riferimento – in questa trattazione – ad un argomento di fede.

I cristiani un tempo, i primi cristiani soprattutto, pregavano così: "*a subitanea et improvvisa morte, libera nos, Domine*" (liberaci, o Signore, da una morte improvvisa).

Morire all'improvviso senza essersi potuti preparare alla vita eterna ed all'incontro con Cristo è considerato dal cristiano come il massimo dei pericoli da cui vorrebbe essere preservato.

Questa invocazione è ancora presente nelle litanie dei santi come "*invocatio ad Christum*", ma oggi tutti si guardano bene dal recitarla, anche il cristiano più devoto e fervoroso invoca una morte improvvisa e rapida e soprattutto inavvertita.

Per molti la morte dovrebbe avvenire repentinamente per sottrarla oltre alla sofferenza anche a qualsiasi riflessione metafisica che tocca l'essenza dell'uomo, riducendola a un fatto meramente tecnico ed il prezzo per questa repressione della paura è alto: dalla disumanizzazione della morte consegue necessariamente la disumanizzazione della vita.

In passato, quindi, c'era la paura di morire anzitempo. Oggi c'è quella di sopravvivere oltre il limite naturale della vita, in una condizione artificiale, priva di coscienza e di vita di relazione.

Molti dicono – ed in alcuni casi può essere plausibile – che ciò è dovuto all'ipertecnologica della medicina moderna. Grande Paradosso: ieri che non c'era la medicina del dolore e non si praticavano le cure palliative, si respingeva l'idea della morte improvvisa, paradossalmente non si temeva la malattia ed il dolore fisico ma la morte; oggi invece che sul versante della sofferenza la medicina e la ricerca hanno fatto passi da gigante, si desidera, si invoca una morte rapida e inavvertita.

Nella contingenza che ci troviamo a vivere, possiamo sintetizzare in tre aspetti le criticità che alcuni vogliono evidenziare, e pertanto si reclama:

- il diritto-dovere di porre fine alla propria vita (in caso di sofferenze terribili),
- il diritto-dovere di uccidere l'altrui vita o sopprimere l'altrui vita, in determinati casi limite (vita non più degna),
- il diritto-dovere ad essere assistiti nel porre fine alla propria vita, reclamando addirittura la partecipazione dei medici.

Sul primo aspetto direi che il problema sembrerebbe superato con lo sviluppo della medicina del dolore e con le terapie palliative.

Sul secondo e terzo punto (quando si ritiene la vita non più degna di essere vissuta e quando si richiede l'aiuto del medico “a morire” e non come è doveroso che sia l'aiuto “nel morire”), permettetemi di dire qualcosa, visto che è il nostro terreno, il campo dei medici.

Io credo che mai e poi mai i medici possano venire meno o sottrarsi a quella tradizione ippocratica, alla quale da due millenni e passa si rifanno: ogni essere umano nato o non nato ancora, sano o malato, vecchio o giovane che sia, possiede un valore incondizionato e la sua dignità esige un rispetto altrettanto incondizionato.

Tanto che al medico viene assegnata da millenni appunto una “funzione di garanzia” verso chi è più fragile o indifeso come l’ammalato e la sua attività si deve svolgere in un rapporto, ormai chiaro a tutti, di alleanza terapeutica o meglio definita “di cura”, che implica il coinvolgimento di tre figure o soggetti, e cioè a dire il malato, la famiglia che lo assiste ed il medico; in questa alleanza terapeutica, in questo ambito vanno prese tutte le decisioni, che non spettano quindi né allo Stato, né alla società, e meno che mai al magistrato.

Il bioeticista e filosofo americano di origine ebraica Leo R. Kass si pone all’inizio del suo famoso saggio “Neither for love nor money: why doctors must not kill” (Né per amore, né per denaro: perché i medici non devono uccidere) questa domanda: “is the profession of medicine ethically neutral?” (è la professione della medicina eticamente neutrale?). No! La medicina non può essere neutrale. Chi esercita la difficile arte medica, afferma Kass, non può decidere di operare che per il benessere della persona che a lui si affida, non può scegliere di far vivere o far morire, non ha, se medico, alternative: l’unica opzione che il medico può esercitare è, sempre e comunque, per la vita e a favore della vita, perché è la sua professione che lo obbliga.

Le decisioni di fine vita, a nostro parere, ruotano attorno a due principi, che da un punto di vista giuridico, filosofico ed etico, sottostanno rispettivamente ad un’etica della qualità della vita e ad un’etica della sacralità della vita: il principio dell’autonomia della persona e quello della indisponibilità della vita umana.

Noi pensiamo che la concezione della sacralità della vita, da cui discende la sua inviolabilità ed intangibilità, può essere sostenuta da uomini di fede e da non credenti, perché il rispetto e la tutela di ogni uomo, in tutte le fasi del suo esistere, è insita nella coscienza umana universale.

Il concetto di “sacralità della vita”, deve essere preservato da ogni riduzionismo confessionale e fideistico, mettendone in luce da una parte il significato umano e umanizzante, dall’altra la contiguità con concetti affini come quelli di “qualità della vita” e di “dignità della vita”, rettamente intesi.

Come pure il principio dell’autonomia della persona e il principio dell’indisponibilità della vita sono espressione, il primo, della libertà della persona, del suo valore ineludibile e irriducibile, ma da preservare da ogni deriva autoreferenziale e autocentrica, coniugandola con la verità e il bene morale. Il secondo, invece, esprime il valore in sé e per sé della vita umana, non relativa a niente e a nessuno, così da non valere per il suo “modo di essere” e la valutazione che ne può essere data, ma semplicemente per il suo “esserci”, per il suo essere al mondo come vita di un individuo umano.

Da medico, che ogni giorno è a contatto fisico ed empatico con i suoi pazienti e che tante volte è pensoso nella solitudine del suo operare e delle sue responsabilità, indico, d’accordo con molti, nell’alleanza terapeutica, come già affermato, la chiave di volta per la risoluzione di difficili problematiche.

La vicenda drammatica ed umanissima di Eluana Englaro che ha diviso il Paese e perfino turbato le Istituzioni repubblicane, ma soprattutto lacerato le coscienze di molti, ci impone di affrontare l’ineludibile questione delle decisioni di fine vita e per quanto riguarda la classe politica di legiferare in materia, per colmare un vuoto altrimenti occupato dalla magistratura, con sentenze e provvedimenti non sempre omogenei e condivisi.

A ciò si aggiunga la notevole contrapposizione ideologica e culturale, oltre che politica, sui delicatissimi temi del vivere e del morire, che certamente meriterebbero approfondimenti dai toni meno aspri e concitati,

che riflettono sovente pregiudizi e precomprensioni da una parte e dall'altra, quando invece sarebbe da cercarsi equilibrio, saggezza e, forse, anche dialogo e condivisione.

Tra gli argomenti più controversi dell'attuale dibattito scientifico e legislativo vi è l'idratazione e l'alimentazione, che rientrano tra le cure alla persona (come la detersione delle piaghe, l'igiene personale, il cateterismo vescicale, ecc.) sotto qualunque forma e per qualunque via di somministrazione (naturalmente fino a quando esse rispondano al loro scopo di fornire acqua e cibo, regolarmente assorbito e metabolizzato e cioè siano efficaci ed utili) e non possono essere oggetto di dichiarazioni anticipate di volontà da parte del paziente, né tantomeno negate o sospese se trattasi di gravi disabili o persone in stato vegetativo persistente.

L'alimentazione e l'idratazione artificiale non dovrebbero rientrare nelle dichiarazioni anticipate, proprio perché si ritengono sostegni vitali e non terapie (se così non fosse sarebbero subordinate, come qualsiasi altra terapia, al consenso informato) e quindi non è possibile sospenderle perché si causerebbe la morte del paziente.

Detto ciò è anche vero che come uno stesso trattamento sanitario spesso per alcuni può rappresentare un accanimento terapeutico e per altri no in condizioni cliniche diverse, così anche l'alimentazione e l'idratazione artificiale, pur ritenuti sostegni vitali, potrebbero in alcuni casi configurarsi una pratica non dovuta, quando esse non rispondano (o non rispondano più) alle finalità loro proprie e non siano di nessuna efficacia e di accertata inutilità per il paziente soprattutto se in fase terminale, tenuto conto anche della loro gravosità, straordinarietà, invasività, supportabilità. E di tutto questo è solo il medico che se ne può, e deve, fare interprete, garante, artefice, giudicando in scienza e coscienza, nell'ambito di quell'alleanza umana e professionale con il malato.

Oltre il diritto, neppure la morale e la fede, richiedono, e meno che mai impongono atti di eroismo fine a se stesso: *ad impossibilia nemo tenetur*.

Se siamo nettamente contrari all'accanimento terapeutico, dall'altro canto temiamo che con una legge sul testamento biologico si rafforzi una mentalità che va verso l'abbandono terapeutico, altrettanto da temere e da proscrivere, rafforzando l'idea già diffusa che esista una "vita non più degna". Inoltre per molti medici, la legge minerebbe la fiducia del paziente nel medico, che invece è proprio il *vulnus* a cui dedicare maggiore attenzione.

Quello che è auspicabile è una legge, per esempio, che impegni risorse professionali, economiche e strutturali per l'assistenza ai malati ed alle loro famiglie; che siano potenziate le cure palliative e la diffusione della medicina del dolore e degli hospice per i malati terminali (giacché sappiamo che tutti gli ammalati non possono essere guariti, ma che tutti possono essere curati); che le volontà del paziente devono essere accolte, rispettate e tenute in debito conto, ma sempre in quell'alleanza di cura e in quel rapporto umano che si definisce nella mirabile umanità di "*un incontro tra una fiducia e una coscienza*".

In definitiva, ribadiamo i principi che abbiamo sempre sostenuto a tutela della vita umana e della sua indisponibilità e auspichiamo che un eventuale intervento legislativo si ispiri a quel "*favor vitae*" che è la vera matrice unificante dei valori costituzionali.

A chi sostiene che uno Stato libero e pluralista non deve intromettersi in un diritto individuale: ciascuno decide non solo dei trattamenti sanitari e delle terapie (come previsto e riconosciuto dalla Costituzione art. 32) ma ciascuno ha anche il diritto di decidere il momento della propria morte, noi ribadiamo che invece solo una cognizione oggettiva della dignità della persona può essere di garanzia per tutti e garantire contro gli abusi.

Lo Stato laico e aconfessionale non può essere indifferente nei confronti di valori e principi che fondano la convivenza democratica.

Ma Stato laico non vuole dire Stato neutrale e la sua legislazione non può essere neutra di fronte a valori e principi inalienabili dell'uomo.

E la difesa della vita umana, dunque, dal concepimento al suo termine naturale, è il nuovo, vero valore sociale, perché la vita stessa è un valore sociale e le battaglie in difesa della vita non sono certo di retroguardia; solo il primato della vita garantisce il perseguimento dei diritti dell'uomo.

Il diritto alla vita è il primo e fondamentale diritto su cui si fondano tutti gli altri (come il diritto alla salute, all'istruzione, alla casa, al lavoro, ecc.).

E l'auspicio è che su questo diritto alla vita dal concepimento al suo termine naturale, che credenti e non credenti, laici e cattolici possano trovare con equilibrio e saggezza un'ampia convergenza ed un accordo proficuo, perché in definitiva sono in gioco i veri valori dell'uomo.

Per corrispondenza:
e-mail: battimelligiuseppe@libero.it

Finito di stampare
nel mese di Febbraio 2014
dalla
Tipografia Tirrena
Cava de' Tirreni (Sa)

Nella stessa collana

Annali della Scuola Medicina Salernitana

1. *Pietro Ebner. Medico e Storico.* 2008
2. *Farmacopea Antica e Medievale.* 2008
3. *I Medici attraverso secoli di storia tra saper essere e saper fare.* 2010
4. *Il Mare e la Medicina.* 2011
5. *Sanità e Salute all'alba dell'Unità d'Italia.* 2012
6. *Medicina e Letteratura.* 2013

ISBN 978-88-904040-5-4



9 788890 404054