

NEWSLETTER DI SCIENZA & VITA

N°44 | Edizione Febbraio 2011

Focus: Vincolatività, tra libertà del medico e principio di autonomia

Attualità: Verso l'otto marzo

Biofrontiere

ContrAddetti

Mediapiù Mediameno

Biblionote

Sommario

FOCUS

Al servizio dei lettori per crescere insieme <i>di Emanuela Vinai</i>	1
La cura è testimonianza d'amore e terapia contro l'abbandono <i>di Lucio Romano</i>	2
Per la cura e contro l'abbandono, una prospettiva scientificamente fondata <i>Documento dell'Associazione Scienza & Vita</i>	4
Il medico non è un burocrate ma un alleato del paziente <i>di Luciano Eusebi</i>	7
La vicinanza alla sofferenza senza abdicare al mandato di cura <i>di Claudio Buccelli</i>	9
La libertà? E' rispetto, limite e responsabilità <i>di Laura Palazzani</i>	12

ATTUALITA'

Su cosa vogliamo fondare il potere delle donne? <i>di Paola Ricci Sindoni</i>	13
Pensare "al femminile", la forza della "resistenza" <i>di Giovanna Costanzo</i>	15

BIOFRONTIERE

Una nuova rivoluzione? Avanti adagio, in chiaroscuro <i>di Ilaria Nava</i>	16
---	----

CONTRADDETTI

Quando il politicamente corretto non è confusione linguistica <i>di Giulia Galeotti</i>	17
--	----

MEDIAPÌÙ MEDIAMENO

Se le ragazze sono soltanto "ovaie che camminano" <i>di Andrea Piersanti</i>	18
---	----

SPECIALE

Congresso "Persona, sessualità, procreazione"	19
---	----

BIBLIONOTE

Sessualità, matrimonio, famiglia	20
--	----

Direttore responsabile Emanuela Vinai



Il saluto del nuovo Direttore responsabile

AL SERVIZIO DEI LETTORI PER CRESCERE INSIEME

di Emanuela Vinai*

Quando il Consiglio Esecutivo mi ha nominata Direttore responsabile della Newsletter di Scienza & Vita, il mio primo istinto è stato incassare la testa tra le spalle, un po' sulla difensiva. Mi incalzava la consapevolezza della grande responsabilità che mi veniva attribuita e la difficoltà di raccogliere il testimone da un giornalista di lungo corso e grande esperienza come Domenico Delle Foglie, cui devo moltissimo e che ringrazio per tutto ciò che ha avuto la pazienza di insegnarmi.

Sei anni fa, il primo marzo del 2005, una mattina di sole, entravo per la prima volta nell'androne di Lungotevere dei Vallati, secondo piano. Ero arrivata, garrula e serena, per quello che doveva essere un colloquio preliminare. Ne sono uscita, stremata e con molta meno voglia di chiacchierare, solo verso sera, dopo aver trascorso la giornata a rispondere a mail e telefonate da tutta Italia. Erano i primi contatti con le migliaia di volontari che animarono il dibattito sul referendum per la legge 40 e che da subito mi hanno fatto sentire parte di qualcosa di grande, che poteva veramente scrivere pagine nuove.

Da allora non ho più cambiato strada e, lo ammetto, non ho più smesso. Non ho smesso di voler crescere in un contesto culturale di altissima qualità e autorevolezza, che spinge al confronto, all'approfondimento, allo studio. Non ho smesso di impegnarmi per imparare e conoscere, per cercare di capire e di fare esperienza. A dire il vero, non ho nemmeno smesso di fare pacchi e spostare armadi, di preparare caffè e rispondere al telefono, di fare migliaia di fotocopie e di farcire cartelline per i convegni. Perché a Scienza & Vita la professionalità e la competenza si sono sempre coniugate con la disponibilità e lo spirito di servizio, che sono la cifra del nostro lavoro e del nostro operare insieme. E questo è tanto più vero a ogni livello e in ciascuna delle realtà che compongono la nostra Associazione, dal nazionale fino all'ultima delle sedi locali, ricche di donne e uomini generosi e disponibili, che danno il meglio di sé e del proprio tempo al servizio di valori in cui non solo credono profondamente, ma in cui, soprattutto, si riconoscono.

In questi anni la riflessione bioetica è cresciuta di pari passo nei mass media e nella percezione di un numero sempre maggiore di persone. Si è rivelata parte integrante del vissuto quotidiano e si è moltiplicata la richiesta di attenzione alle scelte antropologiche che caratterizzano questo particolare momento storico e culturale. Nessuno si può più sentire chiamato fuori dagli interrogativi che ci interpellano nel profondo e che ci chiedono risposte rigorose e fondate sul discernimento.

E oggi che inizio una nuova tappa di questo cammino bello e complicato, non posso che augurarmi che la Newsletter di Scienza & Vita diventi sempre più strumento di riflessione e di studio, occasione di dialogo e di dialettica, luogo di incontro e di partecipazione, metodo di approfondimento e di collaborazione.

Ringrazio fin d'ora tutti coloro che contribuiranno in pensieri, parole, opere e proposte alla realizzazione di questo articolato e straordinario prodotto editoriale e tutti coloro che, trovandolo utile, interessante e istruttivo, ci spingeranno a renderlo ancora migliore per diffonderlo in maniera ancora più capillare ed estesa. Vogliamo lettori esigenti, perché le sfide che affronteremo sono molteplici e, come è stato sapientemente ricordato, non si può crescere se non insieme.

Quindi cominciate a far scorrere il mouse: il Focus, l'Attualità e le rubriche di approfondimento aspettano solo di essere sfogliate e condivise.

A me non resta che augurarvi buona lettura.



* *Giornalista*



STATI VEGETATIVI | Il contributo di Scienza & Vita al dibattito

LA CURA È TESTIMONIANZA D'AMORE E TERAPIA CONTRO L'ABBANDONO

di Lucio Romano*

Lil 9 febbraio si è svolta la I Giornata nazionale degli Stati Vegetativi, una concreta occasione per accendere positivamente i riflettori sulle persone che versano in condizione di gravissima disabilità e sulle famiglie che li assistono con cura e attenzione. L'Associazione Scienza & Vita è da sempre vicina a coloro che si trovano nella massima fragilità e ai famigliari che, spesso nel silenzio, non lesinano amore, impegno e dedizione ai propri congiunti e amici. La Giornata ha rappresentato un momento straordinario per far emergere le buone pratiche, le proposte a favore della vita e quell'“umano nascosto” che da alcuni si vorrebbe privo della dignità di vivere. Superando ogni tipo di polemica, nella certezza che - comunque la si voglia leggere - la vicenda di Eluana Englaro è una pagina dolorosa per tutti, Scienza & Vita ha voluto offrire un contributo scientifico al dibattito ed alla riflessione sugli ‘stati vegetativi’, anche con l’auspicio di trovare un terreno comune, condiviso da ogni ‘uomo di buona volontà’, nell’impegno per la cura di queste persone.

Alla pubblicazione di questa Newsletter, il DdL su “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” è calendarizzato al 7 marzo per la discussione alla Camera. Si è riaperto il dibattito. Si confrontano diverse posizioni. Confliggono visioni antropologiche, biomediche, bioetiche e biopolitiche. Prevedibile quando si tratta di argomenti eticamente sensibili, ancor più quando ci si commisura con il tema della morte e del morire. E’ doveroso fare alcune considerazioni in ambito bioetico, basate su argomentazioni secondo ragione e ragionevolezza. Proprio a tal fine può essere di aiuto il documento “Per la cura e contro l’abbandono. Una prospettiva scientificamente fondata”, pubblicato da Scienza & Vita. Il documento si prefigge lo scopo di offrire un contributo di approfondimento e di riflessione, rigorosamente fondato sulla più recente bibliografia scientifica validata a livello internazionale, rivolto a tutti coloro che – sgombri da fuorvianti preconcetti e pregiudizi – vogliono analizzare la questione con la

serenità e l’obiettività che tale tema necessariamente richiede. La peculiarità del documento è che, partendo da considerazioni scientifiche, giustifica razionalmente il concretizzarsi di quell’arte morale, vero antidoto a derive eutanasiche o di accanimento, che è rappresentata dalla *relazione di cura*.

Ancora troppo limitata è l’attenzione che il dibattito di questi giorni riserva alla *cura*, all’*alleanza di cura*. Per il vero si può rilevare anche una certa confusione in merito ai termini e alle procedure inerenti *terapia* e *cura*, al punto che, frequentemente, si sovrappongono fino ad essere considerati sinonimi. Spesso si afferma: diritto di ognuno è quello di rifiutare e sospendere la cura. In realtà con questa espressione si vuole intendere la terapia. E’ noto che le terapie hanno per finalità il “contrasto o il contenimento di una patologia, esordiente oppure decorrente, ed il cui scopo è la risoluzione, il miglioramento o la stabilizzazione del quadro clinico”, ovvero, secondo classica espressione, la *restituito ad integrum*. La cura, invece, rappresenta il sostegno vitale, il sollievo dalla sofferenza. La cura comprende la terapia ma non si esaurisce nella terapia soprattutto quando quest’ultima non ha più alcuna ragione di essere, perché sproporzionata o futile. Identificando terapia con cura, la precedente espressione “diritto di ognuno è quello di rifiutare e sospendere le cure”, significherebbe anche rifiutare o sospendere qualsiasi sostegno vitale o interventi finalizzati al sollievo dalla sofferenza introducendo così surrettiziamente abbandoni od omissioni di tipo eutanastico.

Precisiamo ulteriormente. Terapia, come ricorda Francesco D’Agostino, è la “modalità costitutiva della relazionalità in ambito sanitario” che nella malattia fonda la sua ragione e l’agire. Cura è la “modalità costitutiva della relazionalità umana” paradigma dell’ontologica fragilità nella quale fonda il suo darsi. Nella dimensione assistenziale sanitaria, il supporto delle scienze biomediche e delle biotecnologie è di assoluto rilievo ed evidente necessità. Basti ricordare, ad esempio, i palesi e costanti sviluppi nel campo della diagnostica e della biomedicina.

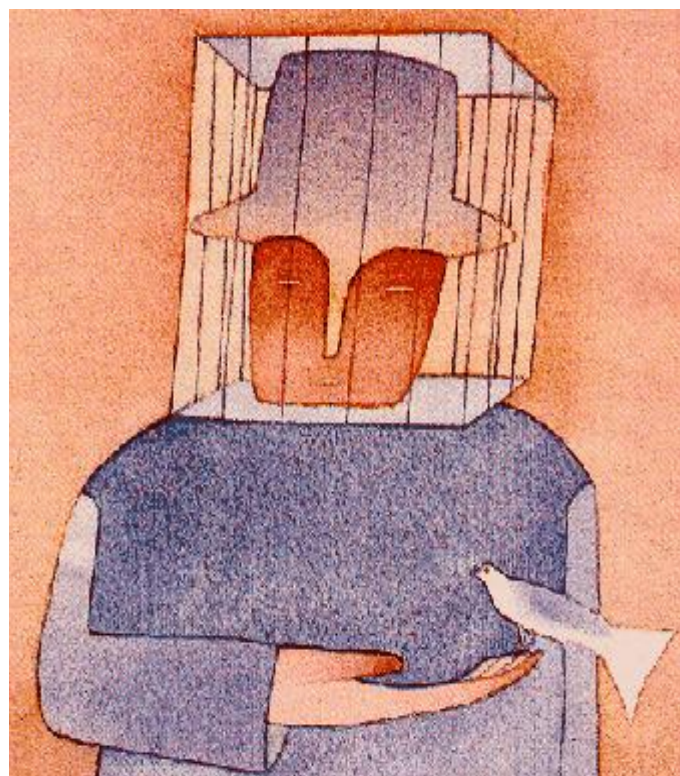


Ma non basta. E' ineludibile ricorrere alla *cura*, vale a dire al *prendersi cura* di ogni essere umano che, nella vulnerabilità corporea relativa allo stato di malattia o in situazioni di grave disabilità, manifesta il bisogno irriducibile di essere assistito (*ad sistere*). Non tutte le malattie sono guaribili, eppure ogni persona malata o in condizioni di grave vulnerabilità è curabile. Basta a tal proposito ricordare, ad esempio, le cure palliative che mirano "al miglioramento della qualità della vita dei malati e dei familiari che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale."

Da quanto detto si deduce che il rifiuto delle terapie, ritenute sproporzionate e futili, comporta un'abbreviazione della vita per una malattia che non può essere contrastata: la morte sarà comunque una conseguenza della malattia. Il rifiuto di cura significa invece un rifiuto della vita, un'ultima e tragica istanza per sofferenze e solitudini non lenite. Nell'assistenza, nel *prendersi cura* dell'altro, si misura la comune-unione sociale fondata nel riconoscere l'altro almeno come amico morale, la cui vita e ben-essere sono da tutelare e perseguire: valori non negoziabili. In tale contesto di *relazione di aiuto* e *di cura* ogni persona trova il compimento della costitutiva relazionalità umana: essere *con* gli altri e, ancor più, essere *per* gli altri.

Cura è testimonianza di amore, che non opprime né sopprime la vita.

Cura è terapia dell'abbandono e della sofferenza.



(Un estratto di questo articolo è stato pubblicato sul quotidiano "Il Foglio" del 26 febbraio 2011)

* Copresidente nazionale
Associazione Scienza & Vita



1^ GIORNATA DEGLI STATI VEGETATIVI | Scienza & Vita riflette sulle condizioni di massima disabilità*

PER LA CURA E CONTRO L'ABBANDONO UNA PROSPETTIVA SCIENTIFICAMENTE FONDATA

Il 9 febbraio, ricorrenza della morte di Eluana Englaro, si celebra la prima Giornata Nazionale dedicata agli Stati Vegetativi, con la finalità di sollecitare nella opinione pubblica un'attenzione particolare per i nostri concittadini "grandi disabili" che versano in tale condizione clinica.

Superando ogni tipo di polemica, certi che, comunque la si voglia leggere, la vicenda di Eluana è una pagina dolorosa per tutti, cogliamo l'occasione per fare una riflessione proprio sugli "stati vegetativi". Anche con la speranza di trovare un terreno comune, condiviso da ogni "uomo di buona volontà", a favore del prendersi cura di queste persone, che in Italia si stima siano circa 2500.

L'alto livello tecnologico che la medicina ha raggiunto ha consentito di salvare un elevato numero di pazienti che, solo pochi anni fa, sarebbero stati votati o alla morte o a gravi menomazioni.

Nel 1952 si doveva ammettere che "i pazienti che subiscono lesioni cerebrali acute che li portano in coma raramente vivono più di qualche giorno o, eccezionalmente, due o tre settimane".

Questo scenario è radicalmente cambiato. Oggi, in Italia, sono circa 150mila le persone che vanno in coma a seguito di un trauma cranico; di questi circa il 15% muore, il 10% si salva riportando gravi lesioni neurologiche e lo 0,5% entra in Stato Vegetativo (SV). Il restante 74,5% può ritornare ad una vita normale o con disabilità non gravi. Se consideriamo le malattie cerebrovascolari acute, il cosiddetto "ictus", sono circa 180mila i pazienti che vengono colpiti per anno: il 20% muore, il 10% riporta gravi deficit neurologici, l'1% entra in SV ed il restante 70% circa può riprendere la propria vita, anche con qualche disabilità.

Questi i dati epidemiologici, ma per poterli correttamente comprendere è necessaria un rigoroso chiarimento dei termini. Che cosa intendiamo per "coma"? Il coma è uno stato di abolizione della coscienza e delle funzioni somatiche (corporee). Ciò significa che il paziente giace immobile, ad occhi chiusi, non risvegliabile, e non presenta risposte finalizzate (cioè congrue) evocate da stimoli esterni (dolorifici, acustici, visivi).

Che cosa intendiamo quando parliamo di "coscienza". Il concetto di coscienza può assumere significati diversi, a seconda del contesto nel quale viene utilizzato.

Il termine deriva dal latino "*cum-scire*", "sapere insieme", volendo connotare uno stato unificante i tre centri che nell'antichità si riteneva fossero le strutture proprie dell'uomo: il centro intellettuale, il centro sensitivo-motorio ed il centro emozionale. Il perfetto equilibrio fra i tre centri determina un

particolare stato interiore, definito appunto "*cum-scire*", "coscienza".

Con l'evolversi degli studi e con il variare delle discipline che hanno affrontato il tema della coscienza umana, i significati attribuiti sono variati, differenziati e, spesso, sovrapposti o contrapposti. Così in ambito psicologico, la coscienza è stata qualificata come l'esperienza soggettiva di eventi o sensazioni, che si contrappongono all'inconscio. In ambito psichiatrico è la capacità di separare l'Io dal mondo esterno; in ambito filosofico-etico è il discriminare fra il bene ed il male; in ambito religioso, il Catechismo della Chiesa Cattolica la definisce come "il sacrario segreto in cui l'uomo si trova solo con Dio". In ambito medico si sono formulate, e continuamente si formulano, definizioni di coscienza sempre nuove e diverse.

Al fine del nostro contributo, possiamo assumere le più recenti:

- è informazione integrata fra stati interni ed esterni;
- è funzione caratterizzata da consapevolezza di sé e dell'ambiente;
- è funzione che (al di là di un quadro patologico) perdiamo quando dormiamo e riacquistiamo quando ci risvegliamo.

Queste hanno il pregio della sintesi e della semplicità sufficientemente rigorose, evidenziando le due componenti essenziali della coscienza: la vigilanza e la consapevolezza.

Assumendo quest'angolo visuale, il coma è caratterizzato dalla mancanza di entrambe, mentre lo stato vegetativo è connotato dalla conservazione della vigilanza (il paziente ha gli occhi aperti e presenta una certa conservazione del ritmo sonno-veglia) e dalla "non evidenza" della consapevolezza di sé e dell'ambiente (non essendo in grado di comunicare con l'esterno).

Esiste, poi, un quadro clinico intermedio fra il coma e lo SV sopra descritto (che oggi definiamo "persistente"), in cui il paziente è in grado di esprimere una qualche limitata consapevolezza di sé e dell'ambiente, presenta una certa verbalizzazione (con risposte verbali o posturali, tipo sì/no) a stimoli esterni. Abbiamo definito questo quadro clinico "Stato di Minima Coscienza" (SMC), che può anche rappresentare uno stato temporaneo di evoluzione positiva dallo SV alla restituito *ad integrum*, più o meno completa.

Fino a 15 anni fa circa, la comunità scientifica descriveva in modo più perentorio lo SV, dichiarando la "perdita totale" (ed irreversibile) della consapevolezza.



Si usava anche una terminologia diversa, parlando di “morte corticale”, “coma vigile”, “sindrome apallica”: il denominatore comune era la convinzione della distruzione funzionale, completa ed irreversibile, della corteccia cerebrale, considerata la struttura anatomica portante la funzione della consapevolezza. Lo sviluppo tecnologico, nell’ambito sia della neurofisiologia sia della neuroradiologia (oggi denominata “neuroimaging”), ha consentito un approccio assolutamente diverso ed innovativo al tema dei “disturbi di coscienza prolungati”.

Possiamo parlare di “*Multimodal Brain Imaging*”, intendendo un approccio integrato fra tecniche di “visione” e tecniche di “funzione” nello studio del funzionamento del cervello, in particolare della corteccia cerebrale.

Sono quattro le tecniche più frequentemente utilizzate: PET (tomografia a positroni), fRMN (risonanza magnetica funzionale), EEG/TMS (elettroencefalogramma con stimolazione magnetica transcranica) e DTI (tomografia a gradiente di spostamento di molecole d’acqua).

Senza entrare in dettagli troppo specialistici, possiamo dire che con la PET siamo in grado di valutare il metabolismo cerebrale calcolando, l’utilizzo di glucosio radioattivo; con la fRMN l’attivazione funzionale di aree cerebrali in base al consumo di ossigeno; con EEG/TMS l’attività elettrica corticale e del tronco cerebrale (struttura essenziale per lo stato di vigilanza); con la DTI lo stato di lesione ed eventuale rigenerazione delle fibre nervose (assoni e dendriti) nella sostanza bianca.

Fermo restando che gli studi sono in continua rapida evoluzione ed è molto di più quanto ci resta da capire rispetto a quanto abbiamo già acquisito, qualche punto fisso, certamente innovativo rispetto alle nostre tradizionali conoscenze sul funzionamento del cervello, l’abbiamo certamente raggiunto.

Il primo “dogma” a cadere è stato quello che lo SV è caratterizzato dalla “morte corticale” o – peggio – dalla “morte cerebrale”, come qualcuno si è ostinato a dichiarare, con un’evidente superficialità anti-scientifica.

Sottoponendo persone in SV a protocolli di stimolazione passiva (acustica, visiva e dolorifica) abbiamo documentato che le cosiddette “aree cerebrali primarie” sensoriali (corticali e sottocorticali), bersaglio degli stimoli, sono attive ed attivate.

Per contro, le “aree secondarie” e le “aree associative” appaiono “spente”, cioè non attivate.

Per conseguire la consapevolezza piena di un certo stimolo è necessario che le aree primarie e le aree secondarie “si parlino” fra loro, comunichino le rispettive specificità sensoriali, dato che le “aree primarie” integrano la funzione del “sentire” (sensazione), mentre le “aree secondarie” la funzione del “percepire” (percezione).

Possiamo fare un esempio: gettiamo un sasso in uno stagno (stimolo); questo provoca un grosso tonfo nel punto di caduta (area primaria - sensazione), da cui partono onde che diffondono alla periferia (aree secondarie), ottenendo la classica immagine concentrica (percezione).

Che cosa avviene in un paziente in SV? Allo stato attuale delle nostre conoscenze, possiamo dire che “sente ma non percepisce”. Tornando alla metafora, è come se gettassimo il sasso nella neve: tonfo e buco iniziale (area primaria – sensazione) senza alcun onda di diffusione (aree secondarie - percezione). Ecco il significato di “sente ma non percepisce”.

Diversamente, un paziente in SMC “sente e percepisce”.

Ma che cosa intendiamo per “percezione”? Intendiamo un compito di integrazione sensorimotoria per cui – sottoposti ad uno stimolo, ad esempio dolorifico – innanzitutto lo sentiamo (sensazione) e, quindi, produciamo una risposta (percezione).

In questo modello, è come se un soggetto in SV fosse un “bersaglio passivo” di una stimolazione dolorosa, che non sarebbe in grado di elaborare sottoforma di risposta percepibile all’esterno.

Certamente il versante comunicativo della percezione è bloccato, ma nulla possiamo dire (ripeto, allo stato attuale dell’arte) di quanto avviene “ad intra”, cioè circa la “percezione interna” del paziente stesso.

Tutto ciò ci ha portato ad accantonare definitivamente il concetto di “assenza” di coscienza, propendendo verso il più prudente concetto di “non evidenza” di coscienza. Alcuni Autori hanno coniato la definizione di “coscienza sommersa” o di “coscienza frantumata”, il cui substrato anatomofunzionale è rappresentato da una deconnessione fra corteccia primaria e aree associative, multimodali e limbiche.

Purtroppo, ad oggi, non siamo in grado tradurre in evidenze strumentali scientifiche le numerose segnalazioni che ci giungono da quanti vivono a stretto contatto quotidiano con questi pazienti. Libri e giornali riportano centinaia di testimonianze di parenti e “caregivers” che riferiscono di avere avuto numerose “prove” di partecipazione attiva del loro paziente in SV ad eventi sensoriali

più diversi (da una voce ad una musica, da un pianto ad un sorriso, da un dolore ad un rumore, ecc).

Senza dubbio, un certo numero di queste segnalazioni possono essere il comprensibile frutto di emozione, suggestione, grande coinvolgimento affettivo che induce inconsapevolmente il parente a “vedere quello che non c’è”, ma sarebbe scientificamente colpevole sottovalutare tout court messaggi di questo tipo.

E’ lo statuto stesso della ricerca scientifica che ci impone di approfondire ancora e sempre di più: senza concedere nulla all’illusione o all’emozione, nessuna ipotesi di studio può essere scartata aprioristicamente.

La domanda sostanziale, la grande sfida neuroscientifica, si può così formulare: esiste un correlato neurale documentabile strumentalmente della coscienza, intesa come comunicazione interna? E, al contrario, quanto piccola deve essere un’area corticale per essere considerata certamente “non pensante”?

Sul piano strettamente pratico, questa mancanza di sicurezza assoluta circa la “non percezione” fonda il



dovere clinico e deontologico della somministrazione della terapia antalgica: in un paziente in SMC il trattamento contro il dolore è imperativo, così come lo deve essere in un paziente in SV in ottemperanza ad un giusto principio di precauzione (*“In dubio, pars tutior eligenda est”*).

Un altro “dogma” a cadere ha riguardato la stessa evoluzione clinica dello SV.

Nel 1994 la *MultiSociety Task Force on PVS* aveva decretato che uno SV che perdurava da più di tre mesi da un danno cerebrale anossico e da più di un anno da un danno cerebrale traumatico doveva essere considerato (e dichiarato) “permanente”.

La ricerca scientifica ed il progresso tecnologico ci consentono, oggi, di attenuare sensibilmente quell’affermazione: sono numerosi i casi documentati di “uscita” dallo SV verso uno stato di minima coscienza, così come molto numerosi sono i casi di errore di diagnosi fra SV e SMN.

Sulla base di queste considerazioni, la comunità scientifica ha accantonato la dizione “permanente” (oggi utilizzata più in termini ideologici ed utilitaristici che scientifici), assumendo un atteggiamento più prudente (si noti che dietro il concetto di “permanente” c’è il concetto di “irreversibile”) con il termine “persistente” o “prolungato”, che lascia la porta aperta all’ulteriore ricerca sia diagnostica che – speriamo – terapeutica.

In effetti, proprio i protocolli di *“multimodal brain imaging”* ci hanno svelato che il margine d’errore di diagnosi differenziale fra SVP e SMC è variabile fra il 18% ed il 43%, anche presso centri specializzati.

Due sono le necessarie conseguenze cliniche. Innanzitutto acquisire un atteggiamento di massima attenzione e rigore nella valutazione diagnostica al letto del paziente, che richiede una ricognizione ed un aggiornamento plurigiornaliero e continuo. A tale scopo è stato composto un protocollo diagnostico chiamato *“Coma Recovery Scale-R”* (nella cui composizione devono essere coinvolti parenti e *caregivers*), ad oggi, purtroppo, ancora poco utilizzato.

In secondo luogo, assumere sempre un atteggiamento di cura “attivo” nei confronti di queste persone, rifuggendo derive di rassegnazione o, peggio, di abbandono, fino ad invocare azioni eutanasiche.

Fermo restando il dovere di cura verso ogni paziente ed in ogni circostanza, escludendo ogni forma di accanimento terapeutico, come non trovare un ulteriore stimolo, scientificamente fondato, nella razionale speranza di un miglioramento clinico, fosse anche minimo o modesto?

Peraltro, considerato il rapido evolversi delle nostre conoscenze in tema di funzionamento cerebrale e di possibile rigenerazione neuronale (cellule staminali neuronali locoregionali) rendono impossibile porre un limite temporale oltre il quale si può dichiarare impossibile qualsiasi forma di recupero. Studiando uno degli ultimi casi di “risveglio” dopo uno SVP durato 19 anni (Terry Wallis), le indagini RMN/DTI hanno documentato che le fibre assionali danneggiate erano “ricresciute”, ricomponendo e riattivando networks neuronali bloccati da molti anni.

Un interessante studio svolto presso l’Università di Cambridge nel 2009 ha documentato che, sottoponendo soggetti in SV e SMC a test di condizionamento “negativo” (secondo lo schema di Pavlov), è documentabile una certa capacità di “apprendimento”, che non si ottiene nei volontari sani anestetizzati con Propofol.

Sono due reports di grande valore scientifico, da non assumere come certezze definitive, ma che devono veicolare – in termini non solo scientifici – la cultura di un diverso approccio agli “stati vegetativi”: da un atteggiamento passivo che pone queste persone nel novero dei “pazienti terminali”, a un approccio responsabile, fatto di cura e di terapia, verso persone con massima disabilità.

E’ in questa prospettiva che, volendo celebrare la prima Giornata Nazionale degli Stati Vegetativi e volendo rifuggire da ogni polemica o strumentalizzazione, l’Associazione Scienza & Vita fa propria l’esortazione che il Papa Giovanni Paolo II rivolse al mondo della cultura e della scienza: “I non credenti riflettano, i credenti riflettano e preghino; credenti e non credenti, insieme, animati da buona volontà, operino perché si realizzi nel mondo una grande alleanza tra fede e ragione”.

A favore di ogni uomo, soprattutto se “disabile”.



** Il documento, condiviso e approvato dall’Associazione Scienza & Vita, è stato curato dai Consiglieri nazionali Massimo Gandolfini, Direttore Dipartimento Neuroscienze e Primario Neurochirurgo - Fondazione Poliambulanza di Brescia, e Gian Luigi Gigli, Direttore della Clinica Neurologica dell’Università di Udine.*

Roma, 9 febbraio 2011



VINCOLATIVITÀ | È l'equilibrio del rapporto che scongiura l'eutanasia

IL MEDICO NON È UN BUROCRATE MA UN ALLEATO DEL PAZIENTE

di Luciano Eusebi*

Cio che il medico offre al malato non è soltanto un insieme di abilità applicabili sul suo corpo, ma il rapporto con una disciplina, quella medica, che è portatrice di criteriologie complesse d'intervento, elaborate sia sul piano dell'appropriatezza clinica, sia sul piano della ponderazione tra rischi e benefici, sia sul piano etico.

Solo in apparenza una medicina intesa come arsenale di strumenti dei quali il malato possa disporre a sua discrezione avvalorare il ruolo del malato medesimo. In realtà, lo priva della dimensione relazionale col medico (rendendo impossibile l'*alleanza terapeutica*) e, dunque, del bagaglio di esperienza, non solo tecnica, che la medicina costantemente matura. Lascia il malato solo e libera il medico, nel contempo, dal peso della riflessione sui criteri che debbano guidare le scelte riferibili a ciò che (tecnicamente) può fare.

L'effetto è un impoverimento: nessun malato potrà supplire alla ricchezza di elementi valutativi che la competenza medica può fornire. E, d'altra parte, di un medico che rinunci a interrogarsi circa le sue dinamiche comportamentali, proprio nel momento in cui queste conoscono un incremento vorticoso delle possibilità, c'è senza dubbio d'aver paura.

In realtà, si deve ammettere che il paziente, nel momento in cui chiede di beneficiare della medicina, non può non accoglierne determinate metodologie, che la fanno essere (anche) una scienza umana, piuttosto che un mero catalogo di atti praticabili sulla sfera fisica e su quella psichica.

Come il malato non è solo un corpo e, dunque, non è l'oggetto passivo degli atti di una figura professionale che sul corpo abbia potere, così il medico non è solo un esecutore di richieste provenienti da chi desideri certi effetti riguardanti il corpo (o da un rappresentante, un fiduciario, e così via), né mera parte negoziale nell'ambito di rapporti aventi contenuto del tutto potestativo.

Il medico non può attivare terapie sul corpo di un dato individuo senza interagire, di regola, con la persona che attraverso quel corpo si esprime: pertanto, deve muoversi nell'ambito di un dialogo informativo e ottenendo il consenso del malato. Ma

al medico non si può chiedere *qualsiasi cosa*, né con riguardo alle condotte attive, né con riguardo alle condotte omissive.

In particolare, non gli si può chiedere di agire per fini che siano diversi da quelli che gli assegna in via esclusiva il codice deontologico, cioè la tutela della vita e della salute e il lenimento della sofferenza.

Quindi, non può chiedersi al medico di agire *per la morte* del paziente. Come accadrebbe nel caso in cui si esigesse d'interrompere o disattivare un presidio terapeutico in atto, privando il medico stesso di qualsiasi valutazione sul contesto in cui quel presidio risulti praticato: vale a dire sulla sussistenza, alla luce di tutti i fattori in gioco, delle condizioni che rendano il trattamento del quale si discuta non più proporzionato.

E come del pari accadrebbe ove – con una *dichiarazione anticipata di trattamento* relativa al caso in cui il malato venga a trovarsi in uno stato d'incapacità – si prescrivesse al medico (a un medico non a priori identificabile) di stabilire sì una relazione col dichiarante, ma rinunciando *a priori* a certi presidi terapeutici: senza alcuna possibilità per il medico stesso di valutare, ancora una volta, il contesto complessivo attuale che possa rendere quei presidi proporzionati o non proporzionati.

In situazioni consimili la tipicità del ruolo medico verrebbe completamente meno e risulterebbe legittimata – è bene evitare infingimenti – l'*eutanasia* nella forma passiva (a parte, in questa sede, la questione inerente alla natura attiva od omissiva degli atti interruttivi): il che, del resto, non rappresenta per nulla qualcosa di meno dell'*eutanasia tout court*, in quanto nelle situazioni di precarietà esistenziale è sempre possibile far sì che la morte si produca privando il malato di qualcosa, piuttosto che intervenendo con atti idonei a cagionare il decesso.

Per la prima volta cadrebbe, su questa via, il principio per cui non può autorizzarsi dal punto di vista giuridico una cooperazione al fine della morte (cooperazione che invece non sussiste, è ovvio, quando si rinuncia a una terapia sproporzionata).



Ma nel contempo verrebbe meno l'*indipendenza* stessa del medico, quale titolare di una sfera di giudizio che fa capo alla sua specifica competenza professionale. Così che il medico verrebbe costantemente a trovarsi nella posizione di chi è assoggettato all'adempimento di obblighi (solo) contrattuali, se non addirittura all'adempimento di doveri impostigli unilateralmente dall'assistito.

Situazione la quale, si noti, finirebbe per rendere assai più temibile da parte del medico la prospettiva di essere chiamato a rispondere in sede giudiziaria per violazioni degli obblighi summenzionati (e, in genere, del consenso), che non per la *perdita* anticipata di un malato in condizioni precarie (data, fra l'altro, la difficoltà di provare l'efficacia causale, in tal caso, di un'astensione terapeutica). Con effetti dirompenti sul piano della medicina difensiva: in situazioni problematiche o a rischio di eventi avversi, potrebbe infatti ritenersi comunque meno pericoloso, sul piano giuridico, il *non fare*, cioè l'astenersi da un'offerta terapeutica, rispetto al *fare* (pur quando il *fare* appaia del tutto conforme all'indicazione medica).

Una prospettiva – quella del medico mero *esecutore* e privato dell'autonomia connessa alla sua professionalità – la quale risulta altresì favorita dai tentativi ricorrenti volti a limitare l'ambito applicativo dell'obiezione (o della *clausola*) di coscienza. Tema che investe, peraltro, l'intero ambito delle professioni sanitarie (dal farmacista, all'infermiere, all'ostetrica, ecc.).

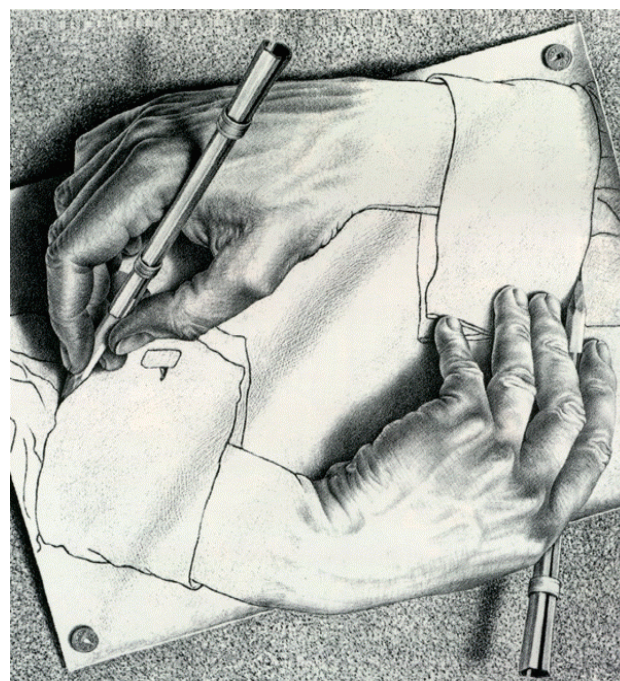
D'altra parte, proprio l'equilibrio del reciproco rapporto tra medico e paziente, tale da evitare l'assoggettamento dell'uno rispetto all'altro, garantisce che le decisioni mediche non siano prese sulla base di formalizzazioni burocratizzate, ma secondo un giudizio di proporzionalità dell'intervento terapeutico il quale davvero *tenga conto* – è questa la terminologia utilizzata, per esempio, nella Convenzione di Oviedo – di tutti i fattori rilevanti (si pensi per esempio all'incidenza degli stati psicologici): non esclusi i fattori stessi che il paziente abbia evidenziato in una dichiarazione anticipata.

E ciò protegge il malato dal rischio che il riconoscimento di diritti fittizi come quello di morire si risolva nella pressione psicologica a ratificare, come se fossero espressioni naturali della dignità personale, proprie *uscite di scena* che liberano la società dagli oneri dell'assistenza sanitaria quando non siano più recuperabili condizioni di piena efficienza fisica o psichica.

Rischio tanto più significativo alla luce delle posizioni disponibili ad ammettere la stessa richiesta di interrompere l'idratazione e l'alimentazione, con riguardo a situazioni patologiche pur non terminali né supportate da terapie intensive: vale a dire, l'interruzione di ciò che è necessario allo stesso individuo sano per vivere e che di conseguenza, non contrastando stati patologici, non costituisce terapia, ma cura di base. Non a caso, l'idratazione e l'alimentazione sono ordinariamente assicurate, finché il corpo ne possa fruire, anche nelle fasi estreme, a tutela della dignità dei morenti.

È quanto mai ambiguo, in sintesi, un clima culturale nel quale si prospetta all'opinione pubblica l'immagine di una medicina tendenzialmente disposta a congiurare ai danni del malato e dalla quale ci si dovrebbe difendere facendo valere *contro il medico* la propria autodeterminazione.

Si tratta di una visione in radicale antitesi a quella dell'*alleanza terapeutica*. L'autonomia del medico, che certamente esige alti livelli di coscienza professionale, è una garanzia essenziale di indipendenza della medicina rispetto agli interessi economici e ai condizionamenti politici: e lo resta, in primo luogo, per il malato.



**Professore Ordinario di Diritto Penale,
Facoltà di Giurisprudenza,
Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano;
Consigliere nazionale Associazione Scienza & Vita*



AUTONOMIA | Per un modello relazionale di beneficiabilità "allargato"

LA VICINANZA ALLA SOFFERENZA SENZA ABDICARE AL MANDATO DI CURA

di Claudio Buccelli*

Fino a qualche tempo fa la pratica medica era ancorata ad un modello di beneficiabilità della medicina in base al quale l'attività sanitaria era finalizzata all'intervento correttivo dei bisogni psicofisici del paziente anche al di fuori della stessa dichiarata volontà, in nome del suo preteso interesse e con una amministrazione complessivamente caritatevole delle informazioni circa il suo stato di salute e le necessità delle cure.

Ne conseguivano spazi di autonomia decisionale del malato nulli o piuttosto virtuali, non incoraggiati, né tanto meno garantiti dalle norme deontologiche, che solo con lenta gradualità hanno maturato, quale elemento di pregnante significato, il riconoscimento al diritto all'informazione come necessario presupposto per una consapevole autodeterminazione del paziente alla sua vicenda clinica. In seguito a quella rivoluzione di pensiero sull'argomento da più parti definita carne "copernicana", al centro della prestazione sanitaria vi è ora il paziente (con accanto, comunque, il medico), divenuto protagonista attivo e consapevole della sua storia assistenziale, che si sviluppa secondo i suoi responsabili intendimenti in relazione al flusso informativo ricevuto; ma dai dibattiti di dottrina etico-deontologica e dagli stessi incessanti approdi giurisprudenziali (per vero, oggi, prevalentemente civilistici) si registra il rischio imminente che il parametro di riferimento per la valutazione della validità dell'atto medico s'identifichi in maniera sempre più inesorabile nel rispetto - non sempre ineccepibile sul piano dell'efficienza diagnostico-terapeutica - delle opzioni espresse dal paziente piuttosto che della vantaggiosità dei risultati prodotti o conseguibili, con netta prevalenza degli aspetti deontologici su quelli tecnico-scientifici, aspetti pur tra loro intimamente connessi nella realizzazione di un equilibrato rapporto medico-paziente.

La qual cosa genera tensioni tra le rivendicazioni di autonomia decisionale del paziente e l'affermazione di potestà decisionali di cura del medico, che persegue scelte diagnostico-terapeutiche improntate alla maggiore convenienza per il paziente a lui affidatosi in consapevole coerenza dei contenuti etico-scientifici del suo sapere.

Si delinea in tal senso un conflitto tra principio di

beneficenza e principio di autonomia, che andrebbero tuttavia armonizzati nell'ottica di una prestazione efficace sotto il profilo medico-biologico e ad un tempo rispettosa dell'orizzonte valoriale del paziente per evitare un inopportuno ribaltamento di equilibri assistenziali che formalmente tutela il malato ma che alla fine può sottrarlo a considerevoli vantaggi sul piano dei risultati clinici.

Orbene, pur non essendo consentito alcun alibi per dubitare che il recupero di autonomia decisionale del paziente è un evento di incommensurabile positività per il rispetto della sua dignità e dei suoi diritti (peraltro a chiare note sancito dallo stesso art. 20 del vigente codice deontologico del 2006), non può non tenersi conto che la tendenza all'autodeterminazione del paziente non è mai veramente totale, sia per i perturbamenti psicologici talora devastanti su di essi determinati dall'impatto della malattia, sia per un istintivo bisogno (o solo anche desiderio) di guida e di protezione che questi avverte nella coscienza dello stato di malattia.

Pertanto il migliore modello di relazione interpersonale tra medico e paziente auspicabile non può essere, a nostro avviso, che un modello di beneficiabilità cosiddetto "allargato" (che è cosa diversa dal cosiddetto paternalismo debole), basato sull'effettivo recupero del rapporto fiduciario, in cui la ricerca del consenso non costituisce mero ossequio burocratico dei diritti del malato ma è finalizzata alla promozione di scelte consapevoli per la realizzazione di una piena funzionale "alleanza terapeutica".

In tal senso all'informazione va sostituita la comunicazione, che è forma personalizzata ed umanizzata della prima, doverosamente commisurata alla fisionomia psico-fisica complessiva ed alle dichiarate o solo intuibili sue capacità di recepire e validamente elaborare i messaggi informativi ricevuti.

L'espressione del consenso viene a rappresentare, così, il momento di arrivo di un graduale percorso informativo strutturato su un disponibile e sufficientemente protratto colloquio comunicativo che non lascia al caso, all'incomprensione o alla stessa condizionante sofferenza del malato importanti opzioni decisionali su eventi tecnici frettolosamente elencati con malcelato intento liberatorio.



Il che è in linea con la complessiva lettura degli artt. 33-35 del codice deontologico, che, pur sancendo l'obbligatorietà dell'informazione in luogo della sua passata enunciata facoltatività, stempera in qualche modo tale obbligo nella commisurazione di questa alla gravità della patologia e alle caratteristiche psico-culturali del malato.

D'altra parte non può essere dimenticato né sottaciuto che il medico ha a sua volta diritti decisionali e precisi spazi per poterli (e doverli) esercitare, tra cui rientra la possibilità della "clausola" di coscienza, strumento formidabile per la tutela della sua dignità professionale ed umana, sancito in tesi generale dall'art. 22 del medesimo vigente codice deontologico, ribadito dal C.N.B. nel parere del 28 maggio 2004 e giuridicamente individuato come vera e propria possibilità di "obiezione" di coscienza - nel più ampio contesto del personale sanitario - per l'Ivg (art. 9 L. 194/78) e la Pma (art. 16 L. 40/04).

In relazione a ciò il medico che si lasci suggestionare da pressanti sollecitazioni del paziente, come può accadere, ad esempio, per talune prestazioni della pratica odontoiatrica o di chirurgia estetica, aderendovi anche in assenza di effettivi motivi di opportunità tecnico-scientifica, si assume totale responsabilità di tali scelte anche se richieste con particolare insistenza dal paziente, posto che la riconosciuta autonomia della sua professione gli consente (e talora lo obbliga) di rifiutare trattamenti contrari ai suoi convincimenti scientifici e alla sua sensibilità etico-religiosa.

Nella prescrizione del trattamento terapeutico, il dettato deontologico riconosce al medico piena autonomia nella decisionale nell'applicazione e nella programmazione dell'iter dei presidi diagnostici e terapeutici, anche in regime di ricovero, fermi restando ovviamente, i principi della responsabilità professionale (non potendo non rilevarsi che l'odierna diffusa tendenza a dotarsi di linee guida e addirittura protocolli diagnostico-terapeutici collide fortemente proprio con il carattere di autonomia dell'agire medico minandolo surrettiziamente alla base).

Ne discende lo speculare diritto alla incoercibilità delle sue opzioni tecniche, salvo a risponderne per eventuali conseguenze dannose.

L'art. 13 del codice deontologico rende ancora più esplicito questo concetto, perché la potestà di scelta di terapia e di metodi innovativi o alternativi rispetto alle consolidate esperienze scientifiche è prevista nell'esclusivo ambito della diretta e non delegabile responsabilità professionale che non consente sconfinamenti nella indebita sperimentazione, nello sterile empirismo e nel vuoto soggettivismo.

In tema di prescrizione farmacologica viene legalmente riconosciuta al medico (L. 94/98) sotto sua diretta responsabilità, previa informazione del paziente e acquisizione di specifico consenso, di impiegare farmaci per indicazione, posologia e modalità di somministrazione diverse da quelle per le quali vi è stata autorizzazione al commercio (off-label), pur con le successive limitazioni imposte dalla

L. 296/06 a proposito delle terapie farmacologiche a carico del SSN se non nell'ambito delle sperimentazioni cliniche.

Emerge, dunque, anche una cornice deontologico-legale nel cui contesto trova adeguata collocazione quel modello relazionale di beneficiabilità "allargato", in cui, in maniera conciliativa, si promuove il bene del paziente nel rispetto della sua autonomia.

Ciò è quanto va affiorando negli stessi Usa, ove, dopo una travagliata esperienza di un modello di tipo autonomistico, si avverte la necessità di conversione operativa ad un rapporto di tipo paternalistico, inteso, però, nell'accezione da noi data al modello di beneficiabilità "allargato".

Ma se è vero che l'indipendenza intellettuale e la libertà scientifica del medico rappresentano diritti per lui irrinunciabili sui quali si fonda la vera e più elevata essenza della sua professione, è altrettanto vero che tale indipendenza è di fatto temperata dagli stessi precetti etici della professione, che impongono al medico, in un rapporto umanamente paritario con il paziente, una costante vicinanza a lui che lo spinga, proprio per le intrinseche finalità filantropiche della medicina, a fare più sforzi conciliativi verso i suoi intendimenti e comportamenti, non sempre oggettivamente orientati verso il suo bene, di quanto sappia o voglia fare lo stesso paziente.

In questo il medico, proprio perché medico, è svantaggiato perché per esser accanto al paziente in un auspicabile rapporto di eguaglianza deve talora saper rinunciare a qualche contenuto tecnico-scientifico della medicina nello stesso interesse del paziente, che non è solo malato ma anche persona, nell'ottica che la malattia non è semplicemente circoscrivibile in un concetto di natura biologica in quanto ha precise dimensioni umane.

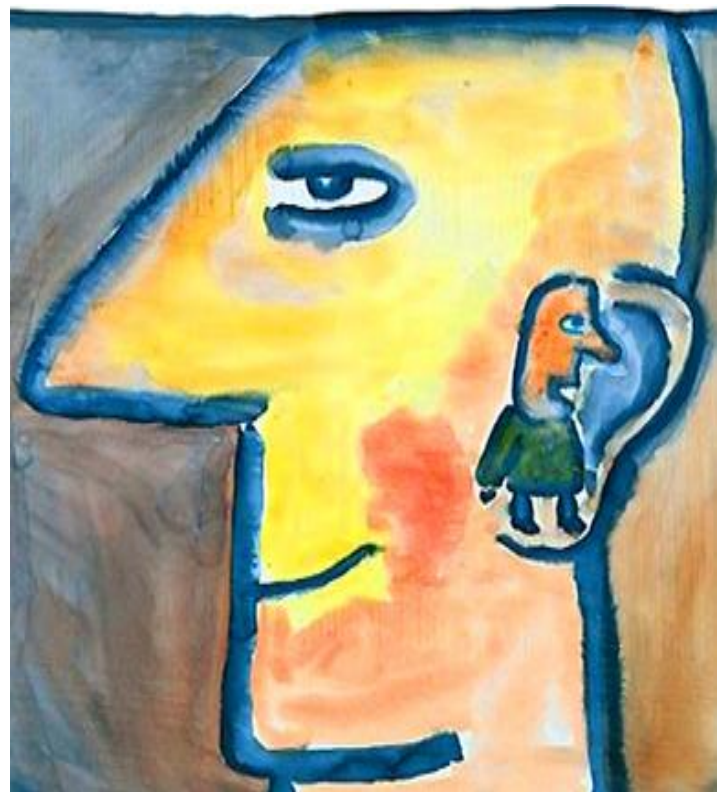
In tal senso trova piena condivisibilità il pensiero di Karl Jaspers citato da Cosmacini e Rugarli (2006): "il pensiero-guida dovrebbe esser questo: solo il medico che si relaziona ai singoli malati adempie all'autentica professione medica. Gli altri praticano un onesto mestiere, ma non sono medici".

Tutto ciò non significa, però ed ovviamente, che il medico debba abdicare (in ciò irragionevolmente rinunciando al suo diritto-dovere di autonomia professionale), in un malinteso spirito di vicinanza al paziente e alle sue sofferenze, al proprio mandato di cura nella più ampia accezione di assistenza aderendo a richieste di soluzioni dannose o peggio ancora di cooperazione per la morte.

E' sicuramente condivisibile che nelle cure del malato terminale sofferente prossimo alla conclusione della sua malattia il medico si impegni nei trattamenti palliativi, lenitivi del dolore e delle angosce del trapasso, anche quando vada ad incidere sulla durata della sopravvivenza, ma non si può comprendere né ritenere legittimo in senso etico, deontologico e giuridico, qualsiasi comportamento medico, omissivo o commissivo, finalizzato alla interruzione della vita anche attraverso la sospensione dei sostegni vitali (in alcune complesse circostanze pur sempre atti medici ma al tempo stesso atti doverosi di umana solidarietà nel



momento più acuto di bisogno biologico). Non può, infine, non riconoscersi il diritto del malato, se lo ritiene, a predeterminarsi attraverso dichiarazioni anticipate di trattamento, ma al di là di ogni considerazione circa l'opportunità di una loro definizione per legge, laddove il medico è comunque fortemente impegnato sul piano deontologico con espressi ed inequivoci richiami e divieti codicistici a non prevaricare mai e in alcun modo il malato, non può pensarsi che questi debba sentirsi od essere obbligato a seguirle quando non condivise, in stringente contraddizione con il suo ancestrale mandato di esercizio terapeutico utile e proporzionato alle reali esigenze del paziente.



** Professore Ordinario di Medicina Legale,
Università degli Studi di Napoli "Federico II";
Presidente Federazione Nazionale dei Comitati di Etica
(F.Na.C.E.)*



AUTODETERMINAZIONE | Una riflessione filosofico-giuridica

LA LIBERTÀ? È RISPETTO, LIMITE E RESPONSABILITÀ

di Laura Palazzani*

Nel dibattito bioetico spesso si ricorre alle espressioni ‘autodeterminazione’ e ‘autonomia’. Si tratta di termini, in senso generale, simili in quanto fanno riferimento alla ‘libertà’, quale capacità di un soggetto di scegliere tra atti alternativi in una stessa situazione. Ma la libertà è declinabile in modi diversi filosoficamente, con differenti implicazioni giuridiche. ‘Autodeterminazione’ è usato nel contesto di una visione libertaria, radicata in una concezione antropologica individualistica, che pone al centro il soggetto autosufficiente. E’ il senso radicale della libertà come scelta arbitraria della volontà: è la pretesa di pensare e fare tutto a partire da sé, senza accettare etero-determinazioni (ossia condizionamenti esterni). E’ l’affermazione della possibilità di decidere quale che sia la decisione, in modo unilaterale, insindacabile e indifferente rispetto ai contenuti, senza costrizioni e vincoli, nella convinzione che qualsiasi espressione di volontà sia equivalente a qualsiasi altra. La libertà incondizionata che si esprime nel “fatto” di scegliere qui ed ora, direttamente mossa dai desideri momentanei. La libertà così intesa non solo sceglie i modi di vivere da accettare o da rifiutare ma considera la vita stessa oggetto di scelta, in quanto il soggetto è considerato l’unica fonte di senso delle proprie decisioni. Nell’ambito delle questioni relative alla vita e alla morte, alla salute e alla malattia, questa visione della libertà radicale si appella al diritto della ‘privatezza’ delle scelte individuali ponendosi come assolutamente vincolante, considerando l’altro un mero esecutore passivo, acritico, meccanico. Si tratta di una visione radicale della libertà che non considera che l’uomo è sempre (sin dal momento in cui è concepito, fino a quando muore) un essere in relazione, inserito nella dinamica coesistenziale. La libertà non può essere un atto meramente autoreferenziale: ogni essere umano vive inevitabilmente ‘con’ gli altri; l’alterità ci precede (nasciamo da altri) ed è la condizione costitutiva della nostra identità (viviamo nella famiglia, nella società). La libertà è chiamata a misurarsi con la libertà degli altri. E’ in questo significato che la libertà si inserisce in una prospettiva universalistica che consente di comprendere il senso autentico della libertà: bisogna rinunciare a ‘tutta’ la libertà affinché la libertà sia di ‘tutti’. La libertà come autodeterminazione assoluta implica

inevitabilmente la negazione della libertà dell’altro: il significato autentico di libertà si delinea nel riconoscimento razionale e responsabile dell’altro come limite E’ nell’ambito della antropologia relazionale che si comprende il senso autentico della ‘autonomia’, che non va confusa superficialmente con la autodeterminazione: l’autonomia non è arbitrio della decisione, ma è scelta razionale, consapevole, competente nel riconoscimento del bene oggettivo-soggettivo della vita e della salute.

Riconoscere l’altro come limite alla propria libertà non significa solo ‘non danneggiare l’altro’, ossia non interferire con l’altrui libertà. Riconoscere l’altro come limite significa rispettare, ontologicamente, anche chi non è in grado di esercitare la propria libertà, a causa della immaturità di sviluppo, del decadimento fisico, di patologie permanenti e transitorie. Ogni essere umano è chiamato a fare posto all’altro, limitando la sua libertà, di fronte a qualsiasi uomo, solo per il fatto che ‘è’ uomo: l’eventuale esclusione di chi non esercita la libertà (non ancora o non più) significherebbe disuguaglianza, discriminazione, dunque negazione dei diritti umani. Al diritto non interessa che l’uomo dia prova e dimostri di essere libero: la dignità è un ‘dato naturale’ da riconoscere intrinsecamente, non una qualificazione estrinseca da attribuire. La libertà è responsabile rispetto agli altri e rispetto a se stessa. Anche la scelta di chi in modo lucido e competente dispone di sé, della propria vita e salute, è moralmente problematica: sia se richiede l’aiuto di altri (in quanto impone il proprio volere, non rispettando l’altrui libertà-responsabilità terapeutica), sia se non richiede l’aiuto di altri (in quanto introduce nella società una distinzione tra vite degne e non degne, ritenendo la propria non degna di essere vissuta).



* *Professore Ordinario di Filosofia del Diritto,
Lumsa, Roma;
Vicepresidente del Comitato Nazionale per la Bioetica*



VERSO L'OTTO MARZO 1 | Dall'emancipazione alla parità, suscitando le coscienze

SU COSA VOGLIAMO FONDARE IL POTERE DELLE DONNE?

di Paola Ricci Sindoni*

“**I**l potere alle donne!”, chiedeva a fine Settecento l'inglese Mary Wollstonecraft, avviando quel lungo e sofferto processo di emancipazione femminile che avrebbe visto, specie nella prima metà del Novecento, le penne di Virginia Woolf e di Simone de Beauvoir vibrare come spade, per sconfiggere secoli di emarginazione. Ma è soprattutto dagli anni Sessanta del secolo scorso che la coscienza delle donne in Europa si risveglia dall'antico torpore e attraversa tutti gli strati della società civile, diventando – come un fiume carsico che improvvisamente sprigiona le sue acque all'esterno – un grido diffuso, un'esigenza individuale e sociale, ormai pronta a rivendicare il diritto all'uguaglianza e il dovere di conquista della propria differenza. Momenti di forte tensione civile che avrebbero condotto, almeno in Italia, soltanto nel 1946 al diritto di voto e nel 2006 alle “pari opportunità”, sancite in ambito politico con la conquista delle cosiddette “quote rosa”. Questa intensa carica ideale non si è mai spenta, perché segnata nel nostro Paese da una generosa consapevolezza intellettuale e sociale: basti pensare al grande lavoro sul territorio da parte di due grandi associazioni come il cristiano Cif (Centro Italiano Femminile) e il marxista Udi (Unione Donne Italiane), oltre a una schiera di combattive intellettuali, da Carla Lonzi ad Adriana Cavarero. La comune convinzione di fondo era infatti quella secondo cui le battaglie ideali dovevano trasformarsi in strategie politiche e in un sistema legislativo, capace di garantire nuova visibilità all'“altra metà del cielo”.

Senza potere politico, insomma, l'importante opera di assistenza e di sostegno, portata avanti da un esercito silenzioso di donne nelle scuole, negli ospedali, nei collegi femminili, negli orfanotrofi, ma anche, sempre più, nell'industria e nell'agricoltura, sarebbe rimasto un lavoro prezioso e nascosto nella società civile, senza alcuna garanzia legislativa, senza visibilità pubblica. Da qui l'azione decisiva dei nostri Padri costituenti, che hanno aperto una strada ricca di virtuose potenzialità per tutti, uomini e donne.

E oggi? Il vento gelido della post modernità sembra aver attenuato la corsa di quel travagliato percorso storico, se è vero che, accanto a donne, responsabili del mondo industriale e sindacale, spiccano alla ribalta della sfera pubblica piccole figure di ragazze in cerca di guadagni facili e di rapida notorietà, ma la cui forza d'urto – il loro potere, insomma – si regge sulla capacità di seduzione e sull'uso calcolato della propria sessualità, che continua ad essere ingigantita dal potere dei mezzi di comunicazione.

La reazione di molte donne non si è fatta aspettare e, come si sa, ha riempito le piazze, dove si è gridato il rifiuto alla mercificazione del corpo delle donne, al mercato delle cariche pubbliche, alla rappresentazione *machista* della società italiana. Finalmente una prova di dignità, si dirà. Uno scatto etico contro la degenerazione del potere.

La realtà, però, è ben più complessa e va letta senza fretta e con maggiore attenzione critica.

Le italiane in piazza, infatti, riaffermando la propria differenza e l'importanza “di una sessualità femminile libera e consapevole” (come si è letto nel manifesto di “*se non ora, quando?*”) non hanno fatto altro che riaffermare – pur senza volerlo – la convinzione di quelle piccole figure che animano i salotti televisivi, le testate giornalistiche e i vari ambiti pubblici, forti del potere “libero e consapevole” del proprio corpo.

Nessuno può contestarne l'impatto emotivo o la potente carica di strumentalizzazione politica, come già da decenni aveva previsto Foucault. Né vale alzare la voce per proclamare virtù etiche ormai inascoltate. E' importante invece continuare a suscitare, specie nelle giovani generazioni, la coscienza per la preziosità del proprio essere, per le potenzialità del loro stare al mondo tramite pratiche di consapevolezza critica e di formazione permanente.

Quale potere, dunque, e a quali donne?

A tutte, naturalmente, quando si spendano a conquistare spazi di dignità per tutta la società civile, quando concepiscono il potere come strumento necessario per lottare criticamente e difendere la consapevolezza identitaria dell'universo femminile.



Quando utilizzano la loro intelligenza e il loro tempo per fornire ad ogni donna gli spazi necessari per armonizzare il lavoro di cura e quello professionale, quando capiscono che, specie oggi, lottare per la dignità della donna significa in primo luogo lavorare per la dignità della politica, per la sobrietà della classe dirigente, per il diritto che appartiene ad ogni uomo e ad ogni donna di pretendere che ognuno, con responsabilità pubbliche, miri soprattutto al potenziamento del bene comune.



Miss ANNA MUNRO, Secy. Scottish Council, 30 Gordon Street, Glasgow.

** Vicepresidente nazionale
Associazione Scienza & Vita;
Professore Ordinario di Filosofia Morale,
Università di Messina*



VERSO L'OTTO MARZO 2 | Due grandi intellettuali, oltre il loro tempo

PENSARE “AL FEMMINILE” LA FORZA DELLA “RESISTENZA”

di Giovanna Costanzo*

A pochi giorni dall'approssimarsi della più che celebrata festa della donna, vorrei ricordare il volto e la statura di due intellettuali – donne, Hannah Arendt e Agnes Heller, accomunate dall'aver fatto del proprio “genio femminile”, dall'essere *nate donne* non il punto di partenza per una presa di posizione politica o per l'elaborazione teorica della differenza, ma la vocazione verso un pensiero, che rifiutando di trincerarsi dietro i facili condizionamenti di ideologie e di appartenenze, si è lasciato *pro-vocare* dall'urto brutale della “contingenza” con il suo carico di crudele incomprensibilità. Entrambe messe alla prova dalla ascesa dei regimi totalitari, quello nazista per la Arendt, quello comunista di stampo stalinista per la Heller, hanno celebrato nei loro lavori, come *Vita Activa* e *Filosofia morale*, il congedo dalla filosofia tradizionale, colpevole ai loro occhi di non aver percepito il “buio del proprio tempo” e, per questo, di averlo reso “ancor più sinistro”. In particolare, Hannah Arendt nella sua feroce critica al ruolo privilegiato che la vita contemplativa ha tradizionalmente assunto sulla vita attiva, ha ritenuto il “pensare politicamente” come una scelta necessaria per cercare di comprendere “quello che è andato storto nella politica” dopo il disastro dei regimi totalitari e di due guerre mondiali. Centrale in *Vita activa* è, infatti, l'attenzione verso lo spazio dell'apparire, inteso non come l'amore fatuo per le apparenze, bensì come il luogo in cui si dà l'agire politico, consegnato alla fragilità di un inizio in cui ciascuno ha la possibilità di dare il senso della propria nascita ed affidato ad una narrazione per consentire che di questa fragilità ne rimanga memoria. Questa tensione, diremmo tutta *al femminile*, volta alla difesa della vita e alla costruzione di un mondo in cui il ‘pensare’ diventa il luogo privilegiato dove dar senso alla condizione più propria dell'uomo, che è quella di essere nato al mondo, e per questo chiamato, vocato ad un destino di pluralità e di condivisione, si riflette sia negli anni di apprendistato filosofico sia negli anni della maturità. Per Hannah nell'allontanamento dagli intellettuali tedeschi, colpevoli di non aver ostacolato l'ascesa di Hitler e nel suo trasferimento in America, dove si confronterà poi con altre questioni, come la

fondazione dello Stato di Israele o la contestazione studentesca; per Agnes nella contestazione ad uno stalinismo che negava ogni possibilità di vita dignitosa e che ha determinato la sua fuga dall'Ungheria, quando la repressione le aveva negato di alzare la voce. Entrambe fiere della propria nascita, tedesca o ungherese, entrambe leader di movimenti culturali nati per difendere libertà di pensiero e di azione, alla fine questi il percorso delle due pensatrici finisce per congiungersi, come in un ideale passaggio di testimone: Agnes Heller, infatti, va ad insegnare a New York, occupando la stessa cattedra che era stata di Hannah Arendt. Ed è in questi anni che si intensifica il lavoro della pensatrice ungherese, in cui lavorare significa ‘anche’ consegnare ai paesi occidentali l'esperienza negativa dei totalitarismi, sia di destra che di sinistra, offrire continuo materiale di riflessione per resistere alla possibilità che l'ombra di Hitler ritorni. In una delle sue opere più belle, *Filosofia morale*, vengono delineate sul modello aristotelico le virtù del buon cittadino, in cui coraggio civico, solidarietà, phronesis rimandano alla capacità di mettere in discussione ogni norma e regola che attenti alla libertà e alla dignità di ogni soggetto, specie se più debole ed indifeso. Quando, infatti, Agnes cerca e delinea un mondo, che a suo dire deve essere *oltre la giustizia*, significa che la giustizia non coincide solo con un corpo di leggi codificato da uno Stato, ma con la capacità consegnata ad ogni uomo di lottare per un mondo più giusto, laddove l'ulteriorità è la spinta ad andare profeticamente oltre il proprio tempo e la propria storia, intravedendo e immaginando nuovi percorsi. Se in questo ideale e breve viaggio tracciato attraverso due incredibili pensatrici, si è mostrata la loro capacità di resistere al buio dei loro tempi nel rigore del pensiero e nella tensione etica volta alla costruzione di un mondo più giusto, se condiviso; a noi resta in consegna la possibilità di renderlo più vero e l'auspicio che ci siano altre donne come Hannah e Agnes ad illuminare e a rendere meno fosca questa nostra epoca.



*Ricercatrice, Università di Messina



La Francia alla revisione della legge sulla bioetica

UNA NUOVA RIVOLUZIONE? AVANTI ADAGIO, IN CHIAROSCURO

di Ilaria Nava*

Primo sì al progetto di revisione della legge francese sulla bioetica. Il 15 febbraio il testo ha incassato 272 voti a favore, a fronte dei 216 contrari, nell'approvazione in prima lettura da parte dell'Assemblea nazionale. Una proposta di legge frutto di un lungo lavoro di confronto svolto attraverso gli "Stati generali della bioetica", una serie di consultazioni, dibattiti e confronti fra esperti e cittadini, avviata dal governo due anni fa in vista della revisione della legge. Le conclusioni, affidate a una commissione di esperti guidati da Jean Leonetti, padre della legge sul fine vita del 2005, sono state poi consegnate al Capo dello Stato per essere trasmesse al Parlamento. E' la stessa legge del 2004 a prevedere un aggiornamento periodico almeno ogni 5 anni. Per ora, l'impianto della vecchia legge sembra essere stato mantenuto, in linea con quanto auspicato dal ministro della Salute Xavier Bertrand, che ha dubitato della necessità di compiere una "rivoluzione in materia bioetica".

Resta invariato il generale divieto di ricerca sugli embrioni, anche se si allarga la maglia delle deroghe. Queste, infatti, erano finora ammesse solo a titolo di concessione per singoli progetti da parte dell'Agenzia di biomedicina (Abm) e soggette a scadenza quinquennale; ora invece le concessioni potranno anche assumere carattere definitivo ed essere concesse non solo per esigenze relative a "progressi terapeutici prioritari" ma anche per "progressi medici prioritari", ampliando così le possibilità di concessione. Il via libera può essere ottenuto solo quando "risulta impossibile in base allo stato delle conoscenze scientifiche, condurre una ricerca simile senza ricorrere a cellule staminali embrionali o a embrioni". Queste ricerche, però, saranno soggette a un controllo annuale. Una delle novità della proposta di legge, infatti, è proprio quella della redazione, da parte dell'Agenzia di biomedicina, di un rapporto annuale comparativo che metta a confronto i risultati della ricerca sulle cellule embrionali e quelli ottenuti dalle staminali adulte. Inoltre, è stata introdotta l'obiezione di coscienza per i ricercatori che non vogliono lavorare su embrioni umani.

"Si può scientificamente decidere di far nascere un bambino senza padre?" si era domandato il ministro della salute in una recente intervista, criticando l'approvazione del trasferimento di embrione post mortem. Malgrado il parere negativo del governo, quindi, la nuova legge permetterà il trasferimento di embrioni dopo il decesso del padre, se la madre ne chiede l'impianto entro i 18 mesi successivi alla morte.

Resta in vigore, invece, l'anonimato per i donatori di gameti e la funzione terapeutica e non "sociale" della fecondazione in vitro, che quindi resta riservata esclusivamente alle coppie eterosessuali affette da infertilità e non, invece, a quelle omosessuali o ai single. Un secco no, invece, per l'utero in affitto.

Relativamente alla diagnosi prenatale, ampiamente praticata soprattutto per la ricerca della trisomia 21, responsabile della sindrome di Down, la nuova legge introduce l'obbligo per il governo di redigere un rapporto annuale sui fondi destinati alla ricerca scientifica per questa patologia, e prevede che le donne avranno 7 giorni di tempo prima di decidere per l'aborto.

Più ampi i margini per le donazioni d'organo tra vivi, riservate non più solo ai familiari ma anche a chi abbia con il donatore "un legame affettivo stretto e stabile".





Feti o bambini? Se anche l'America liberal si interroga

QUANDO IL POLITICAMENTE CORRETTO NON È CONFUSIONE LINGUISTICA

di Giulia Galeotti*

«**S**tudy: *Surgery in womb can help babies with spina bifida*».

Rob Stein, The Washington Post, 10 febbraio 2011

Giovedì 10 febbraio 2011, sulla seconda pagina del *Washington Post*, un articolo di Rob Stein ha dato conto degli interessantissimi risultati raggiunti da uno studio condotto su 158 donne incinte di feti affetti da spina bifida, operati in utero tra la diciannovesima e la ventiseiesima settimana di gravidanza. Dopo due anni e mezzo dall'intervento, il 42% dei feti operati è diventato un bambino in grado di camminare, contro il 21% dei neonati su cui si è intervenuto immediatamente dopo la nascita. Il risultato è importantissimo: operare un feto affetto da spina bifida quando si trova ancora nel ventre materno (invece di attenderne il parto per intervenire) significa aumentare di ben due volte le probabilità che il futuro bambino sia in grado di camminare una volta nato.

Al di là del dato importantissimo (anche alla luce del fatto che la spina bifida è il problema statisticamente più diffuso ad interessare il sistema nervoso centrale), è interessante sottolineare il linguaggio che Rob Stein usa nel suo pezzo.

Mentre i diversi virgolettati degli studiosi citati parlano di feti, infatti, il giornalista che da anni sul *Washington Post* si occupa di salute e medicina, utilizza praticamente in tutto il pezzo il termine "babies" per riferirsi ai feti. Finanche nel titolo. Al di là della notizia, è dunque la scelta linguistica di Stein l'elemento che colpisce maggiormente. Nemmeno negli Stati Uniti, infatti, i termini *baby* e *fetus* sono sinonimi. Anzi, forse, in nome dell'ossessione del politicamente corretto, e del fatto che gli USA rappresentano molto probabilmente la comunità in cui il tema dell'aborto è maggiormente al centro del dibattito pubblico, in nessun paese i due termini vengono tenuti così marcatamente distanti.

Com'è noto, *The Washington Post*, fondato nel 1877 da Stilson Hutchins, divenne universalmente celebre nei primi anni Settanta grazie all'indagine di Bob Woodward e Carl Bernstein che, tramite il Watergate, portò alle dimissioni di Nixon. Da allora i suoi detrattori, lo hanno battezzato "Pravda on the Potomac" (sulle rive del fiume Potomac sorge la capitale statunitense).

Se anche nel campo della politica estera ed economica la testata ha spesso assunto posizioni conservatrici (sostenendo, ad esempio, l'invasione dell'Iraq nel 2003), dal 2000 il suo sostegno è

sempre andato ai candidati democratici, prima Kerry e poi Obama (con l'endorsement del 17 ottobre 2008). Così, sicuramente più di un lettore del quotidiano avrà arcciato il naso dinanzi alla terminologia di Stein, il cui pezzo non era collocato tra le opinioni e gli editoriali si badi, ma in seconda pagina, come cronaca.

Di certo, si tratta di una terminologia che ha colpito non poco la lettrice italiana. Noi abitanti della Penisola non siamo proprio abituati a tali "confusioni" linguistiche, a siffatte eloquenti violazioni del politicamente corretto. Specie quando in ballo v'è anche la disabilità. Certi lapsus non sono davvero ammissibili. Grazie Rob.



*Giornalista



Eggsploitation: un viaggio-verità tra le donatrici di ovuli

SE LE RAGAZZE SONO SOLTANTO “OVAIE CHE CAMMINANO”

di Andrea Piersanti*

Ecco i volti e le storie delle donne “donatrici di ovuli” che finiscono nel meccanismo tritacarne della fecondazione eterologa. Sono raccontate da un documentario americano che si intitola “Eggsploitation”, un gioco di parole fra ovulo (egg) e sfruttamento (exploitation). Il film, il 3 febbraio, ha vinto il premio come migliore documentario al California Independent Film Festival ed è stato presentato con successo al mercato del Festival di Berlino (10 – 20 febbraio). È stato scritto e realizzato da Jennifer Lahl, Presidente del Center for Bioethics and Culture. “Sono particolarmente contenta che il nostro film sia stato premiato proprio in California – ha detto la Lahl -. La California è considerata la capitale mondiale del turismo riproduttivo ed è bene che un film che tratta il tema dei rischi per la salute delle giovani donatrici di ovuli sia stato premiato proprio qui”. “Eggsploitation” racconta la storia di alcune ragazze, Calla, Alexandra e Cindy, fra le altre, che hanno sofferto conseguenze mediche molto gravi a seguito della donazione dei propri ovuli. “Fino a pochissimo tempo fa sul tema non si trovava nemmeno una pagina di letteratura scientifica, da sempre le cliniche rassicurano le donatrici sul fatto che i malesseri post-trattamento sono soltanto un disturbo da niente. Eppure “donare” i propri ovuli è un calvario”, ha scritto ad agosto dello scorso anno Valentina Fizzotti su Il Foglio in occasione della presentazione del documentario. I danni per la salute possono essere provocati, raccontano le ragazze nel documentario, dalle alti dosi di ormoni che è necessario assumere prima della donazione o dalle conseguenze dell'intervento chirurgico. Il film non è ancora arrivato in Italia ma sta già facendo il giro del mondo. È stato venduto e distribuito in 15 paesi, oltre al Regno Unito e agli Usa. La prossima primavera è previsto anche un tour di proiezioni in alcune prestigiose università: Columbia, Fordham, Yale, Notre Dame law schools, Loyola-Marymount, Boston College, fra le altre. “Per le cliniche queste ragazze sono ovaie che camminano”, dice Suzanne Parisian, ex dirigente medico della Fda. Cindy, una delle ragazze intervistate per il documentario, aveva bisogno di soldi e rispose ad un annuncio. Ha letteralmente rischiato di morire per poco più di un migliaio di dollari. Ad Alexandra, una ricercatrice di Stanford, sembrò meraviglioso aiutare un'altra donna a diventare madre. Ma ora, non solo ha perso la possibilità di avere figli lei stessa, ma si è anche già

ammalata di tumore al seno due volte. Come Jessica, morta di cancro a soli 30 anni. “Eggsploitation racconta i rischi medici della donazione degli ovuli con attenzione e senso della verità in ogni dettaglio ed è un atto di accusa devastante contro la mercificazione della donna e dei suoi ovuli”, ha detto Donald Landry, capo del Dipartimento di Medicina della Columbia University. Non si conosce il numero delle donatrici di ovuli negli Usa. L'unico dato certificato, al momento, è che nel 2007, solo negli Usa, sono stati portati a termine 17,405 cicli di IVF (In vitro fertilisation) e che il numero è destinato a crescere. Ma è il dato umano, alla fine, quello più impressionante. “Nastaya Kanatova ha tre bambini – ha raccontato il giornalista Steve Boggan il 16 dicembre 2010 nel suo servizio per il Daily Mail sulla fabbrica dei bambini -. Non sa se sono maschi o femmine, non ha idea del colore dei loro occhi e non ce l'avrà mai”. Nastaya fa parte della folta schiera di donne dell'Est Europa che da anni alimenta il traffico di ovuli nelle cliniche europee. “Mi dissero che erano nati tre bambini – ha raccontato la donna -. In quel tempo non avevo sentimenti particolari verso di loro. Stavo donando materiale genetico, nient'altro. Ma, quando il tempo passò, io mi ritrovai tormentata da domande senza risposta. Mi chiedo: Stanno bene? Sono felici? Perché alla fine non è solo biologia, non è vero? È anche un sentimento umano. Io ho dato loro la vita, e mi sento consumata dalla colpa”.



*Giornalista, Docente di Metodologia e Critica dello spettacolo, Università “Sapienza”, Roma



Congresso "Persona, sessualità, procreazione"

DOCUMENTO POST CONGRESSUALE

Il Congresso "Persona, sessualità, procreazione" - i cui lavori si sono svolti a Roma, presso il Consiglio nazionale delle ricerche il 21 e 22 ottobre 2010 - ha raccolto le riflessioni ed i contributi scientifici di medici, giuristi, antropologi, filosofi, sociologi, psicologi ed economisti, in una prospettiva orientata a sviluppare un esame interdisciplinare dell'argomento in esame. Il dialogo e la convergenza di competenze diverse, hanno consentito l'approfondimento in una visione complessiva dei problemi relativi alla sfera della sessualità e della procreazione, che costituiscono questioni di vitale importanza per l'individuo e per la società.

La sessualità rappresenta un aspetto fondamentale della persona, è la fonte della vita e della continuità delle generazioni. La differenza dei sessi, maschile e femminile, ha la sua base nella realtà biologica e non può essere considerata una mera costruzione sociale. In campo medico vi è assoluta convergenza nel riconoscere l'esistenza di una differenziazione dei due sessi, maschile e femminile, alla cui diversità è ancorata la procreazione, che richiede sempre l'incontro di un elemento maschile e femminile, indipendentemente dalla naturalità o dalla tecnica di fecondazione.

Di recente si sono affacciate ed affermate le espressioni: "identità di genere", intesa come costruzione sociale del modo di essere maschile e femminile; e "orientamento sessuale", inteso come variazione del naturale comportamento sessuale, che può essere articolato al suo interno come gay, lesbico, bisessuale, transessuale o altro.

L'uso delle espressioni "identità di genere" e "orientamento sessuale" tende a dare rilevanza unicamente alla persona intesa come costruzione sociale, relegando la diversità biologica in un ruolo sempre più marginale.

La distinzione di genere, pur entrata nel linguaggio comune e diffusa anche in ambito scientifico, è tuttavia priva di una base biologica, dal momento che l'osservazione della natura dimostra, in maniera inequivocabile, l'esistenza di maschi e femmine (vale a dire individui che presentano il set cromosomico XX, XY). Tutte le variazioni, siano esse a livello genetico, fenotipico o psicologico, anche se importanti a livello personale, non possono scardinare elementi basati sulla diversità biologica dei sessi.

Pur considerando l'orientamento sessuale nell'ambito della libera espressione dell'individuo, non si possono ignorare i costi umani e sociali che ne possono derivare com'è stato posto in evidenza dal Center for Disease Control di Atlanta, Georgia (USA).

<http://www.cdc.gov/nchstp/newsroom/msmpressrelease.html>

I mezzi di comunicazione di massa tendono ad equiparare ogni tipo di comportamento sessuale e ad affermare una visione non differenziata di "genere", senza proporre una riflessione sul significato antropologico della diversità biologica e sui i rischi derivanti dalla promozione di stili di vita disordinati, sia per la salute individuale che per la società.

Dal punto di vista giuridico va riaffermata, con forza, la dignità di ogni essere umano, indipendentemente dalla sua condizione, e l'uguaglianza nel godimento dei diritti e della protezione giuridica sempre e in ogni situazione.

Tuttavia proprio il principio di uguaglianza non consente di uniformare la disciplina giuridica di condizioni non omogenee nelle quali sia rilevante, come per il matrimonio, la diversità biologica. Inoltre il rafforzamento delle tutele sulla base dell'espressione della sessualità, come deliberato dal Consiglio d'Europa il 29 aprile 2010, rischia di costituire categorie

differenziate di soggetti, finendo con il creare per le stesse un elemento di diversità, o di determinare disparità di trattamento rispetto ad altre categoria di soggetti.

<http://assembly.coe.int/Mainf.asp?link=/Documents/AdoptedText/ta10/ERES1728.htm>

I risultati emersi dal Congresso inducono a riflettere ed a richiamare l'attenzione e la responsabilità della politica e delle istituzioni, nel non assumere indirizzi normativi che non trovino fondamento su sicure evidenze scientifiche, in ambiti nei quali la ricerca ed il dibattito sono ancora aperti, e che rischiano di diventare espressione di atteggiamenti ideologici e promozionali di comportamenti che costituiscono un rischio per la salute individuale e, qualora istituzionalizzati, un danno per la società.

Firme

Prof. Cesare Mirabelli, Ordinario di Diritto Canonico, Università di Roma Tor Vergata

Prof. Gaetano Frajese, Ordinario di Endocrinologia, Università di Roma Tor Vergata

Prof. Paolo Arbarello, Ordinario di Medicina Legale, Università di Roma La Sapienza

Prof. Gaetano Lombardi, Ordinario di Endocrinologia, Università di Napoli Federico II

Prof. Francesco d'Agostino, Ordinario di Filosofia del Diritto, Università di Roma Tor Vergata

Prof. Enio Martino, Ordinario di Endocrinologia, Università di Pisa

Prof. Fabio Pigozzi, Ordinario di Medicina Interna, Università di Roma Foro Italico

Prof. Walter Ricciardi, Ordinario di Igiene e Medicina Preventiva, Università di Roma La Cattolica

Prof. Giuseppe Benagiano, Ordinario di Ginecologia e Ostetricia, Università di Roma La Sapienza

Prof. Salvatore Mancuso, Ordinario di Ginecologia ed Ostetricia, Università di Roma La Cattolica

Prof. Roberto De Mattei, Ordinario di Storia Moderna, Università Europea di Roma

Prof. Alberto Gambino, Ordinario di Diritto Privato, Università Europea di Roma

Prof. Alessandro Finazzi Agrò, Ordinario di Biochimica, Università di Roma Tor Vergata

Prof. Antonio Spagnolo, Ordinario di Medicina Legale, Università di Roma La Cattolica

Prof. Carlo Federico Perno, Ordinario di Virologia, Università di Roma Tor Vergata

Prof. Giovanni Mazzotti, Ordinario di Anatomia, Università di Bologna

Prof. Pierfrancesco Grossi, Ordinario di Diritto Costituzionale, Università di Tor Vergata

Prof. Massimino D'Armiento, Ordinario di Endocrinologia, Università di Roma La Sapienza

Prof. Paola Ricci Sindoni, Ordinario di Filosofia morale, Università di Messina



SESSUALITÀ MATRIMONIO FAMIGLIA

Maurizio Pietro Faggioni
Ed. Dehoniane Bologna (2010), pp. 368, ISBN: 9788810505502, € 34,50

LIl testo che presentiamo si propone di esaminare in modo sintetico ma organico le questioni più importanti emergenti in ambito teologico morale sulla sessualità umana, il matrimonio e la famiglia. Sotto la spinta delle prospettive aperte dalle scienze umane e biomediche, in campo secolare, e dalle scienze bibliche, patristiche, dogmatiche e pastorali, in campo teologico, questo ambito della morale ha subito negli ultimi cinquant'anni una grande metamorfosi. Basta sfogliare e confrontare le pagine dei manuali preconciliari di morale e quelle delle trattazioni uscite dopo il Concilio, per rendersi conto di un clima nuovo e di un ampliamento di orizzonti con un'accentuazione delle dimensioni antropologiche, bibliche e pastorali della riflessione. La consapevolezza della relatività delle forme concrete che assume l'esperienza morale nei diversi contesti storico-culturali ci ha reso attenti a sottolineare gli elementi specifici e costanti che caratterizzano la comprensione cristiana del fenomeno sessuale nella sua relazione con la persona e con la sua nativa capacità di amare. Nella prima sezione del volume, dedicata agli aspetti storico-fondativi, esamineremo le forme che ha assunto il paradigma teologico di antropologia e di etica sessuale nelle diverse realtà culturali in cui il popolo di Dio si è trovato a vivere, e lo svolgimento della complessa vicenda storica di questo paradigma nel Vecchio Testamento, nel Nuovo Testamento e nella tradizione, fino a oggi.

[...] Nella seconda sezione del testo, divisa in due parti, abbiamo approfondito alcune questioni etico-pastorali alla luce della comprensione della sessualità, del matrimonio, così com'è annunciata e vissuta dalla Chiesa oggi. Vedremo la famiglia cristiana immersa nel contesto socioculturale odierno, minacciata dal relativismo, dall'edonismo, dall'instabilità, assumere un ruolo profetico e impegnarsi in un ridisegno che le permetta di rispondere sempre meglio alla sua vocazione di essere comunità di vita e di amore.

I grandi mutamenti che caratterizzano il nostro tempo, tanto nei paesi occidentali quanto nei paesi emergenti o in via di sviluppo, nel contesto di

problematiche tendenzialmente globali, hanno messo in discussione gli stili procreativi delle famiglie e hanno chiesto alla teologia di mettersi in ascolto del vissuto delle coppie cristiane non di rado in difficoltà quando si tratta di comporre concretamente il valore della generatività con altri valori basilari, come la salute o l'armonia coniugale. Le attuali difficoltà e il disorientamento, interni ed esterni alla coppia, si traducono nel moltiplicarsi di convivenze irregolari, nel dilagare della pratica del divorzio, nell'imporsi della consuetudine della convivenza prematrimoniale, situazioni che chiedono di essere comprese e affrontate con un'analisi attenta e verità misericordiosa.

Uno spazio piuttosto ampio sarà dato infine a una serie di questioni eterogenee che possono tuttavia essere accomunate sotto il titolo di disordini sessuali. L'espressione ha una valenza esplicitamente etica e vuole indicare tutta una serie di atteggiamenti e comportamenti che si trovano in più o meno marcata distonia rispetto all'esercizio autentico della sessualità e, in generale, rispetto al modello cristiano di antropologia ed etica sessuale. [...]



*Con il permesso dell'autore si riporta parte dell'introduzione.
Padre Maurizio Pietro Faggioni, docente di Bioetica,
Accademia Alfonsiana, Roma;
Professore invitato alla Pontificia Università Antonianum,
Consulatore della Congregazione per la Dottrina della Fede,
Consulatore della Congregazione per le Cause dei Santi.*