

Forum di bioetica

Gli scopi del Forum sono: suscitare un interesse culturale sui principi fondanti della bioetica e aprire il dibattito sui dilemmi etici dell'epoca moderna

NEWSLETTER

N. 48

GENNAIO 2008

Indice

PRINCIPI ETICI:

I contenuti del consenso: perché informare è così importante, di Pier Davide Guenzi

DILEMMI ETICI:

Le moratorie della pena di morte, di Paolo Rossi

Comitato di redazione

Dott. Cleto Antonini, (C.A.), Aiuto anestesista del Dipartimento di Rianimazione Ospedale Maggiore di Novara; Don Pier Davide Guenzi, (P.D.G.), docente di teologia morale presso la Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale, Sezione parallela di Torino; e di Introduzione alla teologia presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Milano e vice-presidente del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità" di Novara.

Prof. Paolo Rossi, (P.R.) Primario cardiologo di Novara

PRINCIPI ETICI

PIER DAVIDE GUENZI

I contenuti del consenso: perché informare è così importante

1. La questione del consenso informato come caso test della difficile comprensione del ruolo dell'etica nella pratica clinica

L'attenzione alla problematica specifica della comunicazione e dell'informazione nella prassi clinica investe, a titolo diverso, gli attori implicati nell'atto medico: medici ed equipe curante, paziente e, in talune circostanze, i familiari. Può rappresentare un punto privilegiato e un caso-test per interpretare il senso di una riflessione etica in ambito medico.

L'interrogativo fondamentale verte sulla specificità di un approccio etico, i cui caratteri spesso assumono connotati imprecisi e sfuggenti, quasi come auspici ed astratte formulazioni di istanze non ben inquadrabili dentro il casellario proprio dell'agire tecnico operativo medicale. Tale questione risulta particolarmente viva in riferimento all'oggetto di questo intervento, il cui campo problematico, in prima approssimazione sembra da attribuire al semplice profilo deontologico (o medico legale) che, è noto, fissa i limiti (e i lineamenti) della professione medica secondo uno standard centrato sulla dimensione beneficiale, ma sempre più in correlazione con la sensibilità contemporanea per l'espressione e la tutela dei diritti dei soggetti implicati nella prassi e con una spiccata sottolineatura per la tematica dell'autonomia decisionale del paziente. Ugualmente la stessa deontologia medica si confronta con la più recente acquisizione dell'inquadramento della prassi terapeutica in una prospettiva di tipo sociale, come segnalato dal terzo principio bioetico, la giustizia, che sottolinea un equo accesso e distribuzione delle risorse disponibili e inquadra l'atto medico in più precise ricadute sociali, non solo di tipo economico, ma anche connesse con l'educazione civile alla richiesta e all'offerta di beni, come quelli connessi alla sanità, per loro natura limitati.

Inoltre la questione sembra assorbita dalla prospettiva psicologica, tesa a sviluppare le modalità ottimali del dialogo, alla luce della dinamica comunicativa che attraversa l'esistenza di ogni uomo e alla sua specifica contestualizzazione nella peculiare tra operatore sanitario e paziente.

L'approccio psicologico-relazionale e il corrispettivo nodo deontologico, soprattutto quando sorretto, come nel caso specifico, da precisi riferimenti legali e giuridici, sembrano così rendere superflua l'attenzione e la specificità di un discorso etico sul consenso informato. La questione, secondo la mia ottica di lettura, tuttavia deve collocarsi all'interno di un triangolo interpretativo che pone il consenso informato su

piani diversi: il livello relazionale, il livello giuridico e quello etico. L'incomunicabilità e l'incomprensione reciproca di tali piani o la sottolineatura unilaterale di uno, a discapito degli altri, non rappresenta certamente la situazione ottimale. In realtà questi tre livelli non sono alternativi, ma portano ad una migliore comprensione l'interpretazione del valore del consenso informato solo se strettamente integrati tra loro.

Un'enfasi sul profilo giuridico-legale, come noto, è operante nell'interpretazione attuale del valore del consenso informato e dunque indirizza verso una sua comprensione riduttiva. Va comunque fatto notare che tale riduzione è anche conseguenza di una sempre più diffusa interpretazione giuridica del rapporto tra medico e paziente, derivata dalla tradizione anglosassone. Per questo, nota con finezza il bioeticista Salvino Leone, «il consenso sta subendo un pericoloso processo di giuridicizzazione riducendosi a una firma da mettere in calce a un modulo più o meno ben compilato. Tutto questo viene visto dal medico come un pesante e pressoché inutile carico burocratico che nulla aggiunge al suo rapporto con il paziente, ma, semmai, introduce un elemento di possibile sfiducia o di una qualche limitazione della sua libertà decisionale». È messa in luce una possibile conseguenza paradossale legata alla prassi della ricezione del consenso informato: da strumento che sancisce una fiducia costruitasi attraverso la relazione e, che, in modo consapevole prende atto dei limiti, dei rischi e dei benefici connessi ad ogni atto medico, a elemento che sancisce un atteggiamento di reciproca diffidenza tra il medico e il suo paziente e ipoteca la qualità della prestazione sanitaria.

Ritengo che questo tipo di visione non corrisponda a una corretta concezione della stessa funzione legale, la quale, delimitando la responsabilità degli agenti di fronte alle possibili conseguenze, si contenta di fissare il limite inferiore della configurabilità giusta di un rapporto umano, ma restando aperta, e questo è l'ambito specifico dell'etica, nel mostrare la figura eccellente di tale rapporto, e della psicologia, nel formare a tale eccellenza. L'attenzione propriamente etica al tema del consenso informato si caratterizza per significare la prassi medico-sanitaria alla luce di una corretta assunzione dei paradigmi di rispetto e responsabilità, non ristretti alla pura imputabilità giuridica delle proprie azioni, ma per quanto di originario nella relazione umana tali categorie rivestono. Sotto questo profilo lo strumento del consenso assume la funzione di "oggetto simbolico" in grado di richiamare la qualità relazionale propria dell'atto medico nella sua forma di "alleanza terapeutica" contratta tra soggetti umani e il cui senso è da entrambi condiviso e perseguito. Il contributo psicologico, esplorando la tipicità di tale relazione e ricercandone la sua modalità ottimale, ricorda a questo proposito che la relazione non deve essere data per scontata, ma può e deve essere costruita e ricercata dentro la quotidiana prassi clinica. La dimensione giuridica, comunque importante, entro cui si tende a codificare la validità e la tipicità dell'espressione del consenso, non esaurisce in sé la potenzialità etica e comunicativa connessa al consenso informato, ma sta a richiamare, nella sua peculiare ricerca di procedure corrette, un elemento proprio della normatività: «se tutti fossero in grado di recepire e vivere le norme – nota ancora Leone – non ci sarebbe bisogno di formalizzarle. Se questo viene fatto è perché una stesura scritta e sottoscritta costituisce un maggiore impegno al suo rispetto e alla diffusione della sua prassi. Naturalmente questo

non esclude che vi siano anche risvolti giuridici, spesso di grande delicatezza, ma non bisogna mai dimenticare che l'istituto del consenso è etico ancor prima che giuridico e se assume una dimensione legale questo avviene solo in virtù di una sua coerenza etica e non viceversa». Il consenso, all'interno di tale prospettiva relazionale, non sarà allora compreso né come un elemento meramente burocratico, del cui valore si continua a dubitare da parte degli operatori sanitari, né come pura espressione di un sistema incrociato di diritti da esprimere (da parte del paziente) e di tutele da assumere (da parte del medico) e normativamente stabilite, ma come atto sintetico-simbolico di una relazione costruita tra soggetti non indifferenti, né ostili, ma impegnati reciprocamente con un atto fiduciario in vista del raggiungimento di un fine soddisfacente per entrambi.

Una concezione etica del consenso pone, dunque, attenzione a non ridurre in senso procedurale o meramente contrattualistico l'atto medico, finendo per assolutizzare la volontà decisionale del paziente e vincolando ad essa l'operato del medico. Come noto questo tipo di visione è soggiacente ad alcune proposte teoriche della bioetica contemporanea, che, muovendosi da punti di vista diversi, tendono, coerentemente con i loro presupposti, a connotare il consenso secondo accentuazioni proprie. La prospettiva liberale, che fa perno sulla rigorosa affermazione del primato dell'autonomia (autodeterminazione) del paziente, vede nella pratica del consenso il modo migliore per rispettare tale autonomia. In particolare, secondo Engelhardt, che parte dall'assunto della non piena comunicabilità e comprensione dei presupposti valoriali operanti in ciascuno dei soggetti impegnati nell'atto medico (sanitario e paziente), il consenso riveste una riduttiva figura «di atto notorio che sancisce un patto tra due volontà autonome che arrivano alle loro conclusioni su ciò che è meglio fare, partendo da presupposti non condivisi e che non è necessario comunicarsi». Inteso come procedura formale l'atto di consenso rappresenterebbe l'unica "garanzia" di tutela dei due soggetti pensati come individui autonomi e destinati, a motivo di presupposti valoriali diversi, a permanere nella loro incomunicabilità, condizione solamente aggirabile attraverso accordi e procedure minimali chiaramente fissati, di cui il consenso all'atto medico è peculiare espressione. Nell'ottica utilitarista, invece, questo strumento tende ad essere compreso come garanzia del soddisfacimento delle preferenze proprie del paziente, cui l'azione del medico è chiamata a misurarsi come criterio tendenzialmente e riduttivamente unico per la garanzia della sua eticità.

Una differente impostazione, quella sviluppata in queste pagine, suggerisce di collegare l'espressione del consenso all'attuarsi del rapporto fiduciario in ambito clinico, portando alla luce la dignità propria del paziente nel disegnare con il suo sanitario il percorso di cura più appropriato alla propria condizione e più adeguato in ossequio all'arte medica di cui dispone il suo curante.

Il nodo etico, prima che sulla criteriologia corretta nell'espressione del consenso, si situa nella correlazione tra bene e libertà come dimensioni reciprocamente integrate nell'atto medico. Ciò che viene sottoposto a consenso costituisce un'azione mirante ad uno specifico bene per il paziente. Tale bene è individuato dal medico a partire dalle possibili opzioni che si rendono necessarie all'interno di un percorso di cura (e della sua evoluzione) proposto al paziente. Questo bene "oggettivamente quantificabile" secondo la statistica medica, tuttavia diventa "soggettivamente qualificato", quando incontra la libertà del paziente che vi aderisce con la propria decisione (comunque aiutato a comprenderne la sua entità da parte del medico),

scegliendolo come migliore possibilità per sé. Posto in questa prospettiva l'atto medico sfugge alla deprecata "tirannia" di un'applicazione meccanica (o unicamente confliggente) dei due principi bioetici di beneficiabilità e di autonomia. L'assicurazione di un bene particolare espresso in un'azione in favore del bene complessivo del paziente, caratteristica dell'agire del medico, non è compiutamente raggiunta, né pienamente espressa se non tiene conto dell'altro indubbio bene da assicurare nella relazione umana: il riconoscimento e la tutela della libertà del paziente, cioè della persona dell'altro per il quale tale atto è espressamente dedicato.

L'intreccio bene-libertà e le sue variabili rende così ragione di possibili modulazioni differenti nella relazione medico-paziente.

Il *paternalismo*: tale modello sottintende il principio etico primario egemone della beneficiabilità che giustifica anche eventuali coercizioni in nome della salvezza del malato, altrimenti improponibili in qualsiasi altro tipo di relazione umana, e che, dunque, pone in secondo piano la valorizzazione della stessa competenza collaborativa del paziente, con una conseguente relatività del problema informativo sulla terapia e sull'esito diagnostico.

Il *contrattualismo*: che pone in modo deciso un'enfasi sulla libertà, senza considerare in modo adeguato il fine dell'azione. Tuttavia, radicalizzando questo modello il medico corre il rischio di smarrire il suo ruolo fiduciario nei confronti del paziente il quale, a sua volta, rischia di cadere in una situazione di incertezza vedendosi attribuire il peso di una decisione, senza avere i criteri necessari per poterla compiere in modo consapevole. In altri termini l'arroccamento sulla polarità della libertà, rischia una miope interpretazione del bene come fine dell'azione, limitandosi alla garanzia della libertà di scelta.

Questi due modelli pongono rispettivamente le istanze etiche primarie del bene (il primo) e del rispetto della libertà (il secondo), ma in una forma che rende difficile la reciproca integrazione. Un terzo modello pone l'intreccio bene-libertà come polarità continuamente raggiunte attraverso la densità comunicativa dell'atto medico. La comunione operativa, l'attenzione alle istanze soggettive di ciascun partner dialogico, si salda con l'attenzione ad aspetti oggettivi, che definiscono il bene integrale del paziente come ambito dell'agire medico, e con la libertà-responsabile del paziente di progettare il proprio percorso terapeutico e di aderirvi. Nell'intreccio di bene-libertà si sviluppa un modello di "*alleanza terapeutica*" che considera il malato come persona libera (in grado di esprimere la propria adesione nel processo di cura), ma anche che esprime la modalità di questa relazione nell'assicurazione del bene del paziente attraverso criteri di tipo oggettivo (comunque da interpretare in situazione attraverso il criterio della proporzionalità del trattamento). Medico e paziente sono alleati in vista della definizione, negoziabile secondo il criterio di proporzionalità, della misura appropriata della prassi terapeutica. In tale forma l'attenzione dialogica, come stile di conduzione (e dunque come arte da apprendere, anche sotto il profilo psicologico), ma più radicalmente come dimensione che valorizza le due persone, assume un rilievo etico fondamentale, acquista un rilievo assiologico peculiare, ben sintetizzato dal filosofo Hans-Georg Gadamer a partire dalla caratteristica dialogica tradizionalmente appartenente alla relazione terapeutica, intesa come una forma particolare di quella quotidiana del dialogo interpersonale: «il colloquio che deve svolgersi tra medico e paziente non deve avere soltanto il significato di anamnesi. È una forma di dialogo modificata che risulta altrettanto necessaria perché il paziente desidera ricordare se stesso ed ha bisogno di parlare. Spesso si realizza quindi ciò che il medico cerca di ottenere, ossia che il paziente dimentichi di essere un malato bisognoso di cure. Quando si comincia a conversare,

come noi comunichiamo normalmente attraverso il dialogo, viene stimolato il costante bilanciamento del dolore e del benessere e anche il recupero dell'equilibrio, che si ripete costantemente. In tal modo il colloquio può divenire molto utile nella situazione di tensione creatasi tra medico e paziente. Tuttavia si può avere successo solo se accade esattamente ciò che sperimentiamo anche nella vita quotidiana, ovvero se viene avviata una conversazione nella quale nessuno ha il sopravvento in quanto è il dialogo a coinvolgerci tutti».

Questa osservazione va integrata tenendo conto della particolare natura del dialogo medico-paziente che non si pone come perfettamente simmetrica (nel senso di partners uguali), e dunque conserva, in forza di ruoli e situazioni particolari propri di ciascuno degli attori, un non perfetto bilanciamento. Tale asimmetria tuttavia può intendersi come una condizione iniziale e non conclusiva del rapporto che può evolvere verso una maggiore integrazione reciproca tra i partners, attraverso il miglioramento del rapporto fiduciario; integrazione reciproca che non annulla, ma porta in luce la specificità di ciascuno. In tale quadro l'autonomia del paziente e la sua relativa compartecipazione decisionale non è un semplice presupposto a monte della relazione, ma si pone come esito di un processo di educazione e di crescita che chiama in causa, in forza dell'autorevolezza del loro ruolo, il medico e l'operatore sanitario. L'autonomia decisionale diventa un principio ispiratore una prassi di consapevolizzazione del paziente, più che un astratto diritto, fautore di comportamenti e relazioni di tipo burocratico.

Elemento sensibile di questa dimensione non pienamente simmetrica da tenere in considerazione nella ricerca del consenso informato è la differente visione propria della malattia da parte del medico e del paziente. Tali visioni nell'atto del consenso cercano di avvicinarsi in vista di una reciproca integrazione. Ne dà una suggestiva esemplificazione Marco Segala: «il professionista sanitario ha prospettive scientifico-culturali vaste, specialistiche, ipertecnologiche, possiede metodologie di ragionamento cartesiane (basate sull'evidenza), riflette spesso in termini probabilistici, vede il processo di malattia come una serie di elementi fiopatologici, come lesioni di organi, come complesse relazioni causa-effetto, come impercettibili reazioni biochimiche. Il paziente vede la propria malattia come alterazione del proprio mondo, dei suoi affetti, come improvvisa presa di coscienza della non invulnerabilità. [...] Due approcci completamente diversi, il cui punto di incontro (il progetto di cura) deve ogni volta essere reinventato, pesato, misurato». Dentro tale percorso il consenso informato si pone come tappa per focalizzare l'incontro dei due partners.

La cultura del consenso, tuttavia, trova elementi di dubbio e di resistenza non solo sul versante del medico, come già ampiamente rilevato, ma anche su quello del paziente. Ne dà esauriente esemplificazione Giannino Piana: «sono molti infatti coloro che hanno tuttora una certa diffidenza verso il medico che li mette al corrente di quanto intende fare chiedendo collaborazione, mentre nutrono cieca fiducia in chi non si preoccupa affatto di coinvolgerli. La domanda di consenso è spesso percepita come una perdita di autorità del medico – si pensi al caso dell'indicazione di due trattamenti in assenza di un'esplicita preferenza – o fa talora insorgere nel malato il dubbio che l'interesse del medico sia più finalizzato al progresso della scienza (e alla propria autoaffermazione) che al buon esito della terapia individuale». In altri termini, l'attenzione alla relazione medico-paziente, richiamata dal valore propriamente etico del consenso informato, pare nascondere un'insidia mai sopita: quella per cui una forma di tale relazione di tipo impersonale e funzionale sia in realtà una forma reciproca di sicurizzazione per evitare non solo al medico, ma anche allo stesso paziente, di scendere ad

un livello più profondo di sé: «l'impersonalità diventa seducente anche per il paziente, per il quale un rapporto più personale con il medico, con l'invito ad appropriarsi della propria malattia, potrebbe comportare un insostenibile confronto con il proprio *stile di vita*». Di questa possibilità era consapevole, già negli anni '50, il medico-filosofo Karl Jaspers quando sottolineava l'indisponibilità del malato ad un rapporto ragionevole col medico: spesso «il malato non vuole sapere, bensì obbedire. L'autorità del medico è un gradito punto fermo che lo dispensa dalla riflessione, dalle responsabilità proprie».

2. L'implicito nell'espressione "consenso informato" e i suoi requisiti etici

Come noto l'aggiunta dell'attributo dell'informazione all'assenso alla pratica medico-clinica ha segnato una svolta nella conduzione del processo terapeutico, includendo come elemento caratterizzante l'atto medico anche l'offerta di informazione al paziente circa quanto attuato sia a livello di metodica che di benefici e rischi ad essa connessi. Non sono mancate osservazioni sull'enfasi propria di tale espressione: "Come ci può essere un consenso se non sulla base della conoscenza di quanto viene attuato?".

L'espressione ha una indubbia pertinenza se si tiene come punto terminale il consenso inteso non semplicemente come un puro accordo procedurale, ma come documento che sancisce l'avvenuta adesione del paziente alla terapia prospettata e della comprensione da parte del medico della volontà di chi si affida alla sua competenza. La firma di un modulo, così, sottintende il reciproco ritrovarsi dei due soggetti in un significato comune per l'atto che viene a compiersi. Se l'atto di consentire indica il fine, il processo di comunicazione rappresenta la modalità per pervenire a tale fine e, in esso, l'elemento di informazione rappresenta un presupposto indispensabile per il suo raggiungimento.

La coppia *comunicare-informare* pone a confronto due grandezze differenti, o più precisamente porta l'attenzione su un possibile limite dell'informazione scientifica e diagnostica: quello di sganciare l'accuratezza e la precisione del contenuto dalla forma (comunicazione) in cui esso si dà, per divenire verità condivisa tra gli attori dialogici. Le regole della struttura comunicativa interpersonale collocano la quantità dell'informazione all'interno di una particolare qualità comunicativa che tiene conto delle reciproche soggettività nel loro disporsi alla comunicazione e del contesto, relazionale ed ambientale, in cui viene a prendere forma.

L'attenzione al processo comunicativo, all'interno del quale avviene l'informazione specifica e si raggiunge il consenso, può essere meglio compreso se si assume la pregnanza del termine "comunicazione". Esso richiama un movimento bilaterale tra due partners in vista di un "*munus*" condiviso. Una corretta interpretazione del consenso informato, così, domanda di essere compresa come atto non unidirezionale che indirizza il flusso di informazione da un soggetto che conosce ad un altro pensato unicamente come destinatario. Nell'atto comunicativo si attua un accrescimento di comprensione da parte di entrambi i soggetti, il paziente e il suo curante. Il "*munus*", il "dono-compito", condiviso tocca entrambi, responsabilizza i due soggetti, li porta entrambi ad un livello di consapevolezza che non è quello della situazione iniziale. Se questo è evidente per il paziente, che accede ad informazioni circa la propria condizione, prima non disponibili, lo è anche per il medico. Egli non semplicemente dà informazioni, ma assume una maggior consapevolezza che il destinatario del suo atto non è un generico soggetto umano, bensì quella persona a cui propone l'adesione ad un atto clinico. Tale accrescimento di consapevolezza, così, è pensabile in una proposta di

consenso che, in alcune pratiche più delicate e invasive, domanda un adeguato tempo di riflessione. Le stesse indicazioni, a volte solamente riportate sui moduli in ossequio agli elementi formali del consenso, come ad esempio "prenda tutto il tempo necessario per decidere" oppure "il suo medico curante discuterà con lei le opportunità terapeutiche", domandano di essere realizzate in verità, tenendo conto di uno spazio sufficiente tra la proposta dell'informazione e la ratifica del consenso. Un tempo cioè che non sia troppo breve, per consentire una maggiore chiarificazione di quanto connesso alla procedura, ma anche non sia troppo lungo, con il rischio di porre troppa distanza tra la definizione della volontà del paziente e la sua attuazione.

L'accostamento dell'informazione alla qualità comunicativa pone, inoltre, attenzione ad evitare due rischi possibili per estremizzazione di uno dei due aspetti. Il primo è quello di comunicare senza informare: «La comunicazione si ingorga quando si decide, per motivi di diversa natura – per ragioni di tempo e di opportunità, o anche per motivi etici – di saltare il momento dell'informazione, andando direttamente all'azione terapeutica. L'enfasi posta sul fare, piuttosto che sul parlare informativo, danneggia il processo della guarigione e si traduce in un saldo negativo sul piano della comunicazione» (S. Spinsanti). Il secondo è informare senza comunicare: significa non tenere conto delle ripercussioni della notizia offerta al paziente. Non si tratta di carenza di sensibilità, quanto piuttosto di una considerazione superficiale della stessa comunicazione e dei suoi molteplici aspetti, che finisce ugualmente per lasciare il paziente solo di fronte alla sua scelta. In questa luce si comprende come l'informazione fornita dal sanitario, pur non derogando dal profilo dell'oggettività, deve essere centrata sul paziente, proponendosi alla sua effettiva capacità di comprensione. La pratica del consenso, in altri termini, pensa all'informazione vera in vista del destinatario e non di una rigida e impersonale oggettività scientifica.

Ugualmente trova spazio la raccomandazione secondo la quale non ogni atto medico connesso allo sviluppo di un percorso di cura dovrà essere oggetto di consenso esplicito soprattutto per quelle procedure strettamente connesse all'evoluzione di tale percorso. Tuttavia può essere ragionevole ritenere necessario un consenso esplicito «ogni volta che un'indagine diagnostica o un intervento terapeutico esponga il paziente a un rischio o soltanto a un disagio fisico che potrebbe indurlo a rifiutare l'atto medico».

L'esplicitazione del nodo etico implicito al consenso porta in modo più agevole a prendere coscienza dei requisiti propri di tale atto. Sono ben sintetizzati da Salvino Leone:

-liceità: «oggetto del consenso non può essere "qualsiasi" procedura diagnostico-terapeutica, ma solo quella che comporti un dimostrato o possibile beneficio per il paziente [...] pur potendo comportare dei danni che questi conosce e accetta, purché proporzionati al beneficio atteso».

-validità: la validità giuridico-formale in questo caso non è sufficiente se non si raggiunge la competenza cioè una comprensione sufficiente a cosa il paziente sta consentendo. Sotto questo profilo il coinvolgimento del minore nel processo di acquisizione del consenso, se pure non ha un valore di tipo giuridico, riveste un alto valore etico in quanto impegna i suoi genitori e il curante alla presentazione, in rapporto alle sue capacità di comprensione, di quanto sta avvenendo su di lui e in vista del suo bene.

-*libertà*: questa caratteristica sottolinea, sotto il profilo etico, l'attenzione ai condizionamenti sempre possibili nell'espressione della propria libertà, comprendendo che essa non è mai assoluta, ma relativa alla situazione in cui viene ad essere espressa. La dimensione fiduciale e il divario di conoscenza tra il paziente e il suo curante è parte integrante di questa condizione in cui si esplicita l'atto di libertà del primo e considera che il malato tende quasi sempre ad affidarsi al medico e al suo operato, anche se non lo ha ben compreso. Questa situazione "tipica", si accentua nelle scelte più impegnative connesse ai percorsi terapeutici. È, tuttavia, virtù del medico, giocare il ruolo che riveste non per avvantaggiarsi per i propri scopi, facendo leva sulla presunta libertà del suo paziente di decidere, ma in vista di una sempre maggiore consapevolezza del paziente su quello che gli/le verrà fatto.

-*informato*: già si è fatto cenno a questa caratteristica. Qui giova ribadire che «se la liceità, la validità e la libertà dipendo essenzialmente dal malato, per ciò che riguarda l'informazione, questa ricade quasi totalmente sugli operatori sanitari che devono essere in grado di fornirla nel modo più adeguato. In un certo senso non è vero che non ci sono malati "che non capiscono niente", ma solo operatori sanitari "che non sanno farsi capire"».

Tutti questi aspetti possono essere ricondotti alle indicazioni offerte dalle "Buona pratica clinica" (*Good Clinical Practice*), che nella situazione particolare della sperimentazione su soggetti umani, porta ad una maggiore considerazione elementi che fanno già parte dell'espressione del consenso nei normali atti clinici, che qui sintetizzo semplicemente adeguandoli all'oggetto di riflessione:

"La qualità della comunicazione e dell'informazione"

"La comprensione dell'informazione"

"La libertà decisionale del paziente"

"La capacità decisionale del paziente"

[*Good Clinical Practice*, 1996; Linee guida per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici: D.M. 18/03/1998, Comitato Nazionale di Bioetica].

Il consenso informato è strumento di corresponsabilità a valenza etica, cioè motivato dal rispetto proprio del medico per il suo paziente. Inoltre è strumento non procedurale, ma integrato nel *processo* di proposta, inclusione e sviluppo dell'atto medico (GCP: "*process*", ma nella versione italiana "procedura").

3. I contenuti del consenso

Questi aspetti sono maggiormente attinenti alle caratteristiche dell'informazione e sono comunque da comprendere alla luce di tutti gli aspetti segnalati. Ovviamente il peso di ciascuno di questi elementi contenutistici varia in rapporto all'atto clinico cui il paziente è chiamato a consentire.

-*Gli scopi dell'intervento medico*: "perché, sotto il profilo medico, si vuole eseguire una procedura? quali benefici si attendono".

-*La descrizione della procedura*: "quale metodica è prevista?", "quali elementi di gravosità comporta per il paziente?".

-*I prevedibili effetti collaterali*: con onestà e buon senso bisognerà informare il malato sugli effetti collaterali principali, introducendo anche la possibilità di effetti negativi, attualmente

non prevedibili, e prestando attenzione anche, quando necessario e conosciuto, non solo agli effetti a "breve", ma anche quelli a distanza che devono essere conosciuti per una serena decisione da parte del paziente.

-Le eventuali alternative terapeutiche: «È ovvio che la "proposta" del medico avrà in ogni caso un peso maggiore essendo quella che in scienza e coscienza ritiene più idonea al caso in oggetto, ma il paziente potrebbe trovare inadeguato alla sua specifica condizione clinica quello che gli viene offerto e quindi decidere diversamente. D'altra parte, se il consenso deve essere effettivamente "libero" non potrà che orientarsi nell'ambito di una scelta tra opzioni multiple». Di passaggio occorre osservare che la valutazione delle alternative cliniche deve essere offerta tenendo conto della maggiore sicurezza (assenza di "rischio") da garantire al paziente.

-Esito in caso di dissenso: "cosa succede se il paziente rifiuta l'intervento che il medico gli consiglia?". A questo proposito nel momento comunicativo può essere precisato che il medico conserva la sua libertà e, considerando l'intervento proposto come l'unico realizzabile, egli si rifiuta di eseguirne altri. Qualora, poi, il medico accetti un intervento "di seconda scelta", da lui non pienamente condiviso, occorre precisare che egli fornirà comunque la migliore assistenza al suo paziente, compatibilmente con la scelta da lui effettuata, senza "abbandono terapeutico".

4. Il consenso difficile o problematico

Una particolare attenzione merita la questione del consenso "difficile" o "problematico". Tale si prospetta in alcune situazioni, accuratamente contemplate dalla legislazione, come nel caso dei minori, o di pazienti momentaneamente non competenti, o la cui libera adesione può essere viziata da patologie connesse all'equilibrio psichico. La riflessione etica in questo caso suggerisce una maggiore attenzione alla responsabilità propria del curante nell'agire con prudenza e nella migliore interpretazione possibile del bene da assicurare al proprio paziente attraverso la procedura messa in atto. A questo riguardo, l'etica assicura un supplemento di riflessione affinché la produzione legislativa possa tener conto in modo più articolato delle figure di "rappresentanza" proponibili in merito al consenso alla terapia, senza dover ricondurre tali figure "rappresentative" (*representative*) a quella attualmente presente nella normativa italiana di "rappresentante legalmente riconosciuto".

Occorre ricordare che lo "spirito" della legge, non è solo di delimitare l'imputabilità giuridica per le azioni medico-sanitarie, bensì di far acquisire agli operatori sanitari, attraverso la scrupolosa attenzione alla "lettera" della legge, un'attitudine consolidata (virtù) al rispetto dei valori etici connessi alla loro pratica. Nei casi più complessi, una adeguata capacità di negoziazione con le persone più vicine al paziente, in particolare con la famiglia, che unicamente entro precise condizioni legislative può surrogare l'atto decisionale, diventa fondamentale, al pari dell'autorevolezza e delle rigorose garanzie di eticità da parte del curante. A tal proposito, cogliendo l'intuizione di fondo elaborata per il consenso alla sperimentazione in queste situazioni, il medico si rende garante dell'essenzialità dell'intervento proposto compiuto nel puro interesse della persona ammalata, e con una attenta valutazione dei risultati prevedibili all'atto in questione. Anche un'eventuale applicazione estensiva della legge 6/2004, che ha istituito la figura dell'amministratore di sostegno a tutela di chi, anche provvisoriamente, non può provvedere ai propri interessi, può rappresentare un elemento di discernimento per risolvere le problematiche relative alla tutela dei soggetti non in grado attualmente di acconsentire ad una determinata pratica.

La procedura di consenso entra in un'area critica anche nel caso di un "dissenso informato" da parte del paziente o dei suoi rappresentanti legali. Ciò nella normale pratica avviene in due particolari situazioni: la presenza nel paziente (o nei suoi rappresentanti legali) di "precondizioni di carattere ideologico" o "religioso" e la valutazione da parte del paziente della "sproporzionalità" dell'intervento prospettato.

Occorre distinguere con accuratezza il caso dei minori. Non solo da un punto di vista strettamente legale, ma con un tipico giudizio di tipo morale, quando l'intervento prospettato non ha altre valide alternative percorribili per sciogliere il dissenso, giova ribadire che la natura del consenso dato dai familiari non può estendersi ad un pratica medica, che pur non presentando i caratteri della stretta necessità di urgenza, tuttavia si pone come pratica, la cui omissione comporta conseguenze irreparabili. Come afferma lucidamente Salvino Leone: «l'oggetto di tale decisione (la vita umana) riguarda un ambito di per sé non sottoponibile ad altrui volontà e quindi, come tale, invalidante il consenso stesso. Nessuno può chiedere a un altro uomo (e tanto meno a un familiare) l'autorizzazione a salvare una vita umana in quanto il diritto ad essa è inalienabile e chiama direttamente in causa chi ha il dovere di tutelarla senza l'interposizione di terze persone. Pur essendo informato, quindi, tale consenso non è legittimo».

Nel caso di un rifiuto espresso da un adulto per un intervento di grave importanza, può ugualmente valere l'indicazione riportata ancora da Leone: «Nessuno può essere costretto ad agire contro la propria coscienza. Questo non esclude, anzi obbliga, che il medico faccia tutto il possibile per responsabilizzare il suo paziente, ma in caso di ostinato rifiuto deve ritenersi esonerato da qualunque responsabilità etica per non aver impedito la sua morte. Certamente si tratta di un'evenienza che lascia impotenti e irritati al tempo stesso. Ma nessuno deve sentirsi in colpa per un male che in ogni modo aveva cercato di evitare».

5. Conclusione

In un articolo già di un decennio fa si poneva l'attenzione sui "miti" diffusi in ambito legale e medico sul consenso informato. Tali miti oscillano tra il riconoscimento della semplice firma del formulario come atto, che costituisce (e conclude) la prassi di consenso, e quello per cui "il paziente non può emettere un consenso veramente informato dato che non può capire informazioni mediche complesse".

Una riconduzione della questione legale del consenso all'interno del suo contesto etico originario, e l'attenzione a ciò che dovrebbe sostanziare ogni atto medico, la qualità dialogica e comunicativa, come si è cercato di esprimere in queste note, può cercare di sfatare tali miti e quelli che continuamente si ricreano non solo nell'immaginario dell'operatore sanitario, ma quotidianamente nella sua modalità di condurre una prassi di costruzione e accoglienza di consenso da parte del suo paziente.

Ritornando ad alcune categorie care all'etica, in conclusione, possiamo parlare di una convergente azione rivolta al paziente in cui entrano in causa la "giustizia" dei contenuti e della forma attraverso cui si propone il consenso, ma anche la "bontà", cioè la considerazione del medico come soggetto virtuoso nel compimento di ciò che compete alla sua professionalità. Tale circuito non sarebbe chiuso se non si pensasse anche alla "giustizia", chiamando in causa l'attenzione, non formale, ma sostanziale, da parte di una struttura sanitaria, per aiutare alla formazione di una corretta procedura di sottoscrizione di un consenso informato e per facilitare il processo di valorizzazione di tale pratica. A questo

riguardo le indicazioni attualmente offerte dalla Regione Piemonte, così come quanto in corso di attuazione da parte dell'ASL di Novara, rappresentano un buon esempio di giustizia ricercata anche in questo particolare ambito.

Don Pier Davide Guenzi, (P.D.G.), e-mail: pierdavide.guenzi@tin.it

DILEMMI ETICI



Paolo Rossi

Le Moratorie sulla Pena di Morte

La Pena di Morte del Reo

Da molti secoli si dibatte pro e contro la pena di morte.

Chiamata anche **pena capitale**, è l'eliminazione fisica di un individuo ad opera dello Stato, ordinata da un tribunale in seguito ad una condanna.

Chi sostiene la pena di morte indica i seguenti elementi:

- La pena di morte sarebbe un efficace deterrente e un definitivo impedimento ad reiterarsi di omicidi (serial killer).
- La necessità di punizioni esemplari per i delitti più efferati.
- Il non funzionamento del sistema carcerario.
- Le spese eccessive per il mantenimento dei detenuti.
- Carceri troppo affollate.

Si fanno sempre più vivi nel mondo i movimenti che chiedono l'abolizione della pena di morte in nome dei diritti umani.

La riflessione che viene portata avanti si basa su elementi comuni:

- L'inumanità della procedura.

- La possibilità dell'errore (cioè l'impossibilità di ridare la vita nel caso in cui un uomo, condannato alla morte, fosse ritenuto innocente in seguito ad un successivo processo).
- Il non funzionamento della pena di morte come deterrente per i delitti più efferati.
- Piuttosto, si pensa che la sua introduzione potrebbe avere un effetto contrario.
- La possibilità che bisogna dare al reo di redimersi e di rendersi in qualche modo utile alla comunità cui ha arrecato danno.
- L'esecuzione di una sentenza di morte può avvenire dopo anche decenni dal giudizio. Nel frattempo vengono celebrate numerosissime sedute di appello e di riesame con un coinvolgimento di uomini e mezzi che comportano anch'essi costi eccessivi.
- Al momento dell'esecuzione pochissimi possono ricordarsi del condannato e del crimine commesso, ad eccezione delle persone legate alla vittima.
- La condanna diviene un deterrente inefficace e si riduce ad una pura vendetta in favore di quest'ultimi.
- La mancanza di diritto da parte dello Stato di decidere per la vita umana, che non gli appartiene.

Appunti di storia sulla pena di morte

Un limitato excursus storico può mettere in evidenza come si è modificata la percezione morale del diritto alla vita, anche per chi si è macchiato di colpe gravi. L'evoluzione della pena di morte subisce profonde modificazioni nel corso dei secoli che rivelano da un lato le tipologie ideologiche delle civiltà e dall'altro lato evidenziano contraddizioni politiche, etiche e spirituali che sono giunte fino ai nostri giorni.

Nelle società antiche

In molte società primitive e antiche la pena di morte affonda le sue radici nel diritto-dovere di vendetta nei confronti di un membro del clan avversario per placare gli dei o il sangue di una vittima del proprio clan. Progressivamente l'obbligo di rimediare all'ordine violato viene trasferito dalla vendetta del singolo, o del clan al giudizio e alla valutazione della comunità, superando così il carattere sacrale e assumendo un carattere giudiziale che avrebbe dovuto superare gli eccessi della vendetta privata, ma in realtà non fu così. Ad esempio, in età romana, almeno nei primi secoli, l'autorità pubblica interveniva solo per punire i delitti che in qualche modo avessero violato l'ordine generale e che venivano perciò considerati di pubblico tradimento. E in questi casi interveniva in modo molto duro, spesso con la pena capitale. Per i delitti privati si applicava invece la legge del taglione, che spesso portava all'uccisione del colpevole. Tuttavia non solo il tradimento della patria, l'intelligenza con il nemico della patria o la rivolta contro l'autorità erano considerati reati gravissimi, ma anche lo spostare un cippo che delimitava il confine di un campo, il rubare il bestiame o il raccolto altrui, l'uccidere, lo stuprare, il violare una promessa, il dare falsa testimonianza, il rubare di notte, l'incendiare una casa o le messi, il rubare al padrone, l'ingannare un cliente.

I modi che ricorrevano per le pene, a quanto risulta dalle Leggi delle XII tavole (V sec. a.C.), erano veramente feroci.

I Romani facevano ricorso alla decapitazione, alla fustigazione a morte, all'impiccagione, al taglio di arti, all'annegamento, al fuoco; le vestali colpevoli di infedeltà erano seppellite vive, perché non era permesso versare il loro sangue, il loro seduttore era bastonato fino alla morte; i nemici pubblici, i servi che avessero derubato il padrone, i colpevoli di falsa testimonianza venivano lanciati dalla rupe Tarpeia; agli schiavi, o comunque a coloro che non godevano della cittadinanza romana, era riservata la crocefissione, supplizio particolarmente lungo e doloroso. Ma non si deve credere che con il passare del tempo i costumi romani si siano ammorbiditi; ancora nel 71 a.C. più di 6.000 uomini che avevano seguito Spartaco nella sua rivolta contro Roma furono crocefissi lungo le strade consolari e nei primi secoli dell'era volgare i cristiani, ritenuti colpevoli di sovvertire l'ordine pubblico, erano dati in pasto alle belve negli anfiteatri. Il Colosseo può essere visto come il monumento nefasto alla pena di morte su cui si fondava la *pax romana*.

Nella società cristiana

La Sacra Scrittura testimonia, invece, uno sviluppo diverso; pur riconoscendo la legittimità della pena di morte quale garanzia della purezza del popolo di fronte a Dio, manifesta una progressiva tendenza umanizzante. Tendenza che trova il suo apice in Gesù, il quale, di fronte a una donna adultera, "legittimamente" condannata a morte mediante lapidazione, scavalca la questione della validità giuridica del verdetto: «chi è senza peccato scagli la prima pietra». Perdonando alla donna il suo peccato facendo intravedere il giudizio misericordioso di Dio, che relativizza ogni pretesa assolutezza del giudizio umano.

La tradizione cristiana è stata radicale nel rifiutare la pena di morte nei primi secoli, fino all'epoca costantiniana, mentre successivamente l'ha giustificata in varie forme. Gli argomenti per sostenerne la legittimità sembrano oggi essere in parte discutibili e in parte datati, perché legati a particolari contingenze storiche. La pena di morte non realizza sicuramente il carattere *medicinale e socializzante* della pena, e secondo molti nemmeno il carattere *dissuasivo* al crimine è del tutto sicuro; l'aspetto *difensivo*, citato anche in recenti documenti del magistero, sembra facilmente attuabile dalle moderne società con altre modalità. La funzione *vendicativa* intesa come ripristino dell'ordine violato in una comunità che non può, pena l'autodistruzione, diventare indifferente al bene, sembra essere l'unico argomento capace di giustificare la pena capitale.

La spinta che viene dalla rivelazione è tuttavia ad andare verso il suo superamento: la comunità cristiana è infatti chiamata a contrapporre al male una più radicale testimonianza di bene. La sensibilità "profetica", che già dal secolo scorso si è espressa nella richiesta dell'abolizione della pena capitale, trova nell'amore di Gesù verso i peccatori e i nemici: «Padre perdona loro perché non sanno quello che fanno», motivi radicali per l'abbandono definitivo di tale pratica.

Il Catechismo della Chiesa Cattolica (1997) parla della pena di morte all'interno della trattazione sul quinto comandamento, "Non uccidere", e più specificamente nel sottotitolo che tratta della legittima difesa. In questo contesto dice (n. 2267): «L'insegnamento tradizionale della Chiesa non esclude, supposto il pieno accertamento dell'identità e della responsabilità del colpevole, il ricorso alla pena di morte, quando questa fosse l'unica via praticabile per difendere efficacemente dall'aggressore ingiusto la vita di esseri umani. Se, invece, i mezzi incruenti sono sufficienti per difendere dall'aggressore e per proteggere la sicurezza delle persone, l'autorità si limiterà a questi mezzi, poiché essi sono meglio rispondenti alle

condizioni concrete del bene comune e sono più conformi alla dignità della persona umana. Oggi, infatti, a seguito delle possibilità di cui lo Stato dispone per reprimere efficacemente il crimine rendendo inoffensivo colui che l'ha commesso, senza togliergli definitivamente la possibilità di redimersi, i casi di assoluta necessità di soppressione del reo sono ormai molto rari, se non addirittura praticamente inesistenti.» (Giovanni Paolo II, enciclica *Evangelium vitae*, 56: *Acta Apostolicae Sedis* 87 (1995) 464)

È interessante il fatto che l'ultimo paragrafo è un chiarimento aggiunto in una successiva edizione del Catechismo, e si presenta come un approfondimento e un'esplicitazione della dottrina già espressa nei paragrafi anteriori. Tale esplicitazione, comunque, proviene dall'enciclica *Evangelium Vitae*, del 1995, che precede la pubblicazione definitiva del Catechismo nel 1997. Non è dunque un'aggiunta o una modifica alla dottrina, bensì un citare tutte le fonti dottrinali preesistenti.

Nell'epoca moderna

Il dibattito che si sta sviluppando sulla pena di morte è molto interessante perché rivela un profondo cambiamento di sensibilità etica a livello mondiale che sembra caratterizzare il secolo appena passato in cui si sono verificati i genocidi e le più grandi carneficine che la storia dell'umanità ricordi. Tale nuova sensibilità, tuttavia, si è sviluppata in un contesto di profonde contraddizioni, figlie del relativismo culturale e del nichilismo etico dominanti, che ne spiegano le enormi incongruenze che anche le prese di posizione intorno alla pena di morte mettono più in evidenza. Come accade in tutti i fenomeni culturali, la maturazione della nuova sensibilità etica costituisce l'esito di un processo con radici storiche differenziate nei vari contesti sociali, ideologici e religiosi.

L'epoca rinascimentale vede la progressiva laicizzazione dello Stato. La concezione moderna del diritto naturale e positivo, che supera quella del diritto divino ripropone sotto una diversa luce, il problema della pena e quindi della pena di morte. La legittimizzazione della pena di morte ne esce rafforzata, con motivazioni principalmente utilitaristiche (proteggere e tutelare la civile convivenza); ma d'altro canto si fanno strada le prime voci dissonanti ed inizia il dibattito intorno all'argomento. Nel 1764 la pubblicazione del breve trattato *Dei delitti e delle pene* di Cesare Beccaria stimolò la riflessione sul sistema penale vigente. Nel trattato Beccaria si esprimeva contro la pena di morte, argomentando che con questa pena lo Stato, per punire un delitto, ne commetterebbe uno a sua volta:

«Parmi un assurdo che le leggi, che sono l'espressione della pubblica volontà, che detestano e puniscono l'omicidio, ne commettano uno esse medesime, e, per allontanare i cittadini dall'assassinio, ordinino un pubblico assassinio.» Beccaria afferma che il fine della pena è quello di "impedire il reo dal far nuovi danni e rimuovere gli altri dal farne uguali"; è quindi preferibile comminare pene meno crudeli ma intense e prolungate nel tempo (per esempio l'ergastolo ed i lavori forzati).

Tuttavia, la condanna di Beccaria verso la pena di morte, pur nella sua portata storicamente innovativa, non era espressa in termini assoluti:

«La morte di un cittadino non può credersi necessaria, che per due motivi. Il primo, quando anche privo di libertà egli abbia ancora tali relazioni e tal potenza, che interessi la sicurezza della nazione; quando la sua esistenza possa produrre una rivoluzione pericolosa nella forma di governo stabilita. La morte di un cittadino divien dunque necessaria quando

la nazione ricupera o perde la sua libertà, o nel tempo dell'anarchia, quando i disordini stessi tengon luogo di leggi.»

Le tesi del Beccaria danno vita ad un ampio dibattito filosofico che coinvolgerà anche Kant e Hegel i quali sosterranno l'ammissibilità della pena di morte fondandola su basi essenzialmente retributive. Ma va anche ricordato un primo importante risvolto politico: nel 1765, Leopoldo I° abolisce la pena di morte dal Gran Ducato di Toscana. Per tutto il XIX secolo rimane acceso il dibattito che si arricchisce delle posizioni abolizioniste del pensiero socialista e di quello individualista-anarchico.

Durante il secolo appena passato, però, essa ha continuato ad essere utilizzata da alcuni governi dittatoriali per sbarazzarsi di chi li contrastava, per motivi di ideologia o di colore della pelle, come in Sudafrica durante l'apartheid, in Russia ai tempi di Lenin e Stalin, in Europa ai tempi del nazismo.

Purtroppo in molti Stati rimane tuttora in vigore, e la popolazione, nella maggior parte dei casi, non è per niente contraria all'applicazione di questa estrema pena. Il fatto preoccupante è che in numerosi Paesi, soprattutto in quelli a regime dittatoriale, la pena capitale è ancora applicata con una certa arbitrarietà da parte dei potenti, sebbene ci siano leggi scritte già da tanti secoli. Di qui la lunga marcia delle iniziative miranti alla sospensione o dilazione delle esecuzioni.

La moratoria sulla pena di morte del reo

La moratoria sulla pena di morte che, partita dall'iniziativa laica e cattolica dall'Italia, ha raggiunto un giudizio positivo nell'Assemblea delle Nazioni Unite. «Che nessuno uccida Caino!»: con questa parola biblica è partita la prima vittoriosa protesta in favore della vita di chi si fosse reso colpevole anche di delitti gravi. Il 18 dicembre 2007 l'*Assemblea generale delle Nazioni Unite ha approvato la moratoria* sulla pena di morte. Ecco i punti essenziali del testo della moratoria votato dall'Assemblea generale dell'Onu:

«Considerando che l'uso della pena di morte mina la dignità umana - si legge nel testo - e convinti del fatto che una moratoria sulla pena di morte contribuisca al miglioramento e al progressivo sviluppo dei diritti umani; che non esiste alcuna prova decisiva che dimostri il valore deterrente della pena di morte; che qualunque fallimento o errore giudiziario nell'applicazione della pena di morte è irreversibile e irreparabile; accogliendo con favore le decisioni prese da un crescente numero di Paesi di applicare una moratoria delle esecuzioni, in molti casi seguite dall'abolizione della pena di morte»,

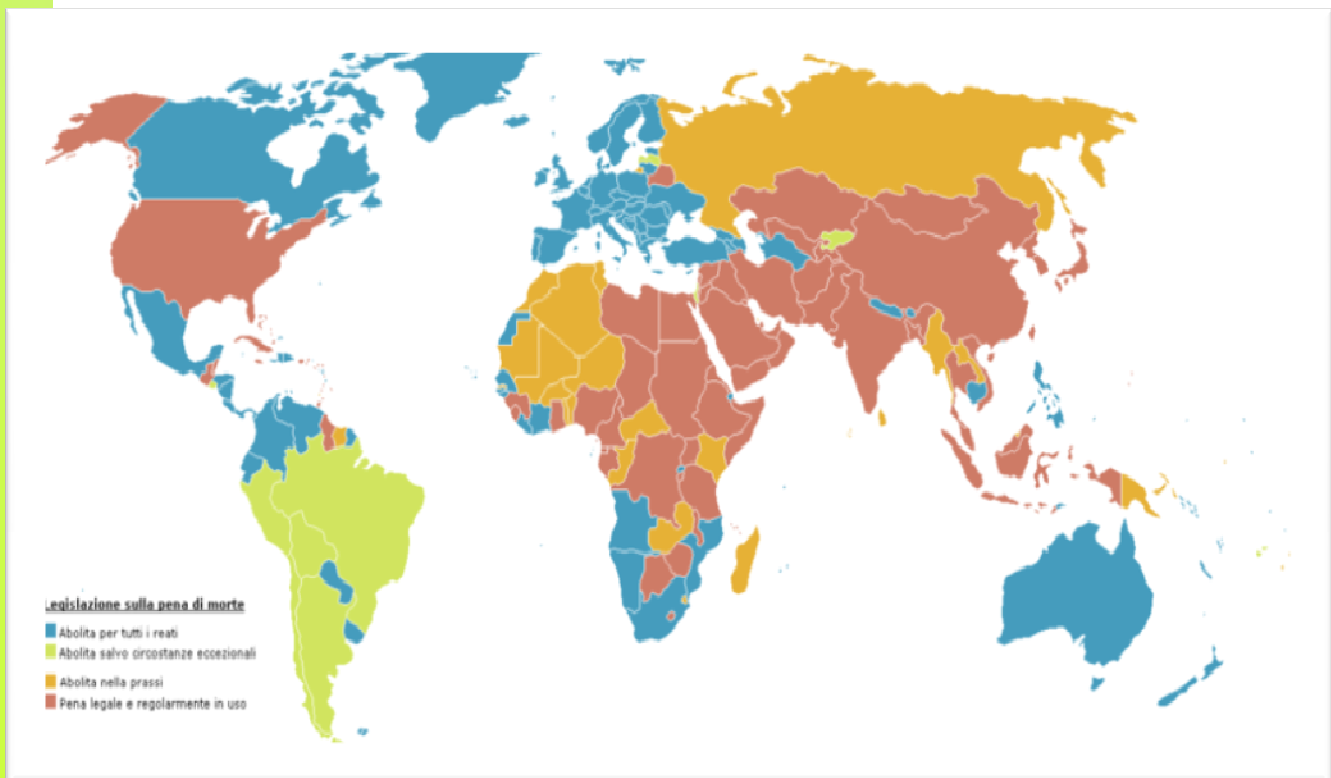
Due terzi della popolazione mondiale non si sono espressi in favore della moratoria

Appena dopo il voto con cui l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite ha approvato la risoluzione per la moratoria della pena di morte, in Iran - uno dei Paesi che hanno votato contro - tre assassini e un violentatore sono stati impiccati nel carcere di Evin, a Teheran. Quasi contemporaneamente, in Kenya - uno dei Paesi che si sono astenuti - otto detenuti non hanno atteso di verificare gli eventuali effetti della moratoria e sono fuggiti dal braccio della morte del carcere di massima sicurezza di Naivasha, una città vicina alla capitale Nairobi. Le due notizie confermano quello che in fin dei conti tutti sanno, dal Segretario generale dell'Onu, Ban Ki-Moon, al ministro degli Esteri italiano, Massimo D'Alema: e cioè che la moratoria non cambia la sorte dei condannati a morte.

Non la cambierebbe neanche se ad approvarla fosse stata un'ampia maggioranza dei membri delle Nazioni Unite, ma l'hanno sottoscritta soltanto 104 Paesi su 192. Contando poi gli

abitanti, i 54 Stati che hanno votato contro la moratoria equivalgono a oltre quattro miliardi di persone, alle quali si devono aggiungere i cittadini dei 29 Stati che si sono astenuti e dei cinque che non hanno partecipato al voto, in tutto almeno altri 300 milioni di persone: quindi, in effetti, più di due terzi della popolazione mondiale non si sono espressi in favore della moratoria. Questo, al di là del fatto che le risoluzioni dell'Assemblea Generale delle Nazioni Unite sono indicazioni non vincolanti, rende assai debole in termini di "dissuasione morale" il messaggio lanciato ai governi e ai popoli che praticano la pena capitale, come ha subito dimostrato l'Iran con le esecuzioni del 19 dicembre. Di tutto questo, evidentemente, non hanno tenuto conto tutti coloro che hanno usato espressioni di esultanza nel commentare quella che è stata definita «una giornata storica» per l'umanità. E dire che nel testo della risoluzione presentata all'Assemblea Generale si fa richiamo alla Dichiarazione Universale dei Diritti Umani, al Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici e alla Convenzione sui Diritti del Fanciullo: documenti e protocolli approvati e ampiamente sottoscritti in altrettante "giornate storiche" e da allora disattesi in decine di Stati senza che le Nazioni Unite siano in grado di impedirlo.

Legislazione sulla pena di morte nel mondo



Azzurro: Abolita per tutti i crimini

Verde: Riservata a circostanze eccezionali (come crimini commessi in tempo di guerra)

Arancione: Non utilizzata

Rosso: Utilizzata come forma di punizione legale

LA PENA DI MORTE DELL'INNOCENTE

La neo-eugenetica della diagnosi prenatale

Nella primavera scorsa Didier Sicard, presidente del Comitato di bioetica francese, denunciò la pratica della diagnosi prenatale: «essa tende alla soppressione e non alla cura; i cromosomi e i geni sono sempre più considerati "agenti patogeni infettivi che la medicina deve sradicare" e questa non è buona medicina, ma "politica sanitaria che flirta ogni giorno di più con l'eugenetica.» Dal tema della diagnosi prenatale, che da strumento di cura diventa alibi per l'estinzione del non nato, passa l'intera battaglia contro l'eugenetica e l'aborto selettivo. Nel 2006 la rivista Nature analizzò a lungo questa "neo-eugenetica". Il bioeticista di Princeton Peter Singer ha proposto di lasciar morire i nati emofiliaci, Down e con spina bifida: "Quando la morte di un bambino disabile è perpetrata per la nascita di un altro bambino con migliori possibilità di una vita felice, il totale della felicità sarà più grande se il disabile viene ucciso". Bob Edwards, "padre scientifico" della prima bambina nata in provetta (Louise Brown), ha detto che "sarà presto una colpa per i genitori avere un bambino che rechi il pesante fardello di una malattia genetica". L'ex ministro Umberto Veronesi scrive su Repubblica che la medicina ha il diritto di selezionare i non nati con malformazioni, "destinati a non sopravvivere". Nel 1982, a Bloomington, nell'Indiana, Baby Doe nacque con l'ostruzione dell'esofago, risolvibile con una semplice operazione. I genitori videro che il bambino era affetto anche da sindrome di Down e su consiglio del medico si rifiutarono di farlo operare. Morì sei giorni dopo. La Corte Suprema dell'Indiana stabilì era stata una soluzione "medica". Furono gettate le premesse per il modello olandese, quel "Protocollo di Groningen" che sancisce il diritto di porre fine alle vite dei nati con disabilità.

La rivista Civiltà cattolica ha appena ospitato un contributo di Giovanni Neri e Angelo Serra ⁽¹⁾ sul tema della diagnosi fetale, dove si afferma:

La diagnosi prenatale per accertare l'eventuale presenza di un feto portatore di malattia genetica è oggi un dovere deontologico da parte dei medici quando i genitori, correttamente informati, la richiedono. Non è invece assolutamente ammissibile il grave abuso, introdotto da una medicina e una tecnologia disumane, di fare una diagnosi genetica pre-impianto, che implica l'uccisione nei primi giorni di vita degli embrioni che presentassero un'alterazione genica o cromosomica.

La parola 'diagnosi' è tecnica, esprime un atto conoscitivo della condizione di un paziente. La diagnosi prenatale può diventare ambigua a seconda dell'intenzione di chi la richiede e la pratica. Se viene eseguita per assicurare la madre o per accogliere meglio il nascituro, la diagnosi è lecita. Ma se viene eseguita per sondare anomalie ed eliminare il bambino, diventa volontà selettiva e illecita. Il medico commette una cooperazione al male. Oggi ci sono coloro che ideologicamente pensano che questa seconda ipotesi, selezionare la specie, sia obbligatoria, un fatto sociale necessario.

Lo psicologo belga Pierre Mertens è presidente della Federazione internazionale Spina Bifida e

1) Giovanni Neri - Angelo Serra S.I. LA DIAGNOSI PRENATALE OGGI - La Civiltà Cattolica 2007 IV 453-463 quaderno 3779

Idrocefalo, la grande associazione che si prende cura delle principali vittime della diagnosi fetale. "Non vivrà. Farestes meglio a pensare a un altro bambino". Fu la sentenza di morte che i medici comunicarono a Pierre e Mol Mertens alla nascita della loro prima figlia. Liesje era venuta al mondo con la colonna vertebrale "aperta", in gergo medico spina bifida. Liesje avrebbe regalato altri undici anni ai loro genitori. In Belgio il 95 per cento dei bambini con spina bifida viene abortito, in Inghilterra si sale al 98 e in Olanda la malattia è criterio per l'eutanasia infantile. Mertens appoggia la moratoria. "La cosiddetta 'qualità della vita' del non nato con disabilità è il primo argomento abortista. Negli ultimi decenni il trattamento della spina bifida ha fatto grandi progressi: i malati studiano, lavorano, fanno figli, diventano vecchi". Jeffrey Tate è direttore stabile dell'orchestra del San Carlo di Napoli, è un talento internazionale con la spina bifida. Mertens si domanda in cosa consista un cosiddetto "aborto terapeutico". "Aborto terapeutico sono due termini mal combinati. Che cosa c'è di terapeutico in un aborto? Chi deve guarire e da che cosa? Guariscono forse il bambino che attendono? Attendere un figlio handicappato sarebbe dunque una malattia da cui si può guarire? Oppure è il bambino portatore di handicap che dovrebbe guarire dal suo handicap, morendo? Nel linguaggio medico le parole appaiono obiettive, invece vi rimane un non detto, una domanda non posta. Come l'arma di un criminale che si vorrebbe nascondere". Nel 2000 Mertens ha riunito i malati con spina bifida. "Tra questi 270 c'erano scienziati e un ex ministro, ma anche i cosiddetti casi gravi. Hanno formulato una risoluzione forte che afferma che la disabilità, con la quale essi avevano convissuto per cinquant'anni o più, non era un motivo valido per l'aborto. Per me la fine di una vita è sintomo di un mondo che si illude di controllare tutto, compresa la nascita e la morte".

Il silenzioso genocidio femminile

L'aborto selettivo miete milioni di vittime l'anno. Paradossalmente, uno degli ammonimenti più recenti è stato formulato da Ena Singh, rappresentante del Fondo delle Nazioni Unite per la popolazione, un degli organismi responsabili della diffusione dell'aborto. Singh ha riferito all'agenzia stampa *Reuters*, in un rapporto pubblicato il 31 agosto, che la mancanza di donne potrebbe portare ad un aumento della violenza sessuale e della pedofilia. Secondo le Nazioni Unite, circa 2.000 feti femminili vengono abortiti illegalmente ogni giorno in India. Il Governo indiano, secondo la *Reuters*, ammette che circa 10 milioni di femmine sono state soppresse dai propri genitori, prima o subito dopo la nascita, nel corso degli ultimi 20 anni.

Una nuova iniziativa globale, che include un invito a legalizzare l'aborto, è stata lanciata a New York da diverse agenzie dell'ONU. Organizzazioni non governative (ONG). Tra i patrocinatori dell'iniziativa - denominata *Deliver Now for Women and Children* (Agisci ora per donne e bambini) - c'è anche il Fondo delle Nazioni Unite per i bambini (UNICEF), un'agenzia che ufficialmente continua a negare il proprio sostegno all'aborto sotto qualsiasi forma. Presentata come una campagna facente parte dei *Millennium Development Goals* (gli Obiettivi del Millennio decisi dall'ONU nel 2000) per sensibilizzare sulla salute delle donne e dei bambini, il programma di Deliver Now prevede tra l'altro un invito all'"aborto sicuro", che è sinonimo di aborto legale. La campagna è coordinata dalla Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, diretta da Kul Gautam, Vicedirettore esecutivo dell'UNICEF e assistente del Segretario generale dell'ONU, e i cui membri comprendono,

tra gli altri, la Fondazione Bill & Melinda Gates, la International Planned Parenthood Federation (IPPF), le Agenzie per lo sviluppo di Stati Uniti, Regno Unito, Canada e Bangladesh, nonché l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ed il Fondo ONU per la Popolazione (UNFPA).

Che non si versi più il sangue di Abele, che «grida verso il cielo».

Dopo l'approvazione da parte dell'ONU della risoluzione contro la pena capitale, Giuliano Ferrara, direttore de "Il Foglio", ha lanciato il 19 dicembre la proposta di una moratoria per l'aborto.

"Dopo aver promosso la Piccola Moratoria promuoviamo la Grande Moratoria della strage degli innocenti"

C'è anche una pena di morte, legale, che riguarda centinaia di milioni di esseri umani. Le buone coscienze che si rallegrano per il voto dell'Onu ora riflettano sulla strage eugenica, razzista e sessista degli innocenti.

Ecco le parole di Giuliano Ferrara: «Questo è un appello alle buone coscienze che gioiscono per la moratoria sulla pena di morte nel mondo, votata ieri all'Onu da 104 paesi. Ralleghiamoci, e facciamo una moratoria per gli aborti. Infatti per ogni pena di morte comminata a un essere umano vivente ci sono mille, diecimila, centomila, milioni di aborti comminati a esseri umani viventi, concepiti nell'amore o nel piacere e poi destinati, in nome di una schizofrenica e grottesca ideologia della salute della Donna, che con la donna in carne e ossa e con la sua speranza di salute e di salvezza non ha niente a che vedere, alla mannaia dell'asportazione chirurgica o a quella del veleno farmacologico via pillola Ru486. Questi esseri umani ai quali procuriamo la morte legale hanno ciascuno la propria struttura cromosomica, unica e irripetibile. Spesso, e in questo caso non li chiamiamo "concepiti" ma "feti", hanno anche le fattezze e il volto, che sia o no a somiglianza di Dio lo lasciamo decidere alla coscienza individuale, di una persona.»-[...] «Bene, anzi male. Il miliardo e più di aborti praticati da quando le legislazioni permettono la famosa interruzione volontaria della gravidanza riguarda persone legalmente innocenti, create e distrutte dal mero potere del desiderio, desiderio di aver figli e di amare e desiderio di non averli e di odiarsi fino al punto di amputarsi dell'amore. E' lo scandalo supremo del nostro tempo, è una ferita catastrofica che lacera nel profondo le fibre e il possibile incanto della società moderna. E' oltre tutto, in molte parti del mondo in cui l'aborto è selettivo per sesso, e diventa selettivo per profilo genetico, un capolavoro ideologico di razzismo in marcia con la forza dell'eugenetica. Ralleghiamoci dunque, in alto i cuori, e dopo aver promosso la Piccola Moratoria promuoviamo la Grande Moratoria della strage degli innocenti.» L'elefantino. Il Foglio mercoledì 19 dicembre 2007

Le lettere dello "scandalo"

«Caro Giuliano Ferrara, grazie per quello che stai facendo...», «Caro direttore del più bel giornale che c'è...», «Caro direttore coraggio, la battaglia per la verità è sempre sacrosanta al di là di tutte le confessioni, le sono vicino con sincera ammirazione»... Sono ormai più di due settimane che, ogni giorno, almeno due pagine intere de Il Foglio sono occupate da lettere di adesione alla richiesta di moratoria sull'aborto avanzata da Giuliano Ferrara.

Di adesioni ma non solo: di riflessioni sulla vita e sulla morte, di interrogativi su Dio o comunque sul grande mistero che ci avvolge, perfino di storie personali: nomi illustri e (soprattutto) gente comune raccontano, come in un confessionale, le loro piccole grandi vicende private, la gioia per la nascita di un figlio, la convivenza con una malattia, il dolore e il rimorso per aver pronunciato, un giorno ormai lontano ma sempre presente e pungente, un «no» alla vita.

Invece scrive un'ostetrica di settant'anni: «Penso di aver sottratto alla pena d'aborto diverse centinaia di bambini. Sono passate da casa mia vergini e prostitute. In questi quarantaquattro anni mai nessuna è tornata pentita di avere accolto la maternità: né la undicenne incinta né la donna vittima di violenza». Scrive una giovane coppia di Napoli: «Nel prossimo marzo nascerà il nostro primo figlio (...) Dalla prima ecografia abbiamo visto un puntino bianco in continuo movimento, poi un embrione meglio formato, poi una piccola testa, poi delle piccole braccia, poi delle piccole gambe, poi un bambino e poi...». Una lettrice racconta di quando, studentessa di medicina, con le lacrime agli occhi battezzò un feto di cinque mesi «adagiato malamente su un pezzo di lenzuolo, pronto per l'autopsia che confermasse la diagnosi della sua malattia, curabile solo con l'aborto terapeutico». C'è anche una donna che è viva perché la 194 non era ancora in vigore: «Se fossi stata concepita anni dopo avrei avuto tutte le "carte in regola" per essere abortita. Ma era il 1976 e io, "feto malformato", sono nata e anche se la mia "prima madre" non se l'è sentita di tenermi io la ringrazio di avermi messo al mondo». Che scandalo, per un certo milieu che Ferrara ben conosce. Che scandalo dar voce perfino a chi ricorda quel che non si vorrebbe ricordare, e cioè che c'è perfino la possibilità - per la donna in difficoltà - di partorire un figlio e poi di affidarlo ad altri, perché c'è sempre un popolo pronto ad accogliere la vita. È il popolo che ora, forse con sorpresa dello stesso Ferrara, è diventato il popolo de Il Foglio. Gli esperti di mass media, che come gran parte degli esperti vivono ben distanti dalla realtà, si stupiscono.

Ma la realtà gioca brutti scherzi, e il grande successo dell'iniziativa di Ferrara dimostra che c'è anche un popolo che ha idee ben differenti da quelle della cultura dominante, da quelle dei filosofi à la page, dei direttori-predicatori-della-domenica con la barba bianca. La proposta di una moratoria sull'aborto ha reso finalmente visibile, dalle colonne de Il Foglio, un popolo mai rappresentato dai grandi giornali, e nemmeno da una stampa cattolica resa prudente dal timore di venir tagliata fuori dal mondo. Perché diciamo la verità: neanche Avvenire e Famiglia Cristiana parlano così forte e chiaro come parla oggi Giuliano Ferrara. Là si legge pure che la 194 è «una buona legge», da «non toccare» ma semmai «da applicare meglio». (Che strano. Ventisette anni fa, quegli stessi giornali diedero battaglia per abrogarla, questa legge varata con l'ipocrita nome di «tutela della maternità»: è forse cambiato qualcosa da allora?). Ferrara scrive invece che «l'aborto è un omicidio». Ecco perché questo popolo ha trovato solo ora una casa. Il Foglio è nato come giornale laico e per dea esibiva la Ragione. Ma in fondo: non è forse anche laica una battaglia per la difesa della vita? E c'è forse qualcosa di più ragionevole che interrogarsi sulla nostra origine e sul nostro destino.

"Molti cattolici impegnati nella politica hanno preoccupazioni giuste. Non sono tra coloro che imputano alla Dc (e ai suoi eredi) eccessi di diabolica prudenza nella gestione della valanga indifferenzista che negli ultimi decenni ha afferrato il mondo e, in parte, l'Italia. La 194 fu il

massimo del minimo (danno), la prudenza nel maneggiarla è comprensibile. Ma la battaglia culturale, quella no, non sopporta secondo me tiepidezze". Sono le parole che Giuliano Ferrara ha scritto su "Il Foglio" dell'8 gennaio in risposta a un lettore che ironizzava sulla prudenza invocata da Pier Ferdinando Casini a proposito di Legge 194. Aldilà del giudizio contingente, Ferrara tocca un nodo cruciale che aiuta a leggere le diverse reazioni dei cattolici al ciclone che lo stesso Ferrara ha scatenato proponendo una moratoria internazionale sull'aborto, impegnandosi a un digiuno vero durante le feste di Natale per sostenerlo, e impegnando Il Foglio in una battaglia culturale e giuridica – un emendamento alla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo – che non ha precedenti nel nostro Paese. Il fondatore e presidente del Movimento per la Vita, Carlo Casini, giurista eurodeputato, ha commentato con entusiasmo in un'intervista concessa a ZENIT, la proposta di una moratoria sull'aborto lanciata dal direttore de "Il Foglio": "L'iniziativa di chiedere una moratoria sull'aborto è come la caduta dal muro di Berlino", ha spiegato Casini. "Ciò che sembrava impossibile di colpo è avvenuto, forse Ferrara e 'Il Foglio' possono far cadere il muro di incomprendimento che ha separato fino ad ora gli 'abortisti' dagli 'antiabortisti'. Una sola è la spallata che fa crollare il muro: riconoscere che il figlio è il figlio, che l'uomo è sempre l'uomo. Tutto il resto resta discutibile".

Non c'è solo una analogia consequenziale, nel senso che ciò che vale per la pena di morte non può non valere per l'aborto. Direi piuttosto che "a maggior ragione" quanto vale per la pena di morte vale anche per l'aborto. La chiarezza dell'illiceità dell'aborto in quanto uccisione di una vita umana innocente è superiore a quella della pena di morte. Alla base di entrambi c'è l'indisponibilità della vita umana. Se la pena di morte in passato poteva essere giustificata come legittima difesa da parte della società e se oggi per molti motivi una simile posizione è ritenuta inopportuna e irrispettosa della dignità umana, l'aborto non ha mai potuto trovare una giustificazione etica". Più esplicito di così, nel suo ragionare molto laicamente e in punta di diritto monsignor Giampaolo Crepaldi, segretario del Pontificio Consiglio per la Giustizia e la Pace, non potrebbe essere.

Prof. Paolo Rossi

e-mail: paolo.rossi1927@gmail.com

LA PAROLA AI LETTORI

indirizzo per la corrispondenza:

paolo.rossi1927@gmail.com

Tutte le newsletter precedenti sono archiviate con l'indice analitico degli argomenti nel sito: www.foliacardiologica.it

Tutti coloro che ricevono questa newsletter sono invitati ad utilizzare la opportunità offerta dal forum per far conoscere il proprio pensiero su quanto letto o sollecitare ulteriori riflessioni ed ampliare la riflessione. La corrispondenza potrà essere inviata all'indirizzo qui specificato.

La newsletter è inviata automaticamente secondo la mailing list predisposta, chi non desidera riceverla può chiedere di essere cancellato dalla lista. Chi volesse segnalare altri nominativi di posta elettronica è pregato di fare riferimento all'indirizzo per la corrispondenza riportato nella sezione precedente