

Sabato 6 maggio 2017 - Centro Famiglia di Nazareth, Modena

## È proprio necessaria una legge sul TESTAMENTO BIOLOGICO?

Interventi di:  
on. prof. Edoardo Patriarca  
prof. Giuseppe Chesi  
prof. Massimo Gandolfini

### **Dott. Mario De Santis**

*Presidente AMCI (Associazione Medici Cattolici Italiani) Modena*

Il dibattito sul testamento biologico è molto forte. Pochi giorni fa se ne parlava anche nel Liceo classico Muratori-S. Carlo di Modena.

Recentemente c'è stato il caso di DJ Fabo, mediaticamente amplificato, diversamente dalle sofferenze di tante persone. Il problema esiste realmente, anche se la Legge lo affronta in un modo troppo obbligatorio, specie per i medici.

### **Dott. Eugenio Galavotti**

*AMCI Modena*

Perché titola così l'incontro di oggi ? All'indomani della presentazione alla Camera del Disegno di Legge sulle DAT, parlandone fra Colleghi, ci siamo chiesti «è proprio necessaria una legge sul Testamento biologico?»

Abbiamo il Codice di deontologia medica recentemente riformato che all'art. 38 recita: «il medico, nel tenere conto delle **dichiarazioni anticipate di trattamento**, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità della vita del paziente». Ci siamo chiesti perché il termine “dichiarazioni” del paziente (adottato anche nei testi che citerò in seguito) nel titolo della nuova legge diventa **disposizioni anticipate di trattamento** assumendo pertanto un carattere impositivo.

Abbiamo la Guida sui processi decisionali riguardanti i trattamenti medici nelle situazioni di fine vita emanata dal **Consiglio d'Europa** nel 2014 dove si afferma che *«l'autonomia del paziente non implica il diritto di ricevere qualsiasi trattamento voglia, in particolare se si tratta di un trattamento considerato inappropriato. Infatti le decisioni sull'assistenza sanitaria sono il risultato di una conciliazione tra la volontà del paziente e la valutazione della situazione da parte di un professionista, che è tenuto al rispetto dei suoi doveri professionali e in particolare a quelli derivanti dai principi di beneficenza e non maleficenza così come di giustizia»*.

Abbiamo la legge 38/2010 (presa a modello da molte legislazioni straniere) concernente **Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore** che deve assicurare la «tutela e la promozione della qualità della vita in ogni fase della malattia, in particolare in quella terminale»

Abbiamo la recentissima **legge n. 24 del marzo scorso che concerne Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita**, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.

Abbiamo la **Convenzione di Oviedo fra gli Stati membri del Consiglio d'Europa «per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina»**.

Abbiamo l'**art. 32 della Costituzione che sancisce «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana»**.

Abbiamo la **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea i cui primi 3 articoli vengono richiamati anche dalla nuova legge**.

Potrei citare altre fonti, ma mi fermo qui.

Pareva quindi a noi che non ci fosse un “vuoto normativo”.

Vorremmo capire allora dall' on. Patriarca le ragioni politiche –e non solo– che hanno portato a proporre questo “disegno di legge” già approvato alla Camera

(con 326 sì e solo 37 no) ed ora trasferito all'esame del Senato per la definitiva approvazione.

Vorremmo sapere poi dal prof. Chesi se nel suo quotidiano lavoro clinico (che spesso deve confrontarsi con malati terminali) ha mai sentito il bisogno di una nuova normativa che lo sollevasse da precise e gravose responsabilità professionali.

Chiediamo infine al prof. Gandolfini di spiegare da par suo le implicazioni bioetiche che sottendono alle problematiche di fine vita, in particolare per quanto riguarda l'eutanasia passiva e attiva e il suicidio assistito. (A questo proposito avrete saputo della pronuncia della Procura di Milano che ha chiesto l'archiviazione per il dirigente radicale Cappato che ha accompagnato in Svizzera per il suicidio assistito il dj Fabo non rientrando a loro dire nell'art. 580 del Codice penale).

A questo punto vi presento i Relatori, tutti e tre qualificatissimi, come risulta dai loro curriculum, di cui vi risparmio la lettura perché richiederebbe troppo tempo (mi scuseranno gli amici relatori e comunque chi è interessato li trova facilmente in internet).

Cedo quindi la parola all'on. prof. Patriarca, deputato PD e componente della Commissione “Affari sociali” della Camera che ha redatto il testo della legge (oggetto del convegno di oggi) che ha come titolo Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

### ***On. Edoardo Patriarca***

*(L'on. Patriarca proviene dallo scoutismo cattolico, dove ha ricoperto diversi incarichi nazionali, ed è stato per molti anni portavoce del Forum nazionale permanente che raccoglie più di 100 organizzazioni del Terzo settore)*

Ringrazio per l'invito e vengo anche per ascoltare. La Legge non è ancora stata approvata, per cui i tempi di confronto e dibattito sono tuttora aperti.

Provo a dare la mia riflessione che parte da una scelta e una personale assunzione di responsabilità nei confronti di una Legge che ho promosso e votato.

Ci siamo trovati alla Camera con quasi 30 proposte di Legge, alcune che trattavano di eutanasia e suicidio assistito, altre trattavano il tema del fine vita e del testamento biologico.

La scelta di strategia politica è stata quella di affidare alla Commissione giustizia le proposte di Legge sul suicidio assistito in modo da bloccarle, affidando invece a una commissione di medici il compito di elaborare un testo sul fine vita.

Il dibattito in Commissione affari sociali è iniziato nel marzo 2016, con una trentina di sedute, 27 audizioni che hanno coinvolto ordini professionali, società scientifiche e altri. Hanno fatto seguito 3000 emendamenti in fase istruttoria, 200 emendamenti in Aula e infine si è giunti al testo su cui dibattiamo.

Vari hanno tentato di procedere con forme di ostruzionismo, con altri abbiamo cercato di elaborare un testo che si facesse carico della problematica. C'era chi voleva bloccare la Legge e chi voleva inserire emendamenti di tipo eutanasi.

Con altri colleghi, cattolici e non, abbiamo cercato di farci carico della qualità della vita delle persone. Oggi le possibilità terapeutiche sono cresciute e consentono il prosieguo della vita oltre quella che era la capacità di immaginazione anni addietro. La bella lettera del cardinale Martini ci interroga sulla possibilità o meno di portare avanti la vita più del dovuto. Sappiamo che non esiste il diritto alla morte, ma ci pareva che esistesse il diritto a una morte degna, una morte umana. Certamente non può esistere una regola generale, un comportamento oggettivo. In tante situazioni non si può non tenere in considerazione il parere di una persona in fine vita. Il colloquio tra la competenza e l'umanità del medico e il paziente deve venire accompagnato.

Abbiamo voluto procedere lungo questo percorso anche perché la magistratura si avventura in sentenze in quest'ambito, appunto non normato.

Il testo della Legge si fonda su cinque articoli e presenta punti luce e punti da approfondire, che molti di noi non hanno votato. Il primo articolo è il più strutturato, dedicato al consenso informato, che è una relazione consensuale che accompagna la volontà del paziente.

L'art. 13 – che abbiamo chiesto di eliminare – tratta della libertà individuale, pene detentive, etc.

Abbiamo lavorato sugli artt. 2 e 32 della Costituzione e sulla Carta dei Diritti dell'uomo.

Nell'articolo 1 si parla di consenso informato che deve essere documentato in forma scritta. In questo articolo nutrizione e idratazione vengono considerati trattamenti sanitari: auspichiamo che ciò venga eliminato perché ci desta preoccupazione.

L'art. 2 tratta il tema del dolore, il 3 dei minori, il 4 parla di “**disposizioni anticipate di trattamento**”, anche se volevamo inserire il termine “dichiarazioni” conformemente al codice deontologico medico e alla Dichiarazione di Oviedo.

Buona parte delle altre norme sono transitorie. Non vi sono coperture finanziarie e pertanto non si parla di fondi per implementare questo DDL. L'ultimo articolo impegna il Ministero della Salute a informare le Camere su come la Legge viene applicata nelle strutture sanitarie.

Dopo aver votato questo DDL contiamo di migliorarlo al Senato e quando tornerà nuovamente alla Camera. Abbiamo operato in questo quadro, fortemente influenzati dall'opinione pubblica e da forze che volevano inserire provvedimenti eutanasi. Vari emendamenti del M5S, durante il voto segreto, propendevano per emendamenti legati al suicidio assistito e per poco non hanno preso piede.

Non sappiamo quello che accadrà nella prossima legislatura. Nonostante quello che dice Grillo, vari giovani più o meno sprovveduti hanno proposto emendamenti dichiaratamente eutanasi.

Dopo quattro anni di esperienza parlamentare ritengo che non si possono solo dichiarare i propri valori, ci si deve confrontare con le risorse e la realtà in cui ti trovi. Abbiamo avuti molti dibattiti interni al PD in cui vari proponevano prospettive eutanasi che io e altri frenavamo esortando alla prudenza. Rispettiamo le forze politiche come il collega Gigli che hanno votato contro a questa Legge.

Abbiamo prodotto un testo con luci e ombre ma, visto il contesto, equilibrato.

Vi ho raccontato la situazione in cui ci siamo trovati e in cui abbiamo lavorato.

### **Prof. Giuseppe Chesi**

*Direttore del Reparto di medicina dell'ospedale di Scandiano ed è direttore del Dipartimento internistico interaziendale Ausl-Asmn di Reggio Emilia. Grande medico, molto stimato e amato dai suoi pazienti, si segnala che nel suo reparto di Scandiano ha sperimentato e realizzato negli ultimi 5 anni modelli organizzativo-gestionali innovativi, basati su modelli di assistenza per intensità di cure. Sono stati attuati e progettati percorsi clinico-assistenziali per le principali patologie trattate sia nell'area di terapia sub-intensiva che nella degenza ordinaria, che nella area di osservazione breve intensiva.*

Ringrazio Eugenio, perché parlare di questi temi è stimolante, specie per chi come me ha visto per anni la morte. Molti parlano di cose che non sanno.

Si parlava dell'art. 1 del consenso informato. Oggi il metodo adottato negli Ospedali è quello dei **PDTA** (Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale), in cui magari una dozzina di medici parlano di un paziente che forse solo uno di questi conosce personalmente. Ciò porta a staccarsi della realtà ma viene creato un documento che poi il paziente deve firmare.

Se uno chiede di morire potrebbe averne il diritto ma forse del tutto sano non è. Quando si parla di eutanasia questa è una sconfitta, non autodeterminazione.

La prognosi per ognuno di noi è che alla fine moriremo: è l'unica certezza.

L'aspettativa di vita nei nostri Paesi è di più di 80 anni. Ma nei Paesi da cui provengono i disperati che raggiungono le nostre coste essa è di circa 50 anni.

Molte volte il fine di vita è determinato da tumori metastatici.

E' bello il passaggio della Legge "Il tempo dell'ascolto è tempo di cura", ma nel "temporario" medico una visita dura circa 15 minuti.

E' molto difficile comunicare col paziente, ciò non viene insegnato in università. E purtroppo molti pazienti hanno una aspettativa di guarigione anche quando questa è molto improbabile.

Oggi abbiamo situazioni di anziani che anni fa non esistevano. Era strano vedere un 80enne, mentre oggi sono frequenti 90enni o centenari. Se vedo un centenario cerco di rimandarlo a casa, specie se non è quasi mai venuto in Ospedale, perché altrimenti in Ospedale rischia di morire. Purtroppo non si insegna a tanti giovani medici desiderosi di operare dopo la laurea quando è il momento di non accanirsi.

Viviamo in un mondo che vive di media, e parte dal caso singolo che non fa assolutamente testo. Il fine di vita NON è una condizione di Disabilità o di dipendenza.

Esistono tante situazioni di disabilità e dipendenze che non possono richiedere eutanasia.

Quando vediamo una persona in fine vita dobbiamo ricostruire tutto il percorso della sua vita e delle ricchezze che essa contiene. Solo così possiamo essere vicini e ascoltare la persona che sta morendo.

Che ci sia bisogno di una Legge per ribadire che un medico deve stare di fianco a una persona mi pare eccessivo.

Se non si può effettuare un trattamento attivo, bisogna fare tutto ciò che è in nostro potere fare.

E' difficilissimo che una Legge possa normare tutto. Nel fine di vita vengono incluse, oltre al morente, o nessuna o tante altre persone che magari pensano in modo diametralmente opposto. D'altra parte ciò scaturisce dal tempo in cui viviamo, in cui c'è sempre il pensiero che se avviene qualcosa è sempre colpa di qualcuno, si crede che tutto sia possibile, etc.

L'accompagnamento nelle situazioni di fine vita, ad es, nelle neoplasie avanzate, con terapie non attive è possibile. Si possono applicare interventi progressivi secondo il principio di gradualità, utilizzando antidolorifici e sedativi. **Se Welby o DJ Fabo avessero chiesto di staccare il respiratore in un momento di dispnea glielo si sarebbe potuto staccare sul momento, senza bisogno di andare in Svizzera in cliniche che previo pagamento svolgono queste deprecabili operazioni. In entrambi i casi si è voluto trasmettere un messaggio mediatico eclatante.**

Di fronte alle situazioni, **ascoltando il paziente, si possono cambiare le decisioni prese in precedenza. Es. un malato di SLA che mi ha chiesto sul momento con un filo di voce di praticare la tracheostomia.**

Si parla di questi temi ad ondate. Nel 2007 già si diceva che se si facesse già quello che dovremmo fare non ci sarebbe bisogno di una Legge. Inoltre, come diceva Eugenio Galavotti, **è già scritto tutto nel Codice deontologico medico.**

Un campo minato è quello delle malattie neurologiche avanzate, assimilabili a patologie oncologiche avanzate.

La Legge tratta anche di nutrizione artificiale. Un contenzioso è relativo al fatto che sia o meno un atto medico. Un processo medico c'è: ad esempio l'inserimento di una sonda. Se parliamo di fine vita e non di stato vegetativo permanente - che non è una condizione di fine vita ma uno stato che ad esempio in Italia

riguarda alcune migliaia di persone le quali hanno necessità della nutrizione pena la morte – la nutrizione artificiale è un accanimento terapeutico. Se una persona morente si alletta e non è più in grado di mangiare perché lo stomaco non può ricevere cibo, la nutrizione artificiale fa peggiorare la qualità della vita e avvicina la morte. Lo stato vegetativo permanente e situazioni di necessità temporanea di nutrizione artificiale non in fine vita sono casi in cui questo processo deve invece venire adottato.

Abbiamo esempi illustri nell'ambito della nostra Chiesa. Giovanni Paolo II rifiutò la tracheotomia e la nutrizione con sondino in caso di Parkinson avanzato. Il card. Martini scriveva ciò che oggi viene riassunto con "Less is more", a volte non fare è meglio che fare molto in certi casi medici.

**Carlo Carapezzi diceva che l'eutanasia non è invocata dai malati ma dai sani. Quando il malato chiede l'eutanasia è perché viene lasciato solo, e allora essa è una vera sconfitta. Di fatto diventa un'induzione al suicidio, perché viene fatto credere a una persona che essa è un peso alla società e che allora può "salvarsi" con l'autodeterminazione al suicidio.**

La nostra società vive il delirio di onnipotenza del non morire mai, dello stare bene a tutti i costi. Stare bene però non vuol dire "avere" ma "essere".

**Vi sono tutta una serie di ambiti di accanimento terapeutico come le manovre di rianimazione, a volte verso pazienti anziani che hanno il diritto di morire ma richieste da familiari che chiedono di non farli morire perché la loro pensione porta soldi in casa.**

Tante cose si possono fare in termini medici, ma non è detto che tutto ciò che si può fare sia bene. Ad esempio, certe operazioni non fanno altro che accelerare la morte e portare a una morte tragica, al posto di un processo di cure palliative che possono allungare la sopravvivenza di qualche mese. Si sente dire di chemioterapie date a pazienti con un mese di vita.

Un ultimo problema che pongo è quello dell'equità delle cure. A volte si spendono migliaia di euro per prolungare delle vite di qualche mese, mentre da altre parti del mondo vi sono persone con malattie come lebbra e tubercolosi che potrebbero venir curate con poche centinaia di euro.

Attraverso l'eccessiva tecnologizzazione si è spersonalizzato il rapporto medico-paziente che è il fondamento di ogni cura. La tecnologia è buona ma non deve governare. Le Leggi che usciranno tenderanno sempre più a toccare la sfera intima delle persone. Bisogna curare la persona non la malattia.

### ***Prof. Massimo Gandolfini***

*Il prof. Gandolfini è molto conosciuto, se non altro per la sua visibilità mass-mediatica: basti pensare alla conduzione del Family day del 20 giugno 2015 che ha raccolto a Roma un milione di persone.*

*È neurochirurgo e psichiatra, direttore del Dipartimento di neuroscienze della Fondazione poliambulanza di Brescia, è professore associato di Neurochirurgia all'Università cattolica di Roma, è particolarmente esperto in tematiche di carattere bioetico: ha conseguito tre master in Bioetica presso l'Università Cattolica di Milano e l'Università Statale di Padova.*

Ringrazio AMCI e son contento di incontrare Edo Patriarca con cui ero insieme in Scienza & Vita, poi lui ha preso la via della politica attiva e io altre strade.

Dal momento che molte delle sfaccettature sono già state portate alla luce da chi mi ha preceduto procederò più speditamente.

Dico le cose con chiarezza: non faccio parte di quelli che sono chiamati maestri del dubbio. Non si può tagliare a fette la verità, ma bisogna inserire alcuni punti precisi. Quando si scrive una Legge, deve essere precisa. In ambito medico esistono innumerevoli sfumature. La professione medica è un'arte, ogni uomo è a se stante, il rapporto medico-paziente non è quello del meccanico con la macchina o dell'idraulico con la tubatura. La variegatura del malato nella sua condizione patologica è enorme. Pretendere che l'asimmetria medico-paziente venga colmata è utopico. Non sono mai stato per una medici paternalistica, di imposizione della cura. Ho partecipato al dibattito per il rinnovo del Codice deontologico medico nel 2015, a seguito del

testo pessimo del 2014, che non aveva più nulla di ippocratico, ma parlava solo di imposizione della volontà del paziente che poteva imporre al medico ciò che doveva fare. **Io sono per un sano paternalismo.** Sono 40 anni che faccio il medico. **Ho una figlia di 24 anni che, a seguito di una sindrome (tetralogia di Fallot), è stata operata 34 volte. Ad ogni operazione i colleghi, dopo avermi esposto alcuni possibili interventi, mi chiedevano: “Tu cosa faresti?”. Io rispondevo: “Se fosse tua figlia, cosa faresti tu?”, e quello che mi dicevano per me andava bene. Sapevo di non avere competenze nel settore specifico di intervento a livello di quelle dei miei colleghi.**

Oggi è sparito il buonsenso. E' sparito il ruolo sociale del medico. Il medico si prende cura della mia vita, salute e della mia persona. Siamo riusciti con una battaglia a mantenere queste diciture nel Codice deontologico. E' con questo tipo di fiducia che io mi fido del collega medico che opera mia figlia. Se il rapporto diventa solo commerciale e non più di fiducia, cade tutto. Oltre Alpi vediamo Stati dove ciò già avviene, Non capiamo perché imitarli in pratiche che, in realtà, non migliorano la vita. In alcuni di questi Paesi i tassi di suicidio (non assistito) aumentano.

**La Legge sulle DAT è necessaria?**

**La prima parte è assolutamente inutile.** Il consenso informato esiste già da anni. Se il tutto dovesse ridursi a un modulo, incomprensibile per il paziente e traducesi nella firma a scatola chiusa da parte sua. In Paesi dove questo già esiste, come la Gran Bretagna, vari studi mettono in luce come questi moduli possano favorire o meno pratiche eutanasiche a seconda di come il modulo viene formulato. Ciò avviene non in Paesi analfabeti ma ad esempio a Londra. **Un articolo uscito su Lancet riporta come entro due anni fino al 49% dei pazienti cambia la propria opinione sulle DAT (Living Will, nel mondo anglosassone) ma si dimentica di cambiare il modulo. Codificare per Legge è pericolosissimo.** Ci sono materie che sfuggono alla Legge e il rapporto diretto medico-paziente è fondamentale. Riporto l'esempio concreto di un malato che chiama soccorso suonando, il medico interviene ma l'infermiera lo blocca mostrandogli la sua DAT in cui egli chiede di non venire assistito. Qual è però la reale volontà del paziente quando sta male?

Tutti sappiamo che il consenso informato esiste già.

Oggi, in condizioni di perfetta salute, posso firmare una DAT, ma che cosa posso pensare quando sto male? Quante volte nella vita abbiamo cambiato opinione in base a come ci troviamo? Se sono in insufficienza respiratoria non voglio veramente che mi venga praticata tracheostomia?

Giorni fa sono stato in un dibattito in un Liceo classico di Milano, in cui Marco Cappato portava avanti solo il tema dell'autodeterminazione. Formare in questa direzione 800 giovani che diventeranno classe dirigente domani cosa vi sembra?

Se un medico fa accanimento sbaglia, è come se curasse un'infezione virale con gli antibiotici.

### Le DAT

**Dobbiamo chiarirci, sono “dichiarazioni” o “disposizioni”? Le “disposizioni” non si possono cambiare, le “dichiarazioni” sì.** L'art. 9 della Carta di Oviedo è stato scritto in questo senso. Si parla di “wishes” di desideri espressi, che “saranno tenuti in considerazione”. Il medico dovrà tenere conto di questi desideri. Un conto è tenere conto, un conto è l'essere vincolati, obbligati. Il comma 6, parla della “volontà espressa” ed è relativo anche a “nutrizione e alimentazione”.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha sempre dichiarato che la nutrizione e idratazione sono necessarie e non si tratta di cure palliative.

### Siamo così sicuri che una persona in stato vegetativo voglia morire?

Se un paziente finisce in “locked in syndrom” e vi resta per anni, ha senso che venga rianimato nel caso di un arresto cardiaco? Uno studio effettuato su pazienti LIS ha portato a far emergere che tutti vorrebbero venire rianimati in questo caso.

L'art. 32 della Costituzione non può rimandare a un diritto che non c'è, ovvero il diritto di morire. Esso parla del diritto alla salute ed è ovvio che ad esso è legato il diritto alla vita. Naturalmente, esprimendosi così, non può includere il diritto alla morte. Il diritto tutela un bene. Si può pensare di tutelare una condizione umana ineliminabile ma che non può essere considerata un bene?

Lo Stato non può intervenire in condizioni di tutela della dignità della persona.

Non possiamo far passare che nell'art. 32 della Costituzione vi sia scritto il diritto a non farsi curare. Dobbiamo abituare i giovani medici a capire che esiste il dovere morale della cura, perché c'è il dovere morale di tutelare la salute.

Il suicidio ha due aspetti. Tutti i medici lo considerano un fondamento di patologia psichiatrica e infatti se arriva in ospedale un paziente che ha tentato il suicidio si chiama tutt'oggi uno psichiatra. Che cosa avverrebbe se, per tutelare la dignità di una persona che ha scientemente scelto di ingerire un veleno o massicce dosi di medicinali per togliersi la vita, io, medico, non facessi nulla?

### Diritto di morire

La domanda da porsi non è quanta libertà deve avere il singolo ma quanto la condotta del singolo si relaziona col bene comune, Se la condotta è necessaria al bene comune deve venire imposta, altrimenti, se va contro, deve venire vietata.

La vita è un bene fondamentale insostituibile.

### Rapporto medico-paziente

La volontà del paziente non fonda la liceità dell'atto medico, è una condizione necessaria ma non sufficiente. Il Codice penale parla dello stato di necessità (art. 54), applicato ad esempio nel caso di trasfusioni con testimoni di Geova: nessun medico che ha proceduto è mai stato condannato.

### Ruolo sociale del medico

In una vicenda in cui sono stato coinvolto, io e altri abbiamo impedito che un ragazzo si buttasse da un ponte. De facto abbiamo impedito quella che apparentemente era la sua volontà. Ma, come medici e cittadini, che cosa dovevamo fare? Dargli una spinta verso il basso? Se un ragionamento è buono è buono fino alla fine.

Salvo in caso di guerra non esiste socialmente giuridicamente ed eticamente una relazione interumana orientata a provocare la morte.

### NIA e SV: Terapia vs Cura

La terapia è relazionata a una malattia. La cura è il trattamento della persona ed è relazionata alla persona, che può essere malata o sana (cf. Harris).

Analogia per estensione con il neonato sano. Tutto ciò che si somministra al neonato sano per vivere è "cura vitale", ovviamente non terapia, perché non c'è malattia.

Noi abbiamo cura di noi stessi? Certamente.

Il principio non cambia quando l'identica cura viene applicata a un adulto disabile. Ecco perché sono assolutamente contrario all'inserimento della nutrizione e alimentazione nel testo di Legge, perché si presta drammaticamente ad abusi. Se poi si chiama in causa un fiduciario per disporre della vita di un paziente, viene freddo. Pensiamo a quanti possono desiderare l'eredità di un malato o altro ancora.

Ovviamente altre pratiche possono essere abusi, come ad esempio l'alimentazione forzata.

Eluana Englaro deglutiva, le suore che la assistevano la alimentavano col cucchiaino, ovviamente impiegando molto tempo. Nei suoi confronti si è realizzato un abuso che continuerà a realizzarsi nel caso in cui la sospensione della nutrizione e idratazione artificiale (preferisco dire "assistita") passerà come obbligo da imporre in certe situazioni.



Concludiamo portando alla luce un sano principio di precauzione, che rivolgo a Edo Patriarca, il quale anche oggi ha dimostrato un grande equilibrio.

Guardiamo che cosa è avvenuto in altri Paesi. In Olanda nel 2001 è stata depenalizzata l'eutanasia, nel 2002 è stata legalizzata, nel 2004 è stata estesa a minori di 14 anni. Si è giunti al fatto che l'1% dei pazienti sottoposti ad eutanasia in Olanda oggi non ne ha fatto richiesta.

Concludo citando un discorso di Benedetto XVI:

*“Da una parte, è innegabile che si debba rispettare l'autodeterminazione del paziente, senza dimenticare però che l'esaltazione individualistica dell'autonomia finisce per portare ad una lettura non realistica, e certamente impoverita, della realtà umana. Dall'altra, la responsabilità professionale del medico deve portarlo a proporre un trattamento che miri al vero bene del paziente, nella consapevolezza che la sua specifica competenza lo mette in grado in genere di valutare la situazione meglio che non il paziente stesso.*

*La malattia, d'altro canto, si manifesta all'interno di una precisa storia umana e si proietta sul futuro del paziente e del suo ambiente familiare. Nei contesti altamente tecnologizzati dell'odierna società, il paziente rischia di essere in qualche misura “cosificato”. Egli si ritrova infatti dominato da regole e pratiche che sono spesso completamente estranee al suo modo di essere. In nome delle esigenze della scienza, della tecnica e dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria, il suo abituale stile di vita risulta stravolto. E' invece molto importante non estromettere dalla relazione terapeutica il contesto esistenziale del paziente, in particolare la sua famiglia. Per questo occorre promuovere il senso di responsabilità dei familiari nei confronti del loro congiunto: è un elemento importante per evitare l'ulteriore alienazione che questi, quasi inevitabilmente, subisce se affidato ad una medicina altamente tecnologizzata, ma priva di una sufficiente vibrazione umana.*

*Su di voi, dunque, cari chirurghi, grava in misura rilevante la responsabilità di offrire una chirurgia veramente rispettosa della persona del malato. E' un compito in sé affascinante, ma anche molto impegnativo. Il Papa, proprio per la sua missione di Pastore, vi è vicino e vi sostiene con la sua preghiera. Con questi sentimenti, augurandovi ogni migliore successo nel vostro lavoro, volentieri imparto a voi ed ai vostri cari l'Apostolica Benedizione.”* (110° Congresso Nazionale della Società Italiana di Chirurgia, 20 ottobre 2008; [https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2008/october/documents/hf\\_ben-xvi\\_spe\\_20081020\\_chirurgia.html](https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2008/october/documents/hf_ben-xvi_spe_20081020_chirurgia.html))

-----

## DOMANDE – DIBATTITO

### DOMANDA 1

#### **Dott. Garuti (Medico)**

*Abbiamo dimenticato che cos'è fondamentalmente il famoso Giuramento di Ippocrate, pagano, in cui si dice che il rapporto medico-paziente è fiduciario. Poi: non nuocere, non dare la morte, insegnare la propria arte a chi lo chiede, non praticare aborto, il rapporto col paziente è fiduciario e segreto. Ippocrate era pagano, S. Luca era medico di cultura ellenistica. Finisco con una frase di Papa Francesco: “Il malato o i poveri del terzo mondo sono la carne di Cristo”. Da noi è venuto il culto della morte. E' necessario rivedere un comportamento etico e morale in tutto. Il rapporto fiduciario tra medico e paziente non esiste più, si vuole nascondergli la sua realtà. Ho fatto un'esperienza in un lebbrosario africano e ho trovato tanta di quella*



*dignità che noi non possiamo immaginare. Ho trovato pagani, sciamani, che portavano un paziente a me dicendomi “Il tuo Dio è più potente del nostro”.*

## **DOMANDA 2**

**Dott. Mario De Santis (AMCI)**

*Questa Legge è veramente necessaria o viene creata perché la vogliono solo delle correnti politiche?*

## **DOMANDA 3**

**Medico - AMCI**

*Un professore durante la mia formazione universitaria disse “Se non diventerete filosofi o umanisti non sarete mai medici, ma meccanici.” Come medici ci indigniamo per gli errori che emergono in questa Legge. Non esiste un problema di incoerenza. In ambito diocesano a casa nostra non guardiamo alle eresie che si dicono e poi cerchiamo di fare la punta in argomenti come quello odierno.*

## **DOMANDA 4**

**Studiante di medicina**

*Nella facoltà di Medicina si parla pochissimo di questi argomenti. Vi è un solo corso da un credito sulla deontologia medica. Chiedo all'on. Patriarca – di cui non ho motivi per dubitare della sua buona fede – perché nelle DAT si inserisce un'obbligazione? Questa è una lesione dell'autonomia professionale del medico e non si comprende perché non vi sia, come nella Legge 194, la possibilità di un'obiezione di coscienza. Chi è che decide in certi casi non chiari? Presumibilmente il magistrato, il quale, con tutto il rispetto, può decidere con una discrezionalità troppo ampia.*

## **DOMANDA 5**

*Nella definizione della libertà si parla di conseguimento di un vero bene, nella conoscenza della verità. La verità scritta dentro di noi è che non siamo solo corpo, ma anche mente e spirito. Non si può eliminare la componente spirituale e considerare una persona solo corpo. Se non possiamo dare la vita non possiamo neanche toglierla. Viviamo un delirio di onnipotenza.*

*Mi scusi onorevole, lei può essere moderato finché vuole, ma lei ha votato sì alla Legge, così come un qualsiasi radicale. Uno che decide una Legge dovrebbe essere integro, oggi abbiamo tra i peggiori a decidere le Leggi.*

## **DOMANDA 6**

*L'occasione di parlare di questa Legge è un bene. Ringrazio l'onorevole per essere venuto. In Parlamento lei può portare la visione dei medici che oggi hanno parlato. Sono amica di una nipote del medico Luisa Guidotti, a cui è dedicata la sezione AMCI di Modena. Luisa Guidotti è morta uccisa in ambulanza perché ha scelto di andare a soccorrere una donna che doveva partorire. Conosco l'importanza per il valore della vita del recupero del rapporto di fiducia medico-paziente.*

## **DOMANDA 7**

**Prof. Melini**

*Nel dibattito non siamo forse influenzati dalla propaganda a livello europeo che ci impone di seguire quanto hanno creato in altri Paesi?*

*Nel 2014 abbiamo lavorato intensamente sul Codice deontologico perché era una bruttura. Di fronte a questa Legge dobbiamo buttare via questo Codice deontologico. I medici cattolici che sono in parlamento come si sono comportati e come si comporteranno in questo senso?*

**On. Edoardo Patriarca**

Venendo qui conoscevo la posizione di AMCI. Vivo la mia realtà di cattolico facendo i miei esami di coscienza, in famiglia e col mio vescovo a Carpi, e nella Confessione. Non faccio a voi l'esame di coscienza e vi chiedo di non farlo a me.

Cerco di trovare mediazioni in campo politico. In campo di legittima difesa, accoglienza di migranti, ho votato posizioni che altri anche cattolici non hanno votato.

Se non avessi fatto nulla il DDL sarebbe passato lo stesso. Altri medici hanno votato a favore o contro.

Ho ascoltato con piacere Massimo Gandolfini e il dott. Chesi.

Ogni giorno siamo chiamati come credenti a vivere passo dopo passo quale sia la scelta migliore.

Vi ho raccontato quanto abbiamo fatto, e la fatica di contenere le forze al contorno. Siamo in un contesto culturale in cui la fragilità, la cura, sono minacciate. Lavoro molto nel sociale e non ho la conoscenza bioetica di Massimo. Su molti fronti c'è un processo culturale in atto. C'è l'idea del farsi da soli, senza relazioni e comunità. La società va in questa direzione. Dobbiamo cercare di tenere unite persone che la pensano in modo simile al nostro, anche se non credenti. Il timore che la prossima legislatura apra il fronte a forze eutanasiche è fondato.

Riguardo a questa Legge, parlo per me e molti altri. Non l'avremmo voluta, specie considerate le altre questioni sociali in gioco. Qual è l'urgenza? Sono stato coinvolto anche nel gruppo di nove parlamentari che tra un mese ragioneranno sul tema della liberalizzazione della cannabis. Uno può rimanere fuori e votare contro, o rimanere dentro e cercare di fare in modo che una Legge faccia i minori danni possibili.

Dico onestamente che non sono un cattolico doc, cerco di fare un esame di coscienza tutte le sere.

Voi potete dire: la mia è una scelta discutibile, non eroica, ma è una scelta che si fa nella politica.

Molte volte siamo da soli e ben poco accompagnati anche dalla nostra Chiesa. La mia esperienza in parlamento è solitaria, con ben poco aiuto per discernere insieme. Questo è il tempo in cui si dice, interpretando male Papa Francesco, che i laici sono responsabili in coscienza di quello che fanno in politica. Personalmente ho conoscenza di sociale e welfare, ma su temi bioetici scelgo in coscienza.

### ***Prof. Massimo Gandolfini***

Non c'erano domande per me, per cui raccolgo l'ultima affermazione dell'on. Patriarca. I cattolici in politica non devono essere lasciati soli. La società civile ha il potere del voto. Faccio un appello, essendo divenuto nonostante la mia volontà un personaggio mediatico, non mi candiderò in alcun partito, ma abbiamo una responsabilità civile enorme. I partiti non sono monoliti. In ogni partito ci sono pensieri molto diversi. Se l'on. Patriarca ha dietro di sé una società civile che sostiene certi principi e valori, acquista un peso enorme.

Quando si tratta di dare il nostro voto, dobbiamo chiederci: un partito difende la vita dal suo concepimento alla morte naturale? Questi temi che possono modificare l'antropologia vengono prima di tanti discorsi sull'economia e ambiti analoghi.

### ***Dott. Francesco Camerini***

*Il punto è che l'agenda dei temi da trattare e le Leggi da votare non vengono decise dall'on. Patriarca, dal PD o da Gentiloni, ma da persone come George Soros, ospitato proprio pochi giorni fa (3 maggio) dal Presidente del Consiglio dei ministri Gentiloni per parlare di immigrazione. Sono questi potentati a definire l'iter decisionale che ci governa.*