

Trapianti da cordone,
la donazione «paga» **2**

divari

Maternità a rischio
Ma la scienza le ignora **3**

scempi

Così la Ru486 cancella
la tutela della donna **4**



Quanti paradossi culturali sulle frontiere della vita

Sulle frontiere della vita umana assistiamo a paradossi apparentemente inspiegabili: l'insistenza tenace per agevolare in ogni modo gli aborti in un Paese che ha il problema della tutela della maternità e della natalità; la campagna per il "diritto mite" sul fine vita da parte di chi prima del caso Englaro reclamava una legge a ogni costo; e il controsenso clamoroso che documentiamo oggi, relativo alla pressoché nulla attenzione verso i casi di gravidanze difficili (e i ripetuti aborti spontanei) con risorse e attenzioni mediche tutte rivolte alla fecondazione assistita. Forse il "diritto al figlio" si può reclamare solo con la provetta. O forse, più che madri e bambini, interessano le "battaglie" simboliche da vincere.

www.avvenireonline.it/vita

Fine vita: la Camera riparte dal testo Calabrò

di Pier Luigi Fornari

Con 24 voti a favore (Pdl, Lega e Udc) e 18 contrari (Pd ed Idv) la commissione Affari sociali della Camera ha adottato ieri come testo base del dibattito sul fine vita l'articolo approvato a marzo in Senato. A proporlo con considerazioni «razionali» e «scientifiche», il relatore Domenico Di Virgilio (Pdl), sottolineando, però, che presenterà «degli emendamenti che mirino a migliorarlo» anche sulla base delle audizioni e della discussione generale conclusasi con la sua replica di ieri.



Con il voto di maggioranza e Udc la Commissione Affari sociali di Montecitorio ha fatto propria la legge uscita dal Senato. Il relatore Di Virgilio annuncia emendamenti «migliorativi» «No» di Paola Binetti: «Condivido l'impianto, ma non si doveva attendere tre mesi per adottare il ddl»

Il lavoro svolto da una delle due Camere «non può essere disatteso o ignorato dall'altra», ha esordito Di Virgilio, citando la Costituzione. Uno dei punti cardine del testo approvato al Senato è che «idratazione e nutrizione, anche artificiali, sono sempre da considerare sostegni vitali anche se richiedessero tecniche sofisticate per essere adeguatamente attuate». Dunque nelle dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat) non si può chiederne la sospensione perché equivarrebbe a morire non per la malattia ma «per fame e per sete», ad introdurre «l'eutanasia e il suicidio assistito nel nostro sistema». Del resto in un parere del 2003 il Comitato nazionale per la bioetica (Cnb) «riprenendo la Convenzione di Oviedo e le norme di deontologia medica» ribadì che mediante le Dat «non si intende in alcun modo riconoscere al paziente - una volta divenuto incapace - il diritto all'eutanasia», ma esclusivamente «l'esercizio della libertà di decidere circa quei trattamenti sanitari che, se fosse capace, avrebbe il diritto morale e giuridico di scegliere». Ne consegue che alimentazione e idratazione, «atti eticamente e deontologicamente dovuti», non possono essere oggetto di Dat.

Il diritto alla vita è sempre stato «garantito in tutte le società», ha premesso Di Virgilio, «trattandosi di un principio fondamentalmente laico». Perciò un paziente in stato vegetativo persistente «è una persona gravemente disabile sì ma sempre persona rimane, con la sua dignità umana fondamentale, alla quale sono perciò dovute le cure ordinarie e proporzionate che comprendono in linea di principio anche la somministrazione di acqua e cibo». È un principio etico generale che la somministrazione di acqua e cibo rappresenta «sempre un mezzo naturale di conservazione della vita e non un trattamento terapeutico». Il suo uso sarà quindi da considerarsi «ordinario e

“DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO” IL TESTO-BASE ALLA CAMERA

- Con 150 voti favorevoli, 123 contrari e 3 astenuti, il Senato ha approvato il 26 marzo il disegno di legge "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", o Dat (relatore Raffaele Calabrò, Pdl).
- Il testo si compone di 9 articoli. All'articolo 1 la legge "riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge" (1° comma).
- Nello stesso articolo "vieta ogni forma di eutanasia e di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica nonché di assistenza alle persone esclusivamente finalizzata alla tutela della vita e della salute".
- Nell'articolo 3, l'alimentazione e l'idratazione sono definite "forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita. Esse non possono formare oggetto di Dat".
- La Dat "può essere revocata o modificata in ogni momento" ma non si applica "in condizioni di urgenza o quando il soggetto versa in pericolo di vita immediato" (art.4).
- "Le volontà espresse dal soggetto nella sua Dat sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno. Il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica" (art.7).
- Il ddl Calabrò è stato adottato dalla Commissione Affari sociali della Camera (relatore Domenico Di Virgilio, Pdl) come testo base per giungere a una proposta di legge da sottoporre in dicembre all'aula di Montecitorio.

proporzionato», anche quando lo "stato vegetativo" si prolunga. Inoltre il relatore ha osservato che l'«alleanza terapeutica» a fondamento del ddl del Senato è la traduzione di un concezione «laica» di «libertà aperta all'empiria, e per questo mai perfetta e assoluta». Quindi «la via giusta da percorrere» è quella di Dat non vincolanti per il medico, come indicato nel documento del Cnb, che senza tornare al «paternalismo assoluto» del passato, lasciano «uno spazio vitale» alla «scienza e alla coscienza». Non c'è infatti diritto di chiedere la morte «perché la vita e la salute sono beni

Una prova di democrazia Con larghe maggioranze

Valglio democratico rigoroso per il testo adottato ieri dalla commissione Affari sociali della Camera. Dal 1° ottobre 2008 al 18 marzo in esame nella omologa commissione del Senato con significative modifiche dell'opposizione. In circa 70 scrutini segreti dell'aula passa con consenso più largo della maggioranza di governo. Alle 5 sedute di audizioni in commissione del Senato si aggiungono alla Camera: 6 Società scientifiche, 7 associazioni e 6 bioeticisti. Interventuti in discussione generale in commissione a Montecitorio: 41 deputati di cui 17 che non ne fanno parte.

indisponibili tutelati dallo Stato».

In tal modo, come nell'esercizio del diritto costituzionale del «consenso informato» in condizioni di piena coscienza, nelle Dat continua «l'alleanza terapeutica», o meglio «l'alleanza di cura». Un rapporto di fiducia che si concretizza nel dovere del medico, nell'interesse esclusivo del paziente, di colmare «la distanza psicologica e temporale» della sua scelta con il momento in cui sarà attuata, di contestualizzarla ai cambiamenti scientifici.

Il medico «deve dire sempre "no all'eutanasia, no all'abbandono terapeutico, no all'accanimento terapeutico"». È «fondamentale», peraltro, che ai malati terminali sia garantito l'accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore. Il termine «accanimento terapeutico», ha specificato il relatore, «si riferisce esclusivamente a una terapia medica o chirurgica sproporzionata», cioè a un trattamento mirato alla guarigione o al contenimento di un processo patologico. Il dovere terapeutico, però, è «subordinato al bene fondamentale della vita, il cui mantenimento e la cui promozione» include «dimensioni fisiologiche, psicologiche, spirituali, familiari e sociali». Si tratta di consentire la continuazione della vita con la somministrazione di fattori come aria, acqua, nutrienti, calore, indispensabili per la fisiologia del corpo e dai quali tutti siamo dipendenti dalla nascita alla morte. Privare di essi un paziente significa abbandonarlo, «rischio grande, che nasce dalla crescente conflittualità, dalla paura dei medici, dalla sfiducia dei pazienti».

Al termine della replica Livia Turco ha comunque annunciato il voto contrario «compatto» del Pd, perché pur parlando di dialogo Di Virgilio non ha proposto un nuovo testo o la costituzione di un comitato ristretto. Paola Binetti (Pd), criticata dalla maggioranza per il suo «no», pur condividendo la replica, ha osservato che il ddl del Senato era da adottare «subito», ma in 3 mesi si sarebbe potuto fare un comitato ristretto. «Critiche procedurali infondate», ha ribattuto Lucio Barani (Pdl), richiamando la «sovranità popolare» rappresentata dall'ampia maggioranza con cui Palazzo Madama ha varato il testo. «Non si poteva partire da una proposta diversa», ha confermato Massimo Polledri (Lega). «Un articolato equilibrato, aperto alla fase emendativa», ha aggiunto la collega Laura Molteni.

Hai il testamento biologico? Niente cure per l'influenza A



Nel tuo libretto sanitario hai dichiarato che non vuoi essere rianimato? E allora non avrai nemmeno il ventilatore meccanico nel caso i tuoi polmoni fossero colpiti dalle peggiori complicazioni della febbre suina. Crudele, a dirsi. Ma, in soldoni, è quanto stabiliscono i piani di emergenza elaborati da alcuni Stati americani nel caso in cui gli ospedali dovessero fronteggiare ondate di ricoveri di influenzati. I piani di emergenza sanitaria, nati in situazioni di guerra (come nel Vietnam), sono in vigore da tempo. Ma sono tornati di attualità a causa della pandemia di influenza suina, tanto più dopo che, nei giorni scorsi, il presidente Obama ha dichiarato lo stato di emergenza nazionale, autorizzando tra l'altro gli ospedali ad attuare gli screening per l'influenza in strutture separate in previsione di un aumento incontrollato di visite e ricoveri.

Non solo vaccini e antivirali, dunque: oggi in America si discute anche di chi avrebbe diritto a utilizzare i ventilatori meccanici, presenti negli ospedali in misura limitata, tra tutti coloro che potenzialmente potrebbero averne bisogno. Alcuni Stati sono già provvisti di questi piani e nella maggior parte dei casi prevederebbero l'esclusione (o la retrocessione in ordine di priorità) dei pazienti che hanno firmato davanti al loro medico di famiglia il "Do Not Resuscitate Order", una sorta di dichiarazione anticipata di trattamento riferita alla rianimazione cardiopolmonare nel caso di arresto cardiaco. Altre categorie alle quali potrebbe essere negato il ricovero o il ventilatore meccanico in caso di congestione degli ospedali sarebbero gli anziani in dialisi e coloro che hanno gravi malattie neurologiche.

La Florida sta discutendo in questi giorni il suo piano di emergenza, che in caso di massiccia espansione delle complicazioni dell'influenza H1N1 prevede il rifiuto delle cure a chi ha un cancro inguaribile e a chi soffre di sclerosi multipla allo stadio terminale. L'ultima categoria esclusa nelle bozze di linee guida, se la pandemia dovesse aggravarsi ulteriormente, sarebbero proprio i firmatari del "Do Not Resuscitate Order". Un gruppo di esperti ha obiettato a quest'ultima previsione, spiegando che il Dnro riflette le preferenze di una persona sul proprio "fine vita", non certo una accurata stima delle chance di quella persona di sopravvivere all'influenza suina. Il dibattito è aperto. Resta il fatto che forse per la prima volta una dichiarazione anticipata di trattamento, qual è il Dnro, in vigore negli Stati Uniti dal 1976 e ormai presente in ogni Stato dell'Unione, induce a "pesare" il valore di una vita umana. Come dire: davanti alla drammatica scelta su chi, tra due persone in pericolo di vita, attaccare al respiratore meccanico, i medici possono legittimamente privilegiare non tanto chi ha maggiori possibilità di sopravvivere o chi è più giovane, ma chi non ha posto condizioni sulla sua fine. In altre parole: se una persona, da sana, ordina ai medici di non essere rianimata, perché poi l'ospedale dovrebbe fare di tutto per salvare, da malata, la sua vita?

Antonella Mariani

le audizioni
di Maria Nava

«La nutrizione artificiale è doverosa»



Il confronto sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento, sul cui disegno di legge è in corso la discussione alla Camera, si è arricchito nelle scorse settimane di 23 contributi di esperti, tra cui quello del co-presidente di Scienza & Vita Lucio Romano, che sono stati interpellati attraverso memorie e audizioni informali. Il 7 ottobre sono stati raccolti i pareri di diverse Società scientifiche: David Antonio Fletzer, presidente della Società italiana di medicina fisica e riabilitativa (Simfer), ha evidenziato che «la condizione di stato vegetativo o di minima coscienza è una situazione di menomazione e disabilità gravissima». Per la Simfer nutrizione e idratazione costituiscono «un'azione importantissima da integrare con le altre parti altrettanto determinanti della cura riabilitativa» che la rendono doverosa, dal momento che «quanto più è fragile è il paziente, tanto più cogente è il dovere sociale di occuparsi di lui».

Lo stesso giorno sono state audite, tra le altre, anche la Siaarti (Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva) e la Sim (Società di riabilitazione neurologica), entrambe favorevoli a quel "diritto mite" in-

Nelle sessioni consultive appena concluse i pro e i contro al disegno di legge sotto esame espressi da società mediche, associazioni ed esperti Con qualche posizione "a sorpresa"

cato dalla Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo), ossia una legge poco prescrittiva. Giudizio, quest'ultimo, espresso anche dalla Società italiana cure palliative, secondo cui idratazione e alimentazione non possono essere imposte. Di diverso parere l'Ordine dei medici di Bologna, che attraverso il suo presidente Giancarlo Pizzi sa sapere che «si riconosce nel ddl, ritrovando in esso i principi ispiratori del proprio codice di deontologia». Secondo l'Ordine, infatti, il ddl rappresenta una «puntuale sintesi bilanciata di diverse esigenze, diritti, libertà e doveri del cittadino, del paziente, del medico e della società in quanto sancisce in primis l'indisponibilità della vita».

La Fnomceo ha portato in commissione il cosiddetto "documento di Terni", da cui hanno dissentito 18 Ordini; la Federazione ha ribadito le richieste lì contenute, come la possibilità di inserire nelle Dat la sospensione dell'idratazione e dell'alimentazione. Fulvio De Nigris, per l'associazione "Gli amici di Luca", ha richiami-

to la Carta di San Pellegrino, elaborata insieme ad altre associazioni di pazienti, per ottenere una presa in carico globale del paziente in Stato vegetativo permanente, condivisa anche dal neurologo Giuliano Dolce, direttore scientifico del S. Anna di Crotona, che specifica che le persone in Svp, secondo le attuali conoscenze, possono provare dolore. Pone l'accento sul fatto «non vi è alcuna certezza circa l'irreversibilità della condizione di tali persone». Francesco Napolitano per l'Associazione Risveglio.

L'Associazione Luca Coscioni, invece, chiede che le dichiarazioni siano vincolanti, anche nei casi di urgenza o pericolo di vita e che l'alimentazione e l'idratazione siano sempre rinunciabili. Posizione espressa anche nell'audizione dell'anestesista Mario Riccio, noto per aver staccato il ventilatore meccanico e sedato Piergiorgio Welby. Per il neurologo Paolo Maria Rossini, del Campus Bio-Medico, «la condizione di stato vegetativo resta purtroppo gravata da un tasso di errore diagnostico ancora molto elevato». Favorevoli a «una legge che tenga conto del valore della vita umana indisponibile e non negoziabile» l'Associazione medici cattolici italiani (Amci). (tratto dalla newsletter di Scienza & Vita, 28 ottobre)

stamy

di Graz



Graz