

DISPENSA N. 16

Lezione del 26 novembre 2013

LE BIOPOLITICHE:

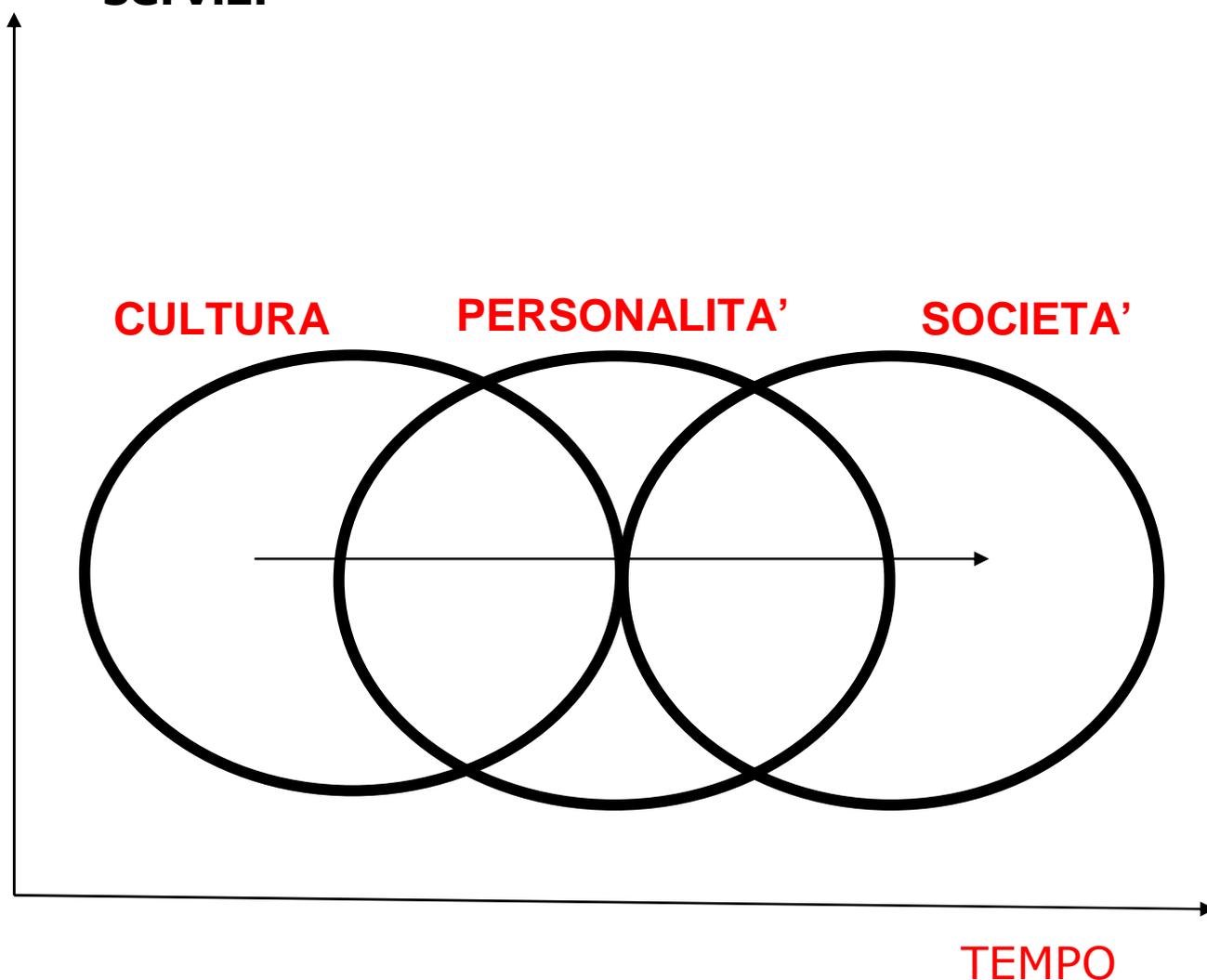
**INIZIO VITA, con particolare riferimento ad aborto e
procreazione medicalmente assistita (pag 5-50)**

e

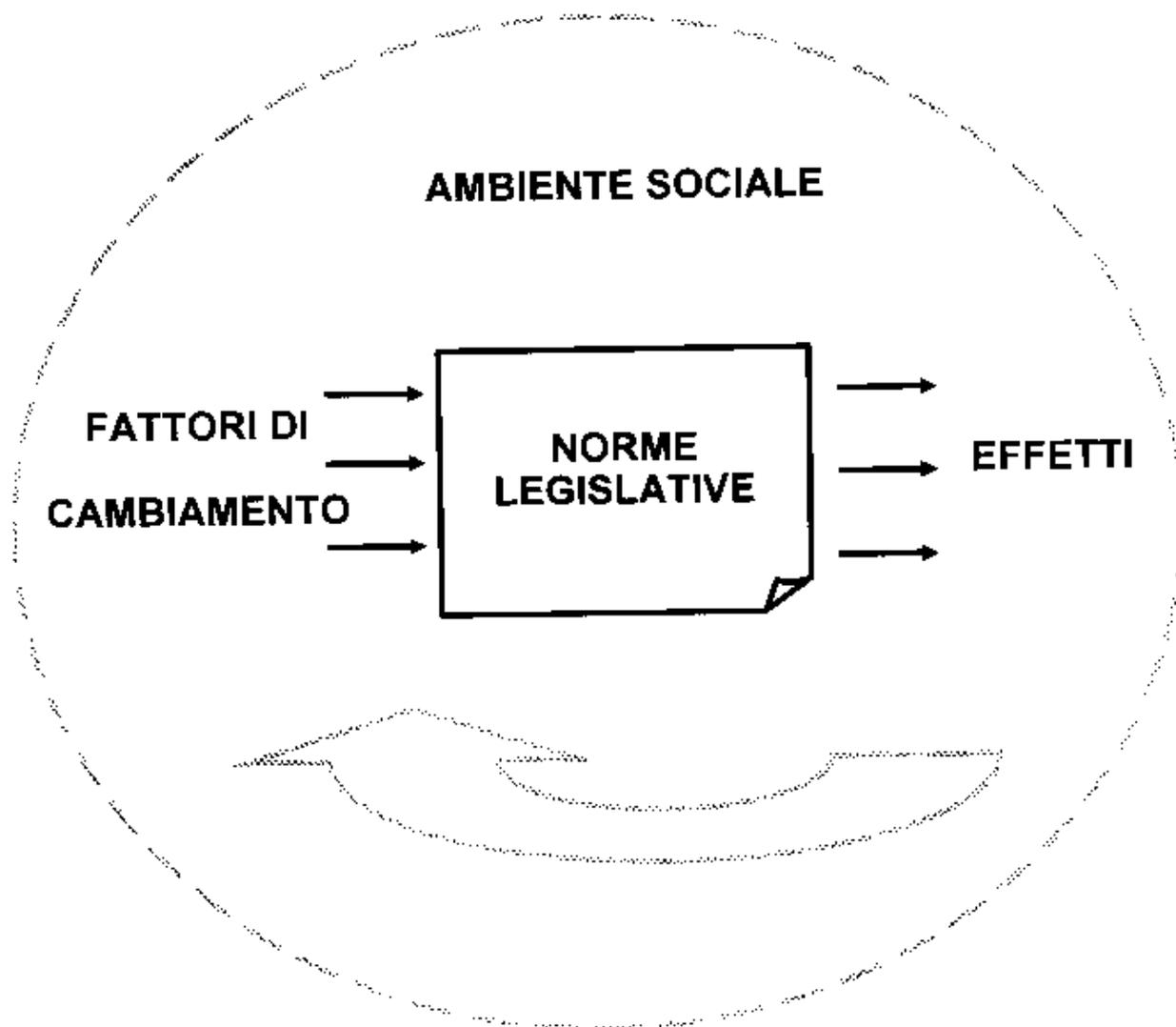
**FINE VITA, con particolare riferimento al “testamento
biologico” (51-72)**

Un richiamo metodologico per l'argomento di questa lezione

II METODO SOCIOANTROPOLOGICO come griglia di analisi dei sistemi dei servizi



Lo schema **POLITOLOGICO**



I problemi di analisi e di valutazione che si pongono

su **temi nei quali c'è conflitto etico**

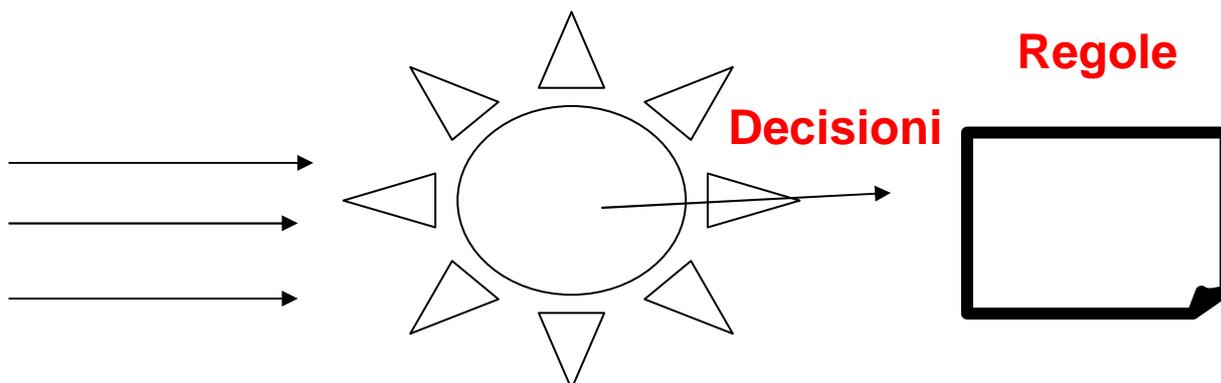
Visto dal punto di vista delle REGOLE la mappa

cognitiva è questa

**Mutamenti
socioculturali**

**Dilemmi
etici**

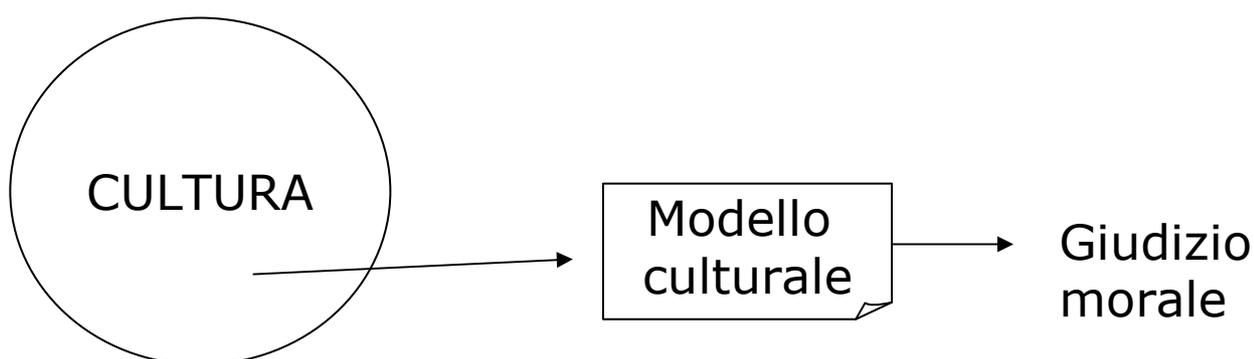
Regole



Dialettica
Giusto/
Ingiusto

I contenuti tipici

- Sì
- No
- A condizione che ...



I "modelli culturali", ossia i modi di pensare le situazioni ed i problemi, possono essere osservati professionalmente in moltissimi modi:

- conversazioni
- discussioni
- testi
- trasmissioni televisive
- leggi

L'INIZIO VITA

PERIODI CHIAVE	POLITICHE LEGISLATIVE per la situazione problematica FAMIGLIE E MINORI
Anni '60	Prima legge sulla "adozione speciale"
Anni '70	Asili nido Lavoratrici madri Divorzio Diritto di famiglia Contraccezione e consultori Inserimenti scolastici portatori di handicap Interruzione volontaria della gravidanza
Anni '80	Primo sviluppo delle reti di servizi attivate dalle leggi regionali Adozione e affidamento dei minori
Anni '90	Nuovi compiti dei Comuni e della Asl Legge quadro su Disabilità e handicap Promozione dei diritti dei minori Norme contro la violenza sessuale e contro la prostituzione e "turismo sessuale"
1997-2001	Riforma dei servizi sociali e successiva redistribuzione delle competenze dello Stato e delle Regioni
Il decennio del 2000	Modifica delle legge su adozione e affidamento Misure contro la violenza familiare Procreazione medicalmente assistita Amministratore di sostegno Affidamento condiviso Mediazione familiare Parificazione giuridica dei figli

FAMIGLIE E MINORI

La distribuzione dei compiti dopo la Legge Costituzionale n. 3/2001

STATO

Diritto di famiglia
Diritto dei minori
Regole interruzione volontaria della gravidanza
Regole procreazione medicalmente assistita

REGIONI

Consultori familiari
Assistenza ospedaliera pediatrica e ginecologica
Formazione professionale
Uffici per l'amministratore di sostegno
Mediazione familiare

ENTI LOCALI

Asili nido e micronidi
Affidi
Centri diurni ed educativi e di aggregazione giovanile
Servizi domiciliari minori
Doposcuola
Ludoteche
Spazi gioco
Spazi neutri
Gestanti e madri con figli a carico
Comunità per minori
Centri anti violenza

LE BIOPOLITICHE

Per introdurre l'argomento, possiamo partire da questa accettabile citazione, tratta da Wikipedia:

Il termine **biopolitica**

(composto da [bios](#) "βίος", vita

e da [polis](#) "πολις", città)

indica un concetto usato per la prima volta

da [Georges Bataille](#) all'inizio del Novecento [\[1\]](#),

ma che è divenuto centrale nel

dibattito [filosofico](#) in seguito all'uso che ne ha

fatto [Michel Foucault](#) a partire da metà anni

settanta.

Per Foucault la biopolitica è il terreno in cui

agiscono le pratiche con le quali la rete di poteri

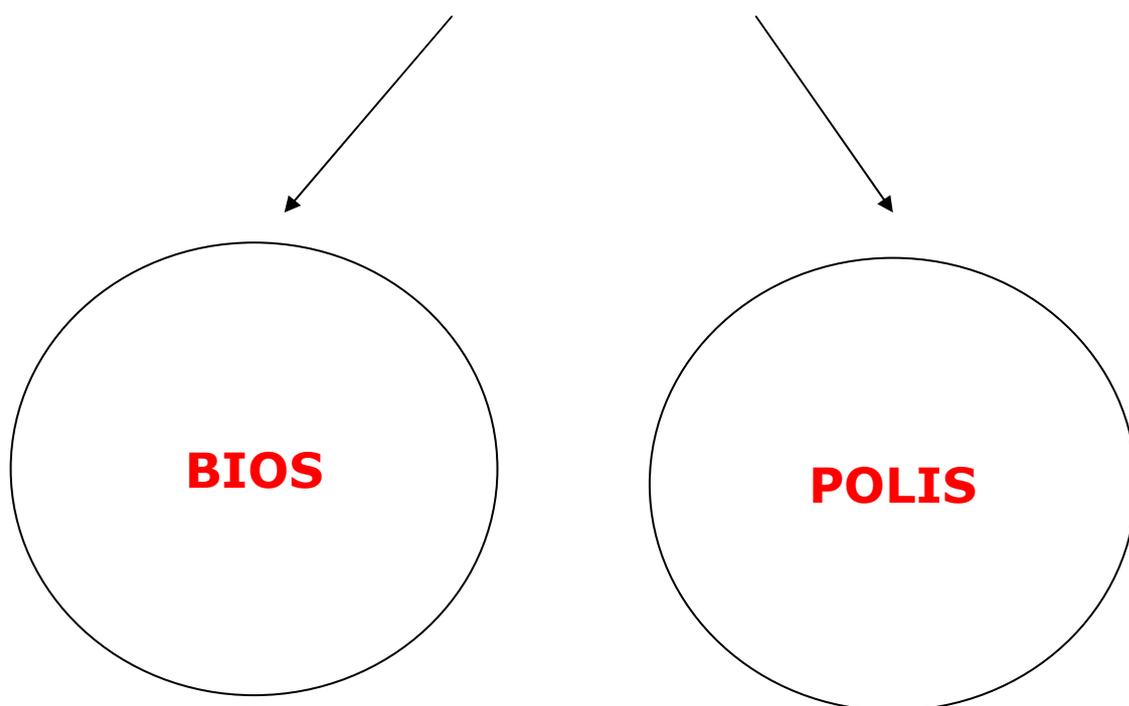
gestisce le discipline del [corpo](#) e le regolazioni

delle popolazioni.

È un'area d'incontro tra [potere](#) e sfera della vita

Da: <http://it.wikipedia.org/wiki/Biopolitica>

LE BIOPOLITICHE SONO TENTATIVI MOBILI
PER "TENERE ASSIEME", TRAMITE DECISIONI PUBBLICHE,
DUE POLARITA'



VITA

CORPO

SOGGETTIVITA'
INDIVIDUALI

RELAZIONI

DIRITTI

VALORI COLLETTIVI

Alle radici della parola **BIOS**

jīv

Indoeuropeo	
jīv [jī+v]	“staccarsi [v] con moto continuo [ī] dritto in avanti [j]”, “vivere”

Sanscrito	Greco	Latino
<i>j = j</i> <i>ī = ī</i> <i>v = v</i>	<i>j = b/z</i> ¹ <i>ī = i/a/ō</i> <i>v = F (cade)</i>	<i>j = v</i> ² <i>ī = i</i> <i>v = v</i>
<i>jīv, jīvati</i> “vivere”	<i>bíaō</i> “vivere” <i>zōō</i> “vivere” <i>záo</i> ³ “vivere”	<i>vivo, -ere</i> “vivere”
<i>jīva</i> “vivo”, “essere vivente”, “principio vitale”, “le facoltà sensibili”, “vita” <i>jīvana</i> “vivificante” <i>jīvātu</i> “vita”	<i>bíos</i> “vita”, “esistenza” <i>zōē</i> “vita” <i>zōós</i> “vivente”, “vivo” <i>zōon</i> ⁴ “animale”, “immagine” <i>zōdion</i> ⁵ “piccola figura di animale” <i>zōdiakós</i> “che riguarda le costellazioni”, “zodiaco”	<i>vivax</i> “che vive a lungo” <i>vivus</i> “vivo” <i>vita</i> “vita” Qui la <i>v</i> latina ha lo stesso senso di <i>jī</i> “staccarsi in avanti”. (Si veda la radice <i>vī</i>)

¹Il greco, di regola, trascrive la palatale indoeuropea *j* con *g* (cfr. A. Meillet, op. cit., pagg. 43, 60 e 164), con *b* o con *z*, come in *nízō* da *nij* (cfr. pag. 213).

²La radice *viv* è la trascrizione latina di *jīv*. Data l'assenza nel suo alfabeto della palatale iniziale *j*, il latino si ispirò alla *b* greca di *bíaō* che fu trascritta con *v*, posto che ad un certo stadio del protosanscrito, antenato del latino, la *b* e la *v* erano spesso confuse tra loro e interscambiate (cfr. il Dizionario di M.M. Williams, op. cit., pagg. 719 e 900, e questo dizionario, pag. 257).

³È la stessa radice di *bíos* con una differente sillabazione (cfr. Chantraine, op. cit., pag. 403).

⁴“Animale” nel senso di ciò che è “animato”.

⁵È un'immagine di animale da cui “segno dello zodiaco”.

BIOPOLITICHE

**PROCESSI STORICI, POLITICI, DECISIONALI,
LEGISLATIVI,
NEI QUALI SI PRENDONO DECISIONI
RIGUARDANTI TEMI
“ETICAMENTE SENSIBILI”
CHE TOCCANO IN PROFONDITA’**

- **LE IDENTITA’ PERSONALI**
- **I VALORI DI RIFERIMENTO**
- **IL RAPPORTO FRA INDIVIDUO E SOCIETA’**
- **LA FORZA DI CONVINZIONE DI CHI HA
POTERE**

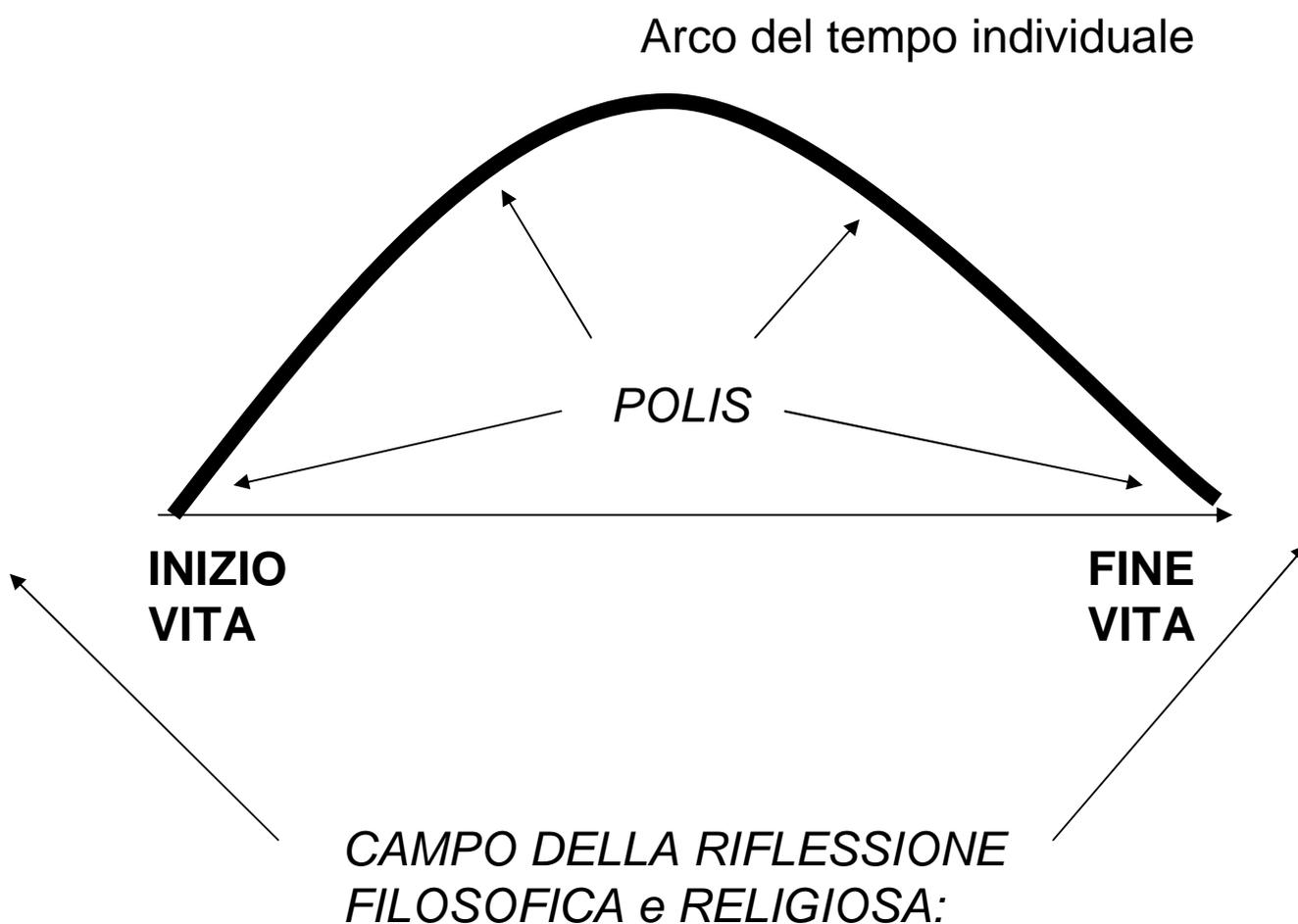
**IN SITUAZIONI CRITICHE COME
LA NASCITA
LA SALUTE E MALATTIA
LE INCAPACITA’ DI AGIRE
LA VITA E LA MORTE**

**PERCHE' PARLARE DI QUESTI TEMI
(che possono urtare le sensibilità personali)
ALL'INTERNO DI CORSO DI FORMAZIONE
DI POLITICHE SOCIALI?**

- **SONO STATE E SONO OGGETTO DI UN GRANDE DIBATTITO PUBBLICO**
- **PRODUCONO EFFETTI SULLE ORGANIZZAZIONI E SULLE PROFESSIONI**
- **"ALLENANO" A PRENDERE COSCIENZA SU GRANDI PROBLEMI**
- **SOLLECITANO AD ANALIZZARE LE VARIE DIMENSIONI SOCIOCULTURALI CHE INFLUENZANO LE SCELTE PUBBLICHE**

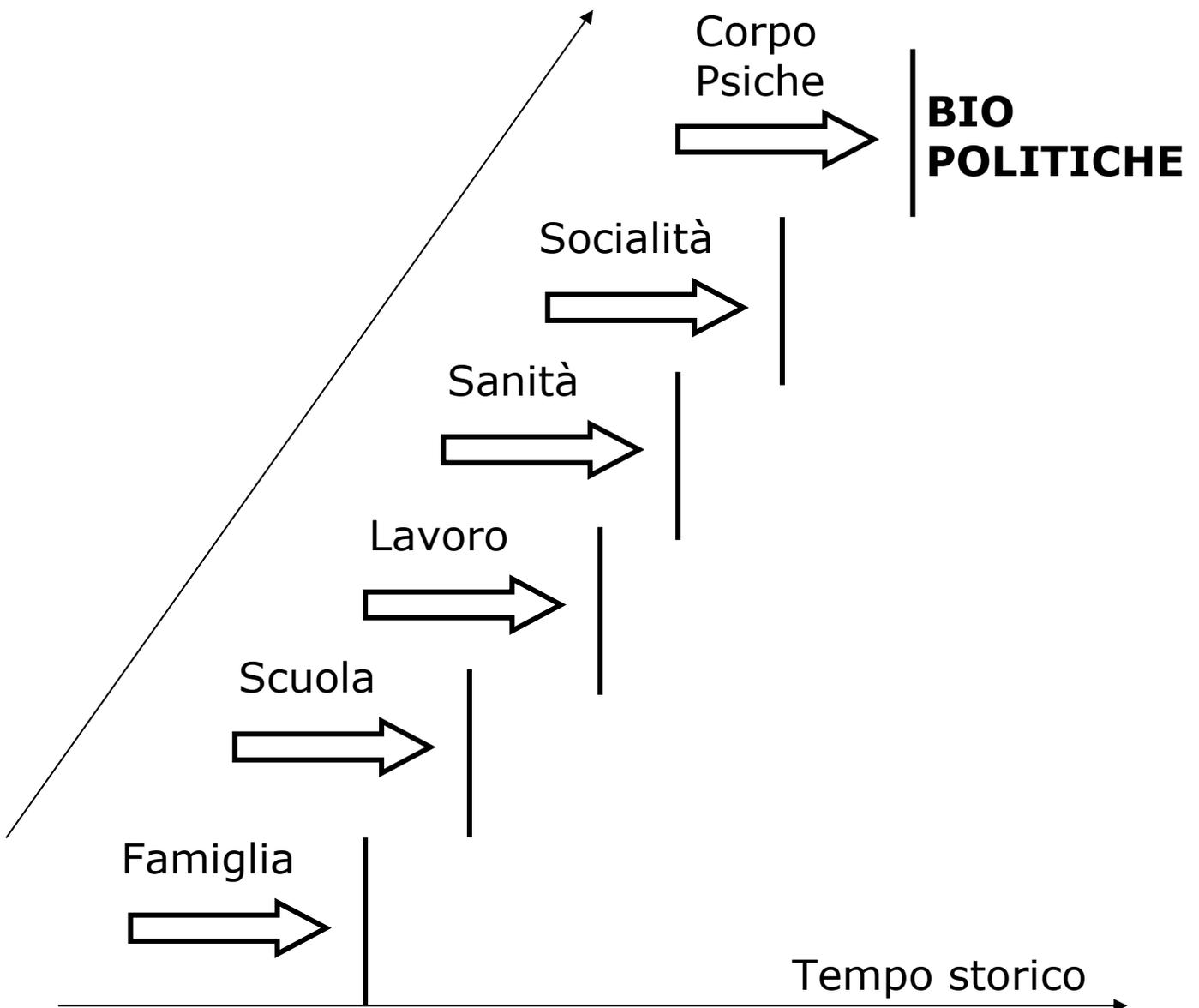
La questione delle biopolitiche:

CICLO DI VITA e POLIS



“AGENDE” delle POLITICHE SOCIALI nel TEMPO STORICO

Continuo **spostamento dei confini**
con l'incalzare del “dominio della tecnica”



VALORI IN GIOCO NEI PROCESSI DEL CICLO DELLE AGENDE POLITICHE

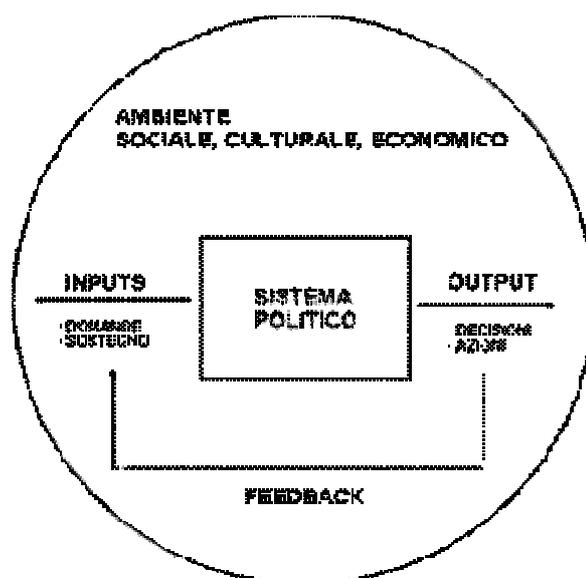
- **LIBERTA' INDIVIDUALI**
 - fino a quelle di sesso e di genere

- **CULTURE E I VALORI NORMATIVI**
 - in modo particolare le religioni
 - ma anche la scienza e le tecniche

- **STATO**
 - decisioni nel quadro delle regole

**PER LA RICERCA DEMOGRAFICA
CI SONO TRE GRANDI CLASSI DI FATTORI CHE INFLUENZANO
GLI ATTEGGIAMENTI E COMPORTAMENTI
RELATIVI ALLA PROCREAZIONE:**

- **IL CONTESTO SOCIO-CULTURALE CHE CARATTERIZZA IL PERIODO STORICO**
- **I VALORI INDIVIDUALI E COLLETTIVI CHE INFLUENZANO I SIGNIFICATI ATTRIBUITI AD AVERE FIGLI**
- **LE CONCRETE SITUAZIONI INDIVIDUALI E DI COPPIA, COME:**
 - **PRECEDENTI MATERNITA'**
 - **MATRIMONIO O CONVIVENZA IN ATTO**
 - **CONDIZIONI ECONOMICHE**
 - **LAVORO DELLA DONNA**
 - **SITUAZIONE ECONOMICA**



**E' IN QUESTA CORNICE STORICO-SOCIOLOGICA
CHE OCCORRE COLLOCARE
LE POLITICHE DI CONTROLLO VOLONTARIO DELLE NASCITE**

**PERIODIZZAZIONE in tema
di COMPORTAMENTI RELATIVI
AL CONTROLLO DELLA PROCREAZIONE
Gli anni '70**

1930: art 553 del codice penale	<p>Sanzioni nella parte “Dei delitti contro la integrità e la sanità della stirpe”</p> <p>"chiunque pubblicamente incita a pratiche contro la procreazione e fa propaganda a favore di esse é punito con la reclusione fino a un anno o con la multa fino a lire quattrocentomila“</p> <p>Severe sanzioni penali per l’aborto di donna consenziente, per l’aborto procuratosi dalla donna, per l’istigazione all’aborto</p>
1971	<p>Sentenza della Corte Costituzionale</p> <p>Dichiara l’illegittimità costituzionale delle norme contro le pratiche di contraccezione</p>
1975	<p>Legislazione per la creazione dei CONSULTORI FAMILIARI</p>
1978	<p>Legislazione sull’INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA</p>
1981	<p>Due Referendum abrogativi</p> <ol style="list-style-type: none">1. per la totale liberalizzazione2. per la liceità solo del’aborto terapeutico <p>confermata la Legge 194/1998</p>

CONSULTORI FAMILIARI

Legge 405/1975

Punti chiave:

- **FINALITA'**: assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità; somministrazione dei mezzi per controllare le nascite; tutela della salute della donna e del bambino; divulgazione di informazioni "idonee a promuovere o prevenire la gravidanza"
- **PRESTAZIONI**: prescrizione di prodotti farmaceutici ed erogazione di interventi socio-sanitari in rapporto alle finalità
- **FUNZIONI DELLE REGIONI**: legislazione attuativa
- **ENTI GESTORI**: inizialmente comuni e consorzi fra comuni, oggi le ASL- Aziende sanitarie locali; altri enti pubblici o privati a gestione diretta o convenzionati; enti privati convenzionati ed accreditati
- **ORGANIZZAZIONE**: i criteri per la programmazione, funzionamento, gestione e controllo del servizio sono stabiliti con leggi regionali
- **PERSONALE**: deve essere in possesso di titoli specifici (ed eventuale abilitazione all'esercizio professionale) nelle seguenti aree professionali: medicina, psicologia, pedagogia e assistenza sociale
- **FINANZIAMENTO**: Stato ripartisce un fondo fra le regioni, che possono integrarlo con propri mezzi finanziari

Una ricerca che analizza le trasformazioni della sessualità
nelle famiglie italiane

Marzio Barbagli, Gianpiero Dalla Zuanna, Franco Garelli, **La sessualità degli italiani**, Il Mulino, 2010, p. 342

**MARZIO BARBAGLI
GIANPIERO DALLA ZUANNA
FRANCO GARELLI**

LA SESSUALITÀ DEGLI ITALIANI



Indice

Introduzione	p. 9
I. <u>Le prime fasi della vita sessuale</u>	23
1. <u>La prima volta</u>	24
2. Chi prende l'iniziativa?	29
3. <u>Alla scoperta della sessualità: il ruolo della famiglia</u>	31
4. Il ruolo degli amici	40
5. Le altre prime volte	44
II. <u>Vite di coppia</u>	53
1. <u>La frequenza dei rapporti sessuali</u>	53
2. <u>Quali relazioni di coppia?</u>	56
3. <u>La scena del rapporto sessuale</u>	58
4. <u>Meglio soli o in coppia?</u>	61
5. <u>Confronti fra generazioni</u>	62
6. <u>Il numero dei partner</u>	65
7. <u>Un lungo cambiamento</u>	72
III. <u>Sessualità e contraccezione</u>	75
1. <u>Due rivoluzioni contraccettive</u>	75
2. <u>La diffusione del preservativo fra i giovani</u>	79
3. <u>La contraccezione oggi in Italia</u>	82
4. <u>Il lento tramonto del coito interrotto</u>	85
5. <u>Il preservativo e la pillola fra richieste della donna e disimpegno maschile</u>	87
6. <u>Il rifiuto della sterilizzazione</u>	89
7. <u>Contraccezione, stile di vita sessuale e piacere sessuale</u>	91
8. <u>Una rivoluzione interrotta?</u>	94

IV.	Il posto del sesso: dall'attesa alla sperimentazione	p. 99
1.	Il valore dell'esperienza sessuale	99
2.	L'ideale della verginità	104
3.	I tempi del sesso	108
4.	La sessualità come fonte di autorealizzazione	114
5.	Una sessualità a più dimensioni	118
6.	Il tradimento	121
7.	Il sesso a pagamento	126
V.	Desideri e identità omosessuali	131
1.	Orientamenti sessuali	131
2.	Sentimenti	133
3.	Comportamenti	138
4.	Identità	140
5.	Il ruolo dei fattori sociali	142
6.	Molti partner per capire	147
7.	La ricerca del partner e i rapporti di coppia	150
8.	Quando la persona conta più del genere	153
9.	Nuovi significati di un vecchio desiderio	157
VI.	Solo per il piacere	163
1.	La masturbazione	163
2.	I rapporti prematrimoniali	174
3.	Rapporti orali	180
4.	Rapporti anali	186
5.	La moltiplicazione delle zone erogene	192
6.	L'Italia e gli altri paesi	195
VII.	Sessualità maschili e femminili, tra convergenze e nuove asimmetrie	207
1.	Marte e Venere	207
2.	Modelli tradizionali: l'uomo cacciatore e il marito rispettoso	211
3.	Le sessualità plurali dell'intimità	217
4.	Nuovi spazi e nuovi confini per le donne	220
5.	Lo sguardo maschile	227
6.	Le regole, la natura	230

VIII. Orgasmo maschile, piacere femminile	p. 235
1. Due visioni distinte	235
2. L'ideale dell'orgasmo simultaneo	239
3. Il piacere del partner e la simulazione dell'orgasmo	245
IX. Religione e sessualità	253
1. Una tipologia di religiosità	253
2. Convergenze nella concezione della sessualità	255
3. Orientamenti divergenti: un'idea più libera o più selettiva del sesso	258
4. La diversa attrazione delle pratiche sessuali intime	263
5. Quando è giustificabile un rapporto sessuale completo?	264
6. La pratica dell'autoerotismo	267
7. Rapporti aperti o rapporti limitati	269
8. Percorsi e stili sessuali più o meno pluralistici	272
9. Tra apertura alla vita e controllo delle nascite: la contraccezione	276
10. Il peso della religione e di altri fattori	280
11. L'influenza della religione nel tempo	283
12. Due profili, due culture	288
Conclusioni	295
Appendice. Ricerche svolte e fonti	309
Riferimenti bibliografici	323

**PERIODIZZAZIONE in tema
di INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA**

1930: art 553 del codice penale	Sanzioni nella parte “Dei delitti contro la integrità e la sanità della stirpe” Severe sanzioni penali per l’aborto di donna consenziente, per l’aborto procuratosi dalla donna, per l’istigazione all’aborto
1975	Sentenza della Corte Costituzionale In materia di aborto terapeutico
1978	Legislazione sull’INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA
1981	Richiesta di due Referendum abrogativi 1. per la totale liberalizzazione 2. per la liceità solo del’aborto terapeutico Esito: confermata la Legge 194/1998

Dilemma etico sulla soggettività giuridica dell'embrione

EMBRIONE

ORGANISMO IN VIA DI SVILUPPO DERIVANTE DALL'UOVO FECONDATO

Alle origini della parola:

Émbryon: "che cresce dentro"

Da

En: "dentro"

Bryein: "germogliare, fiorire"

ORIENTAMENTI CULTURALI IN TEMA DI ABORTO

- CONDANNA MORALE DI QUALSIASI ABORTO PROCURATO E ANCHE DELLA CONTRACCEZIONE
- CONDANNA MORALE DELL'ABORTO, MA LIBERTA' DI OPINIONE IN TEMA DI CONTRACCEZIONE
- POSSIBILITA' DI ABORTO IN CASO DI SALVEZZA DELLA VITA DELLA MADRE
- LEGALIZZAZIONE DELL'ABORTO: AMMESSO IN PARTICOLARI CIRCOSTANZE E SULLA BASE DI PRECISE PROCEDURE
- LIBERALIZZAZIONE DELL'ABORTO: E' UN PROBLEMA PRIVATO DELLA DONNA E DEVE ESSERE RISOLTO NELLA RISERVATEZZA DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Sentenza della Corte Costituzionale, 1975:

Accanto al principio che

la "tutela del concepito abbia fondamento costituzionale"

stabilisce che:

"non esiste equivalenza fra il diritto non solo alla vita ma anche alla salute proprio di chi é già persona, come la madre, e la salvaguardia dell'embrione che persona deve ancora diventare"

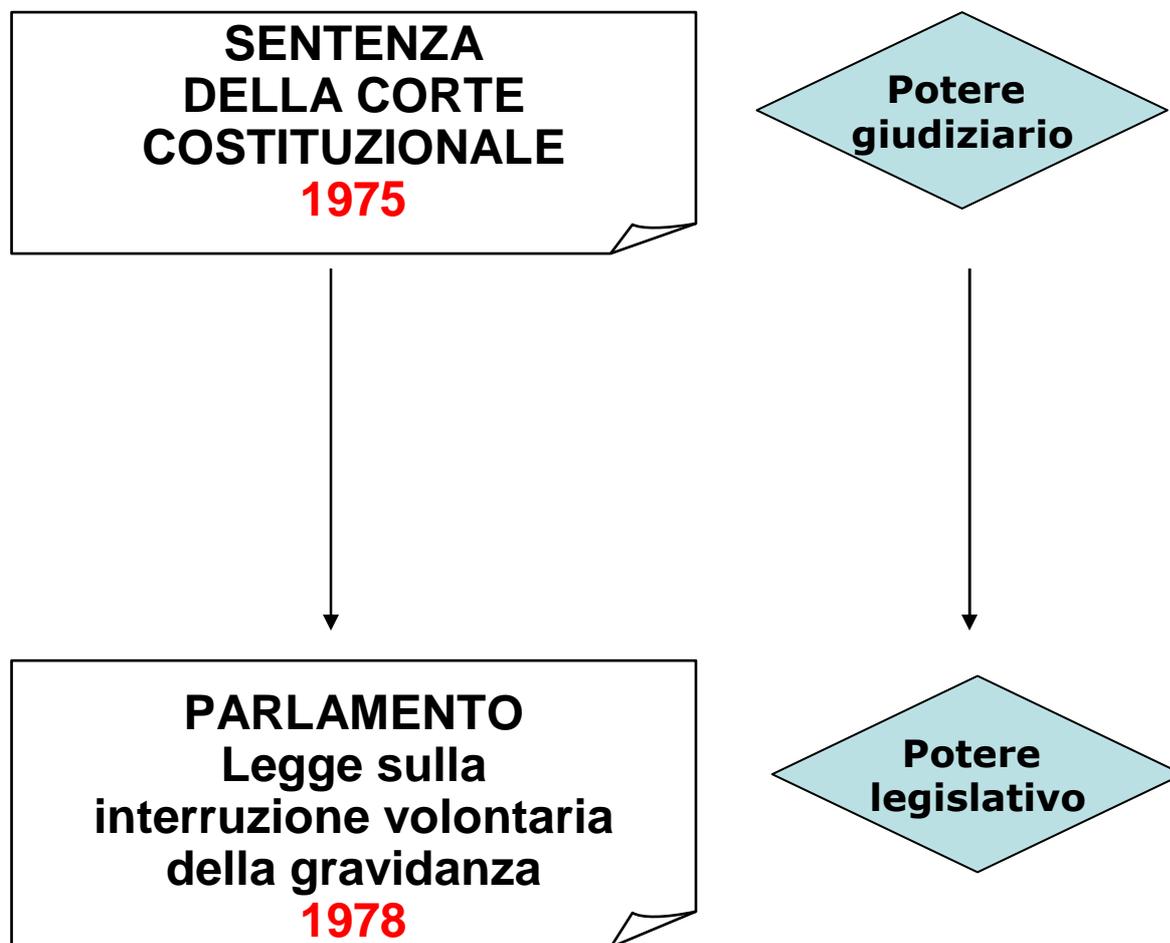
Di conseguenza:

confermata ed ampliata la possibilità dell'aborto per motivi terapeutici

cioé "quando l'ulteriore gestazione implichi danno, o pericolo grave, medicalmente accertato [...] per la salute della donna"

Sentenza Corte costituzionale n. 27/1975

Poteri istituzionali
in gioco



In che modo la legge ha potuto regolare la controversa questione dell'interruzione volontaria della gravidanza ?

- **distinguendo** le situazioni
- individuando la **donna** come soggetto della decisione
- stabilendo **procedure** precise
- lasciando agli operatori dei servizi la facoltà della **obiezione di coscienza**

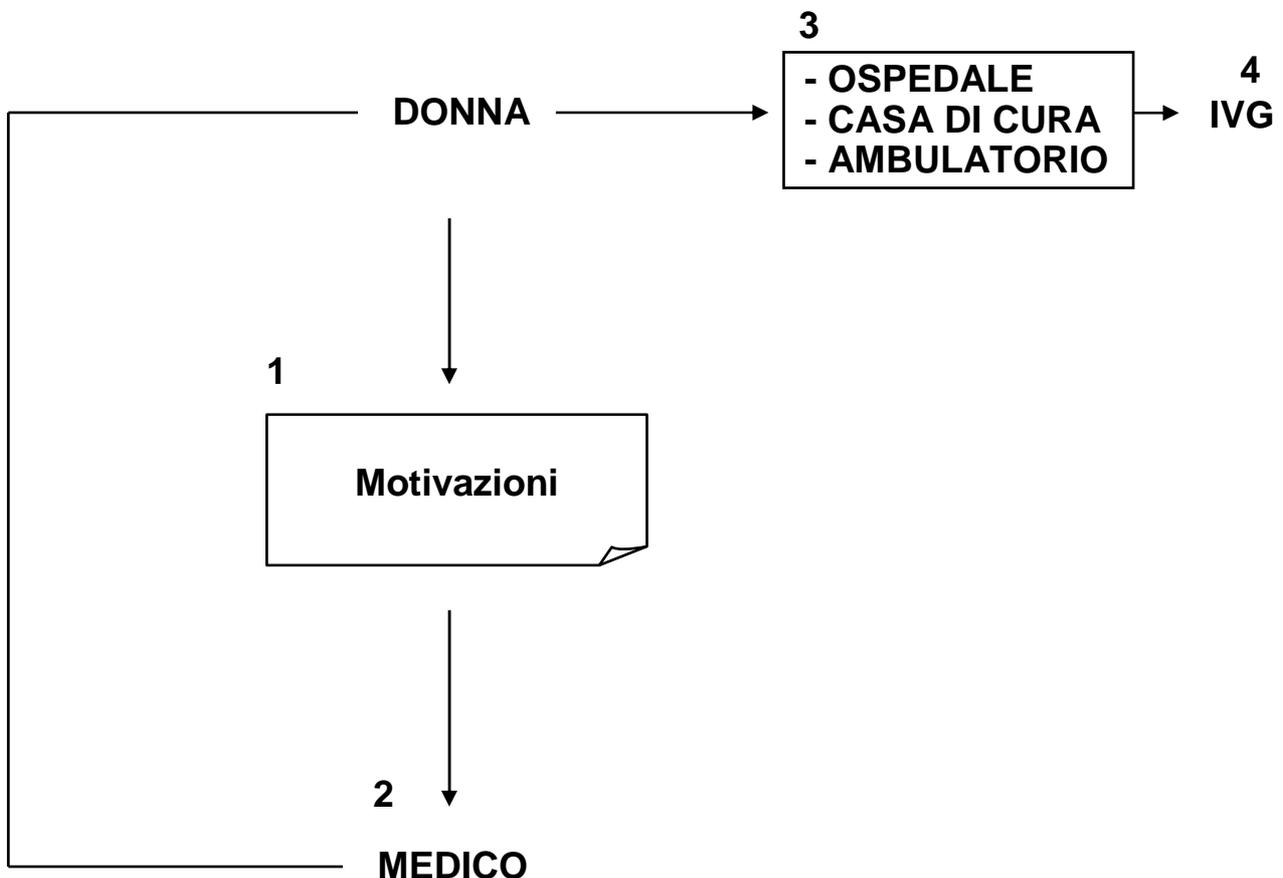
INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA **Legge 194/1978**

Precise circostanze e procedure:

- ***caso di IVG (interruzione volontaria di gravidanza) entro i primi 90 giorni dal concepimento***
- ***caso di IVG dopo 90 giorni dal concepimento***
- ***caso di IVG di minorenni***
- ***caso di IVG di interdette***

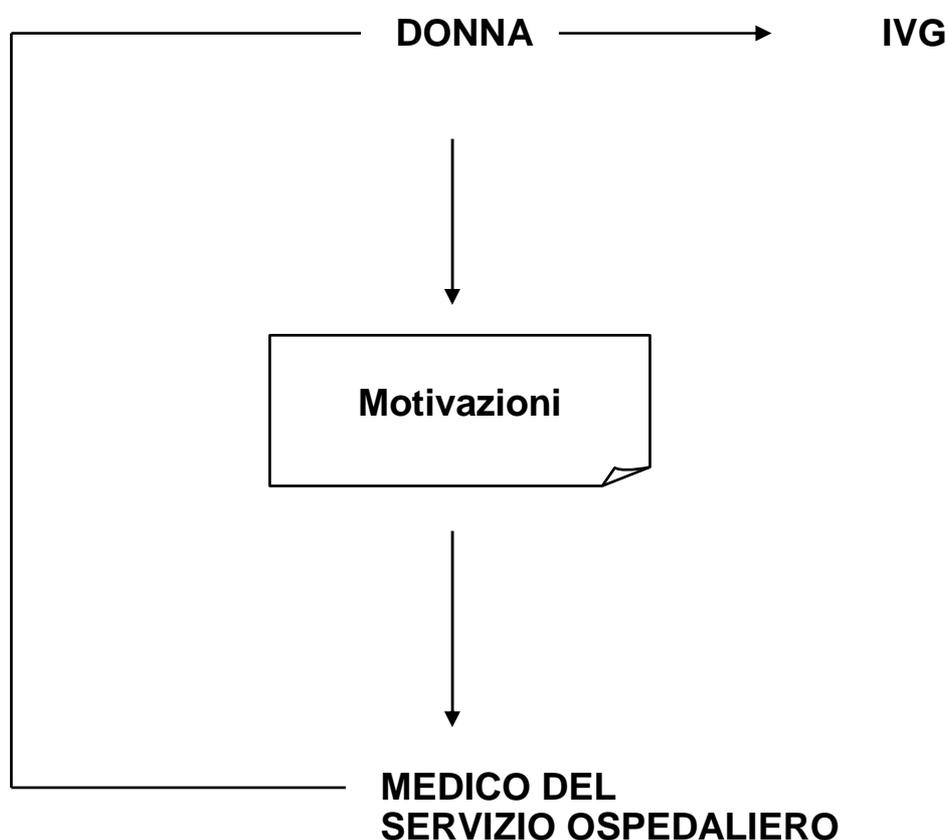
IVG entro i primi 90 giorni dal concepimento

- motivazioni: la donna si rivolge ad un consultorio, o ad una struttura socio-sanitaria abilitata dalla regione e dichiara le circostanze che inducono alla richiesta di IVG: serio pericolo per la salute fisica o psichica; condizioni economiche, o sociali o familiari; circostanze in cui è avvenuto il concepimento; previsioni di anomalie o malformazioni del concepito (art.4)
- procedure di accertamento: in caso di urgenza il medico "rilascia immediatamente alla donna un certificato" che autorizza l'IVG; nei casi normali il medico "rilascia copia di un documento, firmato anche dalla donna, attestante lo stato di gravidanza", trascorsi 7 giorni "la donna può presentarsi per ottenere la IVG" (art.5/III,IV)
- sede dell'intervento: servizio ostetrico ginecologico dell'ospedale, case di cura autorizzate dalla regione, poliambulatori pubblici adeguatamente attrezzati (art.8)
- obiezione di coscienza: il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie può sollevare obiezione di coscienza solo per le procedure connesse all'IVG ma non per "l'assistenza antecedente e conseguente l'intervento;

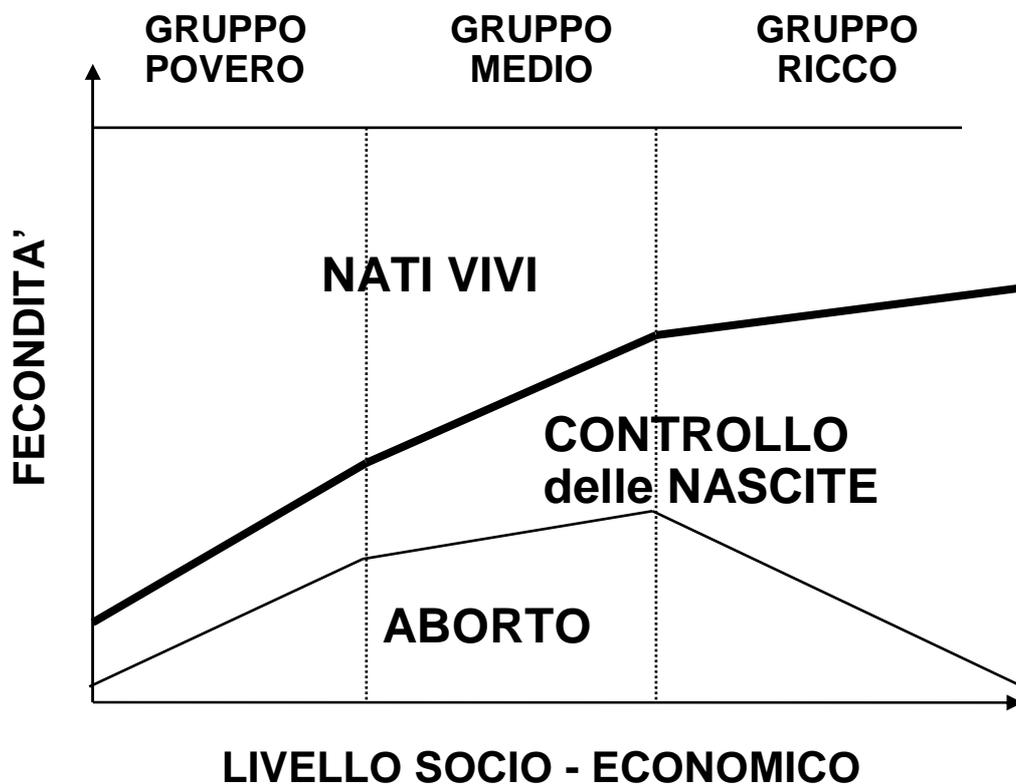


IVG dopo i primi 90 giorni dal concepimento

- motivazioni: l'IVG può essere praticata solo in caso di grave pericolo per la vita della donna e per accertati processi patologici relativi al nascituro ed alla salute fisica o psichica della madre (art.6)
- procedure di accertamento: effettuate dal medico del servizio ospedaliero che deve fornire documentazione sul caso ed informare il direttore sanitario; in caso di imminente pericolo di vita della donna l'intervento può essere praticato anche fuori delle strutture previste, dandone comunicazione alla USL (art.7)



CONTROLLO VOLONTARIO DELLE NASCITE E INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA E ABORTO

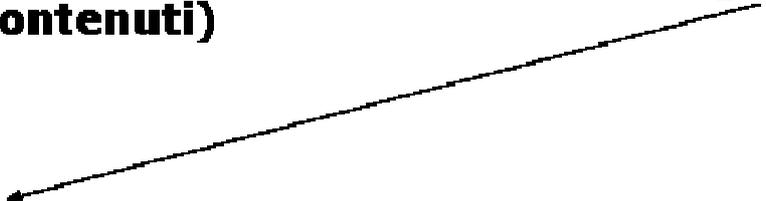


- **BASSO LIVELLO DI ABORTI NELLE POPOLAZIONI POVERE, DOVE IL “CONTROLLO” AVVIENE CON L’ALTA MORTALITA’**
- **GLI ABORTI AUMENTANO NEL GRUPPO MEDIO, PER POI DIMINUIRE CONIL GRUPPO RICCO: SOLO ALLORA SI ALLARGA L’AREA DELLA CONTRACCEZIONE**

“POTENZA” DELLE MEDICINA NELLE SOCIETA’ CONTEMPORANEE

MEDICINA PREDITTIVA

- **POSSIBILITA’ DI VALUTARE, TRAMITE LA CODIFICA DEL DNA, LA PROBABILITA’ DI MALATTIE FUTURE**
- **QUESTA RICERCA APRIRA’ LA STRADA DELLE TERAPIE PREVENTIVE**
- **PROBLEMI: IL RISCHI DI DISCRIMINAZIONI**
- **REGOLE NECESSARIE: UNA SEVERA LEGGE SULLA PRIVACY DEL GENOMA (corredo dei cromosomi di una cellula, con i geni in essa contenuti)**



GENE: unità biologica ereditaria, costituita da un tratto del DNA, che contiene l'informazione per la comparsa di un determinato carattere

Problema giuridico:

entro quali limiti riconoscere l'esistenza di un

DIRITTO SOGGETTIVO ALLA PROCREAZIONE

che come tale conferisce la titolarità di un
interesse rilevante e degno di **tutela a ricorrere
a mezzi artificiali**

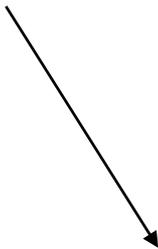
Infatti il "diritto alla procreazione" non è
espressamente menzionato
nella Costituzione
nel Codice Civile
nel diritto penale

e compare per la prima volta nella L 194/1978
(sulla interruzione volontaria della gravidanza)
quando sancisce espressamente il "diritto alla
procreazione cosciente e responsabile"

DA CUI LA **SEQUENZA STORICA**:

DIRITTO DI PROCREARE

STERILITA'



**DIRITTO ALLA
PROCREAZIONE ASSISTITA**

**Diritto costituzionalmente riconosciuto
In rapporti alla sua natura terapeutica**

**Diritto da conciliare con
altri diritti costituzionalmente protetti**

PAROLE CHIAVE del dibattito culturale in corso

- **INFERTILITA'**: quando una coppia, dopo un periodo di 12-24 mesi di rapporti sessuali non protetti e indirizzati alla procreazione, vi è assenza di concepimento
- **PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA - PMA**
METODI, SUPPORTATI DALLA MEDICINA, CHE CONSENTONO L'UNIONE DEI GAMETI FEMMINILI (ovocita) E MASCHILI (spermatozoi) PER INDURRE UNA GRAVIDANZA QUANDO QUESTA NON AVVIENE IN MODO NATURALE
- **FECONDAZIONE OMOLOGA**
SI UTILIZZA SEME DELLA COPPIA
- **FECONDAZIONE ETEROLOGA**
SI UTILIZZA IL SEME DI UN DONATORE ESTERNO ALLA COPPIA
- **MADRE SURROGATA**
LA DONNA PORTA A TERMINE LA GESTAZIONE RICEVENDO L'OVULO FECONDATO DALLA DONNA CHE DESIDERA IL FIGLIO

Le potenzialità delle SCIENZE MEDICHE

e suddivise:

- **IUI (Inseminazione Intrauterina)**: viene generalmente eseguita per il trattamento di casi di infertilità inspiegata. In coincidenza dell'ovulazione, al partner maschile viene richiesta la produzione di un campione seminale, i cui spermatozoi, dopo opportuno trattamento vengono trasferiti nella cavità uterina tramite un catetere;
- **GIFT (gamete intra - Fallopian transfer)**: questa metodica prevede la stimolazione della crescita follicolare multipla e il contemporaneo trasferimento di ovociti e spermatozoi all'interno del lume della tuba;
- **FIVET**: è una metodica molto diffusa che consente il trattamento di diverse disfunzioni sia di tipo maschile che femminile. Essa comporta numerose fasi (stimolazione della funzione ovarica, prelievo degli ovociti, fecondazione in vitro, coltura degli embrioni, trasferimento del pre embrione);

ICSI (intacytoplasmic Sperm Injection): è una tecnica messa a punto per scopi clinici nella prima metà degli anni '90, ha fornito una soluzione alla grande maggioranza dei problemi di infertilità maschile. Comporta l'iniezione di un singolo spermatozoo all'interno dell'ovocito.

ètico¹, *agg.* ‘che concerne la filosofia morale; relativo al costume, alla vita sociale e civile’ (av. 1565, B. Varchi). ■ **ètica**, *s. f.* ‘parte della filosofia che ha per oggetto la determinazione della condotta umana e la ricerca dei mezzi atti a concretizzarla’ (av. 1292, B. Giamboni), **eticità**, *s. f.* ‘qualità di etico’ (1911, B. Croce).

- Vc. dotte, lat. *ēthicu(m)*, col f. sost. *ēthica(m)*, dal gr. *ēthikós*, *ēthiké*, da *ēthos* ‘costume’ (d’orig. indeur.). *Eticità* è prob. un calco sul ted. *Sittlichkeit* (Schiaf. 215).

da DELI **Dizionario etimologico della lingua italiana** di
Manlio Cortellazzo e Paolo Zolli, Zanichelli,

BIOETICA:

esprime la necessità, per gli scienziati posti di fronte ai mutamenti della biomedicina, di ragionare sul rapporto fra valori morali e scienze della vita

COMITATI DI BIOETICA:

gruppi con il compito di predisporre principi etici in sintonia con la medicina e la biologia, per regolare le possibilità di scelta di fronte alle applicazioni tecniche possibili

La BIOETICA si struttura e sviluppo attorno ai problemi morali derivanti dallo sviluppo delle scienze e delle tecniche

Il termine "bioetica" compare nel 1970.

La parola "bioetica" era assente nei dizionari dei primi anni '80.

E' invece presente nel Dizionario Palazzi del 1992:

**STUDIO DEI PROBLEMI ETICI
DERIVATI DAI RECENTI SVILUPPI
DELLA BIOLOGIA E DELLA MEDICINA**

L'impiego di tecniche artificiali per ottenere la procreazione è ormai diffusamente praticato e non costituisce più fenomeno di per sé eccezionale; è facile prevedere che sia destinato ad essere impiegato sempre più comunemente dalle persone che incontrano qualche problema fisico o psicologico nel procreare, oppure che per qualche ragione ritengono opportuno avere la possibilità di intervenire per indirizzare secondo i propri desideri il processo biologico naturale della generazione.

La procreazione tecnicamente o medicalmente assistita è oggetto di accese discussioni e di forti radicali contrasti di posizioni. I problemi giuridici che essa solleva vengono agitati e discussi, con intensità e frequenza, non soltanto nei convegni e nelle diverse pubblicazioni, ma anche, e spesso con enorme risalto, sulle pagine dei rotocalchi di ampia diffusione.

Ultime occasioni di scontri sono state l'emanazione della Legge 19 febbraio 2004, n. 40 e la proposta del referendum abrogativo della stessa legge, molto criticata perché considerata piena di contraddizioni e al-

**Periodizzazione in tema di
PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA
gli anni '80 e 2000**

1987	Chiesa cattolica, Documento della Congregazione per la dottrina della fede DONUM VITAE
1994	Chiesa cattolica, Enciclica EVANGELIUM VITAE
1996	<ul style="list-style-type: none">• MANIFESTO DI BIOETICA LAICA, elaborato da medici, filosofi, giuristi• PARERE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, Identità e statuto dell'embrione umano
1998-1999	<ul style="list-style-type: none">• XIII legislatura. Il governo di Centro-Sinistra mette in agenda un progetto di legge, molto contrastato anche all'interno di questa coalizione. Decade per fine legislatura
2004	<ul style="list-style-type: none">• XIV legislatura: approvazione della LEGGE N. 40/2004
2005	<ul style="list-style-type: none">• il REFERENDUM ABROGATIVO NON RAGGIUNGE IL QUORUM DI VALIDITA'
2009	<ul style="list-style-type: none">• LA CORTE COSTITUZIONALE PROCLAMA L'INCOSTITUZIONALITA' E DUNQUE L'ABROGAZIONE DI ALCUNE PARTI

PROBLEMI CONNESSI ALLA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

- **IL DESIDERIO DI MATERNITA'**: nel processo demografico della diminuzione delle nascite vi è anche il fatto che ci sono donne e coppie che non riescono a realizzare questa decisione. Alcune ricerche statistiche calcolano 20-25 % di coppie sterili o infertili
- **IL DESIDERIO DI PATERNITA'**
- **QUESTIONI ETICHE DETERMINATE DALLA POSSIBILITA' DELLE TECNICHE**
- **VARI CRITERI DI GIUDIZIO IN GIOCO**
 - INDIVIDUO
 - STATO
 - FEDE RELIGIOSA

Il punto di vista della Chiesa cattolica
Documento DONUM VITAE
Istruzione sul rispetto della vita nascente
e la dignità della procreazione
22 febbraio 1987

- Punto cardine: RICONOSCIMENTO DELL'EMBRIONE COME PERSONA , poiché dal momento in cui l'ovulo è fecondato si inaugura una nuova vita" che ha lo stesso status morale di un adulto
- CONTRARIETA' ALLA FECONDAZIONE ETEROLOGA ed al CONGELAMENTO DEGLI EMBRIONI (giudicato un' "offesa al rispetto dovuto agli esseri umani")
- CONTRARIETA' ALLA DIAGNOSI PRENATALE, perché prelude ad una selezione inaccettabile
- CONTRARIETA' ALLA MATERNITA' SOSTITUTIVA
- CONTRARIETA' ALLA PROCREAZIONE ASSISTITA OMOLOGA perché non è il frutto di un atto di unione coniugale e perché nel portarla a termine spesso vengono eliminati una parte degli embrioni
- Lo SPRECO DI EMBRIONI E' VISTO COME SEGNO DI UNA "mentalità abortiva" che può portare fino all' "eugenismo radicale"
- CONTRARIETA' ALLA INSEMINAZIONE CON IL SEME DEL MARITO (perché ottenuto tramite masturbazione) "a meno che l'inseminazione non sostituisca l'atto coniugale". Il seme raccolto dopo un accoppiamento coniugale e raccolto tramite preservativo rientrava in quest'ultima tipologia

Il punto di vista della Chiesa cattolica Enciclica EVANGELIUM VITAE 1994

- RIPRESA DI TUTTI I PRINCIPI CONTENUTI NEL DOCUMENTO DONUM VITAE

E INOLTRE:

- LA PRIMA RAGIONE PER CONTRASTARE LA PROCREAZIONE ASSISTITA E' "il pericolo per la vita umana", cioè per LA VITA DEGLI EMBRIONI
- LE TECNICHE RIPRODUTTIVE NON SONO RIUSCITE, NONOSTANTE IL LORO GRANDE SVILUPPO, A CREARE CONDIZIONI DI SICUREZZA PER LA VITA NASCENTE

MANIFESTO DI BIOETICA LAICA
elaborato da medici, filosofi, giuristi
1996

- MODELLO CULTURALE DI RIFERIMENTO:
COMPORRE I CONFLITTI FRA VALORI IN GIOCO:
 - LIBERTA' DI RICERCA
 - AUTONOMIA DELL'INDIVIDUO,
 - TUTELA DEGLI INTERESSI PUBBLICI

- AUTONOMIA: LE SCELTE INERENTI LA SALUTE E LA VITA SONO AFFIDATE ESCLUSIVAMENTE ALL'INDIVIDUO (n linea con l'art. 32 della Costituzione)

- RISPETTO DELLE CONVINZIONI RELIGIOSE (art 8 e 19 Cost.). Il maggiorenne che non voglia assoggettarsi a trattamenti sanitari non può esservi costretto (a meno che non sia affetto da malattie contagiose)

- RISPETTO DELLA QUALITA' DELLA VITA: es. porre dei limiti all' accanimento terapeutico

**In: Fondazione Umberto Veronesi/Fondazione Corriere della sera
La fecondazione assistita, riflessioni di otto grandi giuristi, 2005**

PARERE DEL
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA
istituito presso la Presidenza del Consiglio,
Identità e statuto dell'embrione umano
22 GIUGNO 1996

- ATTRIBUZIONE ALL'EMBRIONE DI UNA NATURA COMPIUTAMENTE UMANA, UN'INDIVIDUALITA' PROPRIA, UNA POTENZIALITA' DI VITA E SVILUPPO

- PER CUI SONO MORALMENTE ILLECITE:
 - UTILIZZAZIONI DELL'EMBRIONE PER FINI DI RICERCA
 - LA GENERAZIONE MULTIPLA DI EMBRIONI
 - LA PRODUZIONE DI CHIMERE ED IBRIDI
 - LE CONGIUNZIONI CON EMBRIONI ANIMALI

- L'UNICO IMPIEGO MORALMENTE LECITO E' QUELLO A SCOPO PROCREATIVO

Osservazione ex post: di fatto su questa linea si è attestata la successiva Legge 40/2004

Legge 19 febbraio 2004 n. 40 **Norme in materia di** **procreazione medicalmente assistita**

- Definizione: la PMA è uno strumento medico orientato a curare processi patologici dimostrati condizionanti situazioni di sterilità/infertilità per i quali non sono disponibili mezzi alternativi
- Chi può accedere: coppie costituite da maggiorenni sposati o stabilmente conviventi con soggetto di sesso differente in età potenzialmente fertile ed entrambi viventi (**art. 5**)
- Divieto di fecondazione eterologa (**art. 4, c 3**)
- Articolato e severo apparato di divieti e sanzioni
- Sanzioni amministrative per:
 - Uso di gameti estranei alla coppia (**art. 12, c 1**)
 - Applicazione di PMA a soggetti senza requisiti (non conviventi, minorenni, coppie omosessuali, partner deceduto) (**art. 12, c 2**)
 - Assenza di consenso (**art. 12, c 4**)
 - PMA in strutture non accreditate (**art. 12, c 5**)
- Sanzioni penali per:
 - Produzione di embrioni a fini di ricerca (**art. 13, c 3a**)
 - Selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti (**art. 13, c 3b**)
 - Clonazione (**art. 13, c 3c**)
 - Fecondazione di gameti umani con gameti di specie diversa (**art. 13, c 3d**)
 - Crioconservazione e soppressione degli embrioni (**art. 14, c 1**)

PUNTI CRITICI IN RAPPORTO ALLE DIVERSE CULTURE SULL'ARGOMENTO

In particolare, all'interno della legge i critici individuano e disapprovano talune specifiche scelte quali quelle:

- di limitare l'accesso alle tecniche di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) alle sole persone affette da sterilità o impotenza, negandolo ai soggetti non sterili ma portatori di malattie genetiche potenzialmente trasmissibili ai nati;
- di vietare l'accesso alla PMA di tipo eterologo anche nelle ipotesi di assoluta impossibilità a procreare di almeno uno dei componenti della coppia;
- di impedire la revoca del consenso alle tecniche di PMA dopo la fecondazione dell'ovulo;
- di impedire la procreazione di embrioni in numero superiore a tre per ciclo di trattamento e imporre il loro contemporaneo impianto in utero;
- di vietare, da ultimo, in maniera assoluta, la ricerca sugli embrioni cosiddetti soprannumerari, anche se ormai non più destinati all'impianto.

I QUESITI REFERENDARI

- RICERCA SCIENTIFICA
 - Abolizione del divieto di usare gli embrioni non impiantati
 - Abolizione del divieto di clonazione terapeutica (per riprodurre cellule da usare a scopi scientifici)
 - Reintrodurre la possibilità di conservare gli embrioni

- TUTELA DELLA SALUTE DELLA DONNA:
 - Estendere a tutti la possibilità di accedere alla fecondazione assistita
 - possibilità di fecondare un numero non specificato di embrioni
 - Eliminare l'obbligo di impianto

- SALUTE DELLA DONNA E DIRITTI DEL CONCEPITO
 - Abolizione del limite dei tre embrioni
 - Estendere la possibilità di ricorrere alla PMA anche a chi non è sterile

- FECONDAZIONE ETEROLOGA
 - Abolizione del divieto

REFERENDUM ABROGATIVO DEL GIUGNO 2005



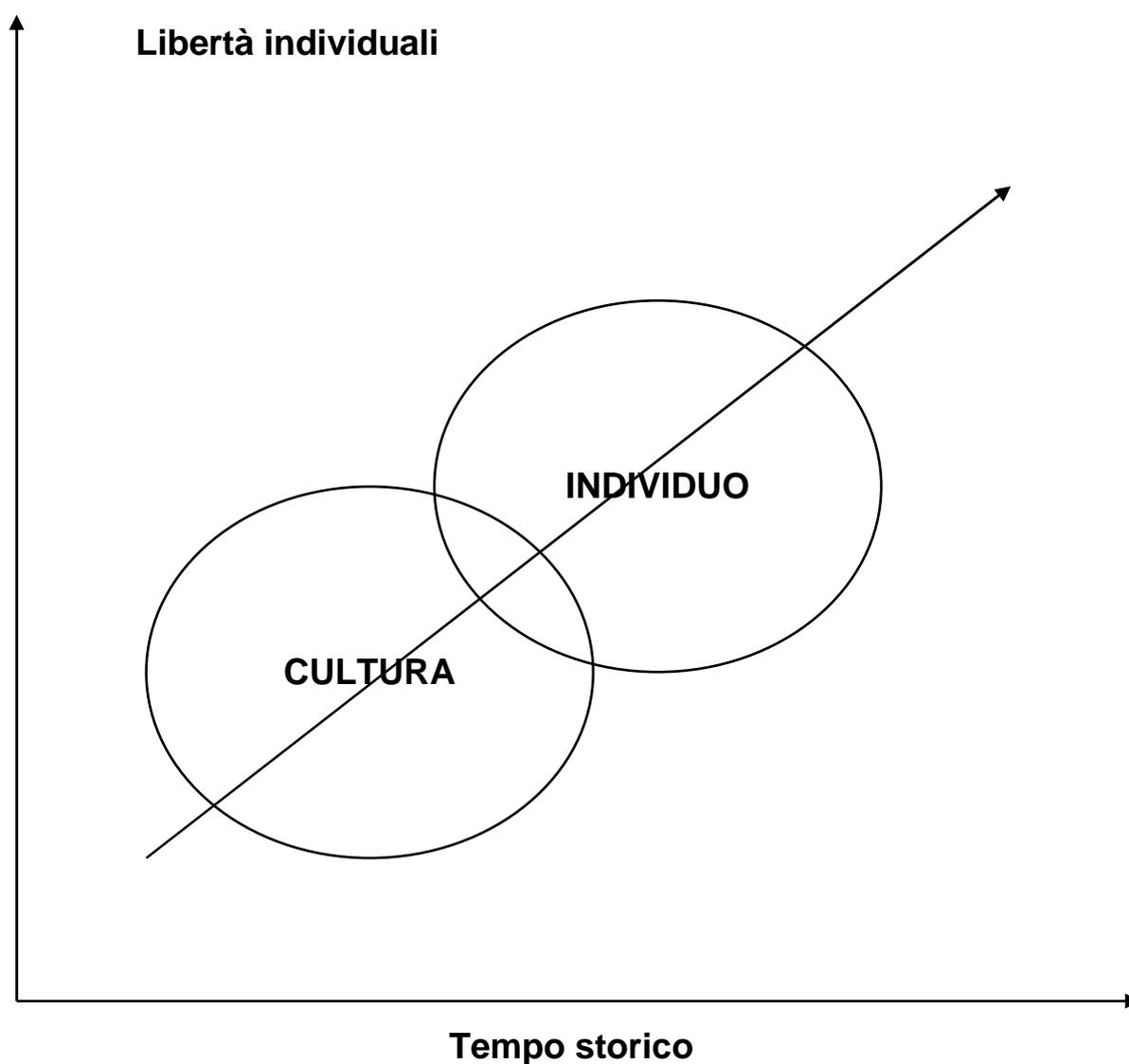
Osservazioni:

- il referendum non ha raggiunto il quorum necessario e quindi ha perso il suo valore decisionale
- fra i votanti (25,9%) vi è stata un'ampia percentuale orientata a ridurre i divieti della legge

Quali fattori socioculturali influenzano le due tendenze osservabili a distanza di circa 30 anni?

1 controllo delle nascite (anni '70)

2 desiderio di nascita nonostante gli impedimenti biologici (primo decennio del 2000)



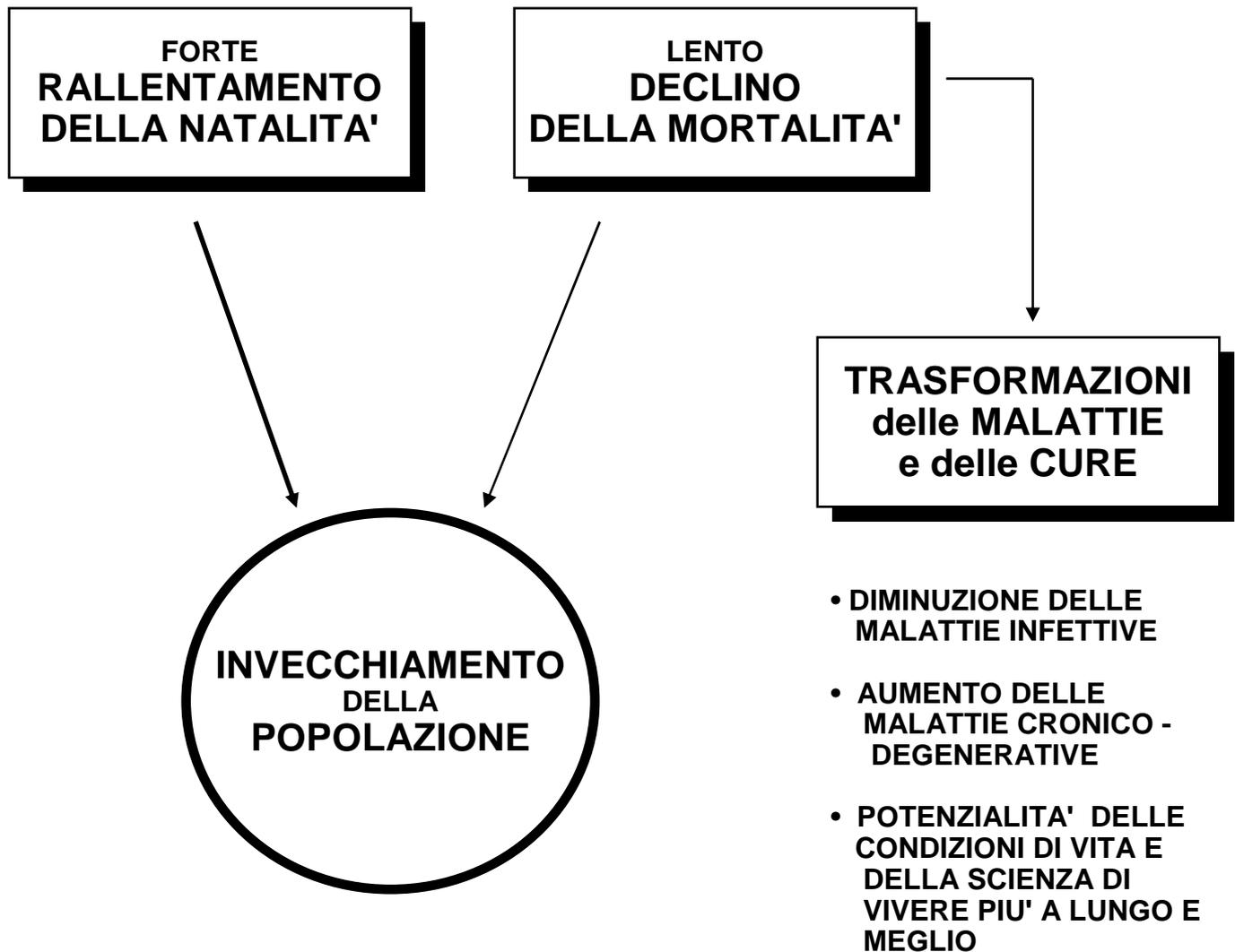
IL FINE VITA

QUADRO STORICO DENTRO IL QUALE SI MANIFESTANO NUOVI PROBLEMI: il contesto economico, sociale e scientifico della TRANSIZIONE DEMOGRAFICA

**Lo spostamento in avanti delle età anziane
dovuto ai seguenti fattori:**

- **MIGLIORAMENTI AMBIENTALI E
VACCINAZIONI**
- **BENESSERE ECONOMICO E CONSUMI**
- **MEDICINA E FARMACI EFFICACI, come gli
ANTIBIOTICI**
- **MIGLIORE NUTRIZIONE**
- **COMPORAMENTI ORIENTATI ALLA SALUTE**
- **EDUCAZIONE E SCOLARITA' COME
CONOSCENZA DI SE'**

FATTORI SOCIO - CULTURALI IN GIOCO nell' INVECCHIAMENTO DEMOGRAFICO



**TUTTO QUESTO RENDE NECESSARIO
CAMBIARE I MODELLI DI INTERVENTO
SOCIO - SANITARIO:
OCCORRE METTERE L'INDIVIDUO
IN CONDIZIONI DI
"VIVERE CON" LA MALATTIA**

IN QUESTI PROCESSI STORICI
LA **MEDICINA** HA SVOLTO RUOLI
IMPORTANTI e DECISIVI
ED E' CAMBIATA NEL CORSO DEL TEMPO

FASI STORICHE:

- l'imporsi sulla scena sociale del **MEDICO** che riassume dentro di sé i due ruoli precedenti: quello dell'"internista" e quello del "barbiere/chirurgo"
- lo strutturarsi della **MEDICINA DEGLI APPARATI**, come sviluppo della anatomia (qui è insostituibile la ricerca di Michel Foucault)
- da cui gli sviluppi della **MEDICINA** differenziata per **PATOLOGIE**
- presenza oggi di una **MEDICINA** per **SITUAZIONI**

ALLONTANAMENTO DELLA MORTE MA NON DELLE DISABILITA'

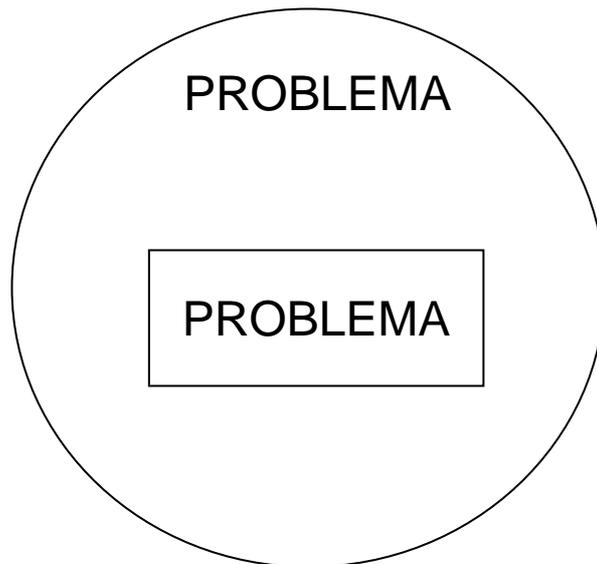
con poco.

Mentre abbiamo avuto un notevole successo nel rimandare la morte, abbiamo significativamente fallito nel rimandare l'invecchiamento. Un ottantenne di oggi ha lo stesso aspetto di un ottantenne di vari secoli fa. Questo ha enormi conseguenze sulla vita e la morte, sia oggi sia in futuro. L'incidenza delle malattie degenerative, come il cancro, l'Alzheimer e le malattie cardiovascolari, aumenta drasticamente con l'età. Con l'inesorabile invecchiamento della popolazione, queste malattie un tempo rare al limite dell'inesistenza diventano qualcosa di assai comune. Una pletora di spaventose nuove condizioni neurodegenerative – come la malattia di Pick, la malattia a corpi di Lewy e la demenza fronto-temporale – sembrano essere apparse dal nulla, insieme alla sempre più alta aspettativa di vita.

Attualmente negli Stati Uniti si ritiene che il 46% delle persone sopra gli 85 anni abbia l'Alzheimer. Se la tendenza si confermerà, chi nasce oggi ha una probabilità su tre di morire affetto da demenza! Sfortunatamente, non è solo un problema di qualcun altro nel futuro: è un problema per voi e per me, già oggi. L'attuale aspettativa di vita (senza estrapolazioni) in Gran Bretagna per chi ha 65 anni è di ulteriori 17 anni per l'uomo e 20 per la donna. Dunque, una donna di 65 anni può aspettarsi di vivere fino a 85 (estrapolando, l'aspettativa di vita potrebbe arrivare a 90), e la probabilità di sviluppare una demenza è circa uno su quattro. Se includiamo il disturbo cognitivo lieve (MCI, *Mild Cognitive Impairment*), una forma che precede l'Alzheimer, due terzi delle donne di 65 anni possono aspettarsi di sviluppare l'MCI o l'Alzheimer prima di morire.

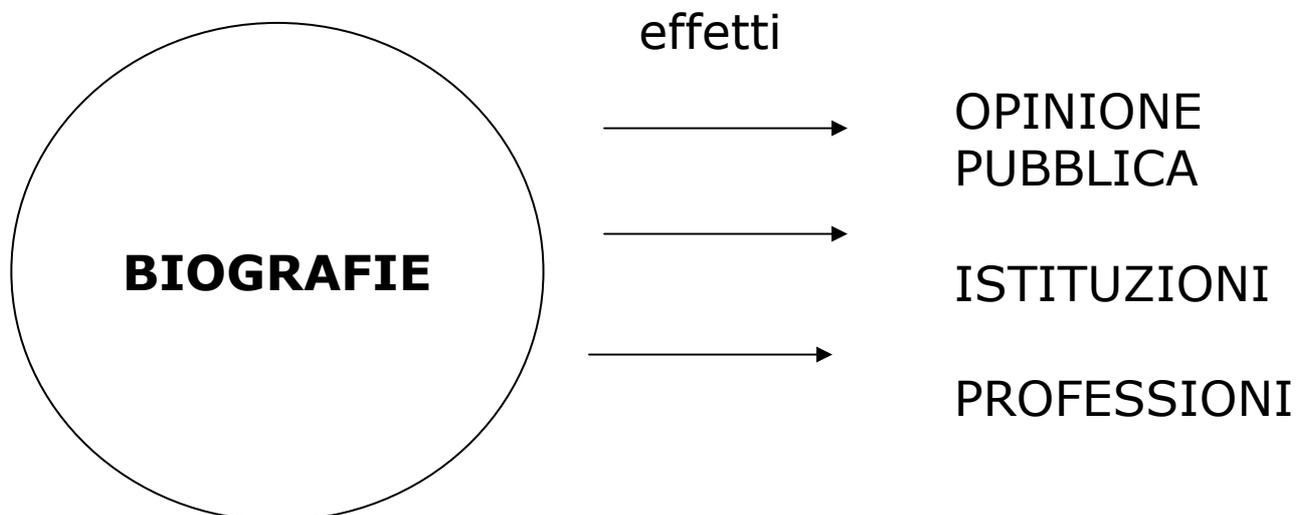
Alcuni temi esistenziali come la malattia e la morte, l'eutanasia, le terapie che possono mantenere in vita al prezzo di uno stato di incoscienza e di dipendenza da macchinari e alimentazione forzata dovrebbero essere dibattuti in tante più sedi. Dovrebbero coinvolgere le giovani generazioni perché purtroppo possono riguardare anche loro, e perché è dai giovani che inizia la consapevolezza reale, quella che può cambiare radicalmente il pensiero collettivo di una società. Formare la personalità dei giovani significa dare loro la visione completa dei doveri e dei diritti: come possiamo pensare che consenso informato, testamento biologico, autodeterminazione siano esclusi da questa visione? Siamo persone libere, questa libertà dovrebbe esserci riconosciuta anche nel momento drammatico, fondamentale della scelta tra la morte e una vita che non è più degna di essere vissuta. Il principio dell'autodeterminazione è figlio dell'evoluzione, della civiltà, della dignità di ciascuno.

Un problema dentro il problema



Le disabilità gravi
a decorso cronico ed infausto

C'è stata una RELAZIONE DIRETTA fra alcune biografie che si sono imposte sulla scena pubblica e le istituzioni



Karen Ann Quinlan

Nancy Cruzan

Terri Schiavo

Luca Coscioni

Piergiorgio Welby

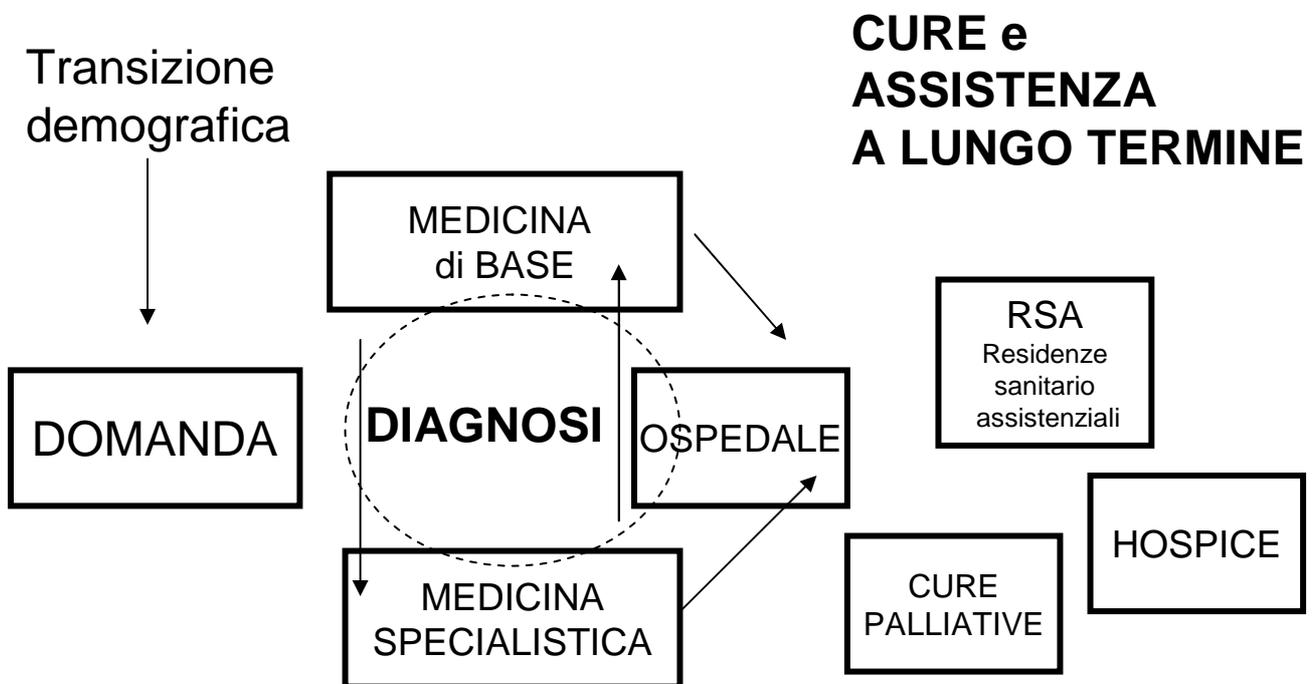
Eluana Englaro

...

(su queste biografie si veda:
Giorgio Cosmacini, Testamento
biologico, Il Mulino, pagg 57-
77

UN “NUOVO” SISTEMA SOCIOSANITARIO

Le cure per le malattie a decorso cronico e lungo



Subentrano altri “attori” nei processi di “cura”:

- assistenti sociali
- educatori/animatori
- psicologi
- volontari “professionali”
-

Legge 15 marzo 2010, n. 38 **Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative** **e alla terapia del dolore**

Definizioni:

«malato»:

la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa

«cure palliative»:

l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici

«terapia del dolore»:

l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

Si ha accanimento terapeutico se nell'iter clinico di un paziente in condizioni critiche o di un malato terminale l'impiego di trattamenti medici intensivi ne prolunghi l'agonia, senza determinare alcun considerevole beneficio per le sue condizioni di salute o migliorare la qualità della sua vita

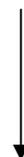
Da Veronesi U., De Tilla M, Nessuno deve scegliere per noi,
Sperling & Kupfer, pag. 11

Quadro entro cui inserire il tema del TESTAMENTO BIOLOGICO

- **INVECCHIAMENTO DELLA POPOLAZIONE**
- **SOPRAVVIVENZA DI SOGGETTI CON GRAVI MALATTIE DEGENERATIVE AD ESITO INFAUSTO**
- **SOPRAVVIVENZA BIOLOGICA DI SOGGETTI IN STATO VEGETATIVO PERMANENTE**

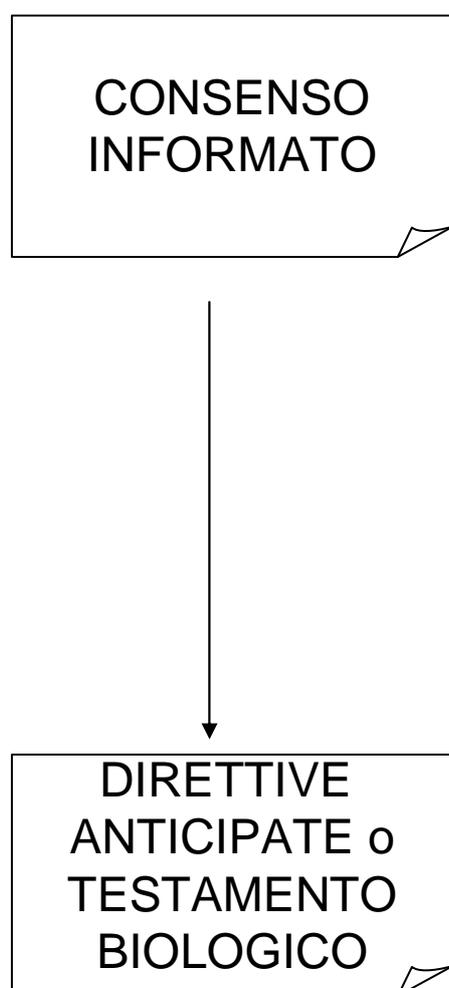


Condizione clinica prodotta
dalla moderna medicina tecnologica
che si è dotata di apparati e dispositivi
terapeutici funzionali al controllo della morte



Cessazione irreversibile
di tutte le funzioni dell'encefalo
Legge n. 578/1993

**TESTAMENTO BIOLOGICO:
UN PERCORSO CHE RAZIONALMENTE
DOVREBBE PARTIRE DAL
“CONSENSO INFORMATO”,
PIUTTOSTO CHE SU UNO
SCONTRO IDEOLOGICO**



CONSENSO INFORMATO

adesione consapevole del paziente
alle decisioni sul trattamento terapeutico da
seguire, realizzata attraverso una informazione
esaustiva e preventiva sulle sue condizioni di
salute e soprattutto sui rischi connessi alla
terapia stessa

Dal Dizionario TRECCANI

DIRETTIVE ANTICIPATE

SIGNIFICATI:

Generale:

Manifestazione di volontà mediante la quale una persona esprime anticipatamente il proprio consenso, o il proprio dissenso, in relazione a trattamenti e interventi sanitari che gli potrebbero essere praticati in situazioni in cui il soggetto non fosse più cosciente o dotato di capacità decisionale

Specifico e formale

Volontà relativa a trattamenti futuri da attuarsi dopo l'eventuale subentro di condizioni di incapacità

Attraverso specifici documenti scritti:

- **“testamento di vita”**
- **“testamento biologico”**
- **“carta di autodeterminazione**

Direttive anticipate
QUADRO DI REGOLE IN EVOLUZIONE
ED ACCELERAZIONE NEGLI ANNI RECENTI

1948	<ul style="list-style-type: none">• Costituzione, art 32
1997	<ul style="list-style-type: none">• Convenzione sui diritti dell'uomo e bio-medicina (Oviedo, 4 aprile 1997)
2001	<ul style="list-style-type: none">• Ratifica della convenzione di Oviedo
2003	<ul style="list-style-type: none">• Comitato nazionale di bioetica
2005	<ul style="list-style-type: none">• Senato, Disegno di legge <i>Disposizioni in materia di consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento</i> Decaduto per fine legislatura
2006	<ul style="list-style-type: none">• vari disegni e progetti di legge Percorso decisionale interrotto per fine legislatura• Codice di deontologia medica
2007	<ul style="list-style-type: none">• Sentenza della Corte di Cassazione sul caso Englaro
2009	<ul style="list-style-type: none">• Discussione parlamentare
2010	<ul style="list-style-type: none">• approvazione di un disegno di legge al Senato e passaggio alla discussione alla Camera

Costituzione

Art 32

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.

Art 13

La libertà personale è inviolabile

Art 21

Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione

Convenzione di Oviedo [Consiglio d'Europa - 1997],

Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina
(Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina)

Art. 6.3

Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge

Art. 9

I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà, saranno tenuti in considerazione

Codice di deontologia medica, 16 dicembre 2006

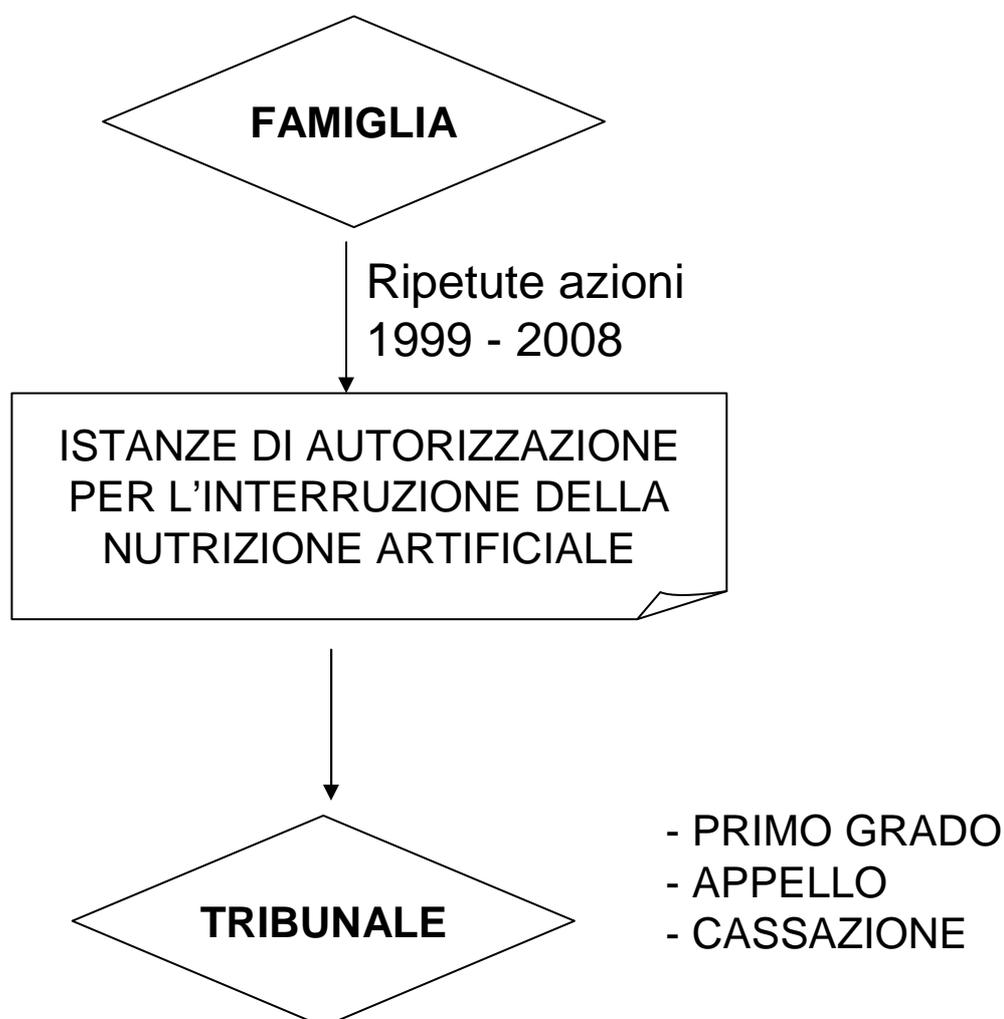
Art 38

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà in caso di grave pericolo di vita, non può non tenere conto di quanto precedentemente manifestato dallo stesso.

CRITERI DI AZIONE NEL RAPPORTO MEDICO/MALATO

- VALORIZZAZIONE DEL RAPPORTO MEDICO-MALATO NEL QUADRO DEL “CONSENSO INFORMATO”
- VOLONTA’ DEL MALATO E DI UN SUO RAPPRESENTANTE (AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)
- PROCESSI DECISIONALI DENTRO RAPPORTI INTERSOGETTIVI (MALATO, FAMILIARI, TUTORE, AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO)

AZIONI DELLA FAMIGLIA ENGLARO



Nel 2008 la Corte di appello di Milano
accoglie l'istanza

Vedi: Beppino Englaro, *Eluana, la libertà e la vita*, Rizzoli, 2008

SUPREMA CORTE DI CASSAZIONE, SEZIONE I CIVILE **Sentenza 16 ottobre 2007, n. 21748**

«Ove il malato giaccia da moltissimi anni (nella specie, oltre quindici) in stato vegetativo permanente, con conseguente radicale incapacità di rapportarsi al mondo esterno, e sia tenuto artificialmente in vita mediante un sondino nasogastrico che provvede alla sua nutrizione ed idratazione, su richiesta del tutore che lo rappresenta, e nel contraddittorio con il curatore speciale, il giudice può autorizzare la disattivazione di tale presidio sanitario (fatta salva l'applicazione delle misure suggerite dalla scienza e dalla pratica medica nell'interesse del paziente), unicamente in presenza dei seguenti presupposti:

- (a) quando la condizione di stato vegetativo sia, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi sia alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno; e
- (b) sempre che tale istanza sia realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona. Ove l'uno o l'altro presupposto non sussista, il giudice deve negare l'autorizzazione, dovendo allora essere data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e di volere del soggetto interessato e dalla percezione, che altri possano avere, della qualità della vita stessa».

Situazione attuale

La proposta di legge sul testamento biologico è stata abbandonata per le troppo distanti culture etiche sul problema.

Tuttavia molti Comuni italiani raccolgono i testi dei cittadini che scrivono le loro dichiarazioni anticipate.

Tali testi non hanno valore giuridico per le strutture mediche chiamate a decidere nella situazione del fine vita, tuttavia possono essere considerati degli "indicatori culturali" attorno alla questione del decidere sui trattamenti nel caso sia impossibile adottare la formula del "consenso informato"

Alcune letture:

Giovanni Reale, Umberto Veronesi, **Responsabilità della vita: un confronto fra un credente e un non credente**, Bompiani, 2013, p. 270

Giovanni Fornero, Maurizio Mori, **Laici e cattolici in bioetica: storia e teoria di un confronto**, Le Lettere, 2012, p. 364

Monti Daniela (a cura di), **Che cosa vuol dire morire**, Einaudi, Torino, 2010. P. 170

Maurizio Mori, **Il caso Eluana Englaro**, Pendragon editore, 2008, p. 244

Serena Minervini, **La procreazione medicalmente assistita**, Halley Editrice, 2007

Umberto Veronesi, Maurizio De Tilla, **Nessuno deve scegliere per noi. La proposta del testamento biologico**, Sperling & Kupfler editori, 2007, p. 298

Ferrari Nicola, Ad occhi aperti. **La relazione d'aiuto alla fine della vita e nelle esperienze di perdita**, Edizioni Libreria Cortina di Verona, 2005, p. 156

Pangrazzi Arnaldo, **Aiutami a dire addio. Il mutuo aiuto nel lutto e nelle altre perdite**, Erickson, 2002, p. 104

De Santi Anna, Gallucci Michele, Rigliano Paolo, **Il dolce morire. La relazione di aiuto nelle cure palliative**, Carocci, 1999, p. 162