ScuolaZOO

TUTTO QUANTO CHE TECNICAMENTE SI PUÒ, MORALMENTE SI DEVE?

Indice

1. Storia 5
   - L'influenza della scienza sulla II Guerra Mondiale
   - Esperimenti sugli Ebrei: sterilizzazione di massa
   - Testimonianza di una giovane Ebrea greca
   - Il medico che uccide: un tragico errore di concetto
   - 1970: nasce la Bioetica

2. Filosofia 9
   - Etica: uno sguardo generale
   - Bioetica laica
   - Bioetica religiosa
   - Filosofia contrattualista
   - Filosofia utilitarista
   - Filosofia sostanzialista

3. Diritto 13
   - Giuramento d'Ippocrate
   - 1948, la convenzione di Ginevra
   - Virtù ed il Codice Deontologico del medico
   - Aborto: dibattiti e leggi
   - Eutanasia: ricerca della dignità o suicidio assistito?
   - Legge ed eutanasia nei vari paesi del mondo

4. Scienze Sociali 25
   - Sistema sanitario negli USA: Medicare e Medicaid
   - Medici Senza Frontiere: un fenomeno contro corrente

Introduzione

La questione della Bioetica apre uno dei dibattiti più caldi dei nostri tempi. Essa tocca un tema molto delicato quale la qualità e la sacralità della vita, il valore dell'uomo come persona dotata di libero arbitrio e di diritti inviolabili alla vita e all'autodeterminazione, che spesso sono in contrasto tra loro. Si cerca di capire quali sono i confini tra l'artificiale e il vero, tra l'umano e il disumano, tra persona e cellula, tra incoscienza e volontà. In realtà però, per quanto ne possiamo discutere sarà difficile trovare un giusto equilibrio tra l'uso della scienza e l'obbedienza alla legge morale che fa di noi esseri civili.

Come vedremo, la Bioetica non nasce dal nulla: essa incarna il bisogno di assicurare a ognuno di noi, senza nessuna distinzione, i principi inviolabili che nella storia troppe volte sono stati negati ad intere popolazioni. Oggi non ci troviamo più in situazioni cosi estreme, ma il pericolo di una mentalità, secondo la quale un essere umano può e deve essere soggetto alla manipolazione della scienza è adesso più che mai imminente.

Oggetto della nostra riflessione è l'uomo con i suoi valori, tutto il vivere umano, ma in particolare quello medico – biologico. E' proprio per questo motivo che dobiamo occuparci anche delle questioni giuridiche che riguardano la Bioetica. Il Diritto ha il compito di garantire a tutti noi una relativa libertà ed un relativo benessere che non ostacoli quello degli altri. Di conseguenza esso deve necessariamante essere preceduto e guidato dall'etica. Vedremo in segiuto vari documenti attraverso i quali la legge tutela gli individui stabilendo i confini che la scienza non può varcare per il bene della persona, dell'umanià e dell'intero ecosistema.

Riportando esempi concreti cercherò di occuparmi del rapporto che si instaura tra il medico ed il paziente, in particolare in un sistema di Welfare liberale, come quello degli Stati Uniti, dove la qualità del servizio sanitario dipende più dalle possibilità economiche dei pazienti che dall'etica professionale dei medici e degli assistenti. C'è però, anche un fenomeno opposto che riguarda in particolare i medici volontari che decidono di aiutare le popolazioni del terzo mondo rinunciando alle comodità del mondo moderno per ridare senso e valore alla propria professione. Le organizzazioni che si occupano di volontariato sanitario, tra le quali *Medici Senza Frontiere*, sono guidate dai principi di uguaglianza e solidarietà, grazie ai quali quello medico non è più soltanto un mestiere, ma significa una continua sfida ed un continuo servizio per il bene dell'umanità.

Un altro fattore importante che influenza il dibattito sulle questioni della Bioetica è la posizione della Chiesa Cattolica che cerca di proporre ed argomentare il proprio punto di vista ai fedeli. La fede è una dimensione spirituale che ognuno di noi decide di coltivare o rifiutare, comportandosi di conseguenza. Per questo è importante sottolineare, che per molte persone la religione gioca un ruolo rilevante nella presa di posizione nei cofronti delle varie problematiche legate al rapporto tra la scienza e la vita umana. Come vedremo, proprio per questo motivo si è creato un contrasto, all'interno della disciplina stessa, tra la parte che difende la qualità della vita, e quella che invece difende la sua sacralità.

Ma come viene vissuto questo rapporto a livello personale? L'etica e la legge morale sono in grado di sopravvalere sulla sofferenza individuale? Quanto conta la volontà e la libertà personale quando si tratta di scegliere tra la vita e la morte di un essere umano? Qual è il valore ed il senso della sofferenza? La scienza ha il diritto di allungare le mani verso la vita e l'esistenza? Prendendo in considerazione tutte le fonti e i documenti a mia disposizione, servendomi dei dati scienifici e analizzando varie riflessioni che riguardano la contrapposizione tra la qualità e la sacralità della vita, cercherò in questo lavoro di rispondere a queste domande. Trattandosi di un tema delicato che presenta molti elementi di carattere soggettivo cercherò inoltre, di presentare il punto di vista di chi, come me, osa credere che stiamo ormai progredendo verso una civiltà artificiale.

Storia

Il termine "Bioetica" nasce per ideazione dell'oncologo statunitense Van Rensselaer Potter nel 1970, sulla scorta delle preoccupazioni sui rischi che le (allora future) possibilità consentite dal progresso tecnologico applicato in campo genetico avrebbero potuto influenzare e addirittura mettere in pericolo la vita dell'uomo e dello stesso ecosistema.
Ma non è un caso che la Bioetica intesa come "Una nuova disciplina per combinare la conoscenza scientifica e biologica con la conoscenza del sistema dei valori umani" (V.Rensselaer Potter, 1970) nasca proprio in quel periodo storico, alla fine del XX secolo.

Dopo l'esperienza della II Guerra Mondiale l'umanità si risveglia dal sogno della scienza, avverte che essa può costituire un grave pericolo e che, come l'acqua assume la forma del contenitore in cui si trova, cosi anche la scienza obbedisce agli ordini di chi se ne serve.

E’ proprio sulle differenze biologiche, “scientificamente fondate”, che si basavano le convinzioni dei tedeschi che gli Ebrei fossero un popolo imperfetto, impuro, apartenente ad una razza inferiore destinata ad estinguersi per il bene dell’umanità. Poi la scenza si spinse oltre queste considerazioni di ordine darwiniano. Infatti, nacquero numerosi metodi di distruzione di massa, come il Zyklon B e le bombe atomiche, la guerra si trasformò in una spietata sfida tecnologica che annienta l’uomo con tutti i suoi valori.
Ma l’elemento più crudele che riguarda direttamente la Bioetica, e che richiama particolarmente la mia attenzione è la spietatezza dei medici nazisti che svolgevano esperimenti disumani sugli Ebrei. Infatti, alla realizzazione dei piani di sterminio di interi popoli presero attivamente parte anche medici tedeschi, sia quelli a capo delle strutture sanitarie delle SS e della Wehrmacht, sia quelli impiegati negli istituti di ricerca delle facoltà di Medicina. Incuranti dei principi più elementari dell’etica professionale, misero spesso volontariamente le proprie capacità a disposizione dell’ideologia nazionalsocialista, pienamente consci dei suoi fini criminali. Particolare fu il ruolo dei medici delle SS in servizio nei Lager dove, venendo meno al giuramento d’Ippocrate, effettuarono le selezioni dei convogli di Ebrei, controllandone il processo di sterminio. Condannarono alla gassazione o uccisero con iniezioni di fenolo i detenuti ospedalizzati nei Lager, falsificando le cause della loro morte, e condussero criminosi esperimenti medici sui prigionieri.

Durante la seconda guerra mondiale, i medici nazisti, venendo incontro ai dirigenti del Terzo Reich, sostennero con la propria attività la politica demografica nazista dando il via ad una serie di ricerche sulla sterilizzazione di massa di nazioni considerate inferiori: prima gli Ebrei, poi gli Slavi ed infine i “Mischlingen” (Ebrei Tedeschi). Alla conferenza del 7-8 luglio 1942, alla quale parteciparono Himmler, il dr Kral Gebhardt e l’ispettore dei campi di concentramento Richard Glucks, il compito di cercare tale sistema ottimale di sterilizzazione fu affidato al dr Carl Clauberg, specialista nella cura della sterilità femminile, al quale Himmler permise di condurre esperimenti che ebbero inizio alla fine del 1942 nell’ospedale femminile di Birkenau nella baracca nr 30 del campo di BIA. Il metodo di sterilizzazione di massa senza ricorrere all’ospedale elaborato da Clauberg consisteva nell’introdurre durante una finta visita degli organi genitali (dopo aver costatato l’apertura dell’ovidotto) una sostanza chimica irritante provocante una grave infezione che, nel giro di alcune settimane, portava alla crescita dei peli nell’ovidotto e dunque

alla sua occlusione. I risultati venivano controllati di volta in volta con delle radiografie. Nel novembre 1942 (quasi contemporaneamente a Clauberg) ad Auschwitz iniziò esperimenti sulla sterilizzazione anche il dr Horst Schumann, ufficiale della Luftwaffe e Sturmbannfuhrer delle SS, in seguito membro della speciale "commissione medica" responsabile della selezione dei detenuti, malati e prostrati, destinati alla gassazione. Schumann, come Clauberg, cercava il modo migliore per attuare una sterilizzazione massiccia che avrebbe potuto assicurare al comando del Terzo Reich l'annientamento biologico dei popoli assoggettati, privandoli "scientificamente" delle loro capacità riproduttiva.

Un'Ebrea greca cosi ricorda gli esperimenti di sterilizzazione e castrazone svolti ad Auschwitz: *"Verso la metà del marzo 1943 fui deportata insieme con altri Ebrei di Salonnico a Birkenau nell'estate 1943 durante l'appello mattutino la capo-blocco chiamò un certo numero di prigioniere, me compresa. Fummo condotte sotto sorveglianza ad Auschwitz, nel blocco nr 10, dove si trovano già altre donne e giovani greche. Un giorno apparve il dr Schumann, il suo cognome mi fu riferito durante la permanenza nel blocco 10, che ordinò a tutte le giovani di farsi avanti, poi ne indicò alcune, me compresa, di cui annotarono il numero di matricola. Il giorno dopo ci portarono di nuovo a Birkenau, dove fummo sottoposte ad irradiazioni di raggi X, ci fecero entrare e spogliare in una stanza, dalla quale fummo chiamate una alla volta in un'altra stanza buia, in cui c'erano due persone, il dr Schumann e un aiutante. Quest'ultimo mi applicò sul corpo due lastre, una sul ventre e una sulle spalle. Il dr Schumann si rifugiò in una cabina sicura, mi osservò attraverso un finestrino e azionò l'attrezzatura a cui erano collegate le lastre per alcuni minuti, non saprei dire precisamente quanti. In una giornata facemmo ritorno ad Auschwitz. Lungo la strada vomitammo tutte. Non sapevamo cosa ci avevano fatto. Dopo alcuni giorni sul posto in cui erano state applicate le lastre comparvero ferite purulenti. Dopo circa due mesi ci spedirono di nuovo a lavorare a Birkenau, anche se le nostre ferite non erano ancora rimarginate. Un giorno durante l'appello mattutino fu chiamato il mio numero e quello delle ragazze sottoposte a raggi X. Ci portarono di nuovo ad Auschwitz, nel blocco nr 10, dove fummo visitate dal dr Samuel, il quale scelse Giada e Bella per l'operazione, che eseguì, se ricordo bene, lo stesso giorno, nello stesso blocco nr 10 in cui erano alloggiate. Verso il novembre del 1943 portarono me ed altre 9 ragazze nel blocco 21, dove fummo operate. Nell'anticamera della sala operatoria dovemmo spogliarci e ci fu fatta un'iniezione che mi fece perdere i sensi nella parte inferiore del corpo. Dopo un po' mi portarono in una sala operatoria, dove si trovavano il dr*

Schumann, il dr Dering, un altro medico detenuto e la dottoressa Brewda. Quest'ultima mi teneva su il morale. Un paravento divideva la parte superiore del mio corpo da quella inferiore. So che mi operò il dr Dering, assistito dal medico detenuto. Dopo l'operazione mi portarono di nuovo al blocco nr 10. Giacemmo tutte lì gridando dal dolore. Bella morì durante la notte. Buena aveva un'orribile ferita aperta, come le nostre, purulenta. Dopo un mese o due, nel blocco apparve il dr Schumann, che guardò le nostre ferite e ordinò di spedirci di nuovo al lavoro a Birkenau sebbene riuscivamo a muoverci ancora a fatica. Ciò significava la morte certa di Buena, la cui ferita risultava ancora grave. Morì infatti a Birkenau".

Questa testimonianza ci fa riflettere sulla figura del medico nelle SS, quindi prima di passare oltre, vorrei soffermarmi su un altro punto che ritengo importante: se la pratica medica è volta ad aiutare i malati con il massimo rispetto per la vita umana, possono allora il dr Schumann e i suoi collaboratori chiamarsi medici? In altre parole, un medico privo di coscienza, di qualsiasi sentimento di pietà e del dovere morale si può veramente considerare un *medico*, o è un *carnefice*? Oggi questa domanda non suscita dubbi. Se infatti fossimo tutti animali, esseri privi di qualsiasi sentimento, saremmo tutti capaci di toturare gli altri per osservare come si sviluppa la sofferenza e come avviene la morte, senza aver studiato medicina. E' proprio da questo punto cruciale che iniziò a svilupparsi la consapevolezza della necessita di subordinare la scienza all'etica, sopratutto se essa invade la sfera della vita umana. In questo modo nel 1970 nacque la Bioetica, materia ancora molto giovane che riflette sul futuro, ma non ignora la storia e le esperienze del passato.

Filosofia

Le scoperte scientifiche che negli ultimi decenni del XX secolo hanno interessato la genetica e la neurofisiologia, e le prospettive aperte dalle recenti realizzazioni nel campo dell'*intelligenza artificiale*, pongono con forza l'esigenza di ripensare radicalmente il rapporto tra scienza ed etica, sotto la spinta del dubbio che quest'ultima si avvii a perdere la funzione di orientamento che aveva all'interno della nostra vita.

Si tratta di un tema raramente affrontato nelle sue implicazioni più profonde sia dai filosofi che si occupano di etica, sia dagli scienziati, i quali tendono in genere a offrire soluzioni piuttosto sbrigative e superficiali ad esso.

In estrema sintesi, si può dire che l'etica tragga il proprio fondamento dalla concezione secondo la quale l'uomo, benché dotato di un corpo fisico, non si esaurisce in questo, ma ha in sé "qualcosa di più" che lo distingue dagli oggetti inanimati e da tutti gli altri esseri viventi che popolano il nostro pianeta. Questa componente aggiuntiva, qualificata dalle diverse *religioni* come *"anima"* o *"spirito"*, è ciò che, per lungo tempo, è stata posta alla base dell'unicità e dell'irripetibilità di ogni individuo umano. Ed è la stessa componente, presente sullo sfondo della nostra cultura in forme sempre più attenuate e ormai quasi inconsapevoli, che continua ad alimentare l'idea che la scienza debba in qualche modo essere sottoposta a vincoli di natura etica.

L'affermarsi progressivo della concezione scientifica del mondo, avvenuto a spese della visione religiosa elaborata dal cristianesimo, non poteva che indebolire i presupposti che davano all'etica ragione di esistere. Si pensi, ad esempio, alla rivoluzione copernicana, con il duro colpo inferto al sistema del mondo fatto proprio dal cristianesimo, e ancor più alla teoria dell'evoluzione proposta da Darwin, che riduceva il racconto biblico sull'origine dell'uomo a poco più che un mito.

La crisi vera e propria rischia tuttavia di consumarsi nel momento in cui la scienza muove all'assalto degli ultimi baluardi su cui si fondava l'implicita distinzione tra l'uomo e il resto del creato. La ricerca sembra oggi essere giunta a un passo dallo svelare i meccanismi più reconditi della vita, mostrando come questi non abbiano nulla di trascendente, essendo spiegabili in base alle leggi fisiche note, le stesse che valgono per il mondo inanimato. Ancor più dirompente è la prospettiva di riuscire a penetrare i misteri della mente umana, ricostruendo nei dettagli le strutture e i processi cerebrali che starebbero alla base di tutte le facoltà intellettive dell'uomo, compresi la *coscienza*, la volontà e il libero arbitrio.

Raggiungere un simile traguardo, ovvero riuscire a spiegare interamente le nostre capacità intellettive superiori chiamando in causa i processi neurofisiologici che hanno luogo all'interno della nostra corteccia cerebrale, significherebbe annullare ogni sostanziale differenza tra uomo e macchina. Significherebbe anche che, riuscendo a riprodurre puntualmente la stessa struttura dei processi in una macchina da noi costruita, essa mostrerebbe gli stessi comportamenti e facoltà mentali che contraddistinguono un essere umano. Tale realizzazione costituirebbe la prova

inconfutabile che gli uomini non sono altro che macchine. Ma l'uomo del futuro, quindi, sarà ancora se stesso? Ha il diritto di trasformarsi e trasformare le generazioni che verranno? Per riuscire a rispondere a queste domande dobbiamo analizzare il rapporto che esiste tra il nostro bisogno di ordine morale ed etico, e le nostre spinde verso tutto ciò che ci è ancora sconosciuto. Potter, il padre della Bioetica, indicava come unica possibile via di uscita la costituzione di un "ponte" fra sapere scientifico ed umanistico, prendendo in considerazione non solo l'uomo, ma tutta la biosfera ed il suo equilibrio. Questo ponte è, dunque, la Bioetica, nella quale scienze sperimentali e scienze umanistiche non sono in alternativa, ma formano un'unità armonica alla cui base c'è la domanda filosofica sulla ammissibilità dell'atto scientifico, nella consapevolezza che *non tutto ciò che scientificamente è possibile è anche eticamente lecito*. In realtà è lo stesso scienziato che, se vuole essere veramente "umano", deve integrare l'aspetto etico - positivo con quello etico - filosofico ed antropologico. Purtroppo, ancora oggi "uomo" non è per tutti sempre l'equivalente di "persona".

Per alcuni filosofi, come Engart, la morale si origina dalla stipulazione di un contratto a cui può accedere solo il soggetto adulto, autonomo, capace di intendere e di volere. Solo questi è persona, e lo diventa solo dopo anni dalla nascita, così come può non esserlo più qualche tempo prima di morire. In questa ottica feti, fanciulli, ritardati mentali, soggetti in coma, ecc. non sono persone e non possono godere di diritti.

Per il filosofo utilitarista Singer la funzione qualificante è la sensibilità. Tutti gli esseri viventi sensibili hanno il diritto di non soffrire inutilmente. L'uomo, in quanto essere razionale e autocosciente, ha diritto ad un riguardo maggiore perché soggetto a maggior sofferenza; Quando, però, la coscienza è assente, come negli embrioni, nei soggetti in coma, ecc., non si parla più di persona ed essi hanno meno diritti degli animali sensibili, possono essere, quindi, oggetto di qualsiasi sperimentazione. Feti, neonati, bambini, anziani, cerebrolesi, dementi, malati terminali, sono definiti esseri umani marginali e godono degli stessi diritti degli animali senzienti.

La teoria sostanzialistica, ivece, non fa riferimento a funzioni, ma all'essenza stessa dell'uomo. Ogni uomo è persona in virtù della sua essenza che egli ha e non può acquistare o perdere. S. Boezio definì la persona *"sostanza individuale di natura razionale"*, definizione che racchiude i due aspetti fondamentali della persona: l'individualità e la trascendentalità.

Anche la contrapposizione tra Bioetica laica e Bioetica religiosa si fonda proprio su due diversi modi di concepire non solo l'uomo, ma anche tutta la sua esistenza in generale:

"La visione laica della bioetica non rapppresenta una versione secolarizzata delle etiche religiose. Non vuole costituire una nuova ortodossia. Anche tra i laici non vi è accordo unanime su molte questioni specifiche. La visione laica si differenzia dalla parte preponderante delle visioni religiose in quanto non vuole imporsi a coloro che aderiscono a valori e visioni diverse. Là dove il contrasto è inevitabile, essa cerca di non trasformarlo in conflitto, cerca l'accordo "locale", evitando le generalizzazioni."
9 Giugno 1996, Il Sole 24 Ore, "Manifesto della bioetica laica".

Ciò che caratterizza la bioetica cattolica è l'accento posto sul *"valore sacro della vita umana, dal primo inizio fino al suo termine"* (Giovanni Paolo II, lettera enciclica *Evangelium Vitæ* n. 2).

"La vita dell'uomo proviene da Dio, è suo dono, sua immagine e impronta, partecipazione del suo soffio vitale. Di questa vita, pertanto, Dio è l'unico signore: l'uomo non può disporne" (Ibid., 39).

"Dalla sacralità della vita scaturisce la sua inviolabilità, inscritta fin dall'origine nel cuore dell'uomo, nella sua coscienza"(Ibid., 40).

Secondo me, è importante che la Bioetica riesca a liberarsi da tutte le convinzioni a priori, che sminuiscono l'importanza della vita umana presa nella sua fragilità e debolezza. Se, infatti, non sentissimo il bisogno di tutlare gli ammalati, i neonati, e perfino gli embrioni, non ci sarebbe nessun bisogno della Bioetica.

Diritto

Con il processo di Norimberga, dopo la II Guerra Mondiale, si avverte l'urgenza di stabilire delle norme etiche per evitare il ripetersi dei crimini compiuti, anche con la collaborazione di uomini di scienza. Segue la Dichiarazione dei diritti dell'uomo (ONU 1948), quindi tutta una serie di

Dichiarazioni, Carte, Codici, Tra cui il Codice di Etica Medica del 1949 che ricalca il Giuramento di Ippocrate.

La Dichiarazione di Ginevra del 1948, approvata dall'Associazione Mondiale dei Medici, così si esprime: "*Mi impegno solennemente a consacrare la mia vita a servizio dell'umanità; praticherò la mia professione con scienza e dignità; la salute del mio paziente sarà la mia preoccupazione; manterrò il massimo rispetto per la vita umana fin dal primo momento del concepimento*".

Nel giuramento di Ippocrate leggiamo: "*Farò servire il regime dietetico a vantaggio dei malati secondo le mie capacità e il mio giudizio e non per il loro pericolo e il loro male, e non farò una pozione omicida né prenderò simili iniziative anche se me le chieda, così non darò a nessuna donna un pessario abortivo*".

A metà del secolo scorso inizia il cambiamento di mentalità con una crisi che è essenzialmente crisi culturale, e che giunge persino a contestare e rifiutare la legittimità della morale, dei valori cristiani e dei principi etici in favore di uno sfrenato sviluppo delle scienze mediche e biologiche. La cultura del consumo della vita, del benessere e del divertimento giustifica la volontà e la tendenza delle masse costruendo una nuova morale. In questo modo il Giuramento di Ippocrate e le Dichiarazioni di Ginevra appaiono fuori dal nostro tempo, incoerenti con le pratiche, le tendenze e con la cultura occidentale del nostro secolo. Come possiamo quindi, garantire il rispetto dei diritti fondamentali e dei principi etici che hanno formato la nostra civiltà nei secoli sin da Platone *("Intorno al bene")*? Come trovare il giusto equilibrio tra lo sviluppo scientifico ed il rispetto per la vita? Se non possiamo più fare ricorso alla legge naturale innata nell'uomo, chiamata da Cicerone *"recta ratio"*, allora non ci resta che stabilire delle norme e delle regole che siano superiori alla volontà individuale di ognuno di noi.

Il Diritto regola l'attività del medico attraverso il Codice Deontologico che indica i comportamenti da assumere di fronte ai pazienti, i principi etici e morali che egli ha il dovere di rispettare, ma soprattutto sottolinea la responsabilità che grava sulle sue spalle. Nel Codice Deontologico troviamo inoltre elencate le virtù principali che devono guidare un medico nell'esercizio della propria professione:

"Coscienza: prudenza, scienza.
Prudenza: attenzione, circospezione, riflessione.
Giustizia: volontà di attribuire a ciascuno quanto gli spetta.
Fortezza: pazienza, ascolto, dedizione.
Temperanza: equilibrio, calma, serenità."

A queste virtù si accompagna il principio più importante, contenuto già nel Giuramento di Ippocrate e nelle Dichiarazioni di Ginevra: quello della "*beneficialità"*. Esso prevale sugli altri perché si riferisce ad un bene oggettivo ed imprescindibile, il bene del paziente è l'unico obiettivo di chi lo cura. Ma qual è il vero *beneficio* della donna incinta, del nascituro, dell'handicappato, dell'anziano, del malato terminale, del morente? Qui, ancora una volta potremmo aprire un dibattito filosofico sulla questione irrisolta del *"bene"* e del *"male"*, che sono concetti astratti ai quali ognuno di noi attribuisce un valore ed un significato diverso, in base alle proprie esperienze e alle proprie necessità. Per questo ancora una volta interviene la legge, che stabilisce dei limiti da rispettare, indipendentemente dalla nostra volontà personale.

La prima questione della quale voglio occuparmi è quella riguardante la pratica dell'aborto, oggi molto diffusa specialmente tra le ragazze giovani, che non si sentono ancora pronte per mettere al mondo e crescere un figlio. Da una parte la medicina deve riconoscere l'autonomia del paziente, i suoi diritti e la sua libertà, ma dall'altra si tratta sempre di porre fine ad una vita, cosa che, come abbiamo visto nei documenti precedentemente riportati, il medico non può fare. In realtà l'opinione pubblica si trova in gran difficoltà, quando si tratta di stabilire dove inizia e dove finisce la vita. Per la legge, però, il nascituro ha in ogni caso dei diritti:

Nascituro concepito
- *Capacità a succedere "mortis causa" (art. 462)*
- *Capacità a ricevere donazioni (art. 784)*

Nascituro non ancora concepito (ovvero solo presunto)
- *Capacità a ricevere successioni o donazioni (artt. 462 co.3, 784 co. 1)*

Secondo *l'articolo 1 del Codice Civile*, chi è idoneo alla titolarità di diritti e di doveri, è comunque una *persona giuridica*, che possiede una *capacità giuridica*. Il problema è stabilire, quando avviene il passaggio da cellula ad essere umano.
Secondo la medicina, nell'uomo lo sviluppo embrionale avviene dallo zigote. Lo zigote, dopo tre mesi dalla fecondazione, prende il nome di feto, e vive e si sviluppa all'interno dell'utero materno. E' impossibile stabilire un momento dell'inizio della vita umana diverso da quello dello zigote, per vari motivi di carattere biologico:

1. Coordinazione delle cellule (sì "parlano") – le cellule embrionali non sono separate, ma comunicano tra loro.

2. Continuità (non soluzione di continuo) – dall'embrione alle altre forme di vita in cui l'uomo si presenta, non vi è alcuna soluzione di continuo.

3. Gradualità (del comparire delle funzioni vitali) – la continuità è data dal progressivo e graduale sviluppo delle diverse funzioni vitali.

La pratica dell'aborto, agli occhi della medicina, si presenta come un'interruzione volontaria ed intenzionata di una vita nei primi stadi del suo sviluppo. Per questo motivo in molti paesi essa è vietata e considerata addirittura un omicidio. Bisogna però, distinguere tra aborto spontaneo, indiretto, terapeutico, eugenetico e l'interruzione volontaria vera e propria. Se nei primi casi esso avviene involontariamente, o per una precisa indicazione del medico nei casi di gravi rischi per la salute della donna, nell'ultimo caso non c'è nessuna motivazione oggettiva, nessuna necessità di interrompere la gravidanza. Come vediamo, in base all'intenzionalità dell'aborto esso può essere considerato un atto volto a salvaguardare la salute della paziente, quindi pienamente coerente con i principi etici e morali della professione medica, o una pratica disumana che non trova nessuna giustificazione accettabile né per l'etica, né per la coscienza individuale del medico e della donna le la subisce.

Ma vediamo in dettaglio la legge sull'aborto 194/78 – La disciplina italiana sull'aborto contiene le "*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*", 22 articoli che ne regolano l'attuazione. Vediamone gli aspetti principali:

1. Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconoscendo il valore sociale della maternità e tutelando la vita umana sin dal suo inizio. Inoltre l'interruzione volontaria della gravidanza non va interpretata come mezzo per il controllo delle nascite.

2. La donna che in Italia intenda ricorrere alle tecniche abortive entro i primi 90 giorni dalla gravidanza, può rivolgersi a un consultorio familiare o a una struttura socio-sanitaria all'uopo abilitata o, infine, a un medico di sua fiducia. I Consultori assistono la donna con il fine di farle superare le cause che potrebbero indurla all'IVG, proponendole possibili soluzioni ai problemi esposti, siano essi di tipo sanitario, economico o sociale. Il medico ha il compito di effettuare gli accertamenti necessari e l'obbligo di attestare l'intenzione della donna in un certificato.

3. Per ricorrere all'IVG devono sussistere alcune condizioni fondamentali secondo le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna, in relazione al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche, sociali o familiari, o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o a malformazioni del concepito.

4. L'aborto provocato viene effettuato da un medico del servizio ostetrico-ginecologico presso un ospedale generale oppure presso uno degli ospedali pubblici specializzati. Nei primi novanta giorni l'interruzione della gravidanza può essere praticata anche presso case di cura autorizzate dalle Regioni, fornite di requisiti igienico sanitari e di adeguati servizi ostetrico-ginecologici. Essendo stata ammessa dalla legge sull'aborto l'obiezione di coscienza da parte dei medici, questi devono esprimersi preventivamente circa l'accettazione di queste norme;

5. la richiesta di interruzione della gravidanza viene fatta personalmente dalla donna. Nel caso in cui la donna sia di età inferiore ai diciotto anni, per l'interruzione della gravidanza è richiesto l'assenso di chi esercita su di lei la potestà o la tutela.

6. Sono previste diverse pene per chi cagioni per colpa l'interruzione della gravidanza o il parto prematuro senza il consenso della donna o senza l'osservanza delle modalità indicate espressamente dalla legge.

In poche parole, i punti essenziali della legge 194 possono essere cosi riassunti:

1. *Difesa della maternità per il suo valore sociale*
2. *Non regolamentazione delle nascite*

3. *Non metodica contraccettiva*
4. *Tutela della vita umana fin dal suo inizio*

Le motivazioni principali che avevano portato all'istituzione della legge 194, riguardavano soprattutto la diminuzione degli aborti terapeutici e di quelli spontanei e inoltre l'assistenza delle donne che sempre più spesso ricorrevano ad aborti clandestini. La legge si proponeva inoltre di favorire la procreazione cosciente e di aiutare la maternità, tutelando la vita umana sin dal suo inizio. Secondo le statistiche, molte di queste promesse sono state disattese, a partire dal mancato calo degli aborti terapeutici. Secondo alcune stime, questi aborti hanno superato i 4 milioni tra il 1978 e il 2001, con un rapporto annuo tra numero di aborti e di nascite pari a uno a tre. Questo indica chiaramente che si tratta di pratiche abortive piuttosto diffuse e che non possono semplicemente spiegarsi con situazioni oggettivamente eccezionali o con difficoltà insuperabili. Secondo i dati del ministero della Sanità le donne che ricorrono all'aborto sono generalmente coniugate, tra i 25 e i 34 anni e con buon livello di istruzione, con non più di due figli e pertanto in condizioni ottimali per accogliere un'eventuale nascituro.
Dal punto di vista della clandestinità, la legge sull'aborto non ha avuto il successo sperato perché, sempre secondo alcune stime ministeriali, l'aborto clandestino si attesterebbe attualmente fra cinquanta e sessantamila casi all'anno. Inoltre gli altri aspetti morali come la maggiore coscienza o responsabilità della procreazione non trova grande riscontro, visto che il 30% di donne che ricorrono all’aborto hanno già interrotto la gravidanza almeno una volta, dimostrandosi così recidive e non certo responsabilizzate di fronte a una scelta così importante com'è quella dell'aborto.

Attraverso questo quadro generale possiamo chiaramente vedere, che la legge purtroppo viene interpretata a piacere, fraintesa e perciò esplicitamente violata. Senza il senso della responsabilità ed il rispetto per la vita umana nessuna legge e nessun ordinamento giuridico è in grado di proteggere l’uomo da se stesso.

La seconda questione che, tra molte altre, suscita un dibattito particolarmente acceso nell’opinione pubblica, è quella dell’eutanasia. Si tratta di una pratica che riguarda direttamente il diritto di decidere della propria vita, nel caso in cui essa sia particolarmente segnata dalle sofferenze e dal dolore fisico legato ad una malattia particolarmente grave che sembra privare il malato del diritto ad una vita dignitosa.

In molti paesi la pratica dell'omicidio assistito è già stata presa in considerazione molti anni fa. Il Parlamento inglese aveva discusso già nel 1936 una proposta di legalizzazione dell'eutanasia, ma fino a un periodo molto recente essa non ha avuto posto nella legislazione come una pratica a sé stante, ma veniva ricondotta ad altre pratiche già esistenti. In Italia, per esempio, essa configura i reati di *omicidio del consenziente*, previsto dal codice penale all'articolo 579, e di *istigazione o aiuto al suicidio*, all'articolo 580.

In questo contesto giuridico si situano, con effetti non ancora pienamente prevedibili, sia la depenalizzazione dell'eutanasia nel Regno dei Paesi Bassi nel 1994, sia la sua legalizzazione nel Territorio del Nord della Federazione Australiana nel 1995.

Nel Regno dei Paesi Bassi la depenalizzazione dell'eutanasia è stata introdotta con una modifica all'articolo 10 del *Regolamento di polizia mortuaria*. Esso ha stabilito, a partire dal giugno del 1994, la non punibilità dei medici che abbiano aiutato a morire i propri pazienti ma siano in grado di dimostrare di aver rispettato una serie di condizioni. L'atto eutanasico deve essere, infatti, documentato da una relazione scritta da cui risulti che il paziente sia stato affetto da malattia inguaribile, che vi siano state sofferenze insopportabili e che il malato l'abbia richiesto trovandosi già in quelle condizioni. Questo documento deve inoltre riportare la storia clinica del paziente e i mezzi utilizzati per l'eutanasia. La relazione viene notificata dal medico a un pubblico ufficiale, *coroner*, con funzioni giudiziarie.

Per quanto riguarda l'Olanda, dal momento che nel codice penale olandese sono rimasti in vigore sia l'articolo 293, che punisce l'omicidio di consenziente, sia l'articolo 294, che punisce l'istigazione e l'assistenza al suicidio, per depenalizzare l'eutanasia il legislatore olandese ha fatto ricorso all'articolo 40 del medesimo codice, che prevede la discriminante della forza maggiore. La richiesta del paziente viene allora considerata come una "forza maggiore", che rende non perseguibile il medico che pratica l'eutanasia. Tale posizione introduce nell'ordinamento giuridico una discriminazione decisa fra *vita sana* che il medico ha l'obbligo di tutelare, e *vita malata*, la cui tutela non è più obbligatoria.

Nel Territorio del Nord della Federazione Australiana, a partire dal giugno del 1995, è entrata in vigore la "Legge dei diritti del malato terminale", che legalizza l'eutanasia. Questa legge legittima la possibilità per il paziente cosciente e maggiorenne di richiedere l'eutanasia nell'ipotesi in cui sia affetto da una malattia inguaribile e le sofferenze siano talmente forti che

nessuna terapia sia in grado di alleviarle. A differenza della normativa olandese, quella australiana viene ad affermare l'esistenza di un "diritto alla morte", dal momento che l'eutanasia è considerata come un trattamento medico posto a tutela della persona, accettando così che anche altre persone, nel caso in cui il paziente sia incapace, possano firmare, in rappresentanza del malato e alla presenza dei testimoni, una richiesta di eutanasia. Tale normativa non prevede inoltre alcuna pena specifica per i medici che effettuano l'eutanasia in mancanza dei requisiti previsti.

Ma quali possono essere le conseguenze della legalizzazione dell'eutanasia? Credo che inizialmente ne conseguirebbe molto probabilmente un affievolimento dello sforzo teso a ridurre la sofferenza, soprattutto per quanto riguarda i gruppi socialmente ed economicamente più deboli, per i quali il ricorso all'eutanasia diventerebbe la soluzione più "ovvia" ed economica. Introdotta la possibilità di un omicidio assistito, si assisterebbe inoltre ad una sorta d'inversione della prova della dignità e del valore di ogni vita umana. In altre parole il paziente terminale dovrebbe continuamente giustificare la propria scelta di non richiedere l'eutanasia di fronte ai famigliari e al personale medico.

Rispetto al suicidio nell'eutanasia c'è un elemento nuovo: l'intervento di un'altra persona, quasi sempre di un medico o di un operatore sanitario, teso ad alleviare il dolore ponendo fine alla vita del paziente. Ma un omicidio sarebbe l'aiuto adeguato per un sofferente? Il medico avrebbe addirittura il dovere di uccidere una persona se glielo chiedesse? A chi si attribuirebbe il diritto di stabilire se una vita innocente è meritevole o no d'essere vissuta? Che senso avrebbe la professione medica a questo punto? Nel suo libro *"I Buddenbrook"*, nel 1901 Thomas Mann cosi scrive:

"Bisognava a tutti i costi conservare ai parenti il più a lungo possibile la vita dell'ammalata, mentre un calmante avrebbe subito provocato la resa dello spirito senza più opposizione. I medici non sono al mondo per facilitare la morte, ma per conservare a qualunque prezzo la vita."

Possiamo capire, da queste parole, che la pratica dell'eutanasia va chiaramente contro i principi stabiliti nel Codice Deontologico del medico, in quanto egli ha il compito di alleviare la sofferenza dell'ammalato curandolo, non facilitando la sua morte. A mio parere la stretta

connessione fra suicidio ed eutanasia indica un'incapacità di dare significato alla sofferenza e alla morte, e una concezione della persona umana come soggetto di un diritto onnipotente sulla vita e sulla morte. Proprio a questa profondità s'incontra un'insanabile opposizione rispetto alla posizione religiosa, che considera la vita come dono di Dio, bene di cui l'uomo è beneficiario e responsabile, ma non proprietario. La Chiesa Cattolica da tempo è intervenuta con decisione in tema di eutanasia. Si possono ripercorrere i temi principali di tale insegnamento leggendo un brano dell'enciclica "*Evangelium vitae*" sul valore e l'inviolabilità della vita umana di Papa Giovanni Paolo II, del 25 marzo 1995:

"Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'eutanasia deve dirsi una falsa pietà, anzi una preoccupante "perversione" di essa: la vera "compassione", infatti, rende solidale col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza."

"La scelta dell'eutanasia diventa più grave, quando si configura come un omicidio che gli altri praticano su una persona che non l'ha richiesta in nessun modo e che non ha mai dato ad essa alcun consenso. Si raggiunge poi il colmo dell'arbitrio e dell'ingiustizia quando alcuni, medici o legislatori, si arrogano il potere di decidere chi debba vivere e chi debba morire."

"Così la vita del più debole è messa nelle mani del più forte; nella società si perde il senso della giustizia ed è minata alla radice la fiducia reciproca, fondamento di ogni autentico rapporto tra le persone".

Seconde me, la condizione per ammettere la legalità dell'eutanasia è l'affermazione di un diritto onnipotente e irresponsabile dell'uomo a disporre della propria vita, e a chiederne la soppressione, una volta che questa sia "senza valore". Ma una volta affermato che la vita "senza valore" può essere soppressa, a chi spetterà poi il diritto di stabilire, quando la vita è tale? Perché, infatti, dovrebbero "beneficiare" del diritto all'eutanasia solo i malati, o solo gli anziani, o solo i malati gravi? Una volta accettata la pratica dell'eutanasia, i problemi legati alla sofferenza, alla qualità della vita e al diritto di vivere o morire non scompaiono, ma ci mostrano sempre nuove sfumature, aspetti sempre più delicati, spesso contraddittori ed irrisolvibili.

Scienze Sociali

Le politiche sociali legate alla sanità ed il crescente costo delle cure negli Stati Uniti fanno discutere sull'efficienza del sistema di Welfare liberale, basato sulla convinzione che l'individuo inserito nel mercato sia capace di trovare le risorse necessarie per il proprio benessere, senza alcun tipo di intervento da parte dello Stato. L'assistenza sanitaria non è, quindi, fornita gratuitamente dallo Stato, anche se sono previsti dei programmi minimi di copertura per gli anziani e per i poveri.

La spesa per la sanità negli Stati Uniti è molto alta, più del 15% del PIL: il 60% è spesa privata, per tre quarti garantita da soggetti terzi (assicurazioni e fondi di investimento) e per un quarto direttamente dai cittadini. Il restante 40%, pubblico, per due terzi grava sul bilancio federale e per un terzo su stati e contee.

Tuttavia svariati milioni di americani non sono coperti da un'assicurazione sanitaria. Anche se si tratta per lo più di giovani che si affidano alle famiglie per le spese mediche, ci sono anche molti poveri. La sanità resta un problema per il governo, dato che i costi aumentano ogni anno sempre più. Il governo federale ha creato due strutture per garantire a quanta più popolazione possibile l'accesso alle cure mediche*: Medicaid*, l'organizzazione che offre cure ai poveri e *Medicare*, l'organizzazione che offre cure agli anziani. Entrambe le strutture sono diventate nel tempo sempre più costose. Mentre la maggior parte degli americani riesce ad ottenere in qualche modo le cure sanitarie, per la classe media, che guadagna poco ma non è così povera da usufruire di Medicaid, le costose cure sanitarie possono essere un grave problema economico.

Negli Stati Uniti si usa un sistema chiamato "Health and Maintenance Organizations" (HMO), o Cure Mediche Organizzate, che è molto cresciuto negli ultimi anni. Gli individui pagano una cifra fissa annuale e poi una tassa proporzionale alla cura per ogni visita a cui si sottopongono. Il sistema è basato sull'etica professionale. È il medico di famiglia a decidere se è necessaria o no una visita specialistica.

Quando poi si è ipotizzato di creare un sistema sanitario simile a quello dell'europeo, i costi preventivati sono stati così alti che il progetto è fallito ancora prima di essere attuato. Medicare e Medicaid sono organizzazioni create dal governo per aiutare chi non è coperto da

un'assicurazione sanitaria. Si stima siano almeno 17 milioni gli americani che usufruiscono di questi programmi.

Medicaid è un programma pensato per le persone che non possono permettersi un'assicurazione medica privata. Per essere ammessi nel programma Medicaid occorre rientrare in particolari categorie di reddito, età, situazione familiare o avere elevate spese mediche. Medicaid copre alcune spese dentistiche, radiografie, trattamenti in cliniche psichiatriche, esami e controlli per persone al di sotto dei 21 anni, il trasporto di un paziente alle visite, anche in ambulanza, e poi medicine, attrezzature di vario genere (come le sedie a rotelle) e altro ancora. Medicaid non assicura però trattamenti a tutte le persone povere (eccetto le cure d'emergenza). Gruppi eterogenei di persone sono coperti da Medicaid: i requisiti per l'accesso dipendono dal reddito (incluse anche gli immobili e i conti bancari), dall'età, da eventuali invalidità (paralisi, cecità). E' considerato anche se si è immigrati con regolare permesso.

Dal momento che Medicaid è un programma amministrato dai singoli stati, e non dal governo federale, ogni stato stabilisce i criteri di reddito per accedere al servizio d'assistenza.

Medicaid è disponibile solo in base a precise fasce di reddito, stabilite da leggi statali e federali; non rimborsa le spese direttamente al paziente, bensì al fornitore della prestazione medica. Secondo le leggi statali in vigore, il paziente può in ogni caso essere costretto a pagare parte delle spese per alcuni servizi medici. Un occhio di riguardo è dedicato ai bambini, che possono avere diritto alla copertura di Medicaid, anche se i genitori non rientrano nei requisiti.

Medicare fu creato da Lyndon Johnson nel 1965 per garantire la copertura federale per le spese mediche degli anziani, dai 65 anni in su, ma non sono escluse persone sotto i 65 anni che soffrono di particolari disturbi e malattie (ad esempio chi deve essere sottoposto a dialisi per problemi renali). In genere molte persone con disturbi cronici che sono costrette a frequenti ricoveri possono usufruire di Medicare. Esso è composto da due parti: una è l'Assicurazione Ospedaliera, che copre le spese di degenza negli ospedali o negli ospizi (la copertura è vincolata alle fasce di reddito del paziente); l'altra è l'Assicurazione Medica, che copre le spese per altri trattamenti medici, come le cure a domicilio, e per alcuni farmaci; la maggior parte degli utenti di questa assicurazione paga una percentuale mensile fissa.

Nonostante i costi crescenti della sanità che forniscono l'illusione che essa migliori, il popolo americano non gode di buona salute, rispetto alle altre nazioni industrializzate. Fra tredici paesi, compreso il Giappone, la Svezia, la Francia ed il Canada, gli Stati Uniti sono al dodicesimo posto, basandoci sul conteggio di 16 indicatori di salute quali le aspettative della vita, la media del basso peso dei neonati e la mortalità infantile. Anche se molta gente attribuisce la scarsa salute alle cattive abitudini degli Americani, in realtà essi non conducono uno stile di vita tanto malsano in confronto ad altre nazioni. Per esempio, soltanto il 28 per cento della popolazione maschile degli Stati Uniti fuma, affermandosi quindi al terzo posto fra le 13 nazioni industrializzate nella categoria con meno fumatori. Gli Stati Uniti inoltre hanno realizzato un alto punteggio (quinto posto) per il minor consumo dell'alcool. Nella categoria maschile fra i 50 - 70-enni, gli Stati Uniti sono al terzo posto per quanto riguarda la concentrazione media più bassa di colesterolo fra 13 nazioni industrializzate. Di conseguenza, la percezione che la salute malferma degli americani sia un risultato delle loro cattive abitudini sanitarie è falsa.

Più significativamente, il sistema medico ha svolto un grande ruolo nell'insidiare la salute degli Americani. Secondo vari studi di ricerca negli ultimi dieci anni, un totale di 225.000 Americani all'anno sono morti come conseguenza dei trattamenti medici ricevuti:

- *12.000 morti all'anno dovute a operazioni chirurgiche inutili*

- *7000 morti all'anno dovute ad errori nelle prescrizioni di farmaci in ospedale*

- *20.000 morti all'anno dovute ad errori di vario genere in ospedale*

- *80.000 morti all'anno dovute a infezioni contratte in ospedale*

- *106.000 morti all'anno dovute gli effetti negativi di farmaci*

Quindi, le morti indotte dal Sistema Sanitario Americano sono la terza causa principale di morte negli Stati Uniti, dopo le malattie di cuore ed il cancro.

Uno dei problemi chiave del sistema sanitario degli Stati Uniti consiste nel fatto che 40 milioni di persone non hanno diritto all'assistenza sanitaria. Le differenze sociali ed economiche, che sono una parte integrante della società americana, sono replicate nella ineguaglianza del diritto di accedere al sistema di assistenza sanitaria. Essenzialmente, le famiglie di condizione socio-

economica bassa sono tagliate fuori dalla possibilità di poter ricevere un'assistenza sanitaria decente. Questo fatto rappresenta per la Bioetica, per l'etica della professione medica, ma anche per il più semplice, istintivo ed umano senso di solidarietà, un grave limite che deve essere superato.

Mentre il mondo civile e democratico degli Stati Uniti rifiuta l'assistenza medica alle classi particolarmente disagiate, dall'altra parte del pianeta si sviluppano fenomeni opposti. Nei paesi in cui regna la fame, la miseria ed il degrado possiamo trovare persone che si dedicano gratuitamente al sostegno e all'assistenza sanitaria di intere popolazioni del terzo mondo. I medici volontari vivono in condizioni inimmaginabili, con mezzi scarsi combattono malattie estremamente pericolose. Questi medici volontari fanno parte di varie organizzazioni, come *Emergency* o *Medici Senza Frontiere*, e sono prevalentemente persone giovani che sentono un estremo bisogno di conoscere il vero valore delle proprie capacità, che si rivela proprio nelle situazioni di povertà più estrema. Fare il medico non è più, quindi, un mestiere, ma è una sfida contro le difficoltà, contro la natura, contro se stessi, contro la civiltà moderna e la sua mentalità costruità sul materialismo e sul consumo. E' forse per questo che la figura del medico volontario esercita su molte persone, come me, un forte fascino e costituisce un punto di arrivo.

L'organizzazione di volontariato medico più famosa, oltre alla Croce Rossa e ad Emergency, è *Medici Senza Frontiere.* Essa è un'organizzazione internazionale privata di soccorso medico il cui mandato è quello di portare assistenza alle vittime di disastri naturali o provocati dall'uomo e alle vittime di conflitti, senza discriminazione razziale, religiosa, filosofica e politica. E' indipendente e imparziale, agisce nel rispetto dell'etica medica e si batte affinché il diritto all'assistenza umanitaria sia rispettato. Nei suoi 29 anni di storia, quando l'assistenza medica non è stata sufficiente a salvare vite umane, MSF è stata spesso la voce delle popolazioni in pericolo: i suoi volontari hanno denunciato genocidi, crimini di guerra e crimini contro l'umanità mentre continuava il loro intervento medico, nel tentativo di restituire alle persone la salute ma anche la dignità, rappresentando per questo una speranza di pace e riconciliazione. Questo impegno è stato riconosciuto anche con il Nobel per la Pace nel 1999.

Ogni anno partono in missione 2500 volontari di 45 nazionalità. Una delle priorità dell'organizzazione è garantire l'accesso a un sistema medico di base nei paesi che ne sono completamente privi. L'offerta di questi servizi minimi costituisce il 48 per cento dei circa

quattrocento progetti lanciati nel 2000. Il 19 per cento ha riguardato la cura e la prevenzione delle epidemie (colera, malattia del sonno, morbillo), il 15 per cento il trattamento di individui esclusi dal loro contesto sociale (poveri, senzatetto, bambini di strada), il 15 per cento le vittime di conflitti e il 4 per cento le vittime di disastri naturali.

Le attività mediche presenti nella quasi totalità dei progetti sono volte a ridurre l'incidenza delle principali malattie e di conseguenza le invalidità e le morti ad esse correlate. Una delle priorità è la tutela dell'età infantile, che vede ancora oggi oltre 900.000 bambini vittime del morbillo, 370.000 della pertosse e 200.000 neonati vittime del tetano. Nei paesi in via di sviluppo, 30 milioni di bambini non sono protetti da vaccinazioni e 11 milioni muoiono per malattie che si potrebbero prevenire. Le strategie attuate devono tenere conto di alcune condizioni essenziali alla riuscita del programma d'immunizzazione: per esempio, della stabilità sociale che incide sulla continuità dell'azione ed il completamento del calendario vaccinale, delle risorse locali (infrastrutture e formazione del personale) e della possibilità di assicurare la conservazione ed il trasporto dei vaccini mantenendo la temperatura idonea (catena del freddo). Il programma vaccinale allargato di MSF segue le direttive dell' OMS Organizzazione Mondiale della Sanità e prevede la somministrazione di sei differenti vaccini entro l'anno d'età, per prevenire il tetano, il morbillo, la poliomielite, la difterite, la pertosse, l'epatite B, la tubercolosi.

Le strategie d'immunizzazione possono prevedere un programma di vaccinazione allargato nei centri di salute e l'azione periodica in aree periferiche attraverso un posto avanzato o un'équipe mobile oppure campagne intensive in occasione di "giornate dedicate".

Spesso MSF lavora in situazioni particolarmente a rischio di sviluppo di epidemie, come i campi profughi, dove la vulnerabilità della popolazione è favorita da fattori quali la malnutrizione, l'affollamento, scarse risorse idriche ed igieniche, traumi fisici e stress psicologico. Le principali vittime di morbillo, diarree ed infezioni respiratorie acute (dal 50 al 95% delle morti tra i rifugiati) si concentrano nelle fasce di età dagli 1 ai 4 anni e dai 5 ai 14 anni. La durata della fase di emergenza può variare da 1 a 12 mesi ed è correlata al tempo necessario per assicurare cibo a sufficienza, un'immunizzazione contro il morbillo e altri programmi di salute pubblica, come l'approvvigionamento idrico e strutture igienico-sanitarie. L'arrivo di nuovi rifugiati generalmente si associa ad un aumento della mortalità e un prolungamento della fase di emergenza. Al fine di individuare immediatamente i primi casi e quindi mettere in atto tutte le azioni per il controllo

della diffusione delle epidemie, MSF considera il sistema di sorveglianza una parte integrale delle proprie attività e servizi.

Medici Senza Frontiere Italia, costituita legalmente nel ‘93, si occupa del reclutamento dei volontari, della raccolta di fondi e della promozione. Il primo volontario italiano è partito nell’89. Da allora circa 120 volontari italiani hanno portato il loro contributo ai progetti di MSF nel mondo. Ovviamente non è facile rinunciare alla carriera, al guadagno e alle comodità per diventare un Medico Senza Frontiere. I pericoli, come abbiamo detto, sono tanti, ma per fortuna c’è chi ha il coraggio di rischiare.