

16 Febbraio 2017

# **Nuova carta degli operatori sanitari**

## **Prefazione**

*Da sempre la Chiesa ha avvertito il servizio agli ammalati come “parte integrante della sua missione”,<sup>i</sup> associando “la predicazione della Buona Novella con l’assistenza e la cura dei malati”.<sup>ii</sup>*

*Il vasto mondo dei servizi alla sofferenza umana “concerne il bene della persona umana e della società”<sup>iii</sup> medesima.*

*Proprio per questo esso pone anche delicate ed ineludibili questioni, che investono non solamente l’aspetto sociale ed organizzativo ma anche quello squisitamente etico e religioso perché vi sono implicati eventi “umani” fondamentali quali la sofferenza, la malattia, la morte con i connessi interrogativi circa la funzione della medicina e la missione del medico nei confronti dell’ammalato.<sup>iv</sup>*

*Facendosi interprete di questa istanza, l’allora Papa Giovanni Paolo II, istituendo l’11 febbraio 1985 il Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute), intese offrire alle sfide che provengono dal mondo della salute una risposta animata dalla fede e dalla speranza, valorizzando il compito che tanti cristiani operanti nella sanità, laici, singoli o associati, consacrati e consacrate, sacerdoti e diaconi generosamente svolgono, testimoniando attraverso la prossimità al malato così come con il lavoro, lo studio e la ricerca, i valori evangelici della dignità della persona e del rispetto della vita.*

*Con felice intuizione, il primo Presidente del Dicastero, il compianto Cardinale Fiorenzo Angelini, pubblicò nel 1994 la prima edizione della Carta degli operatori sanitari che, tradotta negli anni successivi in ben diciannove lingue, ha costituito un valido strumento per la formazione iniziale ma anche permanente delle diverse figure professionali che operano nel mondo della salute.*

*In seguito alle nuove conquiste conseguite dalla ricerca nel campo biomedico e scientifico nonché ai pronunciamenti magisteriali successivi al 1994, durante i Pontificati dello stesso San Giovanni Paolo II, poi di Benedetto XVI e di Papa Francesco, il Dicastero ha ritenuto necessario intraprendere un processo di revisione e di aggiornamento di questo documento, mantenendone comunque la struttura originaria, incentrata sulla vocazione degli operatori sanitari a ministri della vita. Nel testo ora pubblicato si è dunque operata una revisione e un aggiornamento secondo i quali, anche i temi già a suo tempo affrontati vengono illustrati in un linguaggio più accessibile e attuale e contengono un aggiornamento sotto i profili scientifico e contenutistico più in generale accompagnati da una rivisitazione delle note teologiche dei documenti citati.*

*In particolare, ritengo doveroso rilevare come, oltre all’avanzamento delle scienze mediche e delle possibili ripercussioni sulla vita umana, la Nuova Carta abbia affrontato anche questioni di ordine medico legale, che sempre più si impongono e incidono nell’esercizio delle professioni sanitarie; così come nel testo si siano affrontati problemi che stanno assumendo un rilievo più marcato, soprattutto in ordine alla giustizia, al rispetto e all’accresciuta sensibilità relativamente ai principi di solidarietà e di sussidiarietà nell’accesso a farmaci e a tecnologie disponibili; e questo in ossequio alla giustizia socio-sanitaria improntata al diritto alla tutela e promozione della salute con eque politiche sanitarie.*

*Si è inoltre tenuto conto dell'ampliamento delle persone coinvolte in questo impegno, cosicché, accanto alle classiche figure professionali sanitarie (personale medico, infermieristico e ausiliario), comprendendone altre che ugualmente compongono il mondo della salute, ovvero biologi, farmacisti, operatori sanitari che operano nel territorio, amministratori, legislatori in materia sanitaria, operatori nel settore pubblico e privato, di matrice laica o confessionale.*

*Questa vocazione, così ampliata nelle figure e nei ruoli e responsabilità professionali, si qualifica per la valenza antropologica che le scienze biomediche devono promuovere anche nell'odierno orientamento culturale, nella continua ricerca volta ad offrire uno specifico servizio al bene integrale della vita e della dignità di ogni essere*

*umano, in un dialogo fecondo tra la biomedicina e i principi morali contenuti nel Magistero della Chiesa. Questo impegno è fatto proprio dalla Chiesa anche con questa Nuova Carta degli operatori sanitari, che intende essere uno strumento efficace di fronte all'affievolirsi delle evidenze etiche e al soggettivismo delle coscienze che, unitamente al pluralismo culturale, etico e religioso, portano facilmente a relativizzare i valori, e quindi al rischio di non poter più fare riferimento a un ethos condiviso, soprattutto in ordine alle grandi domande esistenziali, riferite al senso del nascere, del vivere e del morire.*

*La presente Carta non può certamente risultare esaustiva rispetto a tutti i problemi e alle questioni che si impongono nell'ambito della salute e della malattia ma è stata realizzata al fine di offrire linee guida il più possibile chiare per i problemi etici che si devono affrontare nel mondo della salute in genere in armonia con gli insegnamenti di Cristo, e con il Magistero della Chiesa.*

*Affidando, alle diverse figure professionali, laiche e religiose, che compongono l'articolato mondo della salute, questa Nuova Carta degli operatori sanitari, nel XXXI Anniversario della istituzione del Pontificio Consiglio per gli Operatori Sanitari (per la Pastorale della Salute) e alla vigilia della XXV Giornata Mondiale del Malato, auspico che tale strumento possa contribuire ad un costante e profondo rinnovamento del mondo della salute e della stessa azione pastorale della Chiesa nel segno della promozione e della difesa della dignità della persona umana. A riscrivere così, anche quotidianamente, la parabola del Buon Samaritano (cfr. Lc 10,29-37) e a rendere presente, anche nel momento della sofferenza e del dolore, la Speranza, Dono della Pasqua di Cristo.*

## **Introduzione- Ministri della vita**

In particolare, « la Chiesa, giudicando della valenza etica di taluni risultati della ricerca scientifica concernente l'uomo [...], non interviene nell'ambito proprio della scienza medica come tale, ma richiama tutti gli interessati alla responsabilità etica e sociale del loro operato. Ricorda loro che il valore etico della scienza biomedica si misura con il riferimento al *rispetto incondizionato dovuto ad ogni essere umano*, in tutti i momenti della sua esistenza ».<sup>13</sup> Si rende quindi evidente che l'intervento del Magistero rientra « nella sua missione di *promuovere la formazione delle coscienze*, insegnando autenticamente la verità che è Cristo, e nello stesso tempo dichiarando e confermando autoritativamente i principi dell'ordine morale che scaturiscono dalla stessa natura umana ».<sup>14</sup> Questo è motivato anche dal fatto che gli operatori sanitari non possono essere lasciati soli e gravati di responsabilità insostenibili, di fronte a casi clinici sempre più complessi e problematici, resi tali dalle possibilità biotecnologiche, molte delle quali in fase sperimentale, di cui dispone la medicina

odierna, e dalla rilevanza sociosanitaria di particolari questioni.<sup>15</sup>

7. Quanti sono coinvolti nelle politiche sanitarie e gli amministratori economici hanno una responsabilità non solo relativa ai propri specifici ambiti, ma anche verso la società e gli ammalati. Ad essi compete, in particolare, la difesa e la promozione del bene comune, assolvendo al dovere della giustizia,<sup>16</sup> secondo i principi di solidarietà e di sussidiarietà, nell'approntare politiche nazionali e mondiali volte all'autentico sviluppo dei popoli, soprattutto nell'allocatione delle risorse finanziarie in ambito sanitario.<sup>17</sup> In questa prospettiva, i responsabili delle politiche sanitarie, riconoscendo l'indole propria delle strutture sanitarie cattoliche, possono realizzare con esse una fruttuosa collaborazione, contribuendo in tal modo alla costruzione di « quella civiltà "dell'amore e della vita" senza la quale l'esistenza delle persone e della società smarrisce il suo significato più autenticamente umano ».<sup>18</sup>

8. Nella pratica professionale quotidiana l'operatore sanitario, animato dallo spirito cristiano, scopre la dimensione trascendente propria della sua professione. Essa, infatti, oltrepassa il piano puramente umano del servizio alla persona sofferente, e assume così il carattere di testimonianza cristiana, e perciò di missione.

Missione equivale a vocazione<sup>19</sup> cioè risposta a un appello trascendente, che prende forma nel volto sofferente dell'altro. Questa attività è prolungamento e attuazione della carità di Cristo, il quale « passò beneficiando e sanando tutti » (At 10, 38).<sup>20</sup> E nel contempo carità diretta a Cristo: è lui l'ammalato « ero malato », sicché egli ritiene rivolte a sé « l'avete fatto a me » le cure per il fratello (cfr. Mt 25, 31-40).<sup>21</sup> L'operatore sanitario è un riflesso del buon samaritano della parabola, che si ferma accanto all'uomo ferito, facendosi suo "prossimo" nella carità (cfr. Lc 10, 29-37).<sup>22</sup> In questa luce, l'operatore sanitario può essere considerato come ministro di Dio, che nella Scrittura è presentato come « amante della vita » (Sap 11, 26).

9. La Chiesa considera « il servizio ai malati come parte integrante della sua missione ».<sup>23</sup> Questo significa che il ministero terapeutico degli operatori sanitari partecipa dell'azione pastorale ed evangelizzante della Chiesa.<sup>24</sup> Il servizio alla vita diventa così ministero di salvezza, ossia annuncio che attua l'amore redentore di Cristo. « Medici, infermieri, altri operatori della salute, volontari, sono chiamati ad essere l'immagine viva di Cristo e della sua Chiesa nell'amore verso i malati e i sofferenti »,<sup>25</sup> ministri della vita.

10. La presente *Carta* vuole sostenere la *fedeltà etica dell'operatore sanitario*, nelle scelte e nei comportamenti in cui prende corpo il servizio alla vita. Questa fedeltà viene delineata seguendo le tappe dell'esistenza umana: generare, vivere, morire, quali momenti di riflessioni etico pastorali.

5. Il servizio alla vita è tale solo nella *fedeltà alla legge morale*, che ne esprime valore e vi sono, infatti, per l'operatore sanitario anche responsabilità morali, le cui indicazioni scaturiscono dalla riflessione bioetica. In questo ambito, con vigile e premurosa attenzione, si pronuncia il Magistero della Chiesa, in riferimento alle questioni sollevate dal progresso biomedico e dal mutevole *ethos* culturale.

Questo Magistero costituisce per l'operatore sanitario una fonte di principi e norme di comportamento, che ne illumina la coscienza e la orienta – specialmente nella complessità delle odierne possibilità biotecnologiche – a scelte sempre rispettose della persona umana e della sua dignità. Nella fedeltà alla norma morale, l'operatore sanitario vive la sua fedeltà all'uomo, del cui valore la norma è garante, e a Dio, della cui sapienza la norma è espressione.

Il progresso della medicina e il sorgere di sempre nuove questioni morali, pertanto, richiedono da

parte dell'operatore sanitario una seria *preparazione e formazione continua*, per mantenere la dovuta competenza professionale. A tal fine, si auspica che tutti gli operatori sanitari siano opportunamente formati e che i responsabili della formazione professionale si adoperino per l'istituzione di cattedre e corsi di bioetica. Va inoltre favorita, nei principali centri ospedalieri, la costituzione di comitati etici per la prassi medica e/o di servizi di etica clinica. In essi la competenza e la valutazione medica si confrontano e si integrano con quella delle altre presenze professionali accanto al malato, a tutela della dignità di questi e della stessa responsabilità medica.<sup>10</sup>

6. La Chiesa, nel proporre principi e valutazioni morali per la scienza biomedica, *attinge alla luce sia della ragione sia della fede*, elaborando una visione integrale della persona e della sua vocazione, capace di accogliere tutto ciò che di buono emerge dalle opere degli uomini e dalle varie tradizioni culturali e religiose, che non raramente mostrano una grande riverenza per la vita.<sup>11</sup>

Il Magistero intende portare una parola di incoraggiamento e di fiducia nei confronti di una prospettiva culturale che vede *la scienza come prezioso servizio al bene integrale della vita e della dignità di ogni essere umano*. La Chiesa, pertanto, guarda con speranza alla ricerca scientifica, augurando che siano molti i cristiani a dedicarsi al progresso della biomedicina e a testimoniare la propria fede in tale ambito.<sup>12</sup>

1. L'attività degli operatori sanitari è fondamentalmente un servizio alla vita e alla salute, beni primari della persona umana. A questo servizio dedicano l'attività professionale o volontaria quanti sono impegnati in vario modo nella prevenzione, nella terapia e nella riabilitazione: medici, farmacisti, infermieri, tecnici, cappellani ospedalieri, religiosi, religiose, personale amministrativo e responsabili delle politiche nazionali e internazionali, « La loro professione li vuole custodi e servitori della vita umana », <sup>1</sup> ovvero della persona la cui dignità inviolabile e vocazione trascendente sono radicate nella profondità del suo stesso essere.<sup>2</sup> Tale dignità, riconoscibile con la ragione da parte di tutti gli uomini, viene elevata ad un ulteriore orizzonte di vita, che è quella propria di Dio, in quanto, divenendo uno di noi, il Figlio fa sì che gli uomini possano diventare « figli di Dio » (Gv 1, 12), « partecipi della natura divina » (2 Pt 1, 4).

Alla luce di questi dati di fede, risulta ancor più accentuato e rafforzato quel rispetto nei riguardi della persona umana, che è già richiesto dalla ragione. « I diversi modi secondo cui nella storia Dio ha cura del mondo e dell'uomo, non solo non si escludono tra loro, ma al contrario si sostengono e si compenetrano a vicenda. Tutti scaturiscono e concludono all'eterno disegno sapiente e amoroso con il quale Dio predestina gli uomini "ad essere conformi all'immagine del Figlio suo" (Rm 8, 29) ».<sup>3</sup>

«A partire dall'insieme di queste due dimensioni, *l'umana e la divina*, si comprende meglio il perché del valore inviolabile dell'uomo: egli *possiede una vocazione eterna* ed è *chiamato a condividere l'amore trinitario del Dio vivente* ».<sup>4</sup>

2. L'attività degli operatori sanitari, nella complementarietà dei ruoli e delle responsabilità, ha il valore di servizio alla persona umana, poiché salvaguardare, ricuperare e migliorare la salute fisica, psicologica e spirituale significa servire la vita nella sua totalità.<sup>5</sup>

Del resto, « nel variegato panorama filosofico e scientifico attuale è possibile constatare di fatto un'ampia e qualificata presenza di scienziati e di filosofi che, nello spirito del *giuramento di Ippocrate*, vedono nella scienza medica un servizio alla fragilità dell'uomo, per la cura delle malattie, l'alleviamento della sofferenza e l'estensione delle cure necessarie in misura equa a tutta l'umanità ».<sup>6</sup>

« Si comprende perciò facilmente quale importanza rivesta, nei servizi socio-sanitari, la presenza di

operatori, i quali siano guidati da una visione integralmente umana della malattia e sappiano attuare di conseguenza un approccio compiutamente umano al malato che soffre ».<sup>7</sup>

3. La cura della salute e l'assistenza socio-sanitaria sono elementi strettamente con l'espressione "cura della salute" s'intende tutto ciò che attiene alla prevenzione, alla diagnosi, alla terapia e alla riabilitazione per il migliore equilibrio e benessere fisico, psichico, sociale e spirituale della persona. Con quella di "assistenza socio-sanitaria" s'intende tutto ciò che riguarda la politica, la legislazione, la programmazione e le strutture sanitarie.

Si sottolinea tuttavia che, benché le istituzioni assistenziali siano molto importanti, nessuna può da sola sostituire il cuore umano, la compassione umana, quando si tratta di farsi incontro alla sofferenza dell'altro.<sup>8</sup>

4. La "cura della salute" si svolge nella pratica quotidiana in una relazione interpersonale, contraddistinta dalla fiducia di una persona segnata dalla sofferenza e dalla malattia, la quale ricorre alla scienza e alla coscienza di un operatore sanitario che le va incontro per assisterla e curarla, adottando in tal modo un sincero atteggiamento di "compassione", nel senso etimologico del termine.<sup>9</sup>

Una tale relazione con l'ammalato, nel pieno rispetto della sua autonomia, esige disponibilità, attenzione, comprensione, condivisione, dialogo, insieme a perizia, competenza e coscienza professionali. Deve essere, cioè, l'espressione di un impegno profondamente umano, assunto e svolto come attività non solo tecnica, ma di dedizione e di amore al prossimo.

## Generare

### Congelamento di embrioni e ovociti

37. Nelle tecniche di procreazione *in vitro* è spesso necessario ripetere i tentativi prima di ottenere un risultato, per cui si prelevano dalla donna molti ovociti in un unico intervento, in modo da ottenere numerosi embrioni. Gli embrioni che non sono trasferiti subito vengono congelati per essere eventualmente usati in un successivo tentativo. « La crioconservazione è *incompatibile con il rispetto dovuto agli embrioni umani*: presuppone la loro produzione *in vitro*; li espone a gravi rischi di morte o di danno per la loro integrità fisica, in quanto un'alta percentuale non sopravvive alla procedura di congelamento e di scongelamento; li priva almeno temporaneamente dell'accoglienza e della gestazione materna; li pone in una situazione suscettibile di ulteriori offese e manipolazioni ».<sup>88</sup> L'ingente numero di embrioni congelati esistenti, molti dei quali sono destinati a diventare "orfani", fa sorgere la domanda su che cosa farne allo scadere del tempo di conservazione previsto. Non possono essere usati per la ricerca o essere destinati a scopi terapeutici, perché questo comporta la loro distruzione. La proposta di procedere ad una forma di adozione prenatale, « lodevole nelle intenzioni di rispetto e di difesa della vita umana, presenta tuttavia vari problemi »<sup>89</sup> di tipo medico, psicologico e giuridico non dissimili da quelli posti dalle tecniche eterologhe e dalla maternità surrogata. « Occorre constatare, in definitiva, che le migliaia di embrioni in stato di abbandono determinano *una situazione di ingiustizia di fatto irreparabile* »,<sup>90</sup> che deve essere fermata al più presto.

38. Per evitare i gravi problemi etici sollevati dalla crioconservazione degli embrioni, si sono sviluppate tecniche di congelamento degli ovociti. La crioconservazione di ovociti finalizzata alla fecondazione *in vitro* è inaccettabile, anche quando il motivo della crioconservazione fosse quello di proteggere gli ovociti da una terapia antitumorale potenzialmente lesiva per essi.



Diverso sarebbe il caso della conservazione di tessuto ovarico finalizzata all'autotrapianto ortotopico, per il ripristino della fecondità dopo terapie potenzialmente lesive degli ovociti. Tale pratica, in linea di principio, non sembra porre problemi morali.

### **Nuovi tentativi di generazione umana**

39. Le tecniche di fecondazione artificiale possono aprire la strada oggi a tentativi o progetti di fecondazione tra gameti umani e animali, di gestazione di embrioni umani in uteri animali o artificiali, di riproduzione asessuale di esseri umani mediante fissione gemellare, clonazione, partenogenesi o altre tecniche consimili. Tali procedimenti contrastano con la dignità umana dell'embrione e della procreazione, per cui sono da considerarsi moralmente riprovevoli.<sup>91</sup>

In particolare, la clonazione con finalità riproduttive deve essere ritenuta « intrinsecamente illecita in quanto, portando all'estremo la negatività etica delle tecniche di fecondazione artificiale, *intende dare origine ad un nuovo essere umano senza connessione con l'atto di reciproca donazione* tra due coniugi e, più radicalmente, *senza legame alcuno con la sessualità* ». <sup>92</sup>

« Ancora più grave dal punto di vista etico è la clonazione cosiddetta *terapeutica*. Creare embrioni con il proposito di distruggerli, anche se con l'intenzione di aiutare i malati, è del tutto incompatibile con la dignità umana, perché fa dell'esistenza di un essere umano, pur allo stadio embrionale, niente di più che uno strumento da usare e distruggere. È gravemente immorale sacrificare una vita umana per una finalità terapeutica ». <sup>93</sup>

Nel caso della cosiddetta *clonazione ibrida*, in cui si usano ovociti animali per la riprogrammazione di cellule somatiche umane, si ha una ulteriore « offesa alla dignità dell'essere umano a causa della *mescolanza di elementi genetici umani ed animali capaci di turbare l'identità specifica dell'uomo* ». <sup>94</sup>

### **Diagnosi prenatale e preimpianto**

33. La conoscenza sempre più estesa della vita intrauterina e lo sviluppo degli strumenti di accesso ad essa anticipano oggi alla vita prenatale le possibilità di diagnosi, consentendo così interventi terapeutici sempre più tempestivi ed efficaci. La diagnosi prenatale, però, può presentare problemi etici, legati al rischio diagnostico e alle finalità per cui è richiesta

34. Il rischio diagnostico concerne la vita e l'integrità fisica del concepito, e solo in parte della madre, relativamente alle diverse tecniche diagnostiche e alle percentuali di rischio che ciascuna presenta. Perciò bisogna valutare attentamente le eventuali conseguenze negative che l'uso di una determinata tecnica d'indagine può avere, ed « evitare il ricorso a procedimenti diagnostici circa la cui onesta finalità e sostanziale innocuità non si possiedono sufficienti garanzie ». <sup>80</sup> E se un coefficiente di rischio dovrà essere affrontato, il ricorso alla diagnosi deve avere delle ragionevoli indicazioni, da accertare in sede di consulenza diagnostica. <sup>81</sup>

Di conseguenza, « tale diagnosi è lecita se i metodi impiegati, con il consenso dei genitori adeguatamente informati, salvaguardano la vita e l'integrità dell'embrione e di sua madre, non facendo loro correre rischi sproporzionati ». <sup>82</sup>

35. Le *finalità* con cui la diagnosi prenatale può essere richiesta e praticata debbono essere sempre a *beneficio* del bambino e della madre, perché indirizzate a consentire gli interventi terapeutici, a dare sicurezza e tranquillità a gestanti angosciate dal dubbio di mal- formazioni fetali e tentate dal ricorso

all'aborto, a predisporre, in caso di esito infausto, all'accoglienza della vita segnata da *handicap*.

La diagnosi prenatale « è gravemente in contrasto con la legge morale quando contempla l'eventualità, in dipendenza dai risultati, di provocare un aborto. Una diagnosi attestante l'esistenza di una malformazione o di una malattia ereditaria non deve equivalere a una sen- senza di morte ».<sup>83</sup>

È parimenti illecita ogni direttiva o programma legislativo, o di società scientifiche, che favoriscano la diretta connessione tra diagnosi prenatale e aborto. Sarebbe responsabile di illecita collaborazione lo specialista che, nel decidere e nell'eseguire la diagnosi e nel comunicarne l'esito, contribuisce volutamente a stabilire o a favorire il collegamento tra diagnosi prenatale e aborto.<sup>84</sup>

36. Una particolare forma di diagnosi prenatale è *la diagnosi preimpianto*. Essa è legata alle tecniche di fecondazione artificiale extracorporea e prevede la diagnosi genetica degli embrioni formati *in vitro*, prima del loro trasferimento in utero allo scopo di disporre di embrioni privi di difetti genetici o con caratteristiche desiderate.<sup>85</sup> La diagnosi preimpianto è di fatto espressione di una mentalità eugenetica che legittima l'aborto selettivo per impedire la nascita di bambini affetti da varie malattie.

« Una simile mentalità è lesiva della dignità umana e quanto mai riprovevole, perché pretende di misurare il valore di una vita umana soltanto secondo parametri di normalità e di benessere fisico, aprendo così la strada alla legittimazione anche dell'infanticidio e dell'eutanasia ».<sup>86</sup> Tale procedura, pertanto, è « finalizzata di fatto ad una *selezione qualitativa con la con- seguente distruzione di embrioni*, la quale si configura come una pratica abortiva precoce ».<sup>87</sup>

27. Il desiderio del figlio, per quanto sincero e intenso, da parte dei coniugi, non legittima il ricorso a tecniche contrarie alla verità del generare umano e alla dignità del nuovo essere umano.<sup>70</sup> Il desiderio del figlio non è all'origine di alcun diritto al figlio. Questi è persona, con dignità di "soggetto". In quanto tale non può essere voluto come "oggetto" di diritto. Il figlio è piuttosto soggetto di diritto: c'è un diritto del figlio ad essere concepito nel pieno rispetto del suo essere persona.<sup>71</sup>

28. Oltre queste ragioni intrinseche contrarie alla dignità della persona e del suo concepimento, a rendere moralmente inammissibili le tecniche di fecondazione artificiale extracorporea concorrono circostanze e conseguenze relative alle modalità tecniche di esecuzione. Esse, infatti, comportano numerose *perdite embrionali*. Una parte di queste perdite dipende dalle tecniche stesse, per cui per avere un bambino nato si accetta di perdere circa l'80% degli embrioni effettivamente trasferiti. Altri embrioni sono eliminati direttamente perché portatori di difetti genetici.<sup>72</sup> Nel caso, infine, di gravidanza multipla, uno o più embrioni o feti possono essere soppressi direttamente per evitare rischi agli embrioni o feti risparmiati.<sup>73</sup> Ogni soppressione diretta di un essere umano fra il concepimento e la nascita ha carattere di aborto vero e proprio.

In merito alle suddette circostanze e conseguenze relative alle modalità di fecondazione artificiale extracorporea, si è in presenza, pertanto, di fattori aggravanti un procedimento tecnico già in sé stesso moralmente illecito.

29. *Le tecniche di fecondazione artificiale eterologhe* sono gravate della negatività etica di una

filiazione dissociata dal ricorso a gameti di persone estranee agli sposi contrasta con l'unità del matrimonio e la fedeltà degli sposi, e lede il diritto del figlio ad essere concepito e messo al mondo da parte dei due coniugi. La procreazione, in questo caso, « se viene accettata, è solo perché esprime il proprio desiderio, o addirittura la propria volontà, di avere il figlio “ad ogni costo”, e non, invece, perché dice totale accoglienza dell'altro e, quindi, apertura alla ricchezza della vita di cui il figlio è portatore ».<sup>74</sup>

Tali tecniche, infatti, disattendono la vocazione comune e unitaria dei coniugi alla paternità e alla maternità a « diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro », e provocano una « rottura fra parentalità genetica, parentalità gestazionale, e responsabilità educativa », <sup>75</sup> che si ripercuote dalla famiglia nella società. Ulteriore motivo di delegittimazione è la mercificazione e la selezione eugenetica dei gameti.

30. Per gli stessi motivi, aggravati dall'assenza di vincolo matrimoniale, è moralmente inaccettabile la fecondazione artificiale di nubili e <sup>76</sup> « Così si deforma e falsifica il contenuto originario della sessualità umana e i due significati, unitivo e procreativo, insiti nella natura stessa dell'atto coniugale, vengono artificialmente separati: in questo modo l'unione è tradita e la fecondità è sottomessa all'arbitrio dell'uomo e della donna ». <sup>77</sup> Per gli stessi motivi, contraria alla verità del genere e alla dignità del nascituro è l'inseminazione *post mortem*, cioè con seme, prelevato e depositato in vita, del coniuge defunto.

31. Ugualmente contraria alla dignità della donna, all'unità del matrimonio e alla dignità della procreazione della persona umana è la *maternità surrogata*. Impiantare nell'utero di una donna un embrione che le è geneticamente estraneo o anche fecondarla con l'impegno di consegnare il nascituro a un committente, significa frammentare la maternità, riducendo la gestazione a una incubazione irrispettosa della dignità e del diritto del figlio ad essere « concepito, portato in grembo, messo al mondo ed educato dai propri genitori ». <sup>78</sup>

32. Pur non potendo essere approvata la modalità con cui viene ottenuta la fecondazione, « ogni bambino che viene al mondo dovrà comunque essere accolto come un dono vivente della Bontà divina e dovrà essere educato con amore ». <sup>79</sup>

23. L'applicazione all'uomo di biotecnologie desunte dalla fecondazione di animali, ha reso possibili diversi interventi sulla procreazione umana, sollevando gravi questioni di liceità morale. « Le varie tecniche di riproduzione artificiale, che sembrerebbero porsi a servizio della vita e che sono praticate non poche volte con questa intenzione, in realtà aprono la porta a nuovi attentati contro la vita ». <sup>59</sup> Per quanto riguarda la *cura dell'infertilità*, le nuove tecniche mediche devono rispettare tre beni fondamentali: a) il diritto alla vita e all'integrità fisica di ogni essere umano dal concepimento fino alla morte naturale; b) l'unità del matrimonio, che comporta il reciproco rispetto del diritto dei coniugi a diventare padre e madre soltanto l'uno attraverso l'altro; c) i valori specificamente umani della sessualità, che « esigono che la procreazione di una persona umana debba essere perseguita come il frutto dell'atto coniugale specifico dell'amore tra gli sposi ». <sup>60</sup>

Tale atto personale è l'intima unione d'amore degli sposi, i quali donandosi totalmente a vicenda, donano la vita. È un unico e indivisibile atto, insieme unitivo e procreativo, coniugale e parentale, « espressione del dono reciproco che, secondo la parola della Scrittura, effettua l'unione “in una carne sola” ». <sup>61</sup> esso costituisce il centro sorgivo della vita.

24. L'uomo non può disattendere i significati e i valori intrinseci alla vita umana fin dal suo sorgere. La



dignità della persona umana esige che essa venga all'esistenza come frutto dell'atto coniugale. L'amore coniugale, infatti, esprime la sua fecondità nella generazione della vita attraverso l'atto che riflette e incarna le dimensioni unitive e procreative dell'amore degli sposi.

Ogni mezzo e intervento medico, nell'ambito della procreazione, deve avere una funzione di assistenza e mai di sostituzione dell'atto coniugale. Infatti « il medico è al servizio delle persone e della procreazione umana: non ha facoltà di disporre né di decidere di esse. L'intervento medico è rispettoso della dignità delle persone quando mira ad aiutare l'atto coniugale sia per facilitarne il compimento sia per consentirgli di raggiungere il suo fine, una volta che sia stato normalmente compiuto. Al contrario, talvolta accade che l'intervento medico tecnicamente si sostituisca all'atto coniugale per ottenere una procreazione che non è né il suo risultato né il suo frutto: in questo caso l'atto medico non risulta, come dovrebbe, al servizio dell'unione coniugale, ma si appropria della funzione procreatrice e così contraddice alla dignità e ai diritti inalienabili degli sposi e del nascituro ».<sup>62</sup>

25. Sono certamente leciti gli interventi che mirano a rimuovere gli ostacoli che si oppongono alla fertilità naturale<sup>63</sup> o destinati unicamente sia a facilitare l'atto naturale, sia a procurare il raggiungimento del proprio fine all'atto naturale normalmente. Può essere questo il caso dell'inseminazione artificiale omologa, all'interno del matrimonio con seme del coniuge, quando questo è ottenuto attraverso il normale atto coniugale e si rispetta la continuità temporale fra atto coniugale e concepimento.<sup>64</sup>

26. Sono illecite le tecniche omologhe di fecondazione *in vitro* e trasferimento dell'embrione (FIVET), nelle quali il concepimento non avviene nella madre, ma al di fuori di essa, *in vitro*, ad opera di tecnici, che ne determinano le condizioni e ne decidono l'attuazione.<sup>65</sup>

« In se stessa » la tecnica extracorporea « attua la dissociazione dei gesti che sono destinati alla fecondazione umana dell'atto coniugale », atto « inscindibilmente corporale e spirituale ».<sup>66</sup> La fecondazione, infatti, non è « di fatto ottenuta né positivamente voluta come l'espressione e il frutto di un atto specifico dell'unione coniugale »,<sup>67</sup> ma come il "risultato" di un intervento tecnico. Essa risponde non alla logica della "donazione", che connota il generare umano, ma della "produzione" e del "dominio", propria degli oggetti e degli effetti. Qui il figlio non nasce come "dono" d'amore, ma come "prodotto" di laboratorio.<sup>68</sup>

In questi casi, infatti, l'uomo « non considera più la vita come uno splendido dono di Dio, una "realtà" sacra affidata alla sua responsabilità e quindi alla sua amorevole custodia, alla sua "venerazione". Essa diventa semplicemente "una cosa", che egli rivendica come sua esclusiva proprietà, totalmente dominabile e manipolabile ».<sup>69</sup>

19. Per giustificare tale pratica, « si afferma frequentemente che la *contraccezione*, resa sicura e accessibile a tutti, è il rimedio più efficace contro l'aborto. L'obiezione, a ben guardare, si rivela speciosa. Di fatto la cultura abortista è particolarmente sviluppata proprio in ambienti che rifiutano l'insegnamento della Chiesa sulla contraccezione ».<sup>49</sup> Senza dubbio contraccezione ed aborto, dal punto di vista morale, sono mali specificamente diversi, ma sono in intima relazione « come frutti di una medesima pianta ».<sup>50</sup> La contraccezione utilizza tutti i mezzi a propria disposizione contro il sorgere di una nuova se, malgrado la contraccezione, la nuova vita sorge, essa viene molte volte rifiutata e abortita. La contraccezione, lungi dal far regredire l'aborto, trova in quest'ultimo il suo logico prolungamento.

20. Nell'ambito della contraccezione, particolare rilievo assume la sterilizzazione contraccettiva o

antiprocreativa,<sup>51</sup> la quale può essere volontaria o coattiva<sup>52</sup>.

In particolare, la sterilizzazione volontaria, sia permanente che temporanea, volta a conseguire direttamente l'infertilità, sia maschile sia femminile, è sempre moralmente illecita e da escludere,<sup>53</sup> in quanto contraddice l'inviolabilità della persona e della sua integrità fisica precludendone l'apertura alla vita.<sup>54</sup>

Diverso è il caso della sterilizzazione connessa con un atto terapeutico, che non solleva problemi morali. Essa è legittima in base al principio di totalità, per il quale è lecito privare di un organo o della sua funzionalità una persona, quando esso è malato o è causa di processi patologici non altrimenti curabili. Occorre altresì che ci sia un prevedibile e ragionevole beneficio per il paziente e che egli stesso o gli aventi diritto abbiano dato il consenso.

21. La sterilizzazione coattiva è quella imposta da un'autorità a determinate persone o gruppi di persone per ragioni eugeniche come nel caso di prevenzione di malattie ereditarie, per la protezione della società come nel caso di stupratori recidivi per la protezione di persone fragili o vulnerabili o per altre ragioni. Tale sterilizzazione, senza alcun carattere terapeutico, lede la dignità, l'integrità fisica della persona e il suo diritto a procreare nel matrimonio. Come tale è moralmente illecita.<sup>55</sup>

22. Gli operatori sanitari adeguatamente formati possono contribuire, secondo le opportunità loro proprie, a favorire una concezione umana e cristiana della sessualità, informando ed educando i giovani sui metodi naturali nel contesto più ampio di una sana educazione alla sessualità e all'amore, e rendendo accessibili ai coniugi le conoscenze necessarie per un comportamento responsabile e rispettoso della peculiare dignità della sessualità umana.<sup>56</sup>

Un grande aiuto per un corretto apprendimento dei metodi naturali può venire dalla istituzione di appositi Centri per la regolazione naturale della fertilità. Tali Centri « vanno promossi come un valido aiuto per la paternità e maternità responsabili, nella quale ogni persona, a cominciare dal figlio, è riconosciuta e rispettata per se stessa ed ogni scelta è animata e guidata dal criterio del dono sincero di sé ».<sup>57</sup> Per queste ragioni, la Chiesa fa appello agli operatori sanitari perché, adeguatamente formati in questo specifico campo, si sentano responsabili nell'« aiutare effettivamente i coniugi a vivere il loro amore nel rispetto della struttura e delle finalità dell'atto coniugale che lo esprime ».<sup>58</sup>

16. Quando esistono giustificati motivi di responsabilità per distanziare le nascite, e si chiede perciò di evitare il concepimento,<sup>38</sup> è lecito per la coppia astenersi dai rapporti sessuali nei periodi fecondi, individuati attraverso i cosiddetti *“metodi naturali di regolazione della fertilità”*. È invece illecito il ricorso alla contraccezione, cioè « ogni azione che, o in previsione dell'atto coniugale, o nel suo compimento, o nello sviluppo delle sue conseguenze naturali, si proponga, come scopo o come mezzo, di impedire la procreazione ».<sup>39</sup>

Quando i coniugi, « mediante il ricorso a periodi infecondi, rispettano la connessione inscindibile dei significati unitivo e procreativo della sessualità umana, si comportano come “ministri” del disegno di Dio ed “usufruiscono” della sessualità secondo l'originario dinamismo della donazione “totale”, senza manipolazioni ed alterazioni ».<sup>40</sup> Un tale modo di vivere la sessualità umana, mediante la conoscenza dei ritmi fisiologici di fertilità e infertilità della donna, può contribuire ad attuare un'autentica procreazione responsabile. Il periodico ripresentarsi della fase fertile nel ciclo della donna sollecita i coniugi ad interrogarsi, di volta in volta, sulle motivazioni che li inducono ad aprirsi alla generazione di un figlio, o a rinviare questa eventualità.<sup>41</sup>

I mezzi contraccettivi, invece, contraddicono « la natura dell'uomo come quella della donna e del loro

più intimo rapporto ».<sup>42</sup> In questi casi, l'unione sessuale è intenzionalmente scissa dalla procreazione: l'atto è contraffatto nella sua naturale apertura alla vita. « Così si deforma e falsifica il contenuto originario della sessualità umana e i due significati, unitivo e procreativo, insiti nella natura stessa dell'atto coniugale, vengono artificialmente separati: in questo modo l'unione è tradita e la fecondità è sottomessa all'arbitrio dell'uomo e della donna ».<sup>43</sup> Così facendo, i coniugi « si comportano come "arbitri" del disegno divino e "manipolano" e avviliscono la sessualità umana, e con essa la persona propria e del coniuge, alterandone il valore di donazione "totale" ».<sup>44</sup>

17. La differenza tra il ricorso ai metodi naturali e il ricorso alla contraccezione per distanziare le nascite non si situa a livello semplicemente di tecniche o di metodi in cui l'elemento decisivo sarebbe costituito dal carattere artificiale o naturale del procedimento.<sup>45</sup> Si tratta, invece, di una differenza assai più vasta e profonda, di natura « *antropologica e al tempo stesso morale* », <sup>46</sup> che coinvolge in ultima analisi « due concezioni della persona e della sessualità umana tra loro irriducibili ».<sup>47</sup>

18. I metodi naturali rispondono, quindi, al significato attribuito all'amore coniugale, che indirizza e determina il vissuto della coppia: « La scelta dei ritmi naturali comporta l'accettazione del tempo della persona, cioè della donna, e con ciò l'accettazione anche del dialogo, del rispetto reciproco, della comune responsabilità, del dominio di sé. Accogliere poi il tempo e il dialogo significa riconoscere il carattere insieme spirituale e corporeo della comunione coniugale, come pure vivere l'amore personale nella sua esigenza di fedeltà. In questo contesto la coppia fa l'esperienza che la comunione coniugale viene arricchita di quei valori di tenerezza e di affettività, i quali costituiscono l'anima profonda della sessualità umana, anche nella sua dimensione fisica. In tal modo la sessualità viene rispettata e promossa nella sua dimensione veramente e pienamente umana, non mai invece "usata" come un "oggetto" che, dissolvendo l'unità personale di anima e corpo, colpisce la stessa creazione di Dio nell'intreccio più intimo tra natura e persona ».<sup>48</sup>

## **Regolazione della fertilità**

14. « Un amore coniugale vero e ben compreso e tutta la struttura familiare che ne nasce tendono, senza trascurare gli altri fini del matrimonio, a rendere i coniugi disponibili a cooperare coraggiosamente con l'amore del Creatore e del Salvatore che attraverso di loro continuamente dilata e arricchisce la sua famiglia ».<sup>30</sup>

« Quando dall'unione coniugale dei due nasce un nuovo uomo, questi porta con sé al mondo una particolare immagine e somiglianza di Dio stesso: *nella biologia della generazione è inscritta la genealogia della persona...* Nel concepimento e nella generazione di un nuovo essere umano non ci riferiamo solo alle leggi della biologia, ma alla continuazione della creazione ».<sup>31</sup>

« La paternità e maternità responsabile si esercita, sia con la deliberazione ponderata e generosa di far crescere una famiglia numerosa, sia con la decisione presa per gravi motivi e nel rispetto della legge morale di evitare temporaneamente od anche a tempo indeterminato », <sup>32</sup> un nuovo concepimento. Da qui sorge l'esigenza di una regolazione della fertilità, che sia espressione di un'apertura consapevole e responsabile alla trasmissione della vita.

15. Nella valutazione dei comportamenti in ordine a questa regolazione, il giudizio morale « non dipende solo dalla sincera intenzione e dalla valutazione dei motivi, ma va determinato da criteri oggettivi, che hanno il loro fondamento nella dignità stessa della persona umana e dei suoi atti ».<sup>33</sup> Si tratta della dignità dell'uomo e della donna e del loro più intimo Il rispetto di questa dignità qualifica la verità dell'amore coniugale. Relativamente all'atto coniugale, esso esprime la « connessione

inscindibile tra i due significati dell'atto: il significato unitivo e il significato procreativo ».<sup>34</sup> Gli atti, infatti, con cui i coniugi realizzano pienamente e intensificano la loro unione sono gli stessi che generano la vita e viceversa.<sup>35</sup> L'amore che assume il « linguaggio del corpo » a sua espressione è nel contempo unitivo e procreativo: « comporta chiaramente "significati sponsali" e parentali insieme ».<sup>36</sup> Questa connessione è intrinseca all'atto coniugale: « l'uomo non la può rompere di sua iniziativa », senza smentire la dignità propria della persona e « l'interiore verità dell'amore coniugale ».<sup>37</sup>

11. « Nella narrazione biblica la distinzione dell'uomo dalle altre creature è evidenziata soprattutto dal fatto che solo la sua creazione è presentata come frutto di una speciale decisione da parte di Dio, di una deliberazione che consiste nello *stabilire un legame particolare e specifico con il Creatore*: "Facciamo l'uomo a nostra immagine, a nostra somiglianza" (Gn 1, 26). La vita che Dio offre all'uomo è un dono con cui Dio partecipa qualcosa di sé alla sua creatura ».<sup>26</sup> La generazione umana non può, pertanto, essere paragonata a quella di nessun altro essere vivente, perché è generazione di una persona. La vita umana è frutto di un dono, e viene trasmessa attraverso il gesto che esprime e incarna l'amore e la donazione reciproca dell'uomo e della donna.

È la stessa natura del generare a rivelare che esso deve essere compreso e attuato secondo la logica del dono. Il legame inscindibile fra l'amore coniugale e la generazione umana, impresso nella natura della persona, costituisce una legge a cui tutti devono richiamarsi e ispirarsi.<sup>27</sup>

12. È Dio stesso che « volendo comunicare all'uomo una certa speciale partecipazione nella sua opera creatrice, benedisse l'uomo e la donna, dicendo loro: "crescete e moltiplicatevi" (Gn 2, 18) ». La generazione di un nuovo essere umano è, quindi, « un evento profondamente umano e altamente religioso, in quanto coinvolge i coniugi che formano "una sola carne" (Gn 2, 24), come collaboratori di Dio Creatore ».<sup>28</sup> I genitori realizzano « lungo la storia l'azione originaria del Creatore, trasmettendo nella generazione l'immagine divina da uomo a uomo ».<sup>29</sup>

13. Gli operatori sanitari assolvono il loro servizio in questo ambito così delicato, aiutando i genitori a procreare con responsabilità, impegnandosi nella prevenzione e nella cura delle patologie che interferiscono con la fecondità, tutelando le coppie sterili da un tecnicismo invasivo e non degno del procreare umano.

## Vivere

### Comitati etici e consulenza di etica clinica

140. Nell'ambito della organizzazione delle strutture sanitarie risulta auspicabile l'istituzione di servizi, che permettano di fronteggiare le sfide alla bioetica, poste dalla continua espansione delle possibilità della medicina, sempre più sofisticate e complesse, dove l'esperienza e la sensibilità del singolo operatore sanitario possono non bastare per risolvere i problemi etici incontrati nell'esercizio della professione. Tale ruolo dovrebbe essere svolto da *Comitati etici* e da servizi di *consulenza di etica clinica*, che dovrebbero sempre più spesso trovare spazio nelle strutture sanitarie.

In particolare, i Comitati etici non dovrebbero limitarsi ad essere organi di puro controllo amministrativo nel campo delle sperimentazioni cliniche, bensì valorizzati anche nell'ambito della prassi biomedica, offrendo la possibilità di razionalizzare il processo decisionale clinico e una valutazione appropriata dei valori etici in gioco e/o in conflitto nella prassi quotidiana.

Anche la consulenza di etica clinica può aiutare ad individuare conflittualità e dubbi etici, che singoli operatori sanitari, pazienti e familiari possono sperimentare nella pratica clinica, facilitandone così la risoluzione con scelte diagnostico-terapeutiche condivise al letto del malato, nella cornice valoriale propria della medicina e dell'etica. Analogamente, la consulenza etica può facilitare i processi decisionali ai diversi livelli di politica, programmazione e organizzazione sanitaria.

### **Diritto alla tutela della salute e politiche sanitarie**

141. Il diritto fondamentale alla tutela della salute attiene al *valore della giustizia*, secondo il quale non ci sono distinzioni di popoli e nazioni, tenuto conto delle oggettive situazioni di vita e di sviluppo dei medesimi, nel perseguimento del *bene comune*, che è contemporaneamente bene di tutti e di ciascuno, di cui deve farsi carico, anche e soprattutto, la comunità civile, ivi incluse le scelte in ambito di politiche sanitarie; ciò vale, in particolare per i Paesi e le popolazioni che sono in una fase iniziale o poco avanzata del loro sviluppo economico.

142. A livello nazionale, pertanto, devono essere assicurati una giusta ed *equa distribuzione di strutture sanitarie* corrispondenti alle oggettive esigenze dei Uguale, a livello internazionale e mondiale, i competenti Organismi sono chiamati a perseguire il bene comune con una giusta ed equa distribuzione delle risorse finanziarie, secondo il principio di *solidarietà* e di *sussidiarietà*.

La sussidiarietà, infatti, espressione dell'inalienabile libertà umana, « rispetta la dignità della persona, nella quale vede un soggetto sempre capace di dare qualcosa agli altri. Riconoscendo nella reciprocità l'intima costituzione dell'essere umano, la sussidiarietà è l'antidoto più efficace contro ogni forma di assistenzialismo paternalista ».<sup>266</sup>

Tuttavia, « il principio di sussidiarietà va mantenuto strettamente connesso con il principio di solidarietà e viceversa, perché se la sussidiarietà senza la solidarietà scade nel particolarismo sociale, è altrettanto vero che la solidarietà senza la sussidiarietà scade nell'assistenzialismo che umilia il portatore di bisogno ».<sup>267</sup>

143. I due principi di sussidiarietà e di solidarietà devono, in particolare, essere assunti e posti in atto, sia dai responsabili delle politiche sanitarie nell'ambito di una equa *allocazione delle risorse finanziarie*, sia anche dai responsabili delle Industrie farmaceutiche, soprattutto in ordine ad alcune patologie, che hanno un'incidenza quantitativamente limitata, almeno nei Paesi meno avanzati.<sup>268</sup> Si tratta, cioè, delle cosiddette "malattie neglette" e delle "malattie rare", per le quali sia la ricerca che la possibilità di un trattamento dipendono dalla solidarietà delle persone.

Anche di queste, secondo i due suddetti principi, la *comunità internazionale* e le *politiche sanitarie mondiali* devono farsi carico, in quanto esse costituiscono una improrogabile sfida, perché anche popolazioni tra le più vulnerabili possano soddisfare il bene primario e fondamentale che è la salute e la tutela della medesima.

### **Cura pastorale e sacramento dell'Unzione degli infermi**

135. La *cura pastorale* degli infermi consiste nell'assistenza spirituale e religiosa. Essa è un diritto fondamentale del malato e un dovere della Chiesa (cfr. *Mt* 10, 8; *Lc* 9, 2; 19, 9). Il non assicurarla, renderla discrezionale, non favorirla od ostacolarla è violazione di questo diritto.

Essa è compito essenziale e specifico, ma non esclusivo, dell'operatore di pastorale sanitaria. Per la necessaria interazione tra dimensione fisica, psichica e spirituale della persona e per dovere di testimonianza della propria fede, ogni operatore sanitario è tenuto a creare le condizioni affinché, a chi la chiede, sia espressamente sia implicitamente, venga assicurata l'assistenza religiosa.<sup>254</sup>

« In Gesù “Verbo della vita”, viene quindi annunciata e comunicata la vita divina ed eterna. Grazie a tale annuncio e a tale dono, la vita fisica e spirituale dell’uomo, anche nella sua fase terrena, acquista pienezza di valore e di significato: la vita divina ed eterna, infatti, è il fine a cui l’uomo che vive in questo mondo è orientato e chiamato ».<sup>255</sup>

136. L’assistenza religiosa comporta, all’interno delle strutture sanitarie, la destinazione di spazi appropriati e decorosi, e di strumenti idonei a svolgerla.

L’operatore sanitario deve mostrare piena disponibilità a favorire e ad accogliere la domanda di assistenza religiosa da parte del malato. Ove tale assistenza, per cause generali o occasionali, non possa essere svolta dall’operatore pastorale, dovrà, nei limiti possibili e consentiti, essere prestata direttamente dall’operatore sanitario, nel rispetto della libertà e della fede religiosa del paziente e nella consapevolezza che, assolvendo a tale compito, egli non deroga ai doveri dell’assistenza sanitaria propriamente detta.

137. L’assistenza religiosa ai malati s’iscrive nel quadro più ampio della *pastorale della salute*, ossia della presenza e dell’azione della Chiesa intesa a portare la Parola e la grazia del Signore a coloro che soffrono e ai familiari, agli operatori professionali e volontari che se ne prendono cura.

Nel ministero di quanti sacerdoti, diaconi, religiosi e laici adeguatamente formati individualmente o comunitariamente si adoperano per la cura pastorale degli infermi, rivive la misericordia di Dio, che in Cristo si è chinato sulla sofferenza umana e si compie in modo singolare e privilegiato il compito di evangelizzazione, di santificazione e di carità affidato dal Signore alla Chiesa.<sup>256</sup>

Questo significa che la cura pastorale degli infermi ha nella catechesi, nella liturgia e nella carità i suoi momenti qualificanti. Si tratta rispettivamente di dare *senso evangelico alla malattia*, aiutando a scoprire il significato redentore della sofferenza vissuta in comunione con Cristo; di *celebrare* i sacramenti come i segni efficaci della grazia ricreatrice e vivificante di Dio; di *testimoniare* con la “*diakonia*” (il servizio) e la “*koinonia*” (la comunione) la forza terapeutica della carità.

138. Nella cura pastorale dei malati l’amore di Dio, pieno di verità e di grazia, si fa prossimo con un sacramento proprio e particolare: l’*Unzione degli infermi*.<sup>257</sup> Amministrato ad ogni cristiano che versa in precarie condizioni di vita, questo sacramento è rimedio per il corpo e per lo spirito: sollievo e vigore per il malato nella integralità del suo essere corporeo-spirituale; luce che illumina il mistero della sofferenza e della morte, e speranza che apre al futuro di Dio il presente dell’uomo. « Tutto l’uomo ne riceve aiuto per la sua salvezza, si sente rinfrancato dalla fiducia in Dio e ottiene forze nuove contro le tentazioni del maligno e l’ansietà della morte ».<sup>258</sup>

Come ogni sacramento, anche l’Unzione degli infermi va preceduta da un’opportuna catechesi, così da rendere il destinatario soggetto consapevole e responsabile della grazia del sacramento.<sup>259</sup>

139. *Ministro proprio dell’Unzione degli infermi è il sacerdote (vescovi e presbiteri)*,<sup>260</sup> il quale provvede a conferirla a quei fedeli il cui stato di salute risulta seriamente compromesso per vecchiaia, o grave malattia o in previsione di un serio intervento chirurgico.<sup>261</sup> La celebrazione di Unzioni comunitarie può servire a superare pregiudizi negativi ed aiutare a valorizzare sia il significato di questo sacramento che il senso di solidarietà ecclesiale. L’Unzione è ripetibile se il malato, guarito dalla malattia per la quale l’ha ricevuta, cade in un’altra, o se nel corso della stessa malattia subisce un aggravamento.<sup>262</sup> L’Unzione può essere conferita « per l’indebolimento accentuato delle loro forze, anche se non risulta no affetti da alcuna grave malattia ».<sup>263</sup> Ove se ne presentino le condizioni, può essere conferita anche ai *bambini* « purché abbiano raggiunto un uso di ragione sufficiente ».<sup>264</sup> Nel caso di ammalati *in stato di incoscienza o senza l’uso della ragione o nel dubbio che non sia ancora sopraggiunta la morte*, la si conferisca « se c’è motivo di ritenere che nel possesso delle loro facoltà



essi stessi, come credenti, avrebbero chiesto l'Unzione ».<sup>265</sup>

## **Dipendenze**

121. La dipendenza, sotto il profilo medico-sanitario, è una condizione di assuefazione a una sostanza o a un prodotto – come farmaci, alcool, stupefacenti, tabacco di cui l'individuo avverte un incoercibile bisogno, e la cui privazione può causare turbe psicofisiche.

Il fenomeno delle dipendenze costituisce nelle nostre società una preoccupante e, per certi aspetti, drammatica realtà. Esso è da mettere in relazione, per un verso, con la *crisi di valori e di senso* di cui soffre la società e la cultura odierna,<sup>241</sup> per altro verso, con lo *stress* e le frustrazioni ingenerate dall'efficientismo, dall'attivismo e dalla elevata competitività e anonimia delle interazioni sociali.

I mali causati dalle dipendenze e la loro cura non sono di pertinenza esclusiva della medicina. A questa comunque compete un approccio preventivo e terapeutico proprio.

## **Tossicodipendenza**

122. La *tossicodipendenza* può essere espressione dello smarrimento del senso e del valore della vita, al punto da metterla a repentaglio: molti casi di morte per *overdose* costituiscono veri e propri suicidi.

123. Sotto il profilo morale, « drogarsi è sempre illecito, perché comporta una rinuncia ingiustificata ed irrazionale a pensare, volere a agire come persone libere ».<sup>242</sup> Il giudizio di illiceità dell'utilizzo delle droghe non è un giudizio di condanna della persona che vive la propria condizione come una *pesante schiavitù*.<sup>243</sup> La via del recupero non può essere né quella della colpevolizzazione morale né quella della repressione legale, ma deve far leva piuttosto sulla riacquisizione dei valori che, senza nascondere le eventuali colpe del drogato, ne favorisca la liberazione in ordine alla reintegrazione familiare e sociale. Ciò significa che la disintossicazione è più che un trattamento medico: è un intervento integralmente umano.<sup>244</sup>

La droga è contro la vita. « Non si può parlare della "libertà di drogarsi" né del "diritto alla droga", perché l'essere umano non ha il diritto di danneggiare se stesso e non può né deve mai abdicare alla dignità personale che gli viene da Dio »,<sup>245</sup> e meno ancora ha il diritto di far pagare ad altri la sua scelta.

## **Alcoolismo**

124. Anche l'alcool può avere effetti dannosi per la salute. Infatti, la sua assunzione eccessiva tende a produrre l'alcoolismo, espressione della dipendenza indotta dal suo uso continuo e a dosi sempre più elevate. L'abuso e la dipendenza da alcool disattendono il dovere morale di custodire e preservare la salute, e con essa la vita. Entrambi, infatti, producono *effetti altamente nocivi* per la salute fisica, psichica e spirituale della persona. Inoltre, l'alcoolismo può assumere anche una connotazione sociale in quanto frequentemente è causa di incidenti stradali e sul lavoro, violenza familiare e può avere conseguenze sulla discendenza. In talune nazioni e regioni l'alcoolismo è ampiamente diffuso, costituendo una vera piaga sociale. Preoccupa in particolar modo l'espansione del consumo di alcool tra le donne, i giovani, e in età sempre più precoce, con effetti destabilizzanti sulla loro crescita.<sup>246</sup>

Questa *piaga sociale* deve indurre i responsabili delle attività e delle politiche sanitarie e gli stessi operatori sanitari a favorire strutture di disintossicazione e di cura e strategie di prevenzione, con attenzione privilegiata ai più. L'alcolista è un malato bisognoso di cure mediche ed insieme dell'aiuto sul piano della solidarietà e della psicoterapia. Nei suoi confronti vanno messe in atto azioni di

recupero integralmente umane.

## **Tabagismo**

125. Le ricerche mediche hanno ormai accertato gli esiti nocivi del fumo di tabacco per la salute. Esso nuoce alla salute di chi fuma (*fumo attivo*), ma anche di chi respira fumo altrui (*fumo passivo*). Il tabacco è oggi tra le prime cause di morte nel mondo. Perciò stesso, l'uso del tabacco pone ineludibili interrogativi morali.

La diffusione del fumo è in crescita espansiva tra i giovani e i ragazzi, come pure nel mondo femminile. In particolare gli adolescenti sono maggiormente esposti alla dipendenza e agli effetti fisicamente e psicologicamente nocivi del tabacco. Questo dato non può lasciare indifferenti i responsabili delle politiche sanitarie e gli stessi operatori sanitari. Ad essi ciascuno nel proprio campo di azione compete un'opera di prevenzione e di dissuasione, attraverso un'*azione educativa* idonea e mirata.

## **Psicofarmaci**

126. Gli psicofarmaci costituiscono una categoria speciale di farmaci, volti a lenire in determinati casi sofferenze fisiche e/o psichiche. Il ricorso su indicazione medica a tali sostanze psicotrope deve attenersi a criteri di grande prudenza, per evitare pericolose forme di assuefazione e di dipendenza. « Compito delle autorità sanitarie, dei medici, dei responsabili dei centri di ricerca, è quello di adoperarsi per ridurre al minimo questi rischi mediante adeguate misure di prevenzione e di informazione ».<sup>247</sup>

127. Somministrati con *finalità terapeutica* e nel dovuto rispetto della persona, gli psicofarmaci sono eticamente validi per essi le condizioni generali di liceità dell'intervento curativo.

In particolare, laddove possibile va richiesto il consenso informato, tenuto conto delle capacità decisionali del malato. Come pure va rispettato il principio di proporzionalità terapeutica nella loro scelta e somministrazione, sulla base di un'accurata eziologia dei sintomi o dei motivi che inducono il ricorso a tali farmaci.<sup>248</sup>

128. È moralmente illecito l'*uso non terapeutico* e l'*abuso di psicofarmaci* finalizzato al potenziamento di particolari prestazioni o a procurare una serenità artificiale ed euforizzante. In tale modo, viene alterata l'esperienza umana, falsificando i risultati nei quali il soggetto realizza se stesso, mettendo a repentaglio la sua identità personale e la sua autenticità, favorendo una cultura per questo uso inappropriato e abuso, gli psicofarmaci sono equiparabili all'assunzione di droghe, sicché valgono per essi i giudizi etici già formulati in merito alle tossicodipendenze.

Particolare attenzione deve essere riservata al facile ricorso a psicofarmaci in età pediatrica.

## **Psicologia e psicoterapia**

129. È dimostrato che in ogni patologia la componente psicologica ha un ruolo più o meno rilevante, sia come concausa sia come risvolto sul vissuto personale. Di ciò si occupa la *medicina psicosomatica*, che sostiene anche il valore terapeutico della relazione personale tra l'operatore sanitario e il paziente.<sup>249</sup>

L'operatore sanitario deve curare i rapporti con il paziente in modo tale che la professionalità e la competenza siano rese più efficaci dalla capacità di comprendere il malato. Tale approccio, sostenuto da una visione integralmente umana della malattia e avvalorato dalla fede,<sup>250</sup> s'iscrive in questa efficacia terapeutica.

130. Disagi e malattie d'ordine psichico possono essere affrontati e curati con la *psicoterapia*. Si

deve tener conto che ogni forma di psicoterapia ha una propria visione antropologica, formula ipotesi sull'origine dei disturbi di ordine psichico, propone al paziente tanto il proprio modello teorico quanto una terapia che normalmente richiede cambiamenti del comportamento e, in certi casi, del sistema dei valori. La psicoterapia può, quindi, toccare la personalità del paziente e provocarne un cambiamento.

La condizione di dipendenza del paziente dal terapeuta e la speranza di miglioramento o di guarigione lo espongono al rischio di accettare principi in contrasto con il suo sistema di valori. È necessario, quindi, che la terapia sia compatibile con l'*antropologia cristiana* ed, eventualmente, esser integrata da una assistenza di tipo religioso, dato che disturbi psichici possono avere un'origine anche spirituale: « Le nuove forme di schiavitù della droga e la disperazione in cui cadono tante persone trovano una spiegazione non solo sociologica e psicologica, ma essenzialmente spirituale. Il vuoto in cui l'anima si sente abbandonata, pur in presenza di tante terapie per il corpo e per la psiche, produce sofferenza. *Non ci sono sviluppo plenario e bene comune universale senza il bene spirituale e morale delle persone, considerate nella loro interezza di anima e corpo* ». <sup>251</sup>

131. Come intervento curativo la psicoterapia è moralmente da accettare, <sup>252</sup> nel rispetto della persona del paziente e delle sue convinzioni spirituali e religiose.

Tale rispetto obbliga lo psicoterapeuta a *operare nei limiti del consenso informato richiesto e dato dal paziente*. « Come è illecito appropriarsi dei beni di un altro o attentare alla sua integrità corporale senza il suo consenso, così non è permesso entrare contro la sua volontà nel suo mondo interiore, quali che siano le tecniche e i metodi impiegati ». <sup>253</sup> Lo stesso rispetto obbliga a non influenzare e forzare la volontà del paziente.

132. Sotto il profilo morale le psicoterapie sono in linea generale accettabili purché gestite da *psicoterapeuti guidati da un alto senso etico e professionale*. Tuttavia, sulla base del principio della inviolabile dignità della persona, si sottolinea che alcune modalità terapeutiche, ad esempio, un uso non corretto dell'ipnosi, potrebbero non essere moralmente accettabili se non addirittura pericolose per l'integrità del soggetto e della sua famiglia.

## **Prelievo di organi in età pediatrica**

117. Particolari attenzioni devono essere riservate al *prelievo di organi in età pediatrica* per la necessità di applicare al bambino parametri specifici di accertamento della morte, e per la delicata situazione psicologica dei genitori, chiamati a dare un consenso al prelievo. Il bisogno di organi in età pediatrica non può giustificare in alcun modo l'omissione della corretta verifica dei segni clinici per l'accertamento della morte in età pediatrica.

## **Xenotrapianti**

118. Si discute sulla possibilità, ancora del tutto sperimentale, di risolvere il problema del reperimento di organi da trapiantare nell'uomo, ricorrendo a xenotrapianti, cioè al *trapianto di organi e tessuti provenienti da animali*. « Lo xenotrapianto è lecito ad una duplice condizione: che l'organo trapiantato non incida sull'identità e integrità della persona che lo riceve; che esista la provata possibilità biologica di effettuare con successo un tale trapianto, senza esporre ad eccessivi rischi il ricevente ». <sup>238</sup> Inoltre è necessario rispettare gli animali coinvolti in queste procedure osservando alcuni criteri, quali: evitare loro sofferenze non necessarie, rispettare i criteri di vera necessità e ragionevolezza ed evitare modificazioni genetiche non controllabili che possono alterare in modo significativo la biodiversità e l'equilibrio della specie nel mondo animale. <sup>239</sup>

## **Trapianto e identità personale**

119. Non tutti gli organi possono essere donati. Dal trapianto vanno esclusi dal punto di vista etico l'encefalo e le gonadi, in quanto connessi con l'*identità* rispettivamente *personale* e *procreativa della persona*. Si tratta di organi connessi specificamente con l'unicità della persona, che la medicina deve tutelare.

## **Abusi nei trapianti**

120. La compravendita degli organi e l'adozione di criteri discriminatori o utilitaristici nella selezione dei riceventi contraddicono il significato sotteso del dono. Come tali sono moralmente Gli *abusi nei tra-pianti* e il *traffico di organi*, che spesso coinvolgono le persone più vulnerabili come i bambini, devono trovare la comunità scientifica e medica mondiale unite nel rifiutarli come pratiche inaccettabili. Esse pertanto vanno decisamente condannate come abominevoli.<sup>240</sup>

## **Donazione e trapianti di organi e tessuti**

109. Il progresso e la diffusione della medicina dei trapianti consente oggi la cura e la guarigione di molti malati che fino a poco tempo fa potevano soltanto attendersi la morte o, nel migliore dei casi, un'esistenza dolorosa e limitata.<sup>218</sup>

La donazione e il trapianto di organi sono espressioni significative del *servizio alla vita* e della *solidarietà* che lega fra loro gli esseri umani e sono « una forma peculiare di testimonianza della carità ».<sup>219</sup> Per tali motivi, essi hanno valore morale che ne legittima la prassi medica.

110. L'intervento medico nei trapianti « è inseparabile da un atto umano di donazione ».<sup>220</sup> Nella donazione di organi, infatti, il donatore consente generosamente e liberalmente al prelievo. Nel *prelievo da vivente* il *consenso* deve essere dato personalmente dal soggetto capace di esprimerlo.<sup>221</sup>

Speciale attenzione deve essere prestata ai soggetti in condizione di particolare vulnerabilità. Nel *prelievo da cadavere* il consenso deve essere stato espresso in qualche modo in vita dal donatore o posto in essere da chi lo possa legittimamente rappresentare. La possibilità, consentita dal progresso biomedico, di « proiettare oltre la morte la loro vocazione all'amore » deve indurre le persone ad « offrire in vita una parte del proprio corpo, offerta che diverrà effettiva solo dopo la morte ». È questo « un atto di *grande amore*, quell'amore che dà la vita per gli altri ».<sup>222</sup>

111. Iscrivendosi in questa « economia » oblativa dell'amore, lo stesso atto medico del trapianto, e persino la semplice trasfusione di sangue, « non può essere separato dall'atto di oblazione del donatore, dall'amore che dà la vita ».<sup>223</sup> Qui l'operatore sanitario « diventa mediatore di qualcosa di particolarmente significativo, il dono di sé compiuto da una persona perfino dopo la morte affinché un altro possa vivere ».<sup>224</sup> « La via maestra da seguire, fino a quando la scienza giunga a scoprire eventuali forme nuove e più progredite di terapia, dovrà essere la formazione e la diffusione di una cultura della solidarietà che si apra a tutti e non escluda nessuno ».<sup>225</sup>

112. I *trapianti autoplastici*, in cui il prelievo e il trapianto avvengono sulla stessa persona, sono legittimati dal principio di totalità, in virtù del quale è possibile disporre di una parte per il bene integrale dell'organismo. Una forma particolare di autotrapianto è quella di *tessuto germinale ovarico* prelevato da un soggetto prima di terapie molto aggressive, in specie chemioterapiche e radianti, e potenzialmente dannose per la futura fertilità. La conservazione e il trasferimento ortotopico di

tessuto ovarico autologo sono in linea di principio accettabili.

I *trapianti omoplastici*, in cui cioè il prelievo è operato su individuo della stessa specie del ricevente, sono legittimati dal principio di solidarietà che unisce gli esseri umani. « Con l'avvento del trapianto di organi, iniziato con le trasfusioni di sangue, l'uomo ha trovato il modo di offrire parte di sé, del suo sangue e del suo corpo, perché altri continuino a vivere. Grazie alla scienza e alla formazione professionale e alla dedizione di medici e operatori sanitari ... si presentano nuove e meravigliose sfide. Siamo sfidati ad amare il nostro prossimo in modi nuovi; in termini evangelici, ad amare "sino alla fine" (Gv 13, 1), anche se entro certi limiti che non possono essere superati, limiti posti dalla stessa natura umana ».<sup>226</sup>

113. Il prelievo degli organi nei trapianti omoplastici può avvenire da *donatore vivo* o da *cadavere*. Nel primo caso, il prelievo è legittimo a condizione che « i danni e i rischi fisici e psichici in cui incorre il donatore sono proporzionati al bene che si cerca per il destinatario. È moralmente inammissibile provocare direttamente la mutilazione invalidante o la morte di un essere umano, sia pure per ritardare il decesso di altre persone ».<sup>227</sup>

Nel secondo caso, non siamo più in presenza di un vivente ma di un cadavere. Questo è sempre da rispettare come cadavere umano, ma non ha più la dignità di soggetto e il valore di fine di una persona vivente. « Il cadavere non è più, nel senso proprio della parola, un soggetto di diritto, perché è privo della personalità che sola può essere soggetto di diritto ». Pertanto « destinarlo a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati » è una decisione da « non condannare ma da giustificare positivamente ».<sup>228</sup> Tale destinazione richiede comunque o il consenso della persona defunta dato prima della morte o la non opposizione degli aventi diritto. La donazione gratuita di organi dopo la morte è legittima.<sup>229</sup>

Bisogna, però, avere certezza di essere in presenza di un cadavere, per evitare che sia il prelievo di organi a provocare o anche solo anticipare la morte. Il prelievo di organi da cadavere è legittimo a seguito di una diagnosi di morte certa del donatore. Da qui il dovere di « prendere misure perché un cadavere non sia considerato e trattato come tale prima che la morte non sia stata debitamente constatata ».<sup>230</sup>

### **Accertamento della morte**

114. Il prelievo di organi vitali da cadavere pone in modo nuovo il problema della diagnosi certa dello stato di morte. La morte è percepita dall'uomo come una decomposizione, una dissoluzione, una rottura,<sup>231</sup> in quanto « consiste nella totale disintegrazione di quel complesso unitario e integrato che la persona in se stessa è ».<sup>232</sup> « Certo, questa distruzione non colpisce l'essere umano intero. La fede cristiana – e non solo essa – afferma la persistenza, oltre la morte, del principio spirituale dell'uomo ».<sup>233</sup> « La morte della persona, [...] è un evento che non può essere direttamente individuato da nessuna tecnica scientifica o metodica empirica. Ma l'esperienza umana insegna che l'avvenuta morte di un individuo produce inevitabilmente dei segni biologici, che si è imparato a riconoscere in maniera sempre più approfondita e dettagliata. I cosiddetti "criteri di accertamento della morte", che la medicina oggi utilizza, non sono pertanto da intendere come la percezione tecnico-scientifica del momento puntuale della morte della persona, ma come una modalità sicura, offerta dalla scienza, per rilevare i segni biologici della già avvenuta morte della persona ».<sup>234</sup>

Dal punto di vista biomedico *la morte consiste nella totale perdita di integrazione di quel complesso unitario che è l'organismo umano*. La constatazione e interpretazione medica dei segni di questa disintegrazione non è di pertinenza della morale, ma della scienza. Spetta propriamente alla medicina determinare nel modo più esatto possibile i *segni clinici della morte*. Una volta acquisita questa

determinazione, alla sua luce si possono affrontare le questioni e i conflitti morali suscitati dalle nuove tecnologie e dalle nuove possibilità terapeutiche.

115. « È ben noto che, da qualche tempo, diverse motivazioni scientifiche per l'accertamento della morte hanno spostato l'accento dai tradizionali segni cardio-respiratori al cosiddetto criterio "neurologico", vale a dire alla rilevazione, secondo parametri ben individuati e condivisi dalla comunità scientifica internazionale, della cessazione totale ed irreversibile di ogni attività encefalica (cervello, cervelletto e tronco encefalico), in quanto segno della perdita di integrità dell'organismo individuale come tale. Di fronte agli odierni parametri di accertamento della morte, – sia che ci si riferisca ai segni "encefalici", sia che si faccia ricorso ai più tradizionali segni cardio-respiratori, la Chiesa non fa opzioni scientifiche, ma si limita ad esercitare la responsabilità evangelica di confrontare i dati offerti dalla scienza medica con una concezione unitaria della persona secondo la prospettiva cristiana, evidenziando assonanze ed eventuali contraddizioni, che potrebbero mettere a repentaglio il rispetto della dignità umana ».<sup>235</sup>

Se i dati della scienza arrivano a offrire basi per affermare che il criterio della morte cerebrale totale e i segni relativi indicano con sicurezza che si è persa irreversibilmente l'unità dell'organismo, allora si può affermare che il *criterio neurologico*, « se applicato scrupolosamente, non appare in contrasto con gli elementi essenziali di una corretta concezione antropologica. Di conseguenza, l'operatore sanitario, che abbia la responsabilità professionale di un tale accertamento, può basarsi su di essi per raggiungere, caso per caso, quel grado di sicurezza nel giudizio etico che la dottrina morale qualifica col termine di "*certezza morale*", certezza necessaria e sufficiente per poter agire in maniera eticamente corretta.

Solo in presenza di tale certezza sarà, pertanto, moralmente legittimo attivare le necessarie procedure tecniche per arrivare all'espanto degli organi da trapiantare, previo consenso informato del donatore o dei suoi legittimi rappresentanti ».<sup>236</sup> « In un ambito come questo, infatti, non può esserci il minimo sospetto di arbitrio e dove la certezza ancora non fosse raggiunta deve prevalere il principio di precauzione. È utile per questo che si incrementi la ricerca e la riflessione interdisciplinare in modo tale che la stessa opinione pubblica sia messa dinanzi alla più trasparente verità sulle implicanze antropologiche, sociali, etiche e giuridiche della pratica del trapianto ».<sup>237</sup>

103. In secondo luogo, il *consenso del soggetto*. Questi « deve essere informato della sperimentazione, del suo scopo e degli eventuali suoi rischi, in modo che egli possa dare o rifiutare o ritirare il proprio consenso in piena consapevolezza e libertà. Il medico infatti ha sul paziente solo quel potere e quei diritti che il paziente stesso gli conferisce ».<sup>212</sup>

Bisogna qui distinguere tra sperimentazione compiuta su persona malata per fini terapeutici, e su persona sana o malata per fini scientifici o per beneficio di altri soggetti. Le stesse garanzie valgono sia nell'ambito delle ricerche farmacologiche e chirurgiche sia nelle ricerche innovative nel campo della terapia genica o con l'uso di cellule staminali.

104. Nella *sperimentazione su persona malata per fini terapeutici*, la debita proporzione va attinta dal raffronto tra le condizioni dell'ammalato e i possibili benefici clinici dei farmaci o dei mezzi sperimentati. La valutazione dei rischi deve essere fatta preventivamente dal ricercatore e dal Comitato etico ed è un aspetto fondamentale della giustificazione etica di una sperimentazione clinica. Per tale valutazione vale il principio già enunciato che « in mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso dell'ammalato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono ancora allo stadio sperimentale e non sono esenti da qualche rischio. Accettandoli,



l'ammalato potrà anche dare esempio di generosità per il bene dell'umanità ».<sup>213</sup>

« Nei casi clinici in cui non esistono altre terapie consolidate, con il consenso del paziente o del rappresentante legale e l'approvazione del Comitato etico, si può procedere all'applicazione di trattamenti ancora in fase sperimentale anche qualora presentino un'alta percentuale di rischio ».<sup>214</sup>

Nella sperimentazione clinica, il *consenso presunto* può essere preso in considerazione solo nel caso in cui si tratti di una procedura sperimentale da effettuarsi, in situazioni di urgenza o emergenza, su pazienti non in grado di comprendere e decidere, affetti da una patologia per cui la procedura sperimentale rappresenta l'unica possibilità di trattamento e la sperimentazione sia stata preventivamente approvata da un Comitato di etica. Successivamente, il paziente, qualora recuperi la capacità, (o il suo rappresentante legale nel caso per-manga lo stato di incapacità del paziente), dovrà essere informato sulla sperimentazione e confermare o meno la partecipazione (consenso differito).

105. La *sperimentazione clinica* può essere effettuata anche *su persona sana*, che volontariamente si offre « per contribuire con la sua iniziativa al progresso della medicina e, in tal modo, al bene della comunità ». Questo è legittimato dalla solidarietà umana e cristiana che giustifica e dà significato e valore al gesto: « Donare qualcosa di se stessi, entro i limiti tracciati dalla norma morale, può costituire una testimonianza di carità altamente meritevole ed un'occasione di crescita spirituale così significativa, da poter compensare il rischio di un'eventuale minorazione fisica non sostanziale ».<sup>215</sup> Ad ogni modo, è doveroso interrompere sempre la sperimentazione quando valutazioni intermedie dovessero indicare un eccessivo rischio o una chiara assenza di beneficio.

106. Dovendosi riconoscere all'individuo umano, nella fase prenatale, dignità di persona umana, *la ricerca e la sperimentazione su embrioni e feti umani* va soggetta alle norme etiche valevoli per il bambino già nato e per ogni soggetto umano. In particolare, la ricerca attraverso l'osservazione di un dato fenomeno *in gravidanza*, può essere consentita solo quando « ci sia la certezza morale di non arrecare danno né alla vita né all'integrità del nascituro e della madre e a condizione che i genitori abbiano accordato il loro consenso ».<sup>216</sup>

La *sperimentazione di nuovi interventi*, invece, è possibile solo in presenza di presupposti scientifici validi e per scopi chiaramente terapeutici, in mancanza di altre cure possibili. Invece, « nessuna finalità, anche in se stessa nobile, come la previsione di una utilità per la scienza, per altri esseri umani o per la società, può in alcun modo giustificare la sperimentazione sugli embrioni o feti umani vivi, viabili e non, nel seno materno o fuori di esso. Il consenso informato, normalmente richiesto per la sperimentazione clinica sull'adulto, non può essere concesso dai genitori, i quali non possono disporre né dell'integrità fisica né della vita del nascituro. D'altra parte la sperimentazione sugli embrioni o feti comporta sempre il rischio, anzi, il più delle volte la previsione certa di un danno per la loro integrità fisica o addirittura della loro morte. Usare l'embrione umano, o il feto, come oggetto o strumento di sperimentazione rappresenta un delitto nei confronti della loro dignità di esseri umani ». « Del tutto contraria alla dignità umana » è in special modo « la prassi di mantenere in vita degli embrioni umani, *in vivo* o *in vitro*, per scopi sperimentali o commerciali ».<sup>217</sup>

107. Nelle sperimentazioni cliniche, particolare attenzione deve essere, inoltre, posta al coinvolgimento di *persone* che possono essere *vulnerabili*, per motivi di dipendenza (studenti, detenuti, militari), precarietà sociale o indigenza (senza fissa dimora, disoccupati, immigrati) o scarso livello culturale, che potrebbero rendere difficile ottenere un valido consenso. Nei Paesi emergenti ed in via di sviluppo la sperimentazione dovrebbe, prima di tutto, avere obiettivi clinici e scientifici, che riguardano direttamente ed in modo specifico le popolazioni locali coinvolte. I criteri scientifici ed

etici, utilizzati per valutare e condurre le sperimentazioni nei Paesi emergenti ed in via di sviluppo, devono essere gli stessi utilizzati per le sperimentazioni condotte nei Paesi sviluppati. Le *sperimentazioni nei Paesi emergenti e in via di sviluppo* devono essere condotte nel rispetto delle tradizioni e delle culture locali, e dovrebbero essere previamente approvate sia da un Comitato etico del Paese promotore sia dal Comitato etico locale.

108. Nelle *sperimentazioni cliniche*, soprattutto quelle che riguardano gravi patologie per le quali non esiste un trattamento consolidato, i trattamenti sperimentali potrebbero riguardare anche donne *in età fertile* e uomini, con possibili rischi in caso di gravidanza. I pazienti devono essere resi consapevoli di tali rischi per decidere di partecipare alla sperimentazione, sapendo di dover evitare l'inizio della gravidanza sino a quando saranno terminati gli effetti dannosi del trattamento.

Il medico o il promotore commerciale della ricerca sperimentale non possono richiedere l'utilizzo di mezzi contraccettivi o, peggio, abortivi come condizione per partecipare alla sperimentazione.

### **Ricerca e sperimentazione biomedica**

99. Nell'ambito della prevenzione, diagnosi e cura, l'atto medico, volto ad ottenere risultati sempre più efficaci a beneficio della salute, è per se stesso aperto a trattamenti. Questi sono il risultato di un'attività costante e progressiva di ricerca e di sperimentazione, avente la finalità, quindi, di individuare, validare scientificamente e mettere a disposizione dei malati nuove e migliori soluzioni di cura.<sup>202</sup>

Procedere per via di ricerca e sperimentazione è legge d'ogni scienza applicata: il progresso scientifico vi è strutturalmente connesso. Le scienze biomediche e il loro sviluppo non si sottraggono a questa legge. La ricerca biomedica, però, ha la necessità di svolgersi anche con soggetti umani con la loro preziosità e fragilità.

Le persone sia i cosiddetti volontari sani sia i malati possono essere coinvolte e offrire volontariamente il proprio contributo alla ricerca medica, purché siano adottate tutte le cautele necessarie per evitare i rischi per l'integrità psico-fisica o un peggioramento delle condizioni di salute e per rispettarne la dignità. Per cui non si dà per le scienze biomediche la stessa libertà d'investigazione di cui godono le scienze applicate alle cose.<sup>203</sup> « Le ricerche o sperimentazioni sull'essere umano non possono legittimare atti in se stessi contrari alla dignità delle persone e alla legge morale. L'eventuale consenso dei soggetti non giustifica simili atti. La sperimentazione sull'essere umano non è moralmente legittima se fa correre rischi sproporzionati o evitabili per la vita o l'integrità fisica e psichica dei soggetti. La sperimentazione sugli esseri umani non è conforme alla dignità della persona se, oltre tutto, viene fatta senza il consenso esplicito del soggetto o dei suoi aventi diritto ». <sup>204</sup> La collaborazione delle persone alla ricerca biomedica, fondata su una *libera e responsabile scelta condivisa con il medico ricercatore*, costituisce una particolare espressione di solidarietà e di carità.

100. Nella ricerca la norma etica esige che essa sia indirizzata a promuovere il benessere umano. È immorale ogni ricerca contraria al vero bene della persona:<sup>205</sup> investire energie e risorse contraddice la finalità umana della scienza e del suo progresso.<sup>206</sup>

Nella fase della *sperimentazione*, ossia della verifica sull'uomo delle ipotesi della ricerca, il bene della persona, tutelato dalla norma etica, esige il rispetto di condizioni previe connesse essenzialmente al consenso e al rischio.

101. Innanzitutto c'è il *fattore rischio*. Per se stessa ogni sperimentazione comporta dei « Esiste tuttavia un grado di pericolo che la morale non può permettere ». <sup>207</sup> C'è una soglia oltre la quale il

rischio diventa umanamente inaccettabile. Questa soglia è tracciata dal bene inviolabile della persona, il che proibisce di « mettere in pericolo la sua vita, il suo equilibrio, la sua salute, o di aggravare il suo male ».<sup>208</sup>

Un'adeguata informazione e una verificata comprensione ai fini di un consenso libero e consapevole delle persone, opportunamente documentate, costituiscono sempre un elemento necessario e imprescindibile per l'eticità della sperimentazione, sia quando vi sono obiettivi puramente scientifici, sia quando a questi sono associati obiettivi eventualmente terapeutici.

Una sperimentazione clinica può essere effettuata, anche coinvolgendo *persone minorenni o adulti legalmente non in grado di comprendere e di decidere*, purché, fermo restando i criteri della validità scientifica, sia giustificata dalla proporzionalità tra i rischi e i benefici ragionevolmente prevedibili per i soggetti minori o incapaci coinvolti. Una sperimentazione che non preveda benefici diretti per i soggetti minori o incapaci, ma solo per altre persone nelle stesse condizioni, (di età, malattia e caratteristiche), può essere eticamente giustificata quando non sia possibile ottenere gli stessi risultati attraverso sperimentazioni con soggetti adulti e capaci, e i rischi e disagi non siano superiori al minimo. In entrambi i casi, il consenso informato deve necessariamente essere richiesto ai genitori o al rappresentante legale secondo le legislazioni dei diversi Paesi.

102. La sperimentazione non può essere iniziata e continuata senza che tutte le cautele siano state prese per evitare i rischi prevedibili e ridurre le conseguenze degli eventi avversi.

Per acquisire tali assicurazioni è necessaria una fase di *ricerca preclinica* di base che deve fornire la più ampia documentazione e le più sicure garanzie farmaco tossicologiche o di tecniche operatorie.<sup>209</sup> A questo proposito, se utile e necessaria, la sperimentazione di nuovi farmaci o di nuove tecniche non può escludere l'uso degli animali prima del passaggio all'uomo. « È certo che l'animale è al servizio dell'uomo e può quindi essere oggetto di sperimentazione, tuttavia dev'essere trattato come una creatura di Dio, destinata sì a cooperare al bene dell'uomo, non però ai suoi abusi ».<sup>210</sup> Ne deriva che ogni sperimentazione « deve effettuarsi nel rispetto dell'animale, senza infliggergli inutili sofferenze ».<sup>211</sup>

Ottenute queste garanzie, in *fase clinica* la sperimentazione sull'uomo deve rispondere al *principio del rischio proporzionato*, ossia della debita proporzione tra vantaggi e benefici prevedibili.

In un ambito così importante, è ragionevole tener conto del parere di persone competenti e con qualità morali. Oggi questo suole farsi attraverso il parere di *Comitati etici* per la ricerca.

È responsabilità degli operatori sanitari cattolici (medici, farmacisti, infermieri, cappellani, esperti di diritto sanitario ecc.) essere presenti in questi organismi per esaminare il valore e la validità scientifica del progetto di ricerca sperimentale, e garantire la salvaguardia dei diritti e della dignità di tutti coloro che partecipano alle ricerche biomediche.

## **Consenso informato del paziente**

96. L'operatore sanitario può intervenire se ha ottenuto previamente il *consenso del paziente*, *implicitamente* (quando gli atti medici sono routinari e non implicano rischi particolari) o *esplicitamente* (in forma documentabile quando i trattamenti implicano dei rischi). Egli, infatti, non ha nei confronti del paziente un diritto separato o indipendente. In generale, può agire solo se il paziente lo autorizza esplicitamente o implicitamente (direttamente o indirettamente). Senza questa autorizzazione egli si attribuisce un potere arbitrario.

Il rapporto tra operatore sanitario e paziente è una *relazione umana dialogica*, non oggettuale. Il

paziente « non è un individuo anonimo » su cui vengono applicate delle conoscenze mediche, ma « una persona responsabile, che deve essere chiamata a farsi compartecipe del miglioramento della propria salute e del raggiungimento della guarigione. Egli deve essere messo nella condizione di poter scegliere personalmente e non di dover subire decisioni e scelte di altri ». <sup>199</sup> Per una scelta operata in piena consapevolezza e libertà, all'ammalato va data la percezione più completa possibile del suo male e delle possibilità terapeutiche, con i rischi, le difficoltà e le conseguenze che comportano. <sup>200</sup> Questo significa che al paziente deve essere richiesto un *consenso informato*.

97. La *presunzione di consenso* è configurabile nel caso in cui l'operatore sanitario sia chiamato ad intervenire su un paziente che non è in grado, momentaneamente o permanentemente, di comprendere e decidere, per salvarlo da una situazione di grave pericolo per la vita o per la sua salute, con trattamenti proporzionati ai rischi e all'urgenza.

In questo caso, il dovere di intervenire è in ragione del principio di responsabilità nella cura, che fa obbligo all'operatore sanitario di farsi carico della vita e della salute del paziente, a meno che il paziente non abbia, prima dello stato di incapacità, espresso all'operatore sanitario un legittimo ed esplicito dissenso su particolari trattamenti.

98. Nel caso in cui il paziente non sia in grado di comprendere le informazioni necessarie sul suo stato di salute, sulla prognosi e sui trattamenti, e non vi sia la necessità di intervenire con urgenza, l'operatore sanitario deve comunicare al rappresentante legale le informazioni sullo stato di salute del malato e chiedere il consenso per i trattamenti medici all'avente diritto. <sup>201</sup> Se questo non può essere individuato, l'operatore sanitario deve attivarsi per segnalare la necessità che questi venga nominato. I congiunti possono essere informati sullo stato di salute e sui trattamenti, ed essere coinvolti nelle decisioni, qualora l'ammalato lo autorizzi.

## **Prescrizione e uso appropriato dei farmaci**

90. Nei Paesi nei quali è disponibile una generalizzata assistenza sanitaria, si riscontra sempre più un *eccessivo consumo di farmaci* rispetto allo stato di salute della popolazione, dovuto ad almeno due fattori.

Il primo, il rilascio da parte del medico di prescrizioni, non particolarmente necessarie, su richiesta pressante del paziente.

Il secondo fattore, è che si è diffuso il ricorso a farmaci non direttamente prescritti dal medico, ma assunti nell'ambito di un processo autonomo di cura, sulla base di consigli o di informazioni, anche pubblicitarie, fornite dai mezzi di comunicazione sociale e dalla rete *web*. Un'attenzione particolare va rivolta a *farmaci di dubbia preparazione e provenienza*, distribuiti soprattutto via *internet*, che non garantiscono l'efficacia e possono addirittura essere nocivi per la salute.

Inoltre, anche quando correttamente prescritti dal medico, la persona può tendere a variare autonomamente la posologia dei farmaci, un atteggiamento che si definisce di "non aderenza" al trattamento, così da rendere difficile, se non impossibile, la valutazione della loro efficacia terapeutica e sicurezza.

Gli operatori sanitari, nell'ambito della loro opera di educazione sociosanitaria, devono richiamare un'opportuna attenzione sull'uso dei farmaci, anche per i costi sociali che essi possono comportare.

## **Accesso ai farmaci e alle tecnologie disponibili**

91. Ancora oggi, nei Paesi contraddistinti da un generalizzato benessere, e naturalmente ancor più nei Paesi in via di sviluppo soprattutto in quelli caratterizzati da una instabilità politica o da scarse risorse economiche, ci sono fasce di popolazione alle quali non si garantisce l'accesso ai servizi sanitari, e fra questi ai farmaci salvavita e alle possibilità terapeutiche minimali, che il progresso tecnologico garantisce oggi alla medicina.

Ne consegue che patologie curabili dalla medicina, riappaiano nei Paesi che le avevano debellate o continuano ad essere endemiche.

Gli operatori sanitari e le loro Associazioni professionali devono farsi promotori di una sensibilizzazione delle istituzioni, degli enti assistenziali, dell'industria sanitaria, affinché il *diritto alla tutela della salute* sia esteso a tutta la popolazione, pur nella convinzione che tale diritto non dipende solo dall'assistenza sanitaria, ma è il risultato di fattori economici, sociali, e più generalmente culturali.

Anche i *responsabili delle attività sanitarie* devono lasciarsi provocare in modo forte e singolare, consapevoli che « mentre i poveri del mondo bussano ancora alle porte dell'opulenza, il mondo ricco rischia di non sentire più quei colpi alla sua porta, per una coscienza oramai incapace di riconoscere l'umano ». <sup>187</sup>

## **Sanità sostenibile, imprese del farmaco, malattie rare e neglette**

92. La diseguale distribuzione delle risorse economiche, soprattutto nei Paesi a basso reddito e meno sviluppati, ha rilevanti ripercussioni per una *giustizia sanitaria*. <sup>188</sup>

In tale contesto, se è innegabile che la conoscenza scientifica e la ricerca delle *imprese del farmaco* abbiano leggi proprie alle quali attenersi, come, ad esempio, la tutela della proprietà intellettuale e un equo profitto quale supporto all'innovazione, queste devono trovare adeguata composizione con il diritto all'accesso alle terapie essenziali e/o necessarie soprattutto dei Paesi meno sviluppati, <sup>189</sup> e ciò soprattutto nel caso delle cosiddette "*malattie rare*" <sup>190</sup> e "*neglette*", <sup>191</sup> alle quali si accompagna il concetto di "*farmaci orfani*". <sup>192</sup> Le *strategie sanitarie*, volte al perseguimento della giustizia e del bene comune, devono essere *economicamente ed eticamente sostenibili*. Infatti, mentre devono salvaguardare la sostenibilità sia della ricerca sia dei sistemi sanitari, dovrebbero al contempo rendere disponibili farmaci essenziali in quantità adeguate, in forme farmaceutiche fruibili e di qualità garantita, accompagnati da un'informazione corretta e a costi accessibili ai singoli e alle comunità.

## **Terapia antalgica**

93. Il dolore ha una funzione biologica, perché sintomo di una situazione patologica e determina una reazione fisica e psichica dell'uomo. <sup>193</sup> Tuttavia, esso fa appello alla medicina per la *terapia lenitiva*: l'uomo infatti ha « il diritto di dominare le forze della natura, di utilizzarle al proprio servizio, di mettere dunque a profitto tutte le risorse ... per evitare o sopprimere il dolore fisico ». <sup>194</sup>

94. « A lungo andare il dolore impedisce il raggiungimento di beni e di interessi superiori ». <sup>195</sup> Può provocare effetti nocivi all'integrità psicofisica della persona. Una sofferenza troppo intensa può diminuire o impedire la padronanza dello « La soppressione del dolore procura una distensione organica e psichica, facilita la preghiera e rende possibile un più generoso dono di sé ». <sup>196</sup> L'analgesia, « intervenendo direttamente in ciò che il dolore ha di più aggressivo e sconvolgente, recupera l'uomo a se stesso, rendendogli più umana l'esperienza del soffrire ». <sup>197</sup>

95. Per il cristiano *il dolore può assumere un alto significato penitenziale e salvifico*. « È infatti una

partecipazione alla passione di Cristo ed è unione al sacrificio redentore, che ha offerto in ossequio alla volontà del Padre. Non deve dunque meravigliare se alcuni cristiani desiderano moderare l'uso degli analgesici, per accettare volontariamente almeno una parte delle loro sofferenze e associarsi così in maniera cosciente alle sofferenze di Cristo ».<sup>198</sup> La libera accettazione cristianamente motivata del dolore non deve far pensare che non si debba intervenire per lenirlo. Anzi, il dovere professionale nonché la stessa carità cristiana esigono che si operi per l'alleviamento della sofferenza, e sollecitano la ricerca medica in questo campo.

## **Terapia e riabilitazione**

84. Alla diagnosi seguono la *terapia* e la *riabilitazione*, ossia la messa in atto di quegli interventi che consentono, per quanto possibile, la guarigione e la reintegrazione personale e sociale del paziente. La terapia è atto propriamente medico, diretto a combattere le patologie nelle loro cause, manifestazioni e complicazioni. La riabilitazione, invece, è un complesso di misure mediche, fisioterapiche, psicologiche e di addestramento funzionale, dirette a ripristinare o migliorare l'efficienza psicofisica di soggetti in vario modo menomati nelle loro capacità di integrazione, di relazione e di produzione lavorativa.

Terapia e riabilitazione « hanno di mira non solo il bene e la salute del corpo, ma la persona come tale che, nel corpo, è colpita dal male ».<sup>174</sup> Ogni terapia mirante all'integrale benessere della persona comporta l'azione riabilitativa come *restituzione dell'individuo a se stesso, per quanto possibile*, attraverso la riattivazione e riappropriazione delle funzioni fisiche menomate dalla malattia.

85. All'ammalato sono dovute le cure possibili da cui può trarre un beneficio.<sup>175</sup> Sussiste, infatti, un diritto primario di ogni uomo a quanto è necessario per la cura della propria salute e quindi ad un'adeguata assistenza sanitaria. Di conseguenza, coloro che hanno in cura gli ammalati hanno il dovere di prestare la loro opera con ogni diligenza e di fornire quelle terapie che si riterranno necessarie o utili.<sup>176</sup> Non solo quelle miranti alla possibile guarigione, ma anche quelle lenitive del dolore e di sollievo di una condizione inguaribile. Al riguardo, occorre prestare particolare cautela nel ricorso a cure di non documentata validità scientifica.

86. L'operatore sanitario, nell'impossibilità di guarire, non deve mai rinunciare a prendersi cura della persona.<sup>177</sup> Egli è tenuto a praticare tutte le *cure ordinarie e proporzionate*. Sono da ritenersi proporzionate le cure in cui si dà rapporto di *debita proporzione* tra i mezzi impiegati e l'efficacia terapeutica. Al fine di verificare tale debita proporzione, si devono « valutare bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali ».<sup>178</sup>

Sono, invece, da considerare *straordinari* quei mezzi che impongono un onere (materiale, fisico, morale o economico) gravoso o eccessivo per il paziente, i suoi famigliari, o per l'istituzione sanitaria.<sup>179</sup> A maggior ragione, non devono essere proseguite terapie divenute futili.

È moralmente obbligatorio l'uso dei *mezzi ordinari* per sostenere il paziente. Si può invece rinunciare, con il consenso del paziente o a seguito della sua richiesta, ai mezzi straordinari, anche se tale rinuncia avvicina la morte. Non si può obbligare i medici a porli in essere.<sup>180</sup>

87. Il principio, qui enunciato, di *proporzionalità delle cure* può essere così precisato e applicato:



- « In mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso dell'ammalato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono ancora allo stadio sperimentale e non sono esenti da qualche rischio ».
- « È lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le speranze riposte in essi », perché non si dà più proporzione tra « l'investimento di strumenti e personale » e « i risultati prevedibili » o perché « le tecniche messe in opera impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre ».
- « È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire. Non si può, quindi, imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere a un tipo di cura che, per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericoli o è troppo oneroso ». Questo rifiuto « non equivale al suicidio ». Può significare piuttosto « o semplice accettazione della condizione umana, o desiderio di evitare la messa in opera di un dispositivo medico sproporzionato ai risultati che si potrebbero sperare, oppure volontà di non imporre oneri troppo gravi alla famiglia o alla collettività ».<sup>181</sup>

88. Per ripristinare la salute della persona possono essere necessari, in assenza di altri rimedi, interventi che comportano la modificazione, mutilazione o asportazione di organi.

La manipolazione terapeutica dell'organismo è legittimata qui dal *principio di totalità*,<sup>182</sup> per ciò stesso detto anche di *terapeuticità*, in virtù del quale « ogni organo particolare è subordinato all'insieme del corpo e deve ad esso sottomettersi in caso di conflitto ».<sup>183</sup> Di conseguenza, si ha il diritto di sacrificare un organo particolare, se la conservazione o la funzionalità di questo provocano al tutto organico un danno considerevole, impossibile da evitare altrimenti.<sup>184</sup>

89. La vita fisica, se da una parte esprime la persona e ne assume il valore, così da non poterne disporre come di una cosa, dall'altra non esaurisce il valore della persona né rappresenta il sommo bene.<sup>185</sup> È per questo che si può legittimamente disporre di una parte di essa per il benessere della persona. Così come si può sacrificarla o arrischiarla per un bene superiore, « quale la gloria di Dio, la salvezza delle anime o il servizio dei fratelli »:<sup>186</sup> *la vita corporea è un bene fondamentale*, condizione di tutti gli altri; ma ci sono valori più alti, per i quali potrà essere legittimo o anche necessario esporsi al pericolo di perderla.

## **Interventi sul genoma**

79. La conoscenza sempre più estesa del *patrimonio genetico (genoma) umano*, l'individuazione e la mappatura dei geni, con la possibilità di trasferirli, modificarli o sostituirli, apre inedite prospettive alla medicina e contemporaneamente pone nuovi e delicati problemi. Nella valutazione morale si devono distinguere interventi strettamente terapeutici, che si pongono come obiettivo la cura di malattie dovute ad anomalie genetiche o cromosomiche, dalla manipolazione alterativa del patrimonio genetico umano.

## **Terapia genica**

80. L'applicazione sull'uomo delle tecniche di ingegneria genetica con finalità terapeutica, comunemente indicate come *terapia genica*, è oggi possibile a livello delle *cellule somatiche*, che compongono i tessuti e gli organi.

Tale intervento di terapia genica può essere effettuato sul feto, oppure dopo la nascita, sul bambino o sull'adulto.

In particolare, « gli interventi sulle cellule somatiche con finalità strettamente terapeutica sono in linea di principio moralmente leciti », <sup>163</sup> in quanto volti a correggere un difetto genetico o a curare una patologia. In ogni caso, è comunque necessario osservare il principio secondo il quale il soggetto trattato non deve essere esposto a rischi eccessivi o sproporzionati per la salute e per l'integrità fisica rispetto alla gravità della patologia. <sup>164</sup> Inoltre, deve essere ottenuto il consenso informato del paziente o di un suo legittimo rappresentante. La *terapia genica germinale*, invece, allo stato attuale della ricerca non è moralmente ammissibile, in quanto non è possibile ancora evitare che i potenziali danni derivanti dall'intervento si diffondano nella progenie. <sup>165</sup>

Ancora più grave risulta essere l'applicazione di tale *terapia sull'embrione*, in quanto, oltre a incorrere nei rischi prima menzionati, essa necessita di essere attuata nel contesto della fecondazione *in vitro*, con tutte le obiezioni che tali procedure comportano. Alle attuali conoscenze, pertanto, la terapia genica germinale, in tutte le sue forme, è moralmente illecita.

Nell'ipotesi, poi, di finalità applicative dell'ingegneria genetica diverse da quella terapeutica, al fine di utilizzare le tecniche di ingegneria genetica per realizzare *manipolazioni con presunti fini di miglioramento e potenziamento della dotazione genetica*, emerge soprattutto il fatto che « tali manipolazioni favoriscono una mentalità eugenetica e introducono un indiretto stigma sociale nei confronti di coloro che non possiedono particolari doti e enfatizzano doti apprezzate da determinate culture e società, che non costituiscono di per sé lo specifico umano ». <sup>166</sup> In tale prospettiva ideologica, secondo la quale l'uomo pretenderebbe di sostituirsi al Creatore e implicando, tra l'altro, un ingiusto dominio dell'uomo sull'uomo, non può essere ravvisato un giudizio di liceità morale.

## **Terapia rigenerativa**

81. Nell'ambito della *medicina rigenerativa*, promettenti applicazioni terapeutiche sono state aperte dalla scoperta delle *cellule staminali*, di origine embrionale e non embrionale. <sup>167</sup>

Al riguardo, esse vanno considerate in rapporto ai metodi per la raccolta delle cellule staminali. Questi metodi sono eticamente leciti quando il prelievo non procura grave danno al donatore. <sup>168</sup> Sono, al contrario, gravemente illeciti quelli che prevedono il prelievo di cellule staminali dall'embrione umano vivente, in quanto ciò ne causa inevitabilmente la distruzione. <sup>169</sup>

È altresì illecita la raccolta di cellule staminali fetali umane quando si effettua su un feto morto da aborto provocato, se esiste una relazione diretta tra l'azione abortiva e l'uso delle cellule staminali.

Quanto all'uso clinico o sperimentale di cellule staminali ottenute mediante procedure lecite, vanno rispettati i comuni criteri di deontologia medica, procedendo con grande rigore e prudenza, riducendo al minimo eventuali rischi per i pazienti, facilitando il confronto nel mondo scientifico e offrendo un'adeguata informazione riguardo a tali innovative applicazioni cliniche.

82. La produzione di cellule staminali embrionali è spesso collegata con i tentativi di *clonazione umana*. La clonazione ha due finalità fondamentali: quella riproduttiva, allo scopo di far nascere un essere umano con particolari caratteristiche predefinite; e quella cosiddetta terapeutica o di ricerca, allo scopo di ottenere cellule. La *clonazione umana riproduttiva* è moralmente illecita, in quanto porta all'estremo l'immoralità insita nelle tecniche di fecondazione artificiale, tentando di « dare origine ad un nuovo essere umano senza connessione con l'atto di reciproca donazione tra due coniugi e, più radicalmente, senza legame con la sessualità ». <sup>170</sup> La volontà di predeterminare le caratteristiche del soggetto clonato costituirebbe per lui una forma di schiavitù biologica, e rappresenterebbe una grave offesa alla dignità umana e all'uguaglianza fondamentale tra gli uomini. <sup>171</sup> A maggiore ragione,

sarebbe ancora più grave dal punto di vista etico la *clonazione cosiddetta terapeutica*. Infatti, creare embrioni con il proposito di distruggerli, quantunque con l'intenzione di curare altre persone ammalate, è del tutto incompatibile con il rispetto della vita umana, anche quando questa è allo stadio embrionale.<sup>172</sup>

83. La *manipolazione di cellule animali o vegetali per fini farmaceutici* non solleva questioni morali, salvo restando il rispetto per la natura perché « l'ambiente naturale non è solo materia di cui disporre a nostro piacimento, ma opera mirabile del Creatore, recante in sé una "grammatica" che indica finalità e criteri per un utilizzo sapiente, non strumentale e arbitrario ».<sup>173</sup>

## **Malattia**

73. Pur partecipando del valore trascendente della persona, la vita corporea riflette, per sua natura, la precarietà della condizione umana. Questa si evidenzia specialmente nella malattia e nella sofferenza, che vengono vissute come malessere di tutta la persona. « La malattia e la sofferenza infatti non sono esperienze che riguardano soltanto il sostrato fisico dell'uomo, ma l'uomo nella sua interezza e nella sua unità somatico-spirituale ».<sup>155</sup>

La malattia è più di un fatto clinico, medicalmente circoscrivibile. È sempre la condizione di un uomo, il malato. Con questa *visione integralmente umana* della malattia gli operatori sanitari devono rapportarsi al paziente. Si tratta per essi di possedere, insieme alla dovuta competenza tecnico-professionale, una coscienza di valori e di significati con cui dare senso alla malattia e al proprio lavoro, e fare di ogni singolo caso clinico un incontro umano.

74. Il cristiano sa dalla fede che *la malattia e la sofferenza partecipano dell'efficacia salvifica della croce del Redentore*. « La redenzione di Cristo e la sua grazia salvifica raggiungono tutto l'uomo nella sua condizione umana e quindi anche la malattia, la sofferenza e la morte ».<sup>156</sup> « Sulla Croce si rinnova e si realizza nella sua piena e definitiva perfezione il prodigio del serpente innalzato da Mosè nel deserto (cfr. Gv 3, 14-15; Nm 21, 8-9). Anche oggi, volgendo lo sguardo a Colui che è stato trafitto, ogni uomo minacciato nella sua esistenza incontra la sicura speranza di trovare liberazione e redenzione ».<sup>157</sup>

«Attraverso i secoli e le generazioni è stato constatato che nella sofferenza si nasconde una particolare forza che avvicina interiormente l'uomo a Cristo ».<sup>158</sup> Se vissute in stretta unione con le sofferenze di Gesù, la malattia e la sofferenza assumono « una straordinaria fecondità spirituale ». Sicché l'ammalato può dire con l'Apostolo: «Completo nella mia carne quello che manca ai patimenti di Cristo, a favore del suo corpo che è la Chiesa» (Col 1, 24).<sup>159</sup>

Da questa risignificazione cristiana, l'ammalato può essere aiutato a sviluppare verso la malattia un triplice salutare atteggiamento: la « *coscienza* » della sua realtà « senza minimizzarla e senza esagerarla »; l'« *accettazione* », « non con rassegnazione più o meno cieca », ma nella serena consapevolezza che « il Signore può e vuole ricavare il bene dal male »; l'« *oblazione* », « compiuta per amore del Signore e dei fratelli ».<sup>160</sup>

75. Nella persona del malato è sempre coinvolta, in qualche modo, la *famiglia*.<sup>161</sup> L'aiuto ai familiari e la loro cooperazione con gli operatori sanitari sono preziosa componente dell'assistenza sanitaria. L'operatore sanitario, nei confronti della famiglia del malato, è chiamato a prestare sia individualmente sia attraverso le forme associative di appartenenza, insieme alle cure, anche opera di illuminazione, di consiglio, di orientamento e di sostegno.<sup>162</sup>

## **Diagnosi**

76. Guidato da questa visione integralmente umana e propriamente cristiana della malattia, l'operatore sanitario cerca anzitutto di rivelarla e di analizzarla nel malato: ne formula la *diagnosi* e la relativa *prognosi*. Condizione, infatti, di ogni cura è la precisa individuazione della patologia nei suoi sintomi e nelle sue cause.

77. In questo l'operatore sanitario si farà carico delle domande e delle ansie del paziente, e dovrà guardarsi dalla duplice ed opposta insidia dell'“*abbandono*” e dell'“*accanimento*” *diagnostico*. Nel primo caso, si costringe il paziente a vagare da uno specialista o da un servizio sanitario a un altro, non riuscendo a trovare il medico o il centro diagnostico in grado e disposto a farsi carico del suo male. L'estrema specializzazione e parcellizzazione delle competenze e delle divisioni cliniche, mentre è garanzia di perizia professionale, si riverbera a danno del malato quando l'organizzazione sanitaria sul territorio non consente un approccio sollecito e globale al suo male.

Nel secondo caso, invece, ci si ostina in un eccesso di accertamenti diagnostici, finalizzati a trovare una malattia ad ogni costo. Si può essere indotti, per pigrizia, per profitto o per protagonismo, a diagnosticare comunque una patologia e a medicalizzare problemi che non sono di natura medico-sanitaria. In tal caso, non si aiuta la persona ad avere l'esatta percezione del proprio disagio, e a intraprendere le giuste misure atte a superarlo.

Una sorta di accanimento potrebbe configurarsi nella cosiddetta *medicina difensiva*, nella quale gli operatori sanitari modificano la loro pratica professionale, adattandola unicamente per proteggersi dalle conseguenze legali del loro intervento.

79. Esclusi tali eccessi e condotta nel pieno rispetto della dignità e dell'integrità della persona, soprattutto in relazione all'uso di tecniche strumentali invasive, la diagnosi non pone in generale problemi d'ordine etico. In se stessa è ordinata alla terapia: è un atto a beneficio della salute. Problemi particolari, tuttavia, sono posti dalla *dia- gnostica predittiva*, per le possibili ripercussioni sul piano psicologico e le discriminazioni a cui può dare luogo.

## **Prevenzione**

67. La tutela della salute impegna l'operatore sanitario anzitutto nel campo della prevenzione. Prevenire è meglio che curare, sia perché evita alla persona il disagio e la sofferenza della malattia, sia perché esime la società dai costi, non solo economici, della cura.

68. La *prevenzione propriamente sanitaria*, che consiste nella somministrazione di particolari farmaci, nella vaccinazione, nel compimento di esami-*screening* per l'accertamento di predisposizioni, nella prescrizione di comportamenti e abitudini miranti ad evitare l'insorgenza, la diffusione o l'aggravamento di malattie, compete essenzialmente agli operatori. Può essere diretta a tutti i membri di una società, a fasce di persone o a singoli individui, come è il caso della medicina scolastica.

## **Prevenzione e vaccini**

69. Dal punto di vista della prevenzione di malattie infettive, la messa a punto di vaccini e il loro impiego nella lotta contro tali infezioni, mediante una immunizzazione obbligatoria di tutte le popolazioni interessate, rappresenta indubbiamente una condotta positiva.

La preparazione di alcuni vaccini a volte si avvale di “*materiale biologico*” di origine illecita, come, ad esempio, nel caso di linee cellulari provenienti da feti volontariamente abortiti. I problemi etici sono qui riconducibili alla cooperazione al male e allo scandalo, a motivo di un disordine grave contro la vita e contro l'integrità proprie di ogni essere umano.<sup>151</sup>

È doveroso che tutti manifestino disaccordo con l'utilizzo di materiale biologico di origine illecita per la preparazione dei vaccini e chiedano ai sistemi sanitari di mettere a disposizione altri tipi di vaccini.<sup>152</sup>

70. In alcuni casi, i ricercatori impiegano “materiale biologico” di illecita provenienza, non direttamente prodotto da coloro che ne fanno uso, ma acquistato in commercio; in tali situazioni, potrebbe essere invocato il criterio di indipendenza, cioè l'assenza di una qualche connessione prossima a pratiche illecite. Tuttavia, i ricercatori, nella loro attività professionale, hanno il dovere di evitare lo scandalo. Da qui, pertanto, « il dovere di rifiutare quel “materiale biologico” anche in assenza di una qualche connessione prossima dei ricercatori con le azioni dei tecnici della procreazione artificiale o con quella di quanti hanno procurato l'aborto, e in assenza di un previo accordo con i centri di procreazione artificiale scaturisce dal *dovere di separarsi*, nell'esercizio della propria attività di ricerca, *da un quadro legislativo gravemente ingiusto e di affermare con chiarezza il valore della vita umana* ». <sup>153</sup>

In questo quadro generale esistono naturalmente responsabilità differenziate, cosicché gravi ragioni potrebbero essere moralmente proporzionate per l'utilizzo di tale “materiale biologico”, fermo restando il dovere da parte dei ricercatori di manifestare disaccordo al riguardo e di cercare di usare materiale biologico non di origine illecita.<sup>154</sup>

## **Prevenzione sanitaria e società**

71. C'è anche una *prevenzione sanitaria in senso ampio*, in cui l'azione dell'operatore sanitario è solo una componente dell'intervento preventivo messo in atto dalla società.

È la prevenzione da esercitare nei confronti delle malattie cosiddette sociali, come la tossico dipendenza, l'alcoolismo, il tabagismo.

Ancor più dicasi per una corretta e appropriata prevenzione che gli operatori sanitari sono chiamati a mettere in atto, soprattutto nei confronti delle giovani generazioni, in riferimento alle *malattie a trasmissione sessuale*, ivi compresa, per quanto attiene alla suddetta modalità di infezione, alla diffusione del virus HIV.

72. Ugualmente particolare attenzione deve essere riservata alla *prevenzione dei disagi di fasce sociali d'individui* – come gli adolescenti, i portatori di handicap, gli anziani – e dei rischi per la salute connessi con il vivere odierno, in relazione all'alimentazione, all'ambiente, alle condizioni di lavoro, all'ambito domestico, allo sport, ecc..

In questi casi, l'intervento preventivo è il rimedio prioritario e più efficace, se non proprio l'unico possibile. Esige, però, l'azione concomitante di tutte le forze operanti nella società.

Prevenire qui è più che atto medico-sanitario. Si tratta di incidere sulla cultura, attraverso il recupero di valori sommersi e l'educazione ad essi, la diffusione di una concezione più sobria e solidale della vita, l'informazione sulle abitudini a rischio, la formazione del consenso politico per una legislazione di supporto.

La possibilità effettiva ed efficace della prevenzione è legata non solo e primariamente alle tecniche di attuazione, ma alle motivazioni che la sostengono e alla loro concrezione e diffusione culturale.

## **Obiezione di coscienza**

59. In presenza di una legislazione favorevole all'aborto, l'operatore sanitario « non può che opporre il suo civile ma fermo rifiuto ».<sup>135</sup> L'uomo non può mai obbedire a una legge intrinsecamente immorale, come è il caso di una legge che ammettesse, in linea di principio, la liceità dell'aborto. Il valore dell'inviolabilità della vita e della legge di Dio che lo tutela, precede ogni legge positiva.<sup>136</sup> Quando questa la contraddice, la coscienza afferma il suo diritto primario e il primato della legge di Dio: « Bisogna ubbidire a Dio piuttosto che agli uomini » (At 5, 29).

« Seguire la propria coscienza nell'obbedienza alla legge di Dio non è sempre una via facile. Ciò può comportare sacrifici e aggravi, di cui non è lecito disconoscere il peso; talvolta ci vuole eroismo per restare fedeli a tali esigenze. Tuttavia, è necessario proclamare chiaramente che la via dell'autentico sviluppo della persona umana passa per questa costante fedeltà alla coscienza mantenuta nella rettitudine e nella verità ».<sup>137</sup> È da condannare come grave lesione dei diritti umani ogni tentativo di delegittimare il ricorso all'obiezione di coscienza non solo mediante sanzioni penali, ma anche con ripercussioni « sul piano legale, disciplinare, economico e professionale ».<sup>138</sup>

60. Oltre che segno di fedeltà professionale, l'obiezione di coscienza dell'operatore sanitario, autentica- mente motivata, ha l'alto significato di *denuncia sociale di una ingiustizia legale* perpetrata contro la vita innocente e indifesa.

61. La gravità del peccato d'aborto<sup>139</sup> e la facilità con cui lo si compie, con il favore della legge e della mentalità corrente, inducono la Chiesa a comminare la pena della *scomunica* al cristiano che lo provoca o formalmente vi coopera: « Chi procura l'aborto ottenendo l'effetto incorre nella scomunica *latae sententiae* ».<sup>140</sup>

La scomunica ha un significato essenzialmente preventivo e pedagogico. È un richiamo forte della Chiesa, mirante a scuotere l'insensibilità delle coscienze, a dissuadere da un atto assolutamente incompatibile con le esigenze del Vangelo e a suscitare la fedeltà senza riserve alla vita. Non si può essere nella comunione ecclesiale e disattendere con l'aborto il vangelo della vita. La tutela e l'accoglienza della vita nascente è una testimonianza decisiva e credibile, che il cristiano deve dare in ogni situazione.

62. Verso i feti abortiti gli operatori sanitari hanno degli obblighi particolari. Il feto abortito, se ancora vivente, nei limiti del possibile, deve essere battezzato.<sup>141</sup> Al feto abortito, e già morto, è dovuto il rispetto proprio del cadavere umano e nei limiti del possibile gli va quindi data adeguata sepoltura.<sup>142</sup>

## **Tutela del diritto alla vita**

63. Il diritto alla vita è il *diritto a vivere con dignità umana*,<sup>143</sup> cioè ad essere garantiti e tutelati in questo bene fondamentale, originario e insopprimibile che è radice e condizione di ogni altro bene- diritto della <sup>144</sup>

« Titolare di tale diritto è l'essere umano *in ogni fase del suo sviluppo*, dal concepimento fino alla morte naturale, e *in ogni sua condizione*, sia di salute o di malattia, di disabilità, di ricchezza o di miseria ».<sup>145</sup>

64. Il diritto alla vita interpella l'operatore sanitario da una duplice prospettiva. Anzitutto, egli non si attribuisce sulla vita da curare un diritto-potere che non ha né lui né lo stesso paziente, e che perciò non gli può essere da questo conferito.<sup>146</sup>

Il diritto di disporre della propria vita non è asso- luto: « Nessun uomo può scegliere arbitrariamente di vivere o di morire; di tale scelta, infatti, è padrone assoluto soltanto il Creatore, colui nel quale



“viviamo, ci muoviamo ed esistiamo” (At 17, 28) ». <sup>147</sup>

65. In secondo luogo, l'operatore sanitario si fa attivamente garante di questo diritto: « Finalità intrinseca » della sua professione è « l'affermazione del diritto dell'uomo alla sua vita e alla sua dignità ». <sup>148</sup> Egli l'adempie assumendo il corrispettivo dovere della tutela preventiva e terapeutica della salute <sup>149</sup> e del miglioramento, negli ambiti e con i mezzi a lui pertinenti, della qualità della vita delle persone e dell'ambiente vitale. Nel suo impegno lo guida e lo sostiene la legge dell'amore, di cui è sorgente e modello il Figlio di Dio fatto uomo, che morendo ha dato la vita al mondo. <sup>150</sup>

66. Il diritto fondamentale e primario di ogni uomo alla vita, che si particularizza come diritto alla tutela della salute, subordina i *diritti sindacali degli operatori sanitari*.

Ciò implica che ogni giusta rivendicazione da parte dei lavoratori della sanità deve svolgersi nella salvaguardia del diritto del malato alle cure dovute, in ragione della loro indispensabilità. Pertanto, in caso di sciopero, devono essere assicurati – anche attraverso apposite misure legali i servizi medico ospedalieri essenziali e urgenti alla tutela della salute.

## **Intercezione e contragestazione**

56. Esistono alcuni *mezzi detti intercettivi* <sup>130</sup> che, in caso di concepimento, possono impedire l'impianto dell'embrione nell'utero materno. Essi in effetti non provocano ogni volta un aborto, perché non sempre dopo un rapporto sessuale avviene la fecondazione.

Quand'anche non si verificasse una fecondazione e il conseguente aborto, la sola intenzione di prescrivere e di assumere tali mezzi al fine di impedire l'impianto in utero dell'embrione eventualmente concepito, configura tali atti come abortivi. <sup>131</sup>

Le *tecniche contragestative*, <sup>132</sup> invece, provocando l'eliminazione dell'embrione già impiantato, costituiscono sempre un aborto diretto. « Pertanto l'uso dei mezzi di intercezione e di contragestazione rientra nel peccato di aborto ed è gravemente immorale ». <sup>133</sup>

## **Gravidanze ectopiche**

57. La patologia, non infrequente, delle *gravidanze ectopiche*, nelle quali, cioè, l'impianto dell'embrione avviene in sedi diverse dalla cavità uterina, pone non solo problemi di ordine clinico, ma anche implicazioni di ordine La donna può correre seri pericoli per la sua vita o subire conseguenze per la sua fertilità futura, mentre l'embrione di regola non può sopravvivere. Qui vale la norma che proibisce interventi direttamente soppressivi sull'embrione, mentre giustifica interventi volti esclusivamente alla salvaguardia della vita e della salute della donna.

## **Feti anencefalici**

58. Un caso specifico è costituito dai *feti anencefalici*, nei quali cioè è assente lo sviluppo degli emisferi cerebrali, mentre è invece solitamente presente il tronco cerebrale. Molti di essi muoiono prima del parto e la sopravvivenza, dopo la nascita, è molto ridotta. Una volta accertata la condizione di anencefalia non è lecito praticare l'aborto. La gestante deve essere adeguatamente sostenuta e accompagnata in questa difficile esperienza. Alla nascita, essi devono ricevere solo cure ordinarie, incluse le cure palliative, evitando ogni forma di accanimento terapeutico. L'eventuale prelievo di organi o tessuti è lecito solo dopo l'accertamento di morte. La rianimazione, finalizzata unicamente al mantenimento degli organi in vista del prelievo, non è eticamente giustificabile, in quanto strumentalizzazione lesiva della loro dignità di persona. <sup>134</sup>

## **Riduzione embrionale**

55. Recenti tecniche di procreazione artificiale, soprattutto il trasferimento di più embrioni nel grembo materno, danno luogo ad aumenti significativi di gravidanze multiple, aprendo la strada a possibili interventi per ridurre il numero di embrioni o di feti presenti nel seno materno, mediante la loro diretta soppressione.

« Dal punto di vista etico, *la riduzione embrionale è un aborto intenzionale selettivo*. Si tratta, infatti, di eliminazione deliberata e diretta di uno o più esseri umani innocenti nella fase iniziale della loro esistenza, e come tale costituisce sempre un disordine morale grave ».<sup>129</sup>

## **Aborto e soppressione della vita nascente**

51. L'inviolabilità della persona umana dal momento del concepimento proibisce l'aborto, in quanto soppressione della vita prenatale e costituisce una diretta violazione del diritto fondamentale alla vita dell'essere umano: « al frutto della generazione umana, dal primo momento della sua esistenza, va garantito il rispetto incondizionato che è moralmente dovuto all'essere umano nella sua totalità e unità corporale e spirituale: *“L'essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento* e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzitutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita” ».<sup>119</sup>

La soppressione volontaria della vita nascente costituisce, pertanto, un « abominevole delitto »:<sup>120</sup> « *l'aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave*, in quanto uccisione deliberata di un essere umano innocente. [...] Nessuna circostanza, nessuna finalità, nessuna legge al mondo potrà mai rendere lecito un atto che è intrinsecamente illecito, perché contrario alla legge di Dio, scritta nel cuore di ogni uomo, riconoscibile dalla ragione stessa, e proclamata dalla Chiesa ».<sup>121</sup> L'eliminazione della vita del nascituro indesiderato è diventata un fenomeno assai diffuso, finanziato da denaro pubblico e facilitato da legislazioni permissive o che depenalizzano o legalizzano l'interruzione di gravidanza.<sup>122</sup> Tutto questo porta fatalmente molti a non avvertire più alcuna responsabilità verso la vita nascente e a banalizzare l'aborto e disconoscerne la gravità morale.<sup>123</sup>

52. La Chiesa alza la sua voce a tutela della vita, in particolare di quella indifesa e disconosciuta, quale è la vita embrionale e fetale.<sup>124</sup>

La Chiesa, pertanto, chiama gli operatori sanitari alla fedeltà professionale, che non tollera alcuna azione soppressiva della vita, malgrado « il rischio di incomprensioni, di fraintendimenti, ed anche di pesanti discriminazioni »,<sup>125</sup> che questa coerenza può comportare. La fedeltà medico-sanitaria delegittima ogni intervento, chirurgico o farmaceutico, diretto a interrompere la gravidanza in ogni suo stadio.

53. È comprensibile che, in certi casi, astenersi da pratiche abortive possa essere considerato in conflitto con beni ritenuti importanti, che si vorrebbero salvaguardare, come in caso di grave pericolo per la salute della madre, di gravi situazioni economico-sociali, o di una gravidanza originata da violenza sessuale.<sup>126</sup>

Non si possono disconoscere o minimizzare queste difficoltà e le ragioni che le sorreggono. Si deve, però, affermare anche che nessuna di esse può conferire il diritto di disporre della vita altrui, anche se in fase iniziale: la norma morale che proibisce la soppressione diretta di un essere umano innocente non conosce eccezioni.<sup>127</sup>

54. La delegittimazione etica riguarda ogni forma di aborto diretto in quanto atto intrinsecamente riprovevole. Quando l'aborto segue come conseguenza prevista, ma non intesa né voluta, di un atto terapeutico inevitabile per la salute della madre, questo è moralmente legittimo. L'aborto, in questo

caso, è conseguenza indiretta di un atto in sé non abortivo.<sup>128</sup>

### **Indisponibilità e inviolabilità della vita**

47. « L'inviolabilità della persona, riflesso dell'assoluta inviolabilità di Dio stesso, trova la sua prima e fondamentale espressione nell'inviolabilità della vita umana ».<sup>109</sup> « La domanda "Che hai fatto?" (Gn 4, 10), con cui Dio si rivolge a Caino dopo che questi ha ucciso il fratello Abele, traduce l'esperienza di ogni uomo: nel profondo della sua coscienza, egli viene richiamato alla inviolabilità della vita della sua vita e di quella degli altri come realtà che non gli appartiene, perché proprietà e dono di Dio Creatore e Padre ».<sup>110</sup>

Il corpo partecipa, indivisibilmente dallo spirito, della dignità propria, del valore umano della persona: *corpo-soggetto* non *corpo-oggetto*, e come tale indisponibile e inviolabile.<sup>111</sup>  
Non si può disporre del corpo come di un oggetto di appartenenza, così come non lo si può manipolare come una cosa o uno strumento di cui si è padroni e arbitri.

Ogni improprio intervento sul corpo è offesa alla dignità della persona e perciò a Dio, che ne è l'unico e assoluto Signore: « L'uomo non è padrone della propria vita, ma la riceve in *usufrutto*; non ne è proprietario, ma amministratore, perché Dio solo è Signore della vita ».<sup>112</sup>

48. L'appartenenza a Dio, e non all'uomo, della vita, le conferisce quel carattere sacro, che suscita un atteggiamento di profondo rispetto: « La vita umana è sacra perché fin dal suo inizio comporta "l'azione creatrice di Dio" e rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine. Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente ».<sup>113</sup>

L'attività medico-sanitaria è anzitutto a servizio e a tutela di questa sacralità: una professione a difesa del valore non-strumentale della vita, che è un bene in sé.<sup>114</sup> « 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 ».<sup>115</sup>

49. Questo va affermato con particolare vigore e recepito con vigile consapevolezza in un tempo di invasivo sviluppo delle tecnologie biomediche, in cui aumenta il rischio di una abusiva manipolazione della vita umana. Non sono in discussione le tecniche in se stesse, ma la loro presunta neutralità etica. Non tutto ciò che è tecnicamente possibile può ritenersi moralmente ammissibile. Le possibilità tecniche devono misurarsi con la liceità etica, che ne stabilisce la compatibilità umana, ossia il loro effettivo impiego a tutela e rispetto della dignità della persona umana.<sup>116</sup>

50. La scienza e la tecnica spostano ogni giorno più avanti le loro frontiere, ma « non possono da sole indicare il senso dell'esistenza e del progresso umano. Essendo ordinate all'uomo da cui traggono origine e incremento, attingono dalla persona e dai suoi valori morali l'indicazione delle loro finalità e la consapevolezza dei loro limiti ».<sup>117</sup> È per questo che la scienza deve essere alleata della sapienza.<sup>118</sup>

40. « Dal momento in cui l'ovulo è fecondato si inaugura una nuova vita che non è quella del padre o della madre, ma di un nuovo essere umano che si sviluppa secondo una propria intrinseca finalità per proprio conto. Non sarà mai reso umano se non lo è stato fin da allora... Fin dalla fecondazione è iniziata l'avventura di una vita umana, di cui ciascuna delle grandi capacità richiede tempo per

impostarsi e per trovarsi pronta ad agire ».<sup>95</sup>

Le acquisizioni della biologia umana vengono a confermare che « nello zigote derivante dalla fecondazione si è già costituita l'identità biologica di un nuovo individuo umano ».<sup>96</sup>

È l'individualità propria di un essere autonomo, intrinsecamente determinato, autorealizzante se stesso, con graduale continuità.

Sicché è errato e fuorviante parlare di "pre-embrione", se con questo termine si intende uno stadio o una condizione di vita preumana dell'essere umano concepito. « La realtà dell'essere umano, infatti, per tutto il corso della sua vita, prima e dopo la nascita, non consente di affermare né un cambiamento di natura né una gradualità di valore morale, poiché possiede una *piena qualificazione antropologica ed etica*. L'embrione umano, quindi, fin dall'inizio la dignità propria della persona ».<sup>97</sup>

La sua anima, irriducibile alla sola materia e che non può avere origine che in Dio solo, in quanto da Lui direttamente creata e principio di unità dell'essere umano,<sup>98</sup> è germe dell'eternità che porta iscritta in sé.<sup>99</sup>

« Come pensare che anche un solo momento di questo meraviglioso processo dello sgorgare della vita possa essere sottratto all'opera sapiente e amorosa del Creatore e lasciato in balia dell'arbitrio dell'uomo? ».<sup>100</sup>

41. La vita prenatale è vita pienamente umana in ogni fase del suo sviluppo. Ad essa si deve perciò lo stesso rispetto, la stessa tutela e la stessa cura dovuti ad una persona umana.

A tutti gli operatori socio-sanitari, e in particolare a quelli che svolgono il loro servizio nei reparti di ostetricia, « spetta di vegliare con sollecitudine sul mirabile e misterioso processo della generazione che si compie nel seno materno, allo scopo di seguirne il regolare svolgimento e di favorirne il felice esito con la venuta alla luce della nuova creatura ».<sup>101</sup>

42. La *nascita* di un bambino segna un momento importante e significativo dello sviluppo iniziato con il concepimento, in quanto da quel momento il bambino è in grado di vivere in indipendenza fisiologica dalla madre e di entrare in una nuova relazione con il mondo esterno.

Può avvenire, in caso di parto pretermine, che questa indipendenza non sia stata pienamente raggiunta. In tale evenienza, gli operatori sanitari hanno comunque l'obbligo di assistere il neonato e di porre in atto le cure appropriate, finalizzate a raggiungere la viabilità, oppure, in caso ciò non sia possibile, ad accompagnarlo nell'ultima fase della vita.

43. Qualora si tema per la vita del neonato, gli operatori sanitari, partecipi della missione evangelizzatrice affidata alla Chiesa (cfr. *Mt* 28, 19; *Mc* 15-16), possono amministrare il battesimo secondo le condizioni previste.<sup>102</sup>

44. Il rispetto, la tutela e la cura sono dovuti a ogni essere umano, « perché esso porta impressi in sé in maniera indelebile la propria dignità e il proprio valore ».<sup>103</sup> L'uomo, infatti, è sulla terra l'unica creatura che Dio ha « voluto per se stesso »; tutto il suo essere porta l'immagine del Creatore. La vita umana, pertanto, è sacra perché fin dal suo inizio comporta « l'azione creatrice di Dio » e « rimane per sempre in una relazione speciale con il Creatore, suo unico fine ».<sup>104</sup>

Ogni essere umano, dunque, ha sin dall'inizio la dignità e il valore propri della persona.<sup>105</sup>

45. La vita umana è insieme e irriducibilmente corporale e spirituale. « In forza della sua unione sostanziale con un'anima spirituale, il corpo umano non può essere considerato solo come un complesso di tessuti, organi e funzioni, né può essere valutato alla stessa stregua del corpo degli animali, ma è parte costitutiva della persona che attraverso di esso si manifesta e si esprime ».<sup>106</sup>

46. Il corpo, manifestazione della persona, non è eticamente indifferente, ma ha invece rilevanza

morale: è indicativo-imperativo per l'agire.<sup>107</sup>

Il corpo umano è una realtà tipicamente personale, segno e luogo della relazione con gli altri, con Dio e con il mondo.<sup>108</sup>

Il corpo ha leggi e valori propri, che l'uomo gradatamente deve scoprire, usare e ordinare. Non si può prescindere dal corpo ed ergere il sentire e il desiderare soggettivi a esclusivo criterio e fonte di moralità.

## Morire

### Verità al morente

156. Vi è il diritto della persona ad essere informata sul proprio stato di salute. Questo diritto non decade neppure in caso di una diagnosi e prognosi infausta, e implica da parte del medico il dovere di una comunicazione rispettosa delle condizioni dell'ammalato. La prospettiva della morte rende difficile e drammatica la notificazione, ma non esime dalla *veracità*. La comunicazione tra il morente e coloro che lo assistono non si può stabilire nella finzione. Questa non costituisce mai una possibilità umana per il morente, e non contribuisce all'umanizzazione del morire. A tale informazione sono connesse *importanti e indelegabili responsabilità*. L'avvicinarsi della morte porta con sé la responsabilità di compiere determinati doveri riguardanti i propri rapporti con la famiglia, la sistemazione di eventuali questioni professionali, la risoluzione di pendenze verso terzi. Pertanto, non si dovrebbe lasciare la persona nell'ignoranza delle proprie reali condizioni cliniche nell'ora decisiva della sua vita.

157. Il dovere della verità all'ammalato nella fase terminale esige nel personale sanitario *discernimento e tatto*. Non può consistere in una comunicazione distaccata e indifferente. La verità non va sottaciuta, ma non va neppure semplicemente notificata: essa va comunicata nell'amore e nella carità. Si tratta di stabilire con lui quel rapporto di fiducia, di accoglienza e di dialogo, che sa trovare i momenti e le parole. C'è un dire che sa discernere e rispettare i tempi dell'ammalato, ritmandosi ad essi. C'è un parlare che sa cogliere le sue domande ed anche suscitare, per indirizzarle gradualmente alla conoscenza del suo stato di vita. Chi cerca di essere presente all'ammalato e sensibile alla sua sorte sa trovare le parole e le risposte, che consentono di comunicare nella verità e nella carità (cfr. Ef 4, 15).

158. « Ogni singolo caso ha le sue esigenze, in funzione della sensibilità e delle capacità di ciascuno, delle relazioni col malato e del suo stato; in previsione di sue eventuali reazioni (ribellione, depressione, rassegnazione, ecc.), ci si preparerà ad affrontarle con calma e con tatto ».<sup>295</sup>

L'importante non consiste solo nell'esattezza di ciò che si dice, ma nella *relazione solidale* con l'ammalato. Non si tratta solo di trasmettere dati clinici, ma di comunicare significati.

In questa relazione, la prospettiva della morte non si presenta come ineluttabile e perde il suo potere angosciante: il paziente non si sente abbandonato e condannato alla morte. La verità che gli viene così comunicata non lo chiude alla speranza, perché lo può far sentire vivo in una *relazione di condivisione e di comunione*. Egli non è solo con il suo male: si sente compreso nella verità, riconciliato con sé e con gli altri. Egli è se stesso come persona. La sua vita, malgrado tutto, ha un senso, e si dispiega in un orizzonte di significato invero e trascendente il morire.

### Assistenza religiosa al morente

159. La *crisi spirituale* che l'avvicinarsi della morte comporta, induce la Chiesa a farsi portatrice al morente e ai familiari della luce di speranza, che solo la fede può accendere sul mistero della morte.

La morte è un evento che introduce nella vita di Dio, su cui solo la rivelazione può pronunciare una parola di verità. L'annuncio « pieno di grazia e di verità » (Gv 1, 14) del Vangelo accompagna il cristiano dall'inizio al termine della vita che vince la morte, e apre il morire umano alla speranza più grande.

160. Occorre dunque dare *sensu evangelico alla morte*: annunciare il Vangelo al morente. È un dovere pastorale della comunità ecclesiale in ciascun membro, secondo le responsabilità di ognuno. Un compito particolare compete al cappellano sanitario, chiamato in modo singolare a curare la pastorale dei morenti nell'ambito più ampio di quella dei malati.

Per lui tale compito implica non solo il ruolo da svolgere personalmente accanto ai morenti affidati alle sue cure, ma anche la promozione di questa pastorale, a livello di organizzazione dei servizi religiosi, di formazione e di sensibilizzazione degli operatori sanitari e dei volontari, nonché di coinvolgimento di parenti e amici. L'annuncio del Vangelo al morente ha nella carità, nella preghiera e nei sacramenti le forme espressive.

161. La *carità* significa quella presenza donante e accogliente, che stabilisce con il morente una comunione fatta di attenzione, di comprensione, di premure, di pazienza, di condivisione, di gratuità. La carità vede in lui, come in nessun altro, il volto del Cristo sofferente e morente che lo chiama all'amore. La carità verso il morente è espressione privilegiata di amore di Dio nel prossimo (cfr. Mt 25, 31-40). Amarlo con carità cristiana è aiutarlo a riconoscere e fargli sentire viva la misteriosa presenza di Dio al suo fianco: nella carità del fratello traspare l'amore del Padre.

162. La carità apre il rapporto con il morente alla *preghiera*, ossia alla comunione con Dio. In essa egli si rapporta a Dio come Padre che accoglie i figli che ritornano a Lui. Favorire nel morente la preghiera e pregare insieme con lui vuol dire dischiudere al morire gli orizzonti della vita divina. Significa, al tempo stesso, entrare in quella comunione dei santi in cui si riannodano in modo nuovo tutti i rapporti, che la morte sembra irrimediabilmente spezzare.

163. Momento privilegiato della preghiera con il malato nella fase terminale della malattia è la celebrazione dei *sacramenti*: i segni della presenza salvifica di Dio, « la Penitenza, la santa Unzione e l'Eucaristia, in quanto Viatico, costituiscono, al termine della vita cristiana, "i sacramenti che preparano alla patria" o i sacramenti che concludono il pellegrinaggio terreno ».<sup>296</sup>

In particolare, il sacramento della *riconciliazione* o *penitenza*: nella pace con Dio, il morente è in pace con se stesso e con il prossimo. « A coloro che stanno per lasciare questa vita, la Chiesa offre, oltre all'Unzione degli infermi, l'Eucaristia come Viatico ». Ricevuta nel momento di passaggio, l'Eucaristia, in quanto *viatico*, è sacramento del passaggio dalla morte alla vita, da questo mondo al Padre, e dà al morente la forza di affrontare l'ultima e decisiva tappa del cammino della vita.<sup>297</sup> Ne deriva per il cristiano l'importanza per richiederla, e ciò costituisce altresì un dovere della Chiesa amministrarla.<sup>298</sup> Ministro del viatico è il sacerdote. In sua sostituzione può essere conferito dal diacono o, in sua assenza, da un ministro straordinario dell'Eucaristia.<sup>299</sup>

164. In questa fede piena di carità l'impotenza umana davanti al mistero della morte non è subita come angosciante e paralizzante. Il cristiano può trovare la speranza, ed in essa la possibilità, malgrado tutto, di vivere e di non subire la morte.

## **Soppressione della vita**

165. L'*inviolabilità della vita umana* significa e implica, da ultimo, l'illiceità di ogni atto direttamente soppressivo. « L'inviolabilità del diritto alla vita dell'essere umano innocente dal concepimento alla morte è un segno e un'esigenza dell'inviolabilità stessa della persona, alla quale il Creatore ha fatto il dono della vita ».<sup>300</sup>

166. È per questo che « nessuno può attentare alla vita di un uomo innocente senza opporsi all'amore



di Dio per lui, senza violare un diritto fondamentale, irrinunciabile e inalienabile ».<sup>301</sup>

Questo diritto viene all'uomo *immediatamente da Dio* (non da altri: i genitori, la società, un'autorità umana). « Quindi non vi è nessun uomo, nessuna autorità umana, nessuna scienza, nessuna "indicazione" medica, eugenica, sociale, economica, morale, che possa esibire o dare un valido titolo giuridico per una diretta deliberata disposizione sopra una vita umana innocente, vale a dire una disposizione che miri alla sua distruzione, sia come a scopo, sia come a mezzo per un altro scopo, per sé forse in nessun modo illecito ».<sup>302</sup>

In particolare, « niente a nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato, incurabile o agonizzante. Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità ».<sup>303</sup>

167. « Ministri della vita e mai strumenti di morte »,<sup>304</sup> agli operatori sanitari « spetta il compito di salvaguardare la vita, di vigilare affinché essa evolva e si sviluppi in tutto l'arco dell'esistenza, nel rispetto del disegno tracciato dal Creatore ».<sup>305</sup> Questo ministero vigile di salvaguardia della vita umana riprova l'*omicidio* come atto moralmente grave, in contraddizione con la missione medica, e contrasta la morte volontaria, il *suicidio*, come « inaccettabile », dissuadendo chiunque ne fosse tentato.<sup>306</sup> Tra le modalità, omicidio o suicidio, di soppressione della vita ve ne sono due l'aborto e l'eutanasia verso cui questo ministero deve farsi oggi particolarmente vigilante e in certo modo profetico, per il contesto culturale e legislativo assai spesso insensibile, se non proprio favorevole al loro diffondersi.

## **Eutanasia**

168. . La pietà suscitata dal dolore e dalla sofferenza verso malati nella fase terminale della malattia, bambini anormali, malati mentali, anziani, può costituire il contesto nel quale si può fare sempre più forte la tentazione dell'eutanasia, cioè di impadronirsi della morte, procurandola in anticipo e ponendo così fine "dolcemente" alla vita propria o altrui.<sup>307</sup>

« Per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. "L'eutanasia si situa dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati" ».<sup>308</sup>

In realtà, ciò che potrebbe sembrare logico e umano, visto in profondità si presenta assurdo e disumano. Siamo di fronte a uno dei sintomi più allarmanti della cultura della morte che, soprattutto nelle società più sviluppate, fa apparire troppo oneroso e insopportabile l'onere assistenziale che persone disabili e debilitate richiedono. Società quasi esclusivamente organizzate sulla base di criteri di efficienza produttiva, secondo i quali una vita irrimediabilmente inabile non ha più alcun valore.<sup>309</sup> Ma ogni uomo, sinceramente aperto alla verità e al bene, con la luce della ragione e non senza il segreto influsso della grazia, può arrivare a riconoscere nella legge naturale scritta nel cuore (cfr. *Rm* 2, 14-15) il valore sacro della vita umana e il diritto di ogni essere umano a vedere sommamente rispettato questo suo bene primario.<sup>310</sup> L'eutanasia, pertanto, è un atto omicida, che nessun fine può legittimare.<sup>311</sup>

169. Il personale medico e gli altri operatori sanitari fedeli al compito di « essere sempre al servizio della vita e assisterla sino alla fine »<sup>312</sup> non possono prestarsi a nessuna pratica eutanassica neppure su richiesta dell'interessato, tanto meno dei suoi *Non esiste, infatti, un diritto a disporre arbitrariamente della propria vita*, per cui nessun operatore sanitario può farsi tutore esecutivo di un

diritto inesistente.

170. « Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto. Oltre le cure mediche, ciò di cui l'ammalato ha bisogno è l'amore, il calore umano e soprannaturale, col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e altri operatori sanitari ».<sup>313</sup>

L'ammalato, che si sente circondato da presenza amorevole umana e cristiana, non cade nella depressione e nell'angoscia di chi, invece, si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte, e chiede di porvi fine. È per questo che *l'eutanasia è una sconfitta* di chi la teorizza, la decide e la pratica.

171. L'eutanasia è un crimine, al quale gli operatori sanitari, garanti sempre e solo della vita, non possono in alcun modo cooperare.<sup>314</sup> Per la scienza medica essa segna « un momento di regresso e di abdicazione, oltretutto un'offesa alla dignità del morente e alla sua persona ».<sup>315</sup> Il suo profilarsi, come ulteriore approdo di morte dopo l'aborto, deve essere colto come un *drammatico appello alla fedeltà effettiva e senza riserve verso la vita*.

## **Morire con dignità**

149. In fase terminale la dignità della persona si precisa come diritto a morire nella maggiore serenità possibile, e con la dignità umana e cristiana che gli è dovuta.<sup>274</sup> Tutelare la dignità del morire significa rispettare il malato nella fase finale della vita, escludendo sia di anticipare la morte (eutanasia),<sup>275</sup> sia di dilazionarla con il cosiddetto "*accanimento terapeutico*".<sup>276</sup> Questo diritto è venuto emergendo alla coscienza esplicita dell'uomo d'oggi per proteggerlo, nel momento della morte, da « un tecnicismo che rischia di divenire abusivo ».<sup>277</sup> La medicina odierna dispone, infatti, di mezzi in grado di ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva un reale beneficio.

150. Consapevole di non essere « né il signore della vita, né il conquistatore della morte », l'operatore sanitario, nella valutazione dei mezzi, « deve fare le opportune scelte ».<sup>278</sup> Egli applica qui il principio già enunciato della *proporzionalità delle cure*, il quale viene così precisato: « Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi ».<sup>279</sup> Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza. La rinuncia a tali trattamenti, che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, può anche voler dire il rispetto della volontà del morente, espressa nelle *dichiarazioni o direttive anticipate di trattamento*, escluso ogni atto di natura eutanasi. Il paziente può esprimere in anticipo la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o no essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso della sua malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o dissenso. « Le decisioni devono esser prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente ».<sup>280</sup> Il medico non è comunque un mero esecutore, conservando egli il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi dalla propria coscienza.

## **Legge civile e obiezione di coscienza**

151. Nessun operatore sanitario, dunque, può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente, anche quando l'eutanasia fosse richiesta in piena coscienza dal soggetto interessato. Inoltre, « uno Stato che legittimasse tale richiesta e ne autorizzasse la realizzazione, si troverebbe a legalizzare un caso di suicidio-omicidio, contro i principi fondamentali dell'indisponibilità della vita e della tutela di ogni vita innocente »<sup>281</sup>, ponendosi dunque « radicalmente non solo contro il bene del singolo, ma anche contro il bene comune e, pertanto, [tali legalizzazioni] (d.r.) sono del tutto prive di autentica validità giuridica »<sup>282</sup>. Simili legalizzazioni cessano di essere una vera legge civile, moralmente obbligatoria per la coscienza<sup>283</sup>, sollevando piuttosto « un grave e preciso obbligo di opporsi ad esse mediante l'obiezione di coscienza »<sup>284</sup>.

Al riguardo, i principi generali circa la *cooperazione ad azioni cattive* sono così riaffermate: « I cristiani, come tutti gli uomini di buona volontà, sono chiamati, per un grave dovere di coscienza, a non prestare la loro collaborazione formale a quelle pratiche che, pur ammesse dalla legislazione civile, sono in contrasto con la Legge di Dio. Infatti, dal punto di vista morale, non è mai lecito cooperare formalmente al male. Tale cooperazione si verifica quando l'azione compiuta, o per la sua stessa natura o per la configurazione che essa viene assumendo in un concreto contesto, si qualifica come partecipazione diretta ad un atto contro la vita umana innocente o come condivisione dell'intenzione immorale dell'agente principale. Questa cooperazione non può mai essere giustificata né invocando il rispetto della libertà altrui, né facendo leva sul fatto che la legge civile la prevede e la richiede: per gli atti che ciascuno personalmente compie esiste, infatti, una responsabilità morale a cui nessuno può mai sottrarsi e sulla quale ciascuno sarà giudicato da Dio stesso (cfr. Rm 2, 6; 14, 12) »<sup>285</sup>.

## **Nutrizione e idratazione**

152. La *nutrizione* e l'*idratazione*, anche artificialmente somministrate, rientrano tra le cure di base dovute al morente, quando non risultino troppo gravose o di alcun La loro sospensione non giustificata può avere il significato di un vero e proprio atto eutanasi: « La somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione »<sup>286</sup>.

## **Uso degli analgesici in malati in fase terminale**

153. Tra le cure da somministrare all'ammalato in fase terminale vanno annoverate quelle analgesiche. Per un malato, il dolore negli ultimi momenti di vita, può assumere un significato spirituale e, in particolare per il cristiano, può essere accolto come « partecipazione alla passione » e « unione al sacrificio redentore di Cristo » (Col 1, 24), e per questo può rifiutare la somministrazione di *terapie analgesiche*.<sup>287</sup> Ciò, però, non costituisce una norma generale. Non si può infatti imporre a tutti un comportamento eroico.<sup>288</sup> Molte volte, infatti, il dolore può diminuire la forza fisica e morale della persona.<sup>289</sup> Una corretta assistenza umana e cristiana prevede, quando necessario nella terapia, con il consenso dell'ammalato, l'uso di farmaci che siano atti a lenire o a sopprimere il dolore, anche se ne possono derivare torpore o minore lucidità<sup>289</sup>.

154. Nella fase terminale, per lenire i dolori può essere necessario l'uso di analgesici anche a dosaggi elevati; questo comporta il rischio di effetti collaterali e complicazioni, compresa l'*anticipazione della morte*. È necessario, quindi, che vengano prescritti in modo prudente e *lege artis*.

« L'uso degli analgesici per alleviare le sofferenze al moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile ».<sup>290</sup> In tal caso « la morte non è voluta o ricercata in alcun modo, benché se ne corra il rischio per una ragionevole causa: si intende semplicemente lenire il dolore in maniera efficace, usando allo scopo quegli analgesici di cui la medicina dispone ».<sup>291</sup>

155. Si dà inoltre l'eventualità di causare con gli analgesici e i narcotici la *soppressione della coscienza* nel morente. Tale impiego merita una particolare considerazione.<sup>292</sup> In presenza di dolori insopportabili, refrattari alle terapie analgesiche usuali, in prossimità del momento della morte, o nella fondata previsione di una particolare crisi nel momento della morte, una seria indicazione clinica può comportare, con il consenso dell'ammalato, la somministrazione di farmaci soppressivi della coscienza. Questa sedazione palliativa profonda in fase terminale, clinicamente motivata, può essere moralmente accettabile a condizione che sia fatta con il consenso dell'ammalato, che sia data una opportuna informazione ai familiari, che sia esclusa ogni intenzionalità eutanassica e che il malato abbia potuto soddisfare i suoi doveri morali, familiari e religiosi: « avvicinandosi alla morte, gli uomini devono essere in grado di poter soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incerto definitivo con Dio ».<sup>293</sup> Pertanto, « "non si deve privare il moribondo della coscienza di sé senza grave motivo" ».<sup>294</sup>

La sedazione palliativa nelle fasi prossime al momento della morte, deve essere attuata secondo corretti protocolli etici e sottoposta ad un continuo monitoraggio, non deve comportare la sospensione delle cure di base.

144. Servire la vita significa per l'operatore sanitario rispettarla ed assisterla fino al compimento. L'uomo non è padrone ed arbitro della vita, ma fedele custode; la vita infatti è un *dono di Dio*, e quindi è *inviolabile e indisponibile*. Anche l'operatore sanitario non può ritenersi arbitro né della vita né della morte.

145. Quando le condizioni cliniche si deteriorano in modo irreversibile l'ammalato entra nella fase terminale della sua vita terrena, e vivere la malattia può farsi progressivamente precario e penoso. Al dolore fisico si aggiungono sofferenze psichiche e spirituali, che il distacco indotto dal processo del morire può comportare.

In questa fase della vita, un'assistenza integrale e rispettosa della persona deve favorire la *dimensione propriamente umana e cristiana del morire* come obiettivo fondamentale da perseguire. Questo accompagnamento verso la morte richiede compassione e professionalità da parte di operatori sanitari psicologicamente ed emotivamente competenti. Si tratta, infatti, di realizzare un accompagnamento assistenziale umano e cristiano, cui gli operatori professionali e pastorali sono chiamati a dare, secondo le proprie competenze e responsabilità, il loro contributo qualificato e doveroso. L'atteggiamento davanti al malato nella fase terminale della malattia costituisce la *verifica della professionalità e delle responsabilità etiche degli operatori sanitari*.<sup>269</sup>

146. Il *processo del morire* è un momento della vita della persona che, seppure non reversibile, *merita sempre cura e assistenza*. Gli operatori sanitari sono chiamati a interagire con gli operatori pastorali e i familiari per offrire alla persona nella fase terminale della vita quell'aiuto clinico, psicologico, spirituale che gli consentano, per quanto umanamente possibile, di accettare e di vivere la sua morte.

Quando le condizioni lo permettano, se richiesto direttamente o dai suoi familiari, si deve dare la possibilità al morente di ritornare nella propria casa o in un ambiente adeguato, aiutandolo a vivere l'esperienza ultima della sua vita, assicurando la necessaria assistenza sanitaria e pastorale.

Al malato nella fase terminale della sua malattia vanno somministrate tutte le cure, che gli consentano di alleviare la penosità del processo del morire. Queste corrispondono alle cosiddette *cure palliative*, che con una risposta assistenziale ai bisogni fisici, psicologici, spirituali tendono a realizzare una “*presenza amorevole*” intorno al morente e ai suoi familiari.<sup>270</sup>

Questa presenza attenta e premurosa infonde fiducia e speranza al morente e lo aiuta a vivere il momento della morte e può consentire ai suoi familiari ad accettare la morte del loro congiunto. È questo il contributo che operatori sanitari e pastorali devono offrire al morente e alla sua famiglia, perché al rifiuto subentri l'accettazione e sull'angoscia prevalga *la speranza*.

147. Al termine dell'esistenza terrena, l'uomo si trova posto di fronte al mistero: « Davanti al mistero della morte si rimane impotenti; vacillano le umane Ma è proprio di fronte a tale scacco che la fede cristiana ... si propone come sorgente di serenità e di pace ... ». <sup>271</sup> Ciò che sembra senza significato può acquistare senso.

Per il cristiano la morte non è un'avventura senza speranza, è la porta dell'esistenza che si spalanca sull'eternità, è esperienza di *partecipazione al mistero di morte e di risurrezione di Cristo*.<sup>272</sup> In quest'ora decisiva della vita di una persona la testimonianza di fede e di speranza degli operatori sanitari e pastorali che lo assistono, può far intravedere al morente e ai suoi familiari la promessa di Dio di una terra nuova ove non ci sarà più né morte, né lutto, né lamento, né affanno, perché le cose di prima sono passate (cfr. *Ap 21, 4ss*). « Al di sopra di tutti i conforti umani, nessuno può trascurare di vedere l'aiuto enorme dato ai morenti e alle loro famiglie dalla fede in Dio e dalla speranza in una vita eterna ». <sup>273</sup>

Realizzare una presenza di fede e di speranza è per operatori sanitari e pastorali la più alta forma di umanizzazione del morire.

## Conclusione

La fedeltà alla vita, dono di Dio, nel suo termine così come nel suo sorgere, nel suo fiorire e nel suo declinare è un impegno per ogni uomo e ogni donna di buona volontà, ma senza dubbio « *peculiare è la responsabilità affidata agli operatori sanitari: medici, farmacisti, infermieri, cappellani, religiosi e religiose, amministratori e volontari*. La loro professione li vuole custodi e servitori della vita umana. Nel contesto culturale e sociale odierno, nel quale la scienza e l'arte medica rischiano di smarrire la loro nativa dimensione etica, essi possono essere talvolta fortemente tentati di trasformarsi in artefici di manipolazione della vita o addirittura in operatori di morte. Di fronte a tale tentazione la loro responsabilità è oggi enormemente accresciuta e trova la sua ispirazione più profonda e il suo sostegno più forte proprio nell'intrinseca e imprescindibile dimensione etica della professione sanitaria, come già riconosceva l'antico e sempre attuale *giuramento di Ippocrate*, secondo il quale ad ogni medico è chiesto di impegnarsi per il rispetto assoluto della vita umana e della sua sacralità ». <sup>316</sup>

Dio, amante della vita, l'ha affidata alle mani dell'uomo perché ne sia appassionato custode. Per rispondere a questa vocazione esaltante è necessaria la disponibilità a sperimentare una conversione intima, a purificare il cuore e a trovare uno sguardo nuovo. « È lo sguardo di chi vede la vita nella sua profondità, cogliendone le dimensioni di gratuità, di bellezza, di provocazione alla libertà e alla responsabilità. È lo sguardo di chi non pretende d'impossessarsi della realtà, ma la accoglie come un dono, scoprendo in ogni cosa il riflesso del Creatore e in ogni persona la sua immagine vivente (cfr. *Gn 1, 27; Sal 8, 6*). Questo sguardo non si arrende

sfiduciato di fronte a chi è nella malattia, nella sofferenza, nella marginalità e alle soglie della morte; ma da tutte queste situazioni si lascia interpellare per andare alla ricerca di un senso e, proprio in

queste circostanze, si apre a ritrovare nel volto di ogni persona un appello al confronto, al dialogo, alla solidarietà. È tempo di assumere tutti questo sguardo, ridiventando capaci, con l'animo colmo di religioso stupore, di *venerare e onorare ogni uomo* ». <sup>317</sup>

## Indice

### INDICE ANALITICO DELLA MATERIA\*

#### **Abbandono**

- del malato, 77

**Abortista**, mentalità, 51

#### **Aborto**

- come conseguenza di un atto terapeutico, 54
- definizione, 51
- e Chiesa, 52, 61
- valutazione etica, 53

#### **Accanimento**

- diagnostico, 77
- terapeutico, 58, 149

**Adulto/i**: non in grado di comprendere e decidere

- sperimentazione su, 101

1. *Ricerca e sperimentazione*

**Alcolismo**, 125-126

**Analgesia**, 93-95

- e malati terminali, 153-155 (v. *Malato/i*)
- liceità e dovere del ricorso alla, 94

**Anencefalia**, 58 (v. *Aborto*)

#### **Assistenza religiosa**

- al morente, 159-164

1. *Cura pastorale*

**Assistenza sanitaria**, 85



- definizione, 3

#### 1. *Terapia*

**Battesimo:** in pericolo di vita, 43, 62

### **Bioetica**

- dovere di conoscerla, 5
- cattedra di, 5

### **Cellule**

- staminali, 81 ( *Terapia*)
- animali o vegetali per fini farmaceutici, 83

(v. *Ingegneria genetica*)

**Clonazione,** 39, 82

#### 1. *Terapia*

**Comitati etici,** 5, 102, 104, 107, 140

### **Consenso**

- informato del paziente, 96, 103
- presunto, 97, 104
- al prelievo di organi, 110 (v. *Donazione di organi, Prelievo di organi*)

**Consulenza di etica clinica,** 140 (v. *Comitati etici*)

**Contraccezione,** 16-17

- e *aborto* (v.), 19

**Contragestazione,** 56 (v. *Aborto*)

### **Corpo**

- appartiene a Dio, 47
- disposizione legittima della vita fisica, 89
- manifestazione della persona, 46

### **Coscienza**

- dell'operatore sanitario, 4, 6
- soppressione della, 155

#### 1. *Analgesia, Obiezione di coscienza*

### **Cura/e**

- ordinarie e straordinarie, 86
- palliative, 58, 147
- pastorale, 135-139

1. *Accanimento terapeutico, Terapia*

**Diagnosi, 76-78**

- come atto a beneficio della salute, 78

\* I numeri rinviano agli articoli della *Carta*.

- prenatale 33-36
- pre-impianto, 36 ( *Fivet*)

**Dichiarazione anticipata di trattamento, 150**

**Dipendenza/e, 121**

1. *Alcolismo, Droga, Psicofarmaci, Tabagismo*

**Dolore**

- effetti nocivi all'integrità psico-fisica, 94
- funzione biologica, 93
- significato penitenziale e salvifico, 95

1. *Analgesia*

**Donazione di organi**

- da cadavere, 110, 114 (v. *Morte*)
- da vivente, 110, 114
- organi da escludere per il trapianto, 119
- valore morale 109

**Donna:** in età fertile

- sperimentazione su, 108

1. *Ricerca e sperimentazione*

**Droga**

1. *Tossicodipendenza*

**Emmione/i**

- crioconservazione, 37 ( *Fivet*)
- dignità, 39
- riduzione degli, 35, 55 (v. *Fecondazione*)

*artificiale)*

- sperimentazione su, 106 (v. *Ricerca e sperimentazione*)

## **Essere umano**

- dignità, 44

### *1. Vita*

## **Eutanasia, 168-171**

- è un atto omicida, 168
- mentalità eutanasica, 168

### *1. Accanimento terapeutico*

## **Farmaco**

- accesso, 91-92
- prescrizione e uso, 90
- raro, 92, 143

## **Fecondazione artificiale, 26-32**

### *1. Fivet, Procreazione umana*

## **Fedeltà**

- etica, 10
- professionale, 52 (v. *Aborto*)

## **Fertilità**

- centri per la regolazione naturale della, 22
- regolazione responsabile della, 14-16

## **Feti umani**

- obblighi verso i feti umani abortiti, 62 (v. *Aborto*)

## **Fiducia: del malato, 4**

## **Figlio**

- soggetto di diritto sin dal concepimento, 27

## **Fivet (Fertilizzazione in vitro con embryo transfer)**

- e *aborto* (v.), 28
- eterologa, 29
- omologa, 26

1. *Procreazione umana*

**Ginecologo**

- doveri, 41

**Gravidanza ectopica, 57 (v. Aborto)****Idratazione, 152****Individualità biologica, 40****Infertilità**

- cura della, 23

**Ingegneria genetica, 79**

- con fini di miglioramento e potenziamento, 80

**Inseminazione artificiale**

- eterologa, 29
- omologa, 25

1. *Procreazione umana*

**Intercezione, 56 (v. Aborto)****Legge morale**

- fedeltà alla, 5

**Malato/i**

- ansie del, 77
- familiari del, 75 (v. *Consenso*)
- terminale, 145

1. *Malattia*

**Malattia**

- coscienza, accettazione, oblazione, 74
- definizione e natura, 73
- negletta, 92
- rara, 92, 143
- significato trascendente, 74

**Maternità surrogata, 31**

1. *Fecondazione artificiale*

**medicina psicosomatica, 131****Minore/i**

- sperimentazione su, 101

1. *Ricerca e sperimentazione*

**Metodi naturali, 16-17**

1. *Fertilità, Procreazione umana*

**Morte**

- accertamento, 115-116
- definizione biologica, 115
- evangelizzazione della, 159
- morire con dignità, 145-148
- morte naturale, 63
- significato, 145

**Nascita, 42****Nutrizione, 152****Obiezione di coscienza, 59-61, 151 (v. Aborto)****Operatore sanitario**

- al servizio della persona umana, 2
- attività e ambito di azione, 2
- e *consenso* (v.)
- dedizione, 4
- definizione, 1
- e *diagnosi* (v.), 77
- e *donazione di organi* (v.), 111
- e malati terminali, 145 (v. *Malato/i*)
- e *malattia* (v.), 73, 75
- e morenti, 147
- e *prevenzione* (v.), 68, 71-72
- e *procreazione umana* (v.), 13
- e uso del *farmaco* (v.), 90
- formazione, 5
- partecipa all'azione pastorale della Chiesa, 9
- rapporto tra professione, vocazione e missione, 8

**Organi**

1. *Donazione di organi*

**Ovocita/i**

- crioconservazione, 38

1. *Fivet*

## **Pastorale degli Infermi**

1. *Cura pastorale*

## **Paziente**

1. *Malato/i*

## **Persona umana**

- dignità, 1
- rispetto, 1
- visione integrale della, 6

1. *Vita*

## **Politica sanitaria, 7, 141-143 Precauzione, principio di, 116 Prelievo di organi**

- da cadavere, 110, 114 (v. *Donazione di organi, Morte*)
- da vivente, 110, 114 (v. *Donazione di organi, Morte*)
- in età pediatrica, 117

## **Prevenzione, 67-72**

- e competenza essenziale, 68
- e competenza profilattica, 71
- e uso di materiale biologico, 69-70 (v. *Aborto*)
- disagi di fasce sociali d'individui, 72
- primato, 67

## **Procreazione umana**

- artificiale, 26-32
- atto coniugale, 15, 23-24,
- valore e dignità, 11, 12

1. *Fecondazione artificiale, Fivet, Inseminazione artificiale*

## **Prognosi, 76**

## **Proporzionalità, principio della**

– delle cure, 86-87, 150

## **Psicofarmaci**

- categorie di, 128
- liceità etica, 129



- uso illecito, 130

#### 1. *Medicina psicosomatica*

### **Psicoterapia**

- criteri di liceità, 133
- e antropologia, 132

### **Rappresentate legale, 98, 101, 104, 116**

#### 1. *Consenso*

### **Responsabilità etiche, 6**

### **Riabilitazione, 84-89**

- dall'*alcolismo* (v.), 126
- dalla *tossicodipendenza* (v.), 123-124
- dal *tabagismo* (v.), 127

### **Ricerca e sperimentazione, 99-108**

- definizione, 99
- d'emergenza, 104 (v. *Consenso*)
- e *comitati etici* (v.)
- e *consenso* (v.)
- e principio del rischio proporzionato, 102
- fattore rischio, 101
- immorale, 100
- informazione e comprensione, 101
- morale, 99

### **Salute**

- cura della, 3, 4
- diritto alla tutela della, 66, 91, 141-143

### **Sapienza**

- alleata della scienza, 50

### **Scienza**

- servizio al bene integrale dell'essere umano, 6
- servizio alla fragilità umana, 2

### **Sedazione palliativa profonda, 155 (v. *Analgesia*)**

### **Sindacali, diritti**

- subordinati al diritto alla vita e alla salute, 66

**Soggetto:** vulnerabile

- sperimentazione su, 107

1. *Ricerca e sperimentazione***Solidarietà, principio della**, 113, 142-143**Sterilizzazione**, 20

- coattiva, 21
- ed atti terapeutici, 20
- volontaria, 20

1. *Contraccezione***Suicidio**, 871. *Eutanasia***Sussidiarietà, principio della**, 142-143**Tabagismo**, 127**Tecnica**

- possibilità tecnica e liceità etica, 49

**Terapia**, 84-89

- antalgica (v. *Analgesia, Dolore*)
- dovere della, 85
- genica, 80 (v. *Ingegneria genetica*)
- proporzionata e sproporzionata, 86, 87
- rigenerativa, 81-82 (v. *Aborto, Cellule*)

1. *Accanimento terapeutico***Terminale/i**1. *Malato/i***Tessuto ovarico**

- conservazione del, 38
- autotrapianto del, 112 (v. *Trapianto/i di organi*)

**Tossicodipendenza**

- cause, 122
- recupero, 123
- valutazione etica, 123

**Totalità, principio di, 88****Trapianto/i di organi**

- autoplastici, 112
- di organi e tessuti provenienti da animali, 118
- e abusi, 120
- e identità personale, 119
- omoplastici, 113-114
- valore morale, 109

**1. Donazione di organi****Unzione degli Infermi**

- catechesi preparatoria, 138
- destinatari, 139
- ministro, 139
- natura e finalità del sacramento, 138
- ripetibilità, 139

**Vaccino**

(v. *Prevenzione*)

**Verità**

- al malato e al morente, 156-158

**Viatico, 163****Vita**

- appartiene a Dio, 48
- corporale e spirituale, 45
- dal concepimento al suo termine naturale, 63
- diritto fondamentale e primario alla, 63-66
- dono di Dio, 11, 32, 48, 144;
- è sacra, 48
- indisponibile e inviolabile, 47, 144
- prenatale, 41
- Vangelo della, 61

**Zigote**

- natura personale, 40

**SOMMARIO**

<i>Prefazione</i> . . . . .	3
-----------------------------	---

<i>Introduzione: Ministri della vita</i> . . . . .	7
<b>GENERARE</b>	
Regolazione della fertilità . . . . .	22
Risposte mediche alla infertilità coniugale . . . . .	30
Diagnosi prenatale e preimpianto . . . . .	36
Congelamento di embrioni e ovociti . . . . .	39
Nuovi tentativi di generazione umana . . . . .	41
<b>VIVERE</b>	
Indisponibilità e inviolabilità della vita . . . . .	49
Aborto e soppressione della vita nascente . . . . .	51
Riduzione embrionale . . . . .	55
Intercezione e contragestazione . . . . .	55
Gravidanze ectopiche. . . . .	56
Feti anencefalici. . . . .	56
Obiezione di coscienza . . . . .	57
Tutela del diritto alla vita . . . . .	59
Prevenzione . . . . .	61
Prevenzione e vaccini . . . . .	62
Prevenzione sanitaria e società . . . . .	63
Malattia . . . . .	64
Diagnosi . . . . .	67
Interventi sul genoma. . . . .	68
Terapia genica . . . . .	69
Terapia rigenerativa . . . . .	70
Terapia e riabilitazione . . . . .	73
Prescrizione e uso appropriato dei farmaci . . . . .	77
Accesso ai farmaci e alle tecnologie disponibili . . . . .	78

Sanità sostenibile, imprese del farmaco, malattie rare e neglette . . . . . 79

Terapia antalgica . . . . . 80

Consenso informato del paziente . . . . . 82

Ricerca e sperimentazione biomedica . . . . . 84

Donazione e trapianti di organi e tessuti . . . . . 93

Accertamento della morte . . . . . 97

Prelievo di organi in età pediatrica . . . . . 100

Xenotrapianti . . . . . 100

Trapianto e identità personale . . . . . 101

Abusi nei trapianti . . . . . 101

Dipendenze . . . . . 102

Tossicodipendenza . . . . . 103

Alcoolismo. . . . . 104

Tabagismo . . . . . 105

Psicofarmaci . . . . . 105

Psicologia e psicoterapia . . . . . 107

Cura pastorale e sacramento dell'Unzione degli infermi . . . . . 109

Comitati etici e consulenza di etica clinica . . . . . 113

Diritto alla tutela della salute e politiche sanitarie. . . . . 114

## MORIRE

Morire con dignità . . . . . 122

Legge civile e obiezione di coscienza . . . . . 124

Nutrizione e idratazione. . . . . 125

Uso degli analgesici in malati in fase terminale . . . . . 126

Verità al morente . . . . . 129

Assistenza religiosa al morente . . . . . 130

Soppressione della vita . . . . . 133

Eutanasia ..... 135

## **CONCLUSIONE**

Note:  
(316)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 89: AAS  
87 (1995), 502.

(317)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 83: AAS  
87 (1995), 495.

(295)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso In- ternazionale dell'Associazione «  
Omnia Hominis » (25 agosto 1990): *Insegnamenti* XIII/2 (1990), 328.

(296)

CCC, n. 1525.

(297)

Cfr. CCC, n. 1524.

(298)

« Tutti i battezzati che possono ricevere la Comunione sono ob- bligati a ricevere il Viatico. Infatti tutti i fedeli che per qualsiasi causa si trovano in pericolo di morte, sono tenuti per precetto a ricevere la santa Comunione, e i pastori devono vigilare perché non venga differita l'amministrazione di questo Sacramento, in modo che i fedeli ne ricevano il conforto quando sono nel pieno possesso delle loro facoltà » (CoNGREGAZIONE PER IL CULTO DIVI- NO E LA DISCIPLINA DEI SACRAMENTI, *Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi*, n. 27).

(299)

Cfr. CoNGREGAZIONE PER IL CULTO DIVINO E LA DISCIPLINA DEI  
SACRAMENTI, *Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi*, n. 29.



(300)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

76. 4: AAS 80 (1988), 75-76. Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso

ai partecipanti del « Movimento per la vita » (29 ottobre 1985),

936. 2: *Insegnamenti* VIII/2 (1985) 933-936.

(301)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, I: AAS 72 (1980), 544.  
Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II,

Lett. enc. *Veritatis splendor*, n. 13: AAS 85 (1993), 1143.

(302)

PIO XII, Discorso alle congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche (29 ottobre 1951): AAS 43 (1951), 838. « La Scrittura precisa la proibizione del quinto comandamento: "Non far morire l'innocente e il giusto" (Es 23, 7). L'uccisione volontaria di un innocente è gravemente contraria alla dignità dell'essere umano, alla regola d'oro e alla santità del Creatore. La legge che vieta questo omicidio ha una validità universale: obbliga tutti e ciascuno, sempre e dappertutto » (CCC, n. 2261).

(303)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, II: AAS 72 (1980), 546.  
« Una discriminazione fondata sui diversi periodi della vita non è giustificata più di qualsiasi altra. Il diritto alla vita resta intatto in un vecchio, anche molto debilitato; un malato incurabile non l'ha perduto. Non è meno legittimo nel piccolo appena nato che nell'uomo maturo » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato* [18 giugno 1974], n. 12: AAS 66 [1974], 737-738).

(304)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso all'Associazione Medici Cattolici Italiani (28 dicembre 1978): *Insegnamenti* I (1978), 438.

(305)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso al Congresso mondiale dei Medici Cattolici (3 ottobre 1982): *Insegnamenti* V/3 (1982), 671.

(306)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

sull'eutanasia, I: AAS 72 (1980), 545. « Ogni uomo ha il dovere di conformare la sua vita al disegno di Dio... La morte volontaria ossia il suicidio... costituisce, da parte dell'uomo, il rifiuto della volontà di Dio e del suo disegno di amore. Il suicidio, inoltre, è spesso anche rifiuto dell'amore verso se stessi, negazione della naturale aspirazione alla vita, rinuncia di fronte ai doveri di giustizia e di carità verso il prossimo, verso le varie comunità e verso la società intera, benché talvolta intervengano – come si sa – dei fattori psicologici che possono attenuare o, addirittura, togliere la responsabilità. Si dovrà tuttavia, tener ben distinto dal suicidio quel sacrificio con il quale per una causa superiore – quali la gloria di Dio, la salvezza delle anime, o il servizio dei fratelli – si offre o si pone in pericolo la propria vita » (Ivi).

(307)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 64:

AAS 87 (1995), 475.

(308)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65: AAS

87 (1995), 475.

(309)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 64:

AAS 87 (1995), 474.

(310)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 2:

AAS 87 (1995), 402.

(311)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65:

AAS 87 (1995), 477.

(312)

BEATO PAOLO VI, Discorso ai partecipanti al III Congresso mondiale dell'« International College psychosomatic Medicine » (18 settembre 1975): AAS 67 (1975), 545.

(313)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, II: AAS 72 (1980), 546;  
S. GIOVANNI PAOLO II, Di-

scorso ai partecipanti al Convegno Internazionale sull'assistenza ai morenti (17 marzo 1992), n. 3, 5:  
AAS 85 (1993), 341-343.

(314)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso alla Pontificia Accademia delle

Scienze (21 ottobre 1985), n. 3: AAS 78 (1986), 314.

(315)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti ad un Corso di studio sulle « preleucemie umane » (15 novembre 1985), n. 5: AAS 78 (1986), 361.

(274)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 549.

(275)

Qualunque ne siano i motivi e i mezzi, l'eutanasia consiste in un'azione oppure un'omissione che, da sé o intenzionalmente, provoca la morte allo scopo di porre fine al dolore. Essa costituisce, pertanto, un'uccisione gravemente contraria alla dignità della persona umana e al rispetto del Dio vivente, suo Creatore. L'errore di giudizio, nel quale si può essere incorsi in buona fede, non muta la natura di quest'atto omicida, sempre da condannare e da escludere. Cfr. CCC, n. 2276.

(276)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65:

AAS 87 (1995), 475.

(277)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 549.

(278)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso alla Pontificia Accademia

delle Scienze (21 ottobre 1985), n. 5: AAS 78 (1986), 315.

(279)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 551. Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65: AAS 87 (1995), 475.

(280)

CCC, n. 2278.

(281)

1. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 72: AAS

87 (1995), 485.

(282)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 72: AAS

87 (1995), 485.

(283)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 72:

AAS 87 (1995), 485.

(284)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 73: AAS

87 (1995), 486. Cfr. IBID., n. 74: AAS 87 (1995), 487-488; BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti alla XIII Assemblea Generale della PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA (24 febbraio 2007): AAS 99 (2007), 283-287.

(285)

GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 74: AAS 87 (1995), 487. In analogo contesto, precisi doveri sono richiesti ai cattolici impegnati in politica, in particolare nell'elaborazione e nell'approvazione di leggi che limitano o abrogano il male solo in modo parziale: cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 73: AAS 87 (1995), 486-487.

(286)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Responsa ad quaestiones ab Episcopali Conferentia Foederatorum Americae Statuum propositas circa cibum et potum artificialiter praebenda* (1 agosto 2007): AAS 99 (2007), 820.

(287)

Il cristiano può accettare liberamente il dolore senza alleviarlo o moderando l'uso di analgesici: CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, III: AAS 72 (1980), 547 « Il Redentore ha sofferto al posto dell'uomo e per l'uomo. Ogni uomo ha una sua partecipazione alla redenzione. Ognuno è anche chiamato a partecipare a quella sofferenza, mediante la quale si è compiuta la redenzione. È chiamato a partecipare a quella sofferenza, per mezzo della quale ogni umana sofferenza è stata anche redenta. Operando la redenzione mediante la sofferenza, Cristo ha elevato insieme la sofferenza umana a livello di redenzione. Quindi anche ogni uomo, nella sua sofferenza, può diventare partecipe della sofferenza redentiva di Cristo » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap. *Salvifici doloris*, n. 19: AAS 76 [1984], 226).

(288)

<sup>288</sup> Cfr. PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un'Assemblea Internazionale di medici e chirurghi: AAS 49 (1957), 147; IDEM, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale di neuropsicofarmacologia (9 settembre 1958): AAS 50 (1958), 687-696.

(289)

Le sofferenze « aggravano lo stato di debolezza e di esaurimento fisico, ostacolano lo slancio dell'anima e logorano le forze morali invece di sostenerle. Invece la soppressione del dolore procura una distensione organica e psichica, facilita la preghiera e rende possibile un più generoso dono di sé » (PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un'Assemblea Internazionale di medici e chirurghi: AAS 49 [1957], 144).

(290)

CCC, n. 2279; cfr. PIO XII, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale di neuropsicofarmacologia (9 settembre 1958): AAS 50 (1958), 694.

(291)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, III: AAS 72 (1980), 548. Cfr. PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un'Assemblea Internazionale di medici e chirurghi (24 febbraio 1957): AAS 49 (1957), 146; IDEM, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale di neuropsicofarmacologia (9 settembre 1958): AAS 50 (1958), 697-698. Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65: AAS 87 (1995), 475-476.

(292)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, III: AAS 72 (1980), 548.

(293)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65: AAS

87 (1995), 476; Congregazione per la Dottrina della Fede,

Dichiarazione sull'eutanasia, III: AAS 72 (1980), 548.

(294)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65: AAS 87 (1995), 476; cfr. PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un'Assemblea Internazionale di medici e chirurghi: AAS 49 (1957), 138-143.

(269)

« Mai come in prossimità della morte e nella morte stessa occorre celebrare ed esaltare la vita. Questa deve essere pienamente rispettata, protetta ed assistita anche in chi ne vive il naturale concludersi ... L'atteggiamento davanti al malato terminale è spesso il banco di prova del senso di giustizia e di carità, della nobiltà d'animo, della responsabilità e della capacità professionale degli operatori sanitari, a cominciare dai medici » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso

Internazionale dell'Associazione « Omnia Hominis » (25 agosto 1990): *Insegnamenti* XIII/2 [1990], 328). « Ciò mette a dura prova gli equilibri a volte già instabili della vita personale e familiare, sicché, da una parte, il malato, nonostante gli aiuti sempre più efficaci dell'assistenza medica e sociale, rischia di sentirsi schiacciato dalla propria fragilità; dall'altra, in coloro che gli sono effettivamente legati, può operare un senso di comprensibile anche se malintesa pietà. Tutto ciò è aggravato da un'atmosfera culturale che non coglie nella sofferenza alcun significato o valore, anzi la considera il male per eccellenza, da eliminare ad ogni costo; il che avviene specialmente quando non si ha una visione religiosa che aiuti a decifrare positivamente il mistero del dolore » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 15: AAS 87 [1995], 417).

(270)



Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Convegno Internazionale sull'assistenza ai morenti (17 marzo 1992), n. 5:

AAS 85 (1993), 343.

(271)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Convegno Internazionale sull'assistenza ai morenti (17 marzo 1992), n. 2:

AAS 85 (1993), 341. Cfr. CCC, nn. 1006; 1009.

(272)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 97:

AAS 87 (1995), 512.

(273)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso alla Pontificia Accademia delle

Scienze (21 ottobre 1985), n. 6: AAS 78 (1986), 316.

(266)

BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, n. 57: AAS 101 (2009), 692.

(267)

BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, n. 58: AAS 101 (2009), 693.

(268)

Il termine "Paesi meno avanzati" (PMA - ing. LDC: *Least Developed Countries*) fu coniato dall'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU) nel 1971 per distinguere tra i Paesi in via di sviluppo PVS quelli più poveri ed economicamente più deboli, con gravi problemi economici, istituzionali e di risorse umane, nonché gravati spesso da handicap geografici e da disastri naturali o umani. Con questo termine ci si riferisce, dunque, a quei Paesi dove le condizioni di vita sono drammatiche e non si intravedono *possibilità di riscatto*.

(254)

<sup>254</sup> « L'esperienza insegna che l'uomo, bisognoso di assistenza, sia preventiva sia terapeutica, svela esigenze che vanno oltre la patologia organica in atto. Dal medico egli non si attende soltanto una cura adeguata - cura che, del resto, prima o dopo finirà fatalmente per rivelarsi insufficiente - ma il sostegno umano di un fratello, che sappia partecipargli una visione della vita, nella quale trovi senso anche il mistero della sofferenza e della morte. E dove potrebbe essere attinta, se non alla fede, tale pacificante risposta agli interrogativi supremi dell'esistenza? » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso al Congresso mondiale dei Medici Cattolici [3 ottobre 1982], n. 6: *Insegnamenti* V/3 [1982], 675).

(255)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 30: AAS 87 (1995), 435.

(256)

« Dal mistero pasquale s'effonde una luce singolare compito specifico che la pastorale sanitaria è chiamata a svolgere nel grande impegno dell'evangelizzazione » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla II Assemblea Plenaria del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari [11 febbraio 1992], n. 7: AAS 85 [1993], 264. Cfr. CCC, n. 1503.

(257)

Cfr. Gc 5, 14-15. « L'uomo gravemente infermo ha bisogno, nello stato di ansia e di pena in cui si trova, di una grazia speciale di Dio per non lasciarsi abbattere, con il pericolo che la tentazione faccia vacillare la sua fede. Proprio per questo, Cristo ha voluto dare ai suoi fedeli malati la forza e il sostegno validissimo del sacramento dell'Unzione » (CONGREGAZIONE PER IL CULTO DIVINO E LA DISCIPLINA DEI SACRAMENTI, *Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi* [30 novembre 1972], n. 5). Cfr. CCC, n. 1511.

(258)

CONGREGAZIONE PER IL CULTO DIVINO E LA DISCIPLINA DEI SACRAMEN-

TI, *Sacramento dell'unzione e cura pastorale degli infermi*, n. 6.

(259)

« Per la grazia di questo sacramento il malato riceve la forza e il dono di unirsi più intimamente alla passione di Cristo; egli viene in certo qual modo consacrato per portare frutto mediante la configurazione alla Passione redentrice del Salvatore » (CCC, n. 1521). « I malati che ricevono questo sacramento, unendosi "spontaneamente alla passione e alla morte di Cristo" contribuiscono "al bene del popolo di Dio". Celebrando questo sacramento, la Chiesa, nella comunione dei santi, intercede per il bene del malato. E l'infermo, a sua volta, per la grazia di questo sacramento, contribuisce alla santificazione della Chiesa e al bene di tutti gli uomini per i quali la Chiesa soffre e si offre, per mezzo di Cristo, a Dio Padre » (CCC, n. 1522).

(260)

Cfr. CCC, n. 1516.

(261)

Cfr. CCC, nn. 1514-1515.

(262)

Cfr. CCC, n. 1515; CIC, can. 1004, § 2.

(263)

CONGREGAZIONE PER IL CULTO DIVINO E LA DISCIPLINA DEI SACRA-

MENTI, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*,

1. 11; cfr. CIC, can. 1004, § 1.

(264)

CONGREGAZIONE PER IL CULTO DIVINO E LA DISCIPLINA DEI SACRAMENTI, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*,

1. 12; cfr. CIC, can. 1004, § 1.

(265)

CONGREGAZIONE PER IL CULTO DIVINO E LA DISCIPLINA DEI SACRAMENTI, *Sacramento dell'Unzione e cura pastorale degli infermi*,

1006. 14; cfr. CIC, cann. 1005; 1006.

(241)

<sup>241</sup> « Alla radice dell'abuso di alcool e di stupefacenti pur nella dolorosa complessità delle cause e delle situazioni - c'è di sotto un vuoto esistenziale, dovuto all'assenza di valori e ad una mancanza di fiducia in se stessi, negli altri e nella vita in generale » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla VI Conferenza Internazionale su « Droga e alcool contro la vita » [23 novembre 1991], n. 2: AAS 84 [1992], 1128).

(242)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla VI Conferenza Internazionale su « Droga e alcool contro la vita » (23 novembre 1991), n. 4: AAS 84 (1992), 1130.

(243)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti all'VIII Convegno mondiale delle comunità terapeutiche (7 settembre 1984), n. 3: *Insegnamenti* VII/2 (1984), 347.

(244)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti all'VIII Convegno mondiale delle comunità terapeutiche (7 settembre 1984), n. 7: *Insegnamenti* VII/2 (1984), 350.

(245)

1130. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla VI Conferenza Internazionale su « Droga e alcool contro la vita » (23 novembre 1991), n. 4: AAS 84 (1992), 1130. « L'uso della droga causa gravissimi danni alla salute e alla vita umana. Esclusi i casi di prescrizioni strettamente terapeutiche, costituisce una colpa grave. La produzione clandestina di droghe e il loro traffico sono pratiche scandalose; costituiscono una cooperazione diretta, dal momento che spingono a pratiche gravemente contrarie alla legge morale » (CCC, n. 2291).

(246)

« Le attuali condizioni economiche della società, come pure gli elevati tassi di povertà e di disoccupazione, possono contribuire ad aumentare nel giovane un senso di inquietudine, di insicurezza, di frustrazione e di alienazione sociale e possono condurlo al mondo illusorio dell'alcool come fuga dai problemi della vita » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti ad un Convegno sull'alcoolismo [7 giugno 1985]: *Insegnamenti* VIII/1 [1985], 1741).

(247)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla VI Conferenza Internazionale su « droga e alcool contro la vita » (23 novembre 1991), n. 4: AAS 84 (1992), 1130.

(248)

Cfr. PIO XII, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale di neuro psicofarmacologia (9 settembre 1958), AAS 50

(1958), 687-696.

(249)

Cfr. BEATO PAOLO VI, Discorso al III Congresso mondiale dell'« International College Psychosomatic Medicine » (18 settembre 1975): AAS 67 (1975), 544.

(250)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, *Motu Proprio Dolentium hominum*,

458. 2: AAS 77 (1985), 458.

(251)

BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, n. 76: AAS 101 (2009), 707.).

(252)

« Considerata nel suo complesso, la psicologia moderna merita approvazione dal punto di vista morale e religioso » (PIO XII, Discorso al XIII Congresso dell'Associazione Internazionale di Psicologia

applicata [10 aprile 1958]: AAS 50 [1958], 274

(253)

PIO XII, Discorso al XIII Congresso dell'Associazione Internazionale di Psicologia applicata (10 aprile 1958): AAS 50 (1958),

276.

(238)

1. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sui trapianti (29 agosto 2000), n. 7: AAS 92 (2000),

825.

(239)

Cfr. PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *La prospettiva degli xe-notrapianti. Aspetti scientifici e considerazioni etiche* (Città del Vaticano, 2001),

(240)

Cfr. BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale promosso dalla PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA sul tema della donazione di organi (7 novembre 2008): AAS 100 (2008), 803.

(218)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 1: *Insegnamenti XIV/1* (1991), 1710.

(219)

BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale promosso dalla PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA sul tema della donazione di organi (7 novembre 2008): AAS 100 (2008), 802

(220)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 3: *Insegnamenti XIV/1* (1991), 1711.

(221)

Cfr. CCC, n. 2296.

(222)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 4: *Insegnamenti XIV/1* (1991), 1712; cfr. CCC, n. 2301.

(223)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 5: *Insegnamenti XIV/1* (1991), 1713.

(224)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 5: *Insegnamenti XIV/1* (1991), 1713. « La difficoltà dell'intervento, la necessità di agire rapidamente, la necessità di massima concentrazione nel compito, non devono far sì che il medico perda di vista il mistero dell'amore racchiuso in ciò che sta facendo ».

« I diversi comandamenti del Decalogo non sono in effetti che la rifrazione dell'unico comandamento riguardante il bene della persona, a livello dei molteplici beni che connotano la sua identità di essere spirituale e corporeo, in relazione con Dio, col prossimo e col mondo delle cose » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Veritatis splendor*, n. 13: AAS 85 [1993], 1143-1144).

(225)

BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale promosso dalla PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA sul tema della donazione di organi (7 novembre 2008): AAS 100 (2008), 804. « Una medicina dei trapianti corrispondente a un'etica della donazione esige da parte di tutti l'impegno per investire ogni possibile sforzo nella formazione e nell'informazione, così da sensibilizzare sempre più le coscienze verso una problematica che investe direttamente la vita di tante persone. Sarà necessario, pertanto, fugare pregiudizi e malintesi, dissipare diffidenze e paure per sostituirle con certezze e garanzie in modo da permettere l'accrescersi in tutti di una sempre più diffusa consapevolezza del grande dono della vita » (*Ivi*).

(226)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al I Congresso Internazionale sui trapianti di organi (20 giugno 1991), n. 3: *Insegnamenti XIV/1* (1991), 1711.

227 CCC, n. 2296.

PIO XII, Discorso ai delegati dell'Associazione italiana donatori di cornea e dell'Unione italiana ciechi (14 maggio 1956): AAS 48 (1956), 462-464.

<sup>229</sup> Cfr. CCC, n. 2301.

(227)

227 CCC, n. 2296.

(228)

PIO XII, Discorso ai delegati dell'Associazione italiana donatori di cornea e dell'Unione italiana ciechi (14 maggio 1956): AAS 48 (1956), 462-464.



(229)

<sup>229</sup> Cfr. CCC, n. 2301.

(230)

<sup>230</sup> PIO XII, Discorso ai delegati dell'Associazione italiana donatori di cornea e dell'Unione italiana ciechi (14 maggio 1956): AAS 48 (1956), 466-467.

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sui trapianti (29 agosto 2000), n. 4: AAS 92 (2000),

823-824.

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sui trapianti (29 agosto 2000), n. 4: AAS 92 (2000),

823-824.

»

(231)

Cfr. CONC. ECUM. VAT. II, Cost. past. *Gaudium et spes*, n. 18;

768. GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap. *Salvifici doloris*, n. 15: AAS 76 (1984), 216; IDEM, Discorso ai partecipanti all'Incontro pro- mosso dalla Pontificia Accademia delle Scienze sulla « Determinazione del momento della morte » (14 dicembre 1989), n. 4: AAS 82 (1990), 768.

(232)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sui trapianti (29 agosto 2000), n. 4: AAS 92 (2000),

823-824.

(233)

769. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti all'Incontro pro- mosso dalla Pontificia Accademia delle Scienze sulla « Determinazione del momento della morte » (14 dicembre 1989), n. 4: AAS 82 (1990), 769. « L'unità dell'anima e del corpo è così profonda che si deve considerare l'anima come la « forma » del corpo; ciò significa che grazie all'anima spirituale il corpo, composto di materia, è un corpo umano e vivente; lo spirito e la materia, nell'uomo, non sono due nature congiunte, ma la loro unione forma un'unica natura » (CCC, n. 365). « La Chiesa insegna che ogni anima spirituale è creata direttamente da Dio - non è "prodotta" dai genitori - ed è immortale: essa non perisce al momento della sua separazione dal corpo nella morte, e di nuovo si unirà al corpo al momento della risurrezione finale » (CCC, n. 366).

(234)

1. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sui trapianti (29 agosto 2000), n. 4: AAS 92 (2000),

824.

(235)

GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sui trapianti (29 agosto 2000), n. 5: AAS 92 (2000),

824.

(236)

<sup>236</sup> S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sui trapianti (29 agosto 2000), n. 5: AAS 92 (2000), 824.

(237)

BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale promosso dalla PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA sul tema della donazione di organi (7 novembre 2008): AAS 100 (2008), 804.

(212)

1. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso di medicina e chirurgia (27 ottobre 1980), n. 5: AAS 72 (1980),

1127-1128.

(213)

213 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 550. « Può accadere, in casi dubbi, quando siano falliti i mezzi già noti, che un nuovo metodo, ancora insufficientemente provato, offra, accanto a elementi assai pericolosi, delle buone probabilità di successo. Se il malato dà il suo assenso, l'applicazione del provvedimento in questione è lecita » (PIO XII, Discorso ai membri del I Congresso Internazionale di istopatologia del sistema nervoso: AAS 44 [1952], 788).

(214)

PIO XII, Discorso ai partecipanti all'VIII Assemblea dell'Associazione Medica Mondiale (30 settembre 1954): AAS 46

(1954), 591-592.

(215)

1128. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso di medicina e chirurgia (27 ottobre

1980), n. 5: AAS 72 (1980), 1128.

(216)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

I, 4: AAS 80 (1988), 81

(217)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

I, 4: AAS 80 (1988), 82. « Condanno nel modo più esplicito e formale le manipolazioni sperimentali fatte sull'embrione umano, perché l'essere umano, dal momento del suo concepimento fino alla morte, non può mai essere strumentalizzato per nessuna ragione » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti a un Convegno della Pontificia Accademia delle Scienze [23 ottobre 1982], n. 4: AAS 75 [1983], 37).

(202)

« Le sperimentazioni scientifiche, mediche o psicologiche, sulle persone o sui gruppi umani, possono concorrere alla guarigione dei malati e al progresso della salute pubblica » (CCC, n. 2292)

(203)

Cfr. CCC, nn. 2293-2294.

(204)

CCC, n. 2295.

(205)

« La Chiesa rispetta ed appoggia la ricerca scientifica, quando essa persegue un orientamento autenticamente umanistico, rifuggendo da ogni forma di strumentalizzazione o distruzione dell'essere umano e mantenendosi libera dalla schiavitù degli interessi politici ed economici. Proponendo gli orientamenti morali indicati dalla ragione naturale, la Chiesa è convinta di offrire un servizio prezioso alla ricerca scientifica, protesa verso il perseguimento del bene vero dell'uomo. In questa prospettiva essa ricorda che non solo gli scopi, ma anche i metodi e i mezzi della ricerca devono essere sempre rispettosi della dignità di ogni essere umano in qualsiasi stadio del suo sviluppo e in ogni fase della sperimentazione » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai Membri della PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA [24 febbraio 2003], n. 4: AAS 95 [2003], 590-591).

(206)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza promossa dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari (12 novembre 1987), n. 4: AAS 80 (1988), 644. « Si devono anche ricordare alcune interpretazioni abusive dell'indagine scientifica a livello

antropologico. Traendo argomento dalla grande varietà dei costumi, delle abitudini e delle istituzioni presenti nell'umanità, si conclude, se non sempre con la negazione di valori umani universali, almeno con una concezione relativistica della morale » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Veritatis splendor*, n. 33: AAS 85 [1993], 1160).

(207)

PIO XII, Discorso ai membri del I Congresso Internazionale di istopatologia del sistema nervoso: AAS 44 (1952), 788.

(208)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ad una Conferenza Internazionale sui farmaci (24 ottobre 1986): *Insegnamenti* IX/2 (1986), 1183 n. 4; cfr. IDEM, Discorso ai partecipanti ad un Congresso di chirurgia (19 febbraio 1987), n. 4: *Insegnamenti* X/1 (1987),

376; CCC, n. 2295.

(209)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso di medicina e chirurgia (27 ottobre 1980), n. 5, 6: AAS 72 (1980), 1127-1129; IDEM, Discorso ai partecipanti ad un Corso di studio sulle « preleucemie umane » (15 novembre 1985), n. 5: AAS 78 (1986), 361-362.

(210)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti a un Convegno della Pontificia Accademia delle Scienze (23 ottobre 1982), n. 4: AAS 75 (1983), 37. « Pertanto la diminuzione di sperimentazioni su animali, progressivamente resesi sempre meno necessarie, corrisponde al disegno e al bene dell'intera creazione » (*Ivi*)..

(211)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ad una Conferenza Internazionale sui farmaci (24 ottobre 1986): *Insegnamenti* IX/2 (1986),

1183 n. 4

(198)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'eutanasia*, III: AAS 72 (1980), 547.

(199)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso al Congresso mondiale dei Medici Cattolici (3 ottobre 1982), n. 4: *Insegnamenti* V/3 (1982), 673.

(200)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso di medicina e chirurgia (27 ottobre 1980), n. 5: AAS 72 (1980),

1127-1128.

(201)

Cfr. CCC, n. 2278

(187)

BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, n. 75: AAS 101 (2009), 706. « La necessità di risolvere le cause strutturali della povertà non può attendere, non solo per una esigenza pragmatica di ottenere risultati e di ordinare la società, ma per guarirla da una malattia che la rende fragile e indegna e che potrà solo portarla a nuove crisi. I piani assistenziali, che fanno fronte ad alcune urgenze, si dovrebbero considerare solo come risposte provvisorie. Finché non si risolveranno radicalmente i problemi dei poveri, rinunciando all'autonomia assoluta dei mercati e della speculazione finanziaria e aggredendo le cause strutturali della inequità, non si risolveranno i problemi del mondo e in definitiva nessun problema. L'inequità è la radice dei mali sociali » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium*, n. 202). Cfr. IBID., n. 203.

(188)

« Non possiamo più confidare nelle forze cieche e nella mano invisibile del mercato. La crescita in equità esige qualcosa di più della crescita economica, benché la presupponga, richiede decisioni, programmi, meccanismi e processi specificamente orientati a una migliore distribuzione delle entrate, alla creazione di opportunità di lavoro, a una promozione integrale dei poveri che superi il mero assistenzialismo » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium*, n. 204).

(189)

« È opportuno che le diverse strutture farmaceutiche, dai laboratori ai centri ospedalieri, e anche tutti i nostri contemporanei, si preoccupino della solidarietà nell'ambito terapeutico, per permettere l'accesso alle cure e ai farmaci di prima necessità a tutte le fasce della popolazione e in tutti i Paesi, in particolare alle persone più povere » (BENEDETTO XVI, Discorso ai partecipanti al XXV Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici [29 ottobre 2007]: AAS 99 [2007], 932).

(190)

Una malattia è definita "rara" quando la sua prevalenza, intesa come il numero di casi presenti su una data popolazione, non supera una soglia stabilita. Nell'Unione Europea la soglia è fissata a allo 0,05% della popolazione, ossia 5 casi su 10.000 persone.

(191)

Secondo la più recente definizione, con il termine “malattie neglette” si intendono quelle malattie che non godono dell’attenzione che meriterebbero; si tratta, in specie, di malattie parassitarie legate alla povertà, e cioè principalmente quelle infettive ‘tropicali’, ad eccezione della malaria, tubercolosi, virus hiv\ aids, delle malattie a potenziale epidemico/pandemico (es. in- fluenze, etc.) e delle malattie prevenibili con la vaccinazione (es. morbillo, poliomielite)

(192)

Il farmaco “orfano” è quel prodotto che potenzialmente è utile per trattare una malattia rara, ma non ha un mercato sufficiente per ripagare le spese del suo sviluppo. Si definisce, quindi, farmaco orfano perché manca l’interesse da parte delle industrie farmaceutiche ad investire su un farmaco destinato a pochi pazienti, nonostante il farmaco risponda ad un bisogno di salute pubblica.

(193)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso dell’Associazione Italiana di Anestesiologia (4 ottobre 1984),

133. 2: AAS 77 (1985), 133.

(194)

PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un’Assemblea Internazionale di medici e chirurghi (24 febbraio 1957): AAS 49 (1957),

135.

(195)

PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un’Assemblea Internazionale di medici e chirurghi (24 febbraio 1957): AAS 49 (1957),

136.

(196)

PIO XII, Discorso ai partecipanti ad un’Assemblea Internazionale di medici e chirurghi (24 febbraio 1957): AAS 49 (1957),

144.

(197)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso dell’Associazione Italiana di Anestesiologia (4 OTTOBRE 1984),

135. 3: AAS 77 (1985), 135.

(198)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'eutanasia*, III: AAS 72 (1980), 547.

(174)

GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 2: AAS 77 (1985), 458. « Coloro la cui vita è minorata o indebolita richiedono un rispetto particolare. Le persone ammalate o handicappate devono essere sostenute perché possano condurre un'esistenza per quanto possibile normale » (CCC, n. 2276).

(175)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso al Congresso mondiale dei Medici Cattolici (3 ottobre 1982), n. 3: *Insegnamenti V/3* (1982), 673.

(176)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 550.

(177)

« La scienza, anche quando non può guarire, può e deve curare e assistere il malato » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti ad un Corso di studio sulle « preleucemie umane » (15 novembre 1985), n. 5: AAS 78 [1986], 361). Cfr. S. GIOVANNI

PAOLO II, Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze

(21 ottobre 1985), n. 4: AAS 78 (1986), 314.

(178)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 550

(179)

Cfr. PIO XII, Discorso ai membri dell'Istituto Italiano di Genetica "Gregorio Mendel" sulla rianimazione e respirazione artificiale (24 novembre 1957): AAS 49 (1957), 1027-1033.

(180)



Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 551.

(181)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, IV: AAS 72 (1980), 550-551.

(182)

« Il principio di totalità afferma che la parte esiste per il tutto, e che di conseguenza il bene della parte resta subordinato al bene del tutto: che il tutto è determinante per la parte e può disporre nel proprio interesse » (PIO XII, Discorso ai membri del I Congresso Internazionale di istopatologia del sistema nervoso: AAS 44 [1952], 787).

(183)

PIO XII, Discorso ai partecipanti del XXVI Congresso della Società Italiana di Urologia (8 ottobre 1953): AAS 45 (1953), 674.

(184)

Cfr. PIO XII, Discorso ai partecipanti del XXVI Congresso della Società Italiana di Urologia (8 ottobre 1953): AAS 45 (1953), 674-675. Cfr. IDEM, Discorso ai membri del I Congresso Internazionale di istopatologia del sistema nervoso: AAS 44 (1952), 782-783. Il principio di totalità si applica sul piano d'insorgenza della malattia: solo lì si verifica correttamente la relazione della parte al tutto. Cfr. IBID., p. 787. Non si possono legittimare alterazioni corporee per motivazioni non esclusivamente terapeutiche. Si può, invece, legittimamente intervenire terapeuticamente in caso di sofferenze psichiche e disagi spirituali originati da un difetto o da una lesione fisica.

(185)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, n. 3: AAS 80 (1988), 75.

(186)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, I: AAS 72 (1980), 545.

(163)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 26: AAS 100 (2008), 876.

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso all'Associazione Medica Mondiale (29 ottobre 1983), n. 6: AAS 76 (1984), 393. Cfr. IDEM, Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze (23 ottobre 1982), n. 5; 6: AAS 75 (1983), 37; 38.

(164)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso all'Associazione Medica Mondiale (29 ottobre 1983), n. 6: AAS 76 (1984), 393. Cfr. IDEM, Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze (23 ottobre 1982), n. 5; 6: AAS 75 (1983), 37; 38.

(165)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 26: AAS 100 (2008), 877.

(166)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 27: AAS 100 (2008), 877.

(167)

Le cellule staminali non embrionali possono provenire: a) dal feto abortito; b) dalle cellule del feto raccolte nel liquido amniotico, prima dalla nascita; c) dalla placenta o dal cordone ombelicale, subito dopo il parto; d) dall'organismo del bambino o dell'adulto e sono allora dette "somatiche". Inoltre esistono oggi le cellule staminali dette "iPS" (induced Pluripotent Stemcells). Si tratta di cellule riprogrammate a partire da cellule somatiche, fibroblasti della pelle in generale. Queste cellule hanno caratteristiche simili alle cellule staminali embrionali, ma ottenute non da embrioni e dalla loro distruzione.

(168)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 32: AAS 100 (2008), 881.

(169)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 32: AAS 100 (2008), 881.

(170)

170 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas per-*

*sonae*, n. 28: AAS 100 (2008), 879. Cfr. IDEM, Istr. *Donum vitae*,

II, B, 4: AAS 80 (1988), 90-92; S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso

all'Associazione Medica Mondiale (29 ottobre 1983), n. 6: AAS

76 (1984), 393.

(171)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 29: AAS 100 (2008), 879.

(172)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 30: AAS 100 (2008), 879.

(173)

BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate*, n. 48: AAS 101 (2009), 685.

(155)

458. GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 2: AAS 77 (1985), 458. « La malattia e la sofferenza sono sempre state tra i problemi più gravi che mettono alla prova la vita umana. Nella malattia l'uomo fa l'esperienza della propria impotenza, dei propri limiti e della propria finitezza. Ogni malattia può farci intravedere la morte » (CCC, n. 1500). « La missione di Gesù con le numerose guarigioni operate, indica quanto Dio abbia a cuore anche la vita corporale dell'uomo » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 47: AAS 87 [1995], 452).

(156)

S. GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 2:

AAS 77 (1985), 458.

(157)

S. GIOVANNI PAOLO II, L<sup>56</sup> S. GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 2:

AAS 77 (1985), 458. Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 50: AAS

87 (1995), 457.

(158)

238. GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap. *Salvifici doloris*, n. 26: AAS 76 (1984), 238.

(159)

« Anche i malati sono mandati come operai nella vigna del Signore. Il peso che affatica le membra del corpo e scuote la serenità dell'anima, lungi dal distoglierli dal lavorare nella vigna, li chiama a vivere la loro vocazione umana e cristiana ed a partecipare alla crescita del Regno di Dio in modalità nuove, anche più preziose » (S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Christifideles laici*, n. 53: AAS 81 [1989], 499).

(160)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai pellegrini ammalati a Lourdes (15 agosto 1983), n. 4, *Insegnamenti* VI/2 1983, 242. « Sulla croce, Cristo ha preso su di sé tutto il peso del male e ha tolto "il peccato del mondo" (Gv 1, 29), di cui la malattia non è che una conseguenza. Con la sua passione e la sua morte sulla Croce, Cristo ha dato un senso nuovo alla sofferenza: essa può ormai configurarci a lui e unirci alla sua passione redentrice » (CCC, n. 1505).

(161)

« Maestra di accoglienza e solidarietà è [...] la famiglia: è in seno alla famiglia che l'educazione attinge in maniera sostanziale alle relazioni di solidarietà; nella famiglia si può imparare che la perdita della salute non è una ragione per discriminare alcune vite umane; la famiglia insegna a non cadere nell'individualismo e equilibrare l'io con il noi. È lì che il "prendersi cura" diventa un fondamento dell'esistenza umana e un atteggiamento morale da promuovere, attraverso i valori dell'impegno e della solidarietà » (Papa Francesco, Messaggio ai partecipanti all'Assemblea generale della PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA in occasione del ventennale di istituzione [19 febbraio 2014]).

(162)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 75:

AAS 74 (1982), 172-173.

(151)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 34: AAS 100 (2008), 882-883.

(152)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 35: AAS 100 (2008), 884; PONTIFICIA ACCADEMIA

PER LA VITA, *Riflessioni morali circa i vaccini preparati a partire da cellule provenienti da feti umani*

*abortiti* (Città del Vaticano, 2005), n. 5.

(153)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 35: AAS 100 (2008), 884.

(154)

154 Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 35: AAS 100 (2008), 884; PONTIFICIA ACCADEMIA

PER LA VITA, *Riflessioni morali circa i vaccini preparati a partire da cellule provenienti da feti umani abortiti* (Città del Vaticano, 2005), n. 5

(135)

GIOVANNI PAOLO II, Discorso alle partecipanti ad un Convegno per ostetriche (26 gennaio 1980), n. 3: AAS 72 (1980), 86.

(136)

<sup>136</sup> « Rifiutarsi di partecipare a commettere un'ingiustizia è non solo un dovere morale, ma è anche un diritto umano basilare. Se così non fosse, la persona umana sarebbe costretta a compiere un'azione intrinsecamente incompatibile con la sua dignità e in tal modo la sua stessa libertà, il cui senso e fine autentici risiedono nell'orientamento al vero e al bene, ne sarebbe radicalmente compromessa. Si tratta, dunque, di un diritto essenziale che, proprio perché tale, dovrebbe essere previsto e protetto dalla stessa legge civile. In tal senso, la possibilità di rifiutarsi di partecipare alla fase consultiva, preparatoria ed esecutiva di simili atti contro la vita dovrebbe essere assicurata ai medici, agli operatori sanitari e ai responsabili delle istituzioni ospedaliere, delle cliniche e delle case di cura » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 74: AAS 87 [1995], 488).

(137)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'aborto procurato*, n. 24: AAS 66 (1974), 744.

« L'aborto procurato è l'uccisione deliberata e diretta, comunque venga attuata, di un essere umano nella fase iniziale della sua esistenza, compresa tra il concepimento e la nascita » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 58: AAS 87 [1995], 467).

<sup>140</sup> Cfr. CIC, can. 1398. Con l'espressione "*latae sententiae*" si intende che non è necessario che la scomunica sia pronunciata dall'autorità in ogni singolo caso. Vi incorre chiunque procura l'aborto, per il semplice fatto di procurarlo volontariamente

(138)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 74: AAS

87 (1995), 488.

(139)

« L'aborto procurato è l'uccisione deliberata e diretta, comunque venga attuata, di un essere umano nella fase iniziale della sua esistenza, compresa tra il concepimento e la nascita » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 58: AAS 87 [1995], 467).

(140)

Cfr. *CIC*, can. 1398. Con l'espressione "*latae sententiae*" si intende che non è necessario che la scomunica sia pronunciata dall'autorità in ogni singolo caso. Vi incorre chiunque procura l'aborto, per il semplice fatto di procurarlo volontariamente, sapendo di incorrervi. Cfr. *CIC*, can. 1398 e *CCEO*, can. 14502; cfr. anche *CIC*, cann. 1323-1324.

(141)

Cfr. *CIC*, can. 871

(142)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, I, 4: AAS 80 (1988), 83.

(143)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso all'Associazione Medici Cattolici Italiani (28 dicembre 1978): *Insegnamenti* I (1978), 438; IDEM, Discorso ai partecipanti a due Congressi di medicina e chirurgia (27 ottobre 1980), n. 3: AAS 72 (1980), 1127; IDEM, Discorso a una delegazione dell'Associazione « Food and Disarmament International » (13 febbraio 1986), n. 3: *Insegnamenti*

IX/1 (1986), 458.

(144)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia* (5 maggio 1980), I: AAS 72 (1980) 544-545;

GIOVANNI PAOLO II, Discorso all'Associazione Medica Mondiale (29 ottobre 1983), n. 2: AAS 76 (1984), 390.

(145)

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Christifideles laici*, n. 38: AAS

81 (1989), 463.

(146)

« Il medico ha sul paziente soltanto il potere e i diritti che questi gli conferisce, sia implicitamente sia esplicitamente e tacitamente. Da parte sua il paziente non può conferire più diritti di quanti non ne abbia » (PIO XII, Discorso ai membri del I Congresso Internazionale di istopatologia del sistema nervoso [14 settembre 1952]: AAS 44 [1952], 782).

(147)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 47: AAS

87 (1995), 453.

(148)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti ad un Congresso sulla chirurgia (19 febbraio 1987), n. 2: *Insegnamenti* X/1 (1987), 374.

(149)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso al personale dell'Ospedale nuovo « Regina Margherita » (20 dicembre 1981), n. 3: *Insegnamenti* IV/2 (1981), 1179.

(150)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 79:

AAS 87 (1995), 491.

(130)

I più noti mezzi intercettivi sono la spirale o IUD (*Intra Uterine Device*) e la cosiddetta "pillola del giorno dopo".

(131)

Poiché generalmente non è accertabile l'effetto abortivo, non si incorre nella scomunica. Cfr. *CIC*, can. 1398.

(132)

I principali mezzi di contragestazione sono la pillola RU 486 o Mifepristone, le prostaglandine e il Methotrexate.

(133)



CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 23: AAS 100 (2008), 875.

(134)

Cfr. CoMMITTEE ON DOCTRINE OF THE U. S. NATIONAL CONFERENCE OF CATHOLIC BISHOPS, *Moral principles concerning infants with anencephaly*, in « Origins » 10 (1996), 276.

(129)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 21: AAS 100 (2008), 872-873. Cfr. CONC. ECUM. VAT.

II, Cost. past. *Gaudium et spes*, n. 51; S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 62: AAS 87 (1995), 472.

(119)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 60: AAS

87 (1995), 469

(120)

CONC. ECUM. VAT. II, Cost. past. *Gaudium et spes*, n. 51. Cfr. BEATO PAOLO VI, Discorso ai partecipanti al XXIII Convegno nazionale dell'Unione Giuristi Cattolici Italiani (9 dicembre 1972): AAS 64 (1972), 776-779.

(121)

GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 62: AAS 87 (1995), 472

(122)

« Tra questi deboli, di cui la Chiesa vuole prendersi cura con predilezione, ci sono anche i bambini nascituri, che sono i più indifesi e innocenti di tutti, ai quali oggi si vuole negare la dignità umana al fine di poterne fare quello che si vuole, togliendo loro la vita e promuovendo legislazioni in modo che nessuno possa impedirlo. Frequentemente, per ridicolizzare allegramente la difesa che la Chiesa fa delle vite dei nascituri, si fa in modo di presentare la sua posizione come qualcosa di ideologico, oscurantista e conservatore. Eppure questa difesa della vita nascente è intimamente legata alla difesa di qualsiasi diritto umano. Suppone la convinzione che un essere umano è sempre sacro e inviolabile, in qualunque situazione e in ogni fase del suo sviluppo. È un fine in se stesso e mai un mezzo per risolvere altre difficoltà. Se cade questa convinzione, non rimangono solide e permanenti fondamenta per la difesa dei diritti umani, che sarebbero sempre soggetti alle convenienze contingenti dei potenti di turno » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium*, n. 213). Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti a un Convegno del « Movimento per la vita »,

n. 3: AAS 78 (1986), 266

(123)

« Purtroppo, questo inquietante panorama, lungi dal restringersi, si va piuttosto dilatando... si delinea e consolida una nuova situazione culturale, che dà ai delitti contro la vita un aspetto inedito e – se possibile – ancora più iniquo suscitando ulteriori gravi preoccupazioni: larghi strati dell'opinione pubblica giustificano alcuni delitti contro la vita in nome dei diritti alla libertà individuale e, su tale presupposto, ne pretendono non solo l'impunità, ma persino l'autorizzazione da parte dello Stato, al fine di praticarli in assoluta libertà ed anzi con l'intervento gratuito delle strutture sanitarie » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 4: AAS 87 [1995], 404). Cfr. CCC,

2271. 2271.

(124)

« La sola ragione è sufficiente per riconoscere il valore inviolabile di ogni vita umana, ma se la guardiamo anche a partire dalla fede, "ogni violazione della dignità personale dell'essere umano grida vendetta al cospetto di Dio e si configura come offesa al Creatore dell'uomo" » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium*, n. 213).

(125)

GIOVANNI PAOLO II, Discorso all'Associazione Medici Cattolici Italiani (28 dicembre 1978): *Insegnamenti I* (1978), 439; cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato*, n. 24: AAS 66 (1974), 744.

(126)

« Proprio perché è una questione che ha a che fare con la coerenza interna del nostro messaggio sul valore della persona umana, non ci si deve attendere che la Chiesa cambi la sua posizione su questa questione. Voglio essere del tutto onesto al riguardo. Questo non è un argomento soggetto a presunte riforme o a "modernizzazioni". Non è progressista pretendere di risolvere i problemi eliminando una vita umana. Però è anche vero che abbiamo fatto poco per accompagnare adeguatamente le donne che si trovano in situazioni molto dure, dove l'aborto si presenta loro come una rapida soluzione alle loro profonde angustie, particolarmente quando la vita che cresce in loro è sorta come conseguenza di una violenza o in un contesto di estrema povertà » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium*, n. 214).

(127)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 57: AAS

87 (1995), 466; Congregazione per la Dottrina della Fede, *Di-*

*chiarazione sull'aborto procurato*, n. 14: AAS 66 (1974) 740.

(128)

Cfr. PIO XII, Discorso al « Fronte della famiglia » e alle « Associazioni delle famiglie numerose » (27 novembre 1951): AAS 43 (1951), 859.

(109)

GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Christifideles laici*, n. 38: AAS  
81 (1989), 462-463.

(110)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 40: AAS  
87 (1995), 445.

(111)

« Il corpo dell'uomo partecipa alla dignità di "immagine di Dio": è corpo umano proprio perché è animato dall'anima spirituale, ed è la persona umana tutta intera ad essere destinata a diventare, nel Corpo di Cristo, il tempio dello Spirito » (CCC, n. 364).

(112)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti ad un Convegno del « Movimento per la vita » (12 ottobre 1985), n. 2: AAS 78 (1986), 265.

(113)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

77. 5: AAS 80 (1988), 76-77.

(114)

« Scienziati e medici non devono considerarsi i padroni della vita, bensì i suoi esperti e generosi servitori » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze [21 ottobre 1985], n. 3: AAS 78 [1986], 314).

(115)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 39: AAS  
87 (1995), 444.

(116)

<sup>116</sup> Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti a un Convegno del « Movimento per la vita » (12 ottobre 1985), n. 5: AAS 78 (1986), 267; IDEM, Discorso ai partecipanti a un Convegno della Pontificia Accademia delle Scienze (23 ottobre 1982), n. 2: AAS 75 (1983), 36; IDEM, Discorso ai partecipanti al Colloquio della Fondazione Internazionale « Nova Spes » (9 novembre 1987), n. 2: AAS 80 (1988), 627.

(117)

117 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

73. 2: AAS 80 (1988), 73.

(118)

118 Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 10: AAS 100 (2008), 864.

(95)

95 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione*

*sull'aborto procurato* (18 giugno 1974), n. 13: AAS 66 (1974),

738.

(96)

96 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

I, 1: AAS 80 (1988), 78

(97)

97 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 5: AAS 100 (2008), 862.

(98)

Cfr. CONC. ECUM. VAT. II, Cost. past. *Gaudium et spes*, n. 14.

« L'anima spirituale e immortale è il principio di unità dell'essere umano, è ciò per cui esso esiste come un tutto "*corpore et anima unus*" in quanto persona » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Veritatis splendor*, n. 48: AAS 85 [1993], 1172).

(99)

Cfr. CCC, n. 33. « Anche se la presenza di un'anima spirituale non può essere rilevata dall'osservazione di nessun dato sperimentale, sono le stesse conclusioni della scienza sull'embrione umano a fornire "un'indicazione preziosa per discernere razionalmente una presenza personale fin da questo primo comparire di una vita umana: come un individuo umano non sarebbe una persona umana?" » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 5: AAS 100 [2008], 862).

(100)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 44: AAS

87 (1995), 450.

(101)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso alle partecipanti ad un Convegno per ostetriche (26 gennaio 1980), n. 1: AAS 72 (1980),

(102)

Cfr. CIC, can. 861 § 2.

(103)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 6: AAS 100 (2008), 862.

(104)

104 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, 5: AAS 80 (1988), 76-77.

(105)

105 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 5: AAS 100 (2008), 861-862.

(106)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 5: AAS 100 (2008), 861-862.

(107)

« È soltanto nella linea della sua vera natura che la persona umana può realizzarsi come "totalità unificata": ora questa natura è nello stesso tempo corporale e spirituale. In forza della sua unione

sostanziale con un'anima spirituale, il corpo umano non può essere considerato solo come un complesso di tessuti, organi e funzioni, né può essere valutato alla stessa stregua del corpo degli animali, ma è parte costitutiva della persona che attraverso di esso si manifesta e si esprime. La legge morale naturale esprime e prescrive le finalità, i diritti e i doveri che si fondano sulla natura corporale e spirituale della persona umana. Pertanto essa non può essere concepita come normatività semplicemente biologica, ma deve essere definita come l'ordine razionale secondo il quale l'uomo è chiamato dal Creatore a dirigere e regolare la sua vita e i suoi atti e, in particolare, a usare e disporre del proprio corpo » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, n. 3: AAS 80 [1988],

74). Cfr. BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 10: AAS

60 (1968), 487.

(108)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 23:

AAS 87 (1996), 426.

(88)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 18: AAS 100 (2008), 870.

(89)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 19: AAS 100 (2008), 871.

(90)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 19: AAS 100 (2008), 871.

(91)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II, B, 7: AAS 80 (1988), 95-96.

(92)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 28: AAS 100 (2008), 879.

(93)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 30: AAS 100 (2008), 879.

(94)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 33: AAS 100 (2008), 882

(80)

S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Convegno del

« Movimento per la vita » (3 dicembre 1982), n. 4: *Insegnamenti V/3* (1982), 1512.

(81)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 63: AAS

87 (1995), 473; IDEM, Discorso ai partecipanti al Convegno del

« Movimento per la vita », n. 4: *Insegnamenti V/3* (1982), 1512

(82)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

I, 2: AAS 80 (1988), 79.

(83)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*,

I, 2: AAS 80 (1988), 79-80. « Le diagnosi pre-natali, che non presentano difficoltà morali se fatte per individuare eventuali cure necessarie al bambino non ancora nato, diventano troppo spesso occasione per proporre e procurare l'aborto. È l'aborto eugenetico ... che nasce da una mentalità ... che accoglie la vita solo a certe condizioni e che rifiuta il limite, l'handicap, l'infirmità » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 14: AAS 87 [1995], 416).

(84)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, I, 2: AAS 80 (1988), 79-80.

(85)

La diagnosi pre-impiantato è indirizzata oggi a un numero crescente di applicazioni, al di là della semplice eliminazione degli embrioni portatori di anomalie genetiche o cromosomiche: è il caso, ad esempio, dell'eliminazione degli embrioni aneuploidi per migliorare il tasso di riuscita della FIVET, specialmente nelle donne che hanno oltrepassato il limite del periodo di fertilità nello ciclo vitale. Inoltre, è il caso della scelta dell'embrione secondo il sesso, come anche della selezione di un embrione, quale eventuale donatore di cellule staminali ombelicali o del midollo osseo, compatibili per un soggetto già nato.



8

(86)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 22: AAS 100 (2008), 873-874.

(87)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 22: AAS 100 (2008), 873.

(71)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum*

*vitae*, II, B, 8: AAS 80 (1988), 97. « Il figlio non è qualcosa di dovuto, ma un dono. Il “dono più grande del matrimonio”, è una persona umana. Il figlio non può essere considerato come oggetto di proprietà: a ciò condurrebbe il riconoscimento di un preteso “diritto al figlio”. In questo campo, soltanto il figlio ha veri diritti: quello “di essere il frutto dell’atto specifico dell’amore coniugale dei suoi genitori e anche il diritto a essere rispettato come persona dal suo concepimento” » (CCC, n. 2378). « Certamente la FIVET omologa non è gravata di tutta quella negatività etica che si riscontra nella procreazione extraconiugale; la famiglia e il matrimonio continuano a costituire l’ambito della nascita e dell’educazione dei figli. Tuttavia, in conformità con la dottrina tradizionale relativa ai beni del matrimonio e alla dignità della persona, la Chiesa rimane contraria, dal punto di vista morale, alla fecondazione omologa in vitro; questa è in se stessa illecita e contrastante con la dignità della procreazione e dell’unione coniugale, anche quando tutto sia messo in atto per evitare la morte dell’embrione umano. Pur non potendo essere approvata la modalità con cui viene ottenuto il concepimento umano nella FIVET, ogni bambino che viene al mondo dovrà comunque essere accolto come un dono vivente della Bontà divina e dovrà essere educato con amore » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II, 5: AAS 80 [1988], 94).

(72)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, nn. 15; 22: AAS 100 (2008), 867; 873.

(73)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 21: AAS 100 (2008), 872.

(74)

GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 23: AAS 87 (1995), 427.

7

(75)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II, A, 1. 2: AAS 80 (1988), 87-89.

(76)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II, A, 2: AAS 80 (1988), 88

(77)

GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 23: AAS 87 (1995), 427.

(59)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 14: AAS

87 (1995), 416.

(60)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 12: AAS 100 (2008), 865.

(61)

PIO XII, Discorso alle congressiste dell'Unione Cattolica Italiana Ostetriche (29 ottobre 1951): AAS 43 (1951), 850.

(62)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II, B, 7: AAS 80 (1988), 96.

(63)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas*

*personae*, n. 13: AAS 100 (2008), 866. Rientrano in questi casi, ad esempio, la cura ormonale dell'infertilità di origine gonica, la cura chirurgica di una endometriosi, la disostruzione delle tube, oppure il ripristino mediante microchirurgia della pervietà tubarica.

(64)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 12: AAS 100 (2008), 866.

(65)

« La FIVET omologa è attuata al di fuori del corpo dei coniugi mediante gesti di terze persone la cui competenza e attività tecnica determinano il successo dell'intervento; essa affida la vita e l'identità dell'embrione al potere dei medici e dei biologi e instaura un dominio della tecnica sull'origine e sul destino della persona umana » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE,

Istr. *Donum vitae*, II, B, 5: AAS 80 [1988], 93).

(66)

« Come la fecondazione in vitro, della quale costituisce una variante, l'ICSI [Intra Cytoplasmic Sperm Injection] (n.d.t.) è una tecnica intrinsecamente illecita: essa opera una completa dissociazione tra la procreazione e l'atto coniugale » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 17: AAS 100 [2008], 870).

(67)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II, B, 4, 5: AAS 80 (1988), 91, 92-94.

(68)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II: AAS 80 (1988), 85-86; 91-92; 96-97. « L'origine di una persona umana è in realtà il risultato di una donazione. Il concepito dovrà essere il frutto dell'amore dei suoi genitori. Non può essere voluto né concepito come il prodotto di un intervento di tecniche mediche e biologiche: ciò equivarrebbe a ridurlo a diventare l'oggetto di una tecnologia scientifica. Nessuno può sottoporre la venuta al mondo di un bambino a delle condizioni di efficienza tecnica valutabili secondo parametri di controllo e di dominio » (*Ibid.*, II, B, 4c: AAS 80 [1988], 92).

(69)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 22: AAS

87 (1995), 425

(49)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 13: AAS

87 (1995), 414.

(50)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 13: AAS

87 (1995), 415

(51)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, nn. 16- 17: AAS 87 (1995), 418-419.

(52)

In forma sintetica, la dottrina della Chiesa è riaffermata in merito alle diverse forme di sterilizzazione in questi termini: « Ogni sterilizzazione che per se stessa, cioè per sua propria natura e condizione, ha per unico effetto immediato di rendere la facoltà generativa incapace di procreare, dev'essere considerata sterilizzazione diretta, nel senso in cui questo termine è inteso nelle dichiarazioni del Magistero pontificio, specialmente di PIO XII. Perciò, nonostante ogni soggettiva buona intenzione di coloro i cui interventi sono ispirati alla cura o alla prevenzione di una malattia fisica o mentale prevista o temuta come risultato di una gravidanza, siffatta sterilizzazione rimane assolutamente proibita secondo la dottrina della Chiesa. E infatti la sterilizzazione della facoltà (generativa) è proibita per un motivo ancor più grave che la sterilizzazione dei singoli atti, poiché produce nella persona uno stato di sterilità quasi sempre irreversibile. Né può essere invocata disposizione alcuna della pubblica autorità, che cercasse di imporre la sterilizzazione diretta come necessaria al bene comune, poiché siffatta sterilizzazione intacca la dignità e la inviolabilità della persona umana. Similmente non può essere neppure invocato in questo caso il principio di totalità, in virtù del quale vengono giustificati interventi sugli organi a motivo di un maggior bene della persona; la sterilità per se stessa intesa, infatti, non è orientata al bene integrale della persona retamente inteso, "nell'osservanza del retto ordine delle cose e dei beni", dal momento che è contraria al bene morale della persona, che è il bene più alto, privando di proposito la prevista e liberamente scelta attività sessuale di un elemento essenziale » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE,

*Responsa ad quaesita Conferentiae Episcopalis Americae*

*Septentrionaliscirca sterilizationem in nosocomiis catholicis*

[13 marzo 1975], n. 1: AAS 68 [1976] 738-739).

(53)

Cfr. BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae* (25 luglio 1968), n. 14: AAS 60 (1968), 490.

(54)

Cfr. BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae* (25 luglio 1968), n. 17: AAS 60 (1968), 493-494

(55)

Cfr. BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humane vitae* (25 luglio 1968),

494. 17: AAS 60 (1968), 493-494.

(56)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 33:

AAS 74 (1982), 120-123.

(57)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 88: AAS

87 (1995), 500-501.

(58)

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 35:

AAS 74 (1982), 125.

(38)

BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 10: AAS 60 (1968), 487.

(39)

BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 14: AAS 60 (1968), 490.

(40)

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 32:

AAS 74 (1982), 119.

(41)

« Proprio tale rispetto rende legittimo, a servizio della responsabilità nel procreare, il ricorso ai metodi naturali di regolazione della fertilità: essi vengono sempre meglio precisati dal punto di vista scientifico e offrono possibilità concrete per scelte in armonia con i valori morali » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 97: AAS 87 [1995], 512).

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 32:

AAS 74 (1982), 119.

(42)

BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 13: AAS 60 (1968), 489.

(43)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 23: AAS

87 (1995), 427.

(44)

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 32:

AAS 74 (1982), 119.

(45)

Le tecniche “naturali”, infatti, volte ad impedire la fecondazione tramite un atto sessuale incompleto sono contraccettive.

(46)

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 32:

AAS 74 (1982), 120.

(47)

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 32:

AAS 74 (1982), 120.

(48)

S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 33:

AAS 74 (1982), 120.

(30)

CONC. ECUM. VAT. II, Cost. past. *Gaudium et spes*, n. 50. Cfr. BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae* (25 luglio 1968), n. 9: AAS 60 (1968), 487.

(31)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 43: AAS

87 (1995), 448.

(32)

BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 10: AAS 60 (1968), 487.

(33)

<sup>33</sup> CONC. ECUM. VAT. II, Cost. past. *Gaudium et spes*, n. 51.

(34)

<sup>34</sup> BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 12: AAS 60 (1968), 488-489.

(35)

« Per la sua intima struttura, l'atto coniugale, mentre unisce pro- fondamente gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi iscritte nell'essere stesso dell'uomo e della donna » (BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 12: AAS 60 [1968], 488-489).

(36)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae*, II, B, 4b: AAS 80 (1988), 91.

(37)

BEATO PAOLO VI, Lett. enc. *Humanae vitae*, n. 12: AAS 60 (1968), 488; cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio*, n. 32: AAS 74 (1982), 118. « Per questo, "l'uomo che vuol comprendere se stesso fino in fondo non soltanto secondo immediati, parziali, spesso superficiali, e perfino apparenti criteri e misure del proprio essere deve, con la sua inquietudine e incertezza ed anche con la sua debolezza e peccaminosità con la sua vita e morte, avvicinarsi a Cristo..." » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Veritatis splendor*, n. 8: AAS 85 [1993], 1139).

(26)

GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 34: AAS 87 (1995), 438-439.



(27)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 6: AAS 100 (2008), 862.

(28)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 43: AAS

87 (1995), 448.

(29)

GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Familiaris consortio* circa i compiti della famiglia cristiana nel mondo di oggi (22 novembre 1981), n. 28: AAS 74 (1982), 114. Cfr. IDEM, Lett. *Gratissimam sane* alle famiglie (2 febbraio 1994), n. 9: AAS 86 (1994), 878.

(13)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 10: AAS 100 (2008), 864.

(14)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 10: AAS 100 (2008), 865.

(15)

« Lo sviluppo della scienza e della tecnica, splendida testimonianza delle capacità dell'intelligenza e della tenacia degli uomini, non dispensa dagli interrogativi religiosi ultimi l'umanità, ma piuttosto la stimola ad affrontare le lotte più dolorose e decisive, quelle del cuore e della coscienza morale » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Veritatis splendor* circa alcune questioni fondamentali dell'insegnamento morale della Chiesa [6 agosto 1993], n. 1: AAS 85 [1993], 1134).

(16)

« Il campo operativo è vastissimo: esso va dall'educazione sanitaria alla promozione di una maggiore sensibilità nei responsabili della cosa pubblica; dall'impegno diretto nel proprio ambiente di lavoro e quello di forme di cooperazione – locale, nazionale e internazionale – che sono rese possibili dall'esistenza di tanti organismi e associazioni aventi tra le loro finalità statutarie il richiamo, diretto o indiretto, alla necessità di rendere sempre più umana la medicina » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti alla Conferenza promossa dalla Pontificia Commissione per la Pastorale degli Operatori Sanitari [12 novembre 1987], n. 6: AAS 80 [1988], 645).

(17)

Cfr. BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Caritas in veritate* sullo sviluppo umano integrale nella carità e nella verità (29 giugno 2009),

674. 38-39: AAS 101 (2009), 673-674.

(18)

S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 27: AAS

87 (1995), 431.

(19)

<sup>19</sup> « La vostra professione corrisponde ad una vocazione che vi impegna nella nobile missione di servizio all'uomo nel vasto, complesso e misterioso campo della sofferenza » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso all'Associazione dei Medici Cattolici Italiani [4 marzo 1989], n. 2: *Insegnamenti* XII/1 [1989], 480).

(20)

« Il personalissimo rapporto di dialogo e di fiducia che si instaura tra voi e il paziente esige in voi una carica di umanità che si risolve, per il credente, nella ricchezza della carità cristiana. È questa virtù divina che arricchisce ogni vostra azione e dà ai vostri gesti, anche al più semplice, la potenza di un atto compiuto da voi in interiore comunione con Cristo » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai medici dentisti italiani [14 dicembre 1984], n. 4: *Insegnamenti* VII/2 [1984], 1594).

(21)

« Gesù, l'evangelizzatore per eccellenza e il Vangelo in persona, si identifica specialmente con i più piccoli (cfr. Mt 25,40). Questo ci ricorda che tutti noi cristiani siamo chiamati a prenderci cura dei più fragili della Terra. Ma nel vigente modello "di successo" e "privatistico", non sembra abbia senso investire affinché quelli che rimangono indietro, i deboli o i meno dotati possano farsi strada nella vita » (PAPA FRANCESCO, Esort. ap. *Evangelii gaudium* sull'annuncio del Vangelo nel mondo attuale [24 novembre 2013] n. 209: AAS 105 [2013], 1107).

(22)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap. *Salvifici doloris*, nn. 28-30: AAS 76 (1984), 242-246. « Lasciandosi guidare dall'esempio di Gesù "buon samaritano" (cfr. Lc 10, 29-37) e sostenuta dalla sua forza, la Chiesa è sempre stata in prima linea su queste frontiere della carità: tanti suoi figli e figlie, specialmente religiose e religiosi, in forme antiche e sempre nuove, hanno consacrato e continuato a consacrare la loro vita a Dio donandola per amore del prossimo più debole e bisognoso » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 27: AAS 87 [1995], 431).

(23)

s. GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum*, n. 1: AAS 77 (1985), 457. « Una società è veramente accogliente nei confronti della vita quando riconosce che essa è preziosa anche nell'anzianità, nella disabilità, nella malattia grave e persino quando si sta spegnendo; quando insegna che la chiamata alla realizzazione umana non esclude la sofferenza, anzi, insegna a vedere nella persona malata e sofferente un dono per l'intera comunità, una presenza che chiama alla solidarietà e alla responsabilità. È questo il Vangelo della vita che, attraverso la vostra competenza scientifica e professionale e sostenuti dalla Grazia, siete chiamati a diffondere » (PAPA FRANCESCO, Messaggio ai partecipanti all'Assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita in occasione del ventennale di istituzione [19 febbraio 2014]: AAS 106 [2014], 192).

(24)

<sup>24</sup> « La vostra presenza accanto al malato si ricollega con quella di quanti – sacerdoti, religiosi e laici – sono impegnati nella pastorale degli infermi. Non pochi aspetti di tale pastorale si incontrano con i problemi e i compiti del servizio alla vita compiuti dalla medicina. Vi è una necessaria interazione tra esercizio della professione medica ed azione pastorale, poiché unico oggetto di entrambe è l'uomo, colto nella sua dignità di figlio di Dio, di fratello bisognoso, al pari di noi, di aiuto e di conforto » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso al Congresso mondiale dei Medici Cattolici [3 ottobre 1982], n. 6: *Insegnamenti* V/3 [1982], 676).

(25)

<sup>25</sup> S. GIOVANNI PAOLO II, Esort. ap. *Christifideles laici* su vocazione e missione dei laici nella Chiesa e nel mondo (30 dicembre 1988), n. 53: AAS 81 (1989), 500.

(10)

« È illusorio rivendicare la neutralità morale della ricerca scientifica e delle sue applicazioni. D'altra parte, i criteri orientativi non possono essere dedotti né dalla semplice efficacia tecnica, né dall'utilità che può derivarne per gli uni a scapito degli altri, né, peggio ancora, dalle ideologie dominanti. La scienza e la tecnica richiedono, per il loro stesso significato intrinseco, l'incondizionato rispetto dei criteri fondamentali della moralità; devono essere al servizio della persona umana, dei suoi inalienabili diritti, del suo bene vero e integrale, in conformità al progetto e alla volontà di Dio » (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Donum vitae* su il rispetto della vita nascente e la dignità della procreazione [22 febbraio 1987], n. 2: AAS 80

[1988], 73). Cfr. CCC, n. 2294.

(11)

« Particolarmente significativo è il risveglio di una riflessione etica attorno alla vita: con la nascita e lo sviluppo sempre più diffuso della bioetica vengono favoriti la riflessione e il dialogo tra credenti e non credenti, come pure tra credenti di diverse religioni – su problemi etici, anche fondamentali, che

interessano la vita dell'uomo » (S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 27: AAS 87 [1995], 432).

(12)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 3: AAS 100 (2008), 860.

(1)

1. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae* sul valore e l'inviolabilità della vita umana (25 marzo 1995), n. 89: AAS 87

(1995), 502.

(2)

Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas*

*personae* su alcune questioni di bioetica (8 settembre 2008), n. 5: AAS 100 (2008), 861

(3)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 7: AAS 100 (2008), 863.

(4)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 8: AAS 100 (2008), 863

(5)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 89:

AAS 87 (1995), 502.

(6)

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istr. *Dignitas personae*, n. 2: AAS 100 (2008), 859.

(7)

GIOVANNI PAOLO II, Motu Proprio *Dolentium hominum* (11 febbraio 1985), n. 2: AAS 77 (1985), 458.

(8)

Cfr. S. GIOVANNI PAOLO II, Lett. ap. *Salvifici doloris* sul senso cristiano della sofferenza umana (11 febbraio 1984), n. 29: AAS 76 (1984), 244-246. « Nell'esercizio della vostra professione, voi avete sempre a che fare con la persona umana, che consegna nelle vostre mani il suo corpo, fidando nella vostra competenza oltre che nella vostra sollecitudine e premura. È la misteriosa e grande realtà della vita di un essere umano, con la sua sofferenza e con la sua speranza, quella che voi trattate » (S. GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti ad un Congresso sulla chirurgia [19 febbraio 1987], n. 2: *Insegnamenti* X/1 [1987], 374).

(9)

<sup>9</sup> Cfr. BENEDETTO XVI, Lett. enc. *Spe salvi* sulla speranza cristiana (30 novembre 2007), n. 39: AAS 99 (2007), 1017.

(1)

S. GIOVANNI PAOLO II, Motu proprio *Dolentium hominum* (11 febbraio 1985), n.

1: AAS 77 (1985), 457

(2)

*Ibid.*

(3)

*Ibid.*; 3

(4)

*Ibid.*; 3