

Adorno Antonio**Da:** Adorno OASI CANA [FamigliaVita] [associazione@oasicana.it]**Inviato:** lunedì 12 novembre 2007 20.22**A:** info@oasicana.it**Oggetto:** DOSSIER FIDES sulla Eutanasia*Carissimi amici dell' Associazione OASI CANA Onlus, ecco le notizie su Fan***5 PER 1000:** AIUTARE LA FAMIGLIA NELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI NON COS**DOSSIER FIDES sulla Eutanasia**

V COMANDAMENTO: “NON UCCIDERE” – L’EUTANASIA

I link alle posizioni della Chiesa cattolica**La deriva olandese****L’ “uccisione misericordiosa di persone non degne di vivere”****La prima legge sull’eutanasia in Europa****Il “kit” per l’eutanasia: con sessanta euro si può****Non chiamiamola eutanasia, ma “spirito umanitario” per aiutare al suicidio****Chi non voglia essere “terminato” a sua insaputa, lo dichiari in precedenza****La discussione in Italia sul testamento biologico****L’eutanasia attiva, passiva, l’accanimento terapeutico****Anche la pratica del suicidio può servire a legittimare l’eutanasia volontaria****Interviste****al Prof. Filippo Boscia, Medico Chirurgo, specializzato in Ostetricia, Ginecologia e docente di Master di Bioetica e diritti umani****alla Dott.ssa Chiara Mantovani, Medico-chirurgo. Membro dei Comitati Etici della Ospedaliera e dell’Ordine dei Medici di Ferrara****al Dott. Marco Maltoni, Direttore dell’Unità Cure Palliative del Dipartimento Oncologico Forlì****Intervista a Sua Ecc. Mons. ELIO SGRECCIA,
Presidente della Pontificia Accademia per la Vita****I link alle posizioni della Chiesa cattolica sulla vita e sull’eutanasia****COSTITUZIONE PASTORALE SULLA CHIESA NEL MONDO CONTEMPORANEO –**

GAUDIUM ET SPES**27. Rispetto della persona umana**

http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudi

ENCICLICA EVANGELIUM VITAE DI GIOVANNI PAOLO II

http://www.vatican.va/edocs/ITA1217/_INDEX.HTM

CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA**I. Il rispetto della vita umana**

http://www.vatican.va/archive/ITA0014/_P7Y.HTM

DICHIARAZIONE SULL'EUTANASIA DELLA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA F

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutai

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE - NOTA DI COMMENTO

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_notat

**DISCORSO DI PAPA GIOVANNI PAOLO II AI PARTECIPANTI AD UN CORSO INTE
AGGIORNAMENTO SULLE PRELEUCEMIE UMANE (15 NOVEMBRE 1985)**

[umane_it.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1985/november/documents/hf_jp-ii_spe_19851)

**DISCORSO DI PAPA GIOVANNI PAOLO II AD UN GRUPPO DI VESCOVI DEGLI STATI UNI
VISITA AD LIMINA (2 OTTOBRE 1998)**

[usa_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/1998/october/documents/hf_jp-ii_spe_1998100)

**DISCORSO DI GIOVANNI PAOLO II AI PARTECIPANTI AL CONGRESSO INTERNA
TRATTAMENTI DI SOSTEGNO VITALE E LO STATO VEGETATIVO. PROGRESSI SCIENT
ETICI" (20 MARZO 2004)**

[fiame_it.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320)

**PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA - IL RISPETTO DELLA DIGNITÀ DEL MORENTE - (1
ETICHE SULL'EUTANASIA (9 DICEMBRE 2000)**

http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_2000120

**RIFLESSIONI DI S.E. MONS. ELIO SGRECCIA SU: "L'EUTANASIA IN OLANDA: ANCHE PE
SETTEMBRE 2004)**

[netherlands_it.html](http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pont-acd_life_doc_2004)

CONFERENZA EPISCOPALE DELLA FRANCIA

<http://www.cef.fr/catho/endit/bioethique/index.php>

CONFERENZA EPISCOPALE DELLA GERMANIA

Das Lebensrecht des Menschen und die Euthanasie

<http://www.dbk.de/schriften/data/3697/index.html>

Deutsche Bischofskonferenz warnt vor Legalisierung der aktiven Sterbehilfe

<http://www.dbk.de/aktuell/meldungen/3147/index.html>

Der Mensch darf nicht alles, was er kann

Deutsche Bischofskonferenz verstärkt Information über bioethische Fragen

<http://www.dbk.de/aktuell/meldungen/2909/index.html>

INGHILTERRA - LETTERA APERTA DI NOVE LEADER RELIGIOSI

http://www.fides.org/eng/vita_chiesa/british_141005.html

LETTERA PASTORALE IN CUI SI PRONUNCIANO CONTRO IL SUICIDIO ASSISTITO: L'ARCIVESCOVO EMERITO DI STRASBURGO JOSEF VESCOVO DI BASILEA KURT KOCH

Gemeinsames Hirtenwort der Bischöfe von Freiburg, Strassburg und Basel

<http://www.bistum-basel.ch/seite.php?na=1,1,0,61638,d>

MESSICO - "L'EUTANASIA È SEMPRE UNA FORMA DI OMICIDIO O DI SUICIDIO"

<http://www.evangelizatio.org/portale/adgentes/chieselocali/chieselocali.php?id=113>

COLOMBIA - NUOVO PRONUNCIAMENTO DEI VESCOVI SUL DISEGNO DI LEGGE PER L'EUTANASIA

http://www.fides.org/spa/documents/eutanasia_colombia_oct_2007.doc

GUATEMALA - LETTERA PASTORALE DEI VESCOVI SUL VALORE DELLA VITA

http://www.fides.org/spa/documents/carta_pastoral_CEG200407.doc

La deriva olandese

Città del Vaticano (Agenzia Fides) - Diagnosi e prognosi devono essere certe. La sofferenza deve essere disperata. Diagnosi, prognosi e sofferenza devono essere confermate da almeno un medico indipendente. Entrambi devono fornire il loro consenso informato. La procedura deve essere eseguita secondo gli standard accettati dalla professione medica. Deve essere scritto e sottoposto al vaglio dell'autorità giudiziaria. A queste condizioni, in Olanda, si può eseguire l'eutanasia sui neonati.

È il 10 marzo 2005. Sul "New England Journal of Medicine", Eduard Verhagen, pediatra, spiega che ogni anno, circa mille bambini nati in Olanda muoiono nel primo anno di vita. Per circa seicento di questi bambini è preceduto da una decisione medica sul fine vita.

”I bambini ed i neonati per i quali potrebbe essere presa la decisione di fine vita - scrive Verhagen - possono essere divisi in tre categorie. Nel primo gruppo ci sono bambini per i quali non c'è alcuna speranza di sopravvivenza. Questo gruppo consiste in bambini che moriranno poco dopo esser nati non avendo ricevuto i più avanzati trattamenti disponibili localmente. Questi bambini hanno malattie estremamente gravi, quali la malattia renale. I bambini nel secondo gruppo hanno una prognosi pessima e sono dipendenti dalle cure intensive. Questi bambini sopravvivono dopo un periodo di cure intensive, ma le aspettative sul loro futuro sono buie. Sono bambini con danni cerebrali e danni estesi agli organi causati da ipossemia severa. Quando questi bambini sopravvivono con terapia intensiva, hanno prognosi pessime ed una cattiva qualità della vita. Per ultimo ci sono i bambini con malattie croniche per le quali vivono quello che i genitori e gli esperti di medicina considerano una sofferenza insopportabile. Anche se, in astratto, questo gruppo include i pazienti che non sono dipendenti da terapia intensiva ma per i quali è prevista una vita associata a continua sofferenza. Per esempio, un bambino affetto dalla più grave manifestazione di

qualità della vita estremamente bassa, anche dopo molte operazioni. Questo gruppo include anche sopravvissuti grazie alla terapia intensiva, ma per i quali è chiaro che dopo il completamento delle cure intensive sarà misera e non vi è alcuna speranza di miglioramento”.

Da e su questi presupposti si fonda il cosiddetto “Protocollo di Groningen”: l'accordo intervenuto tra i medici di Groningen in Olanda e le autorità giudiziarie olandesi, riguardante l'estensione della possibilità di eutanasi sotto i 12 anni, fino all'età neonatale.

I parametri “etici” sui quali si fonda questo Protocollo sono: “mancanza di autosufficienza”, “mancanza di comunicazione”, “dipendenza ospedaliera”, “aspettativa di vita”.

L'Olanda fa da esempio.

Secondo il Sunday Times del 5 novembre 2006, il “Royal College of Obstetricians and Gynecology” ha proposto di prendere in considerazione “l'eutanasia attiva” per i bambini malati.

La proposta è emersa durante un'audizione del College nell'ambito dell'indagine svolta dal “Nuffield Council on Bioethics” sul tema del prolungamento della vita nei neonati. L'audizione ha ricevuto il sostegno di John Harris, un membro della Commissione governativa sulla genetica e professore di bioetica dell'Università di Manchester, come riportato nel suo libro “Noi possiamo porre fine a gravi malformazioni fetali entro un determinato termine, ma non possiamo farlo per tutti”. Secondo la gente cosa avviene nel passaggio attraverso il parto, che rende legittimo uccidere il feto prima e non dopo il parto.

Opposizione alla proposta è stata espressa da John Wyatt, neonatologo, consulente dell'Ospedale della Queen Charlotte di Londra: “La maggioranza dei medici e dei professionisti sanitari ritengono che una volta introdotta nella pratica la possibilità di uccidere intenzionalmente, si modifica la natura fondamentale della medicina”, ha affermato. “L'idea di prendere immediatamente una decisione soggettiva sulla valutazione di quale vita vale la pena di essere portata avanti”,

Poco tempo dopo, il “Nuffield Council” ha reso nota la sua decisione di rigettare la proposta di eutanasi attiva. “L'obbligo professionale dei medici è di preservare la vita ove possibile”, si afferma nel comunicato stampa del 15 novembre, che però si è espresso contro l'uso di cure intensive per i bambini nati prematuramente, prima o dopo la gravidanza. Per quelli nati tra la 23° e la 24°, il Council ha detto che i casi andrebbero valutati da medici e genitori.

L' “uccisione misericordiosa di persone non degne di vivere”

I nazisti definivano l'eutanasia “uccisione misericordiosa di persone non degne di vivere”. Nel “Mein Kampf” Hitler scriveva: “se non c'è più forza per combattere per la propria salute, il diritto a vivere viene meno.”

Dalle prove fornite al processo di Norimberga, si stima che furono sottoposti ad eutanasia almeno 100.000 persone, queste, almeno 8.000 bambini; per quelli handicappati, fisicamente e mentalmente, fu prevista – dall'alto – la registrazione obbligatoria: la loro nascita doveva essere segnalata agli uffici di sanità pubblica. I selezionati venivano mandati in un manicomio, dove venivano uccisi con farmaci o per mancanza di nutrizione.

Dai bambini, il programma di eutanasia, nell'ottobre 1939, si estese agli adulti. Vennero istituite quattro centri di copertura, sei centri di eutanasia, una sede principale, che venne collocata in una villa di Berlino, in un programma prese il nome di quella strada e fu chiamato “T4”. Le vittime furono assassinate in camere a gas, o in un bagno, per mezzo di monossido di carbonio emesso da bombole di gas oppure con overdose deliberata di farmaci o semplicemente a causa di condizioni determinate di esaurimento e malnutrizione.

La prima legge sull'eutanasia in Europa

Le procure olandesi non hanno mai arrestato o posto sotto processo i medici che praticano l'eutanasia a partire dal primo caso registrato nel 1997. Secondo uno studio del “Journal of Medical Ethics”, il 59 per cento dei casi di eutanasia in Olanda non sono segnalati dagli ospedali. Un documento del 1992 della “Dutch Royal Society of Medicine” proponeva una bozza di norme sull'eutanasia infantile, che comprendeva la previsione della possibilità o meno del bambino di stabilire relazioni interpersonali. Si parlava della morte come passo per “il miglioramento della qualità della vita”.

Secondo un documentario trasmesso dalla Pbs, “Choosing Death”, tre delle otto unità pediatriche nei Paesi Bassi praticano l'infanticidio tramite iniezione letale. Per i minorenni fra i sedici e i diciotto anni non c'è bisogno dell'autorizzazione dei genitori. L'eutanasia passiva è chiamata “fine senza richiesta o consenso”. Quella attiva è chiamata “fine terminale”.

I medici olandesi furono gli unici a non prendere parte al programma nazista di eutanasia. Nonostante l'Olanda sia stato il primo paese europeo ad autorizzare l'eutanasia. La legge su eutanasia e suicidio assistito è del primo gennaio 2002. Sostanzialmente l'impunità di fatto di cui fino ad allora avevano goduto i medici che ponevano fine alla vita dei loro pazienti morenti con la somministrazione di dosi letali di farmaci o interrompendo cure ordinarie necessarie. L'eutanasia ha smesso così di essere sottoposta al controllo della magistratura ed è stata affidata esclusivamente ai medici in qualsiasi forma di terapia.

La prima conferma ufficiale della prevalenza dell'eutanasia non volontaria in Olanda si è avuta il 10 settembre 2002.

fu pubblicato il rapporto governativo “Decisioni mediche sulla fine della vita”. Conosciuto comunemente come “Rimmelinck” (dal nome del presidente del comitato che lo ha divulgato), lo studio documentò i criteri seguiti di fronte alle richieste di eutanasia.

I risultati del “rapporto Rimmelinck” (“celebrato”, da associazioni e gruppi eutanasi italiani, che sostengono una forte e radicata eutanasia “clandestina”, che dovrebbe essere, a loro dire, disvelata e regolarizzata) indica che i medici olandesi avevano deliberatamente posto fine alla vita di migliaia di pazienti, somministrando iniezioni letali di farmaci orali: 2.300 persone morirono in seguito a eutanasia praticata dal medico su loro richiesta; 1.000 persone, una media di 3 al giorno, morirono senza averne richiesto; 1.000 persone, una media di 3 al giorno, morirono senza averne richiesto, fornito o somministrato un farmaco con il preciso scopo di causare la morte anche se il paziente aveva specificato la richiesta di eutanasia. Di questi, il 14% era completamente capace, mentre il 72% non aveva capacità di prendere decisioni riguardo al termine della vita; 8.100 pazienti morirono in seguito a somministrazione da parte del medico di un farmaco con il preciso intento di accelerare la loro morte. La decisione di somministrare intenzionalmente tale farmaco fu discussa con il 61% dei pazienti, anche se il 27% dei pazienti morti in questo modo erano completamente incapaci di prendere decisioni.

Il capo dei pediatri olandesi, Zier Versluys, nel 1992 disse che “l'eutanasia è parte della buona pratica pediatrica”. Nel 1993 Liesbeth Rensman, portavoce del ministro della Giustizia, fece sapere che “il governo olandese estendere l'intervento medico attivo per porre fine alle vite brevi senza un esplicito consenso”. Il dottor Molen, un medico neonatologia del “Sophia Pediatric Hospital”, ha rivelato che 24 dei 500 nuovi nati handicappati erano stati uccisi dai medici: “La Società olandese della pediatria ha abbracciato la pratica dell'eutanasia sugli infanti difettosi”. Nel 1996 pubblicato dal “New England Journal of Medicine” sosteneva che il 64 per cento degli psichiatri olandesi accettava l'eutanasia attiva per i pazienti che soffrono di malattie mentali.

Il 31 per cento dei pediatri olandesi avrebbe praticato almeno una volta l'eutanasia e in un quinto dei casi con il consenso dei genitori. Il 60 per cento dei medici si è detto “onorato” di poter “porre fine alla vita di un bambino”.

Il “kit” per l'eutanasia: con sessanta euro si può

Nel 2002, in Belgio, è stata approvata la legge sull'eutanasia volontaria. Sancisce la non punibilità per il medico che pratica l'eutanasia su pazienti maggiorenni – o su minorenni, purché capaci d'intendere e di volere – che la richiedano consapevolmente e ripetutamente, in presenza di una patologia “grave e incurabile”, che rechi sofferenze considerate insopportabili.

Queste sofferenze possono essere sia fisiche che psichiche, dilatando così indefinitamente i limiti della legge; la richiesta dell'atto eutanasi deve essere messa per iscritto. In caso di incoscienza, hanno valore le richieste anticipate del paziente, che devono essere scritte, e che hanno validità quinquennale. Il medico, per quanto riguarda il paziente sulle terapie del dolore disponibili (cure palliative), viene di fatto a essere un mero esecutore della volontà del paziente. Il suo intervento si risolve nell'attuazione – con mezzi non specificati dalla legge – dell'atto eutanasi e nell'invio del rapporto da sottoporre a una commissione esaminatrice, che è chiamata a valutarlo sulla base della sola corretta pratica medica.

Dalla metà di aprile del 2005, in 250 farmacie del Belgio è stato messo in vendita il “kit per l'eutanasia” a un prezzo di 60 euro non rimborsabili dal servizio sanitario che contiene tre dosi di un potente barbiturico, un paio di dosi di sonnifero. Possono acquistarlo i medici di base previa presentazione alla farmacia di una prescrizione medica e quella adoperata per la richiesta di sostanze stupefacenti.

La diffusione del kit fa seguito alle richieste dei medici di famiglia, che si erano ripetutamente lamentati per il mancato accesso alle sostanze letali – precedentemente fornite solo dalle farmacie degli ospedali – e alle sollecitazioni del Parlamento, incaricata di valutare l'applicazione di una legge che ne agevola la vendita. Si tratta di un passo verso la socializzazione e la banalizzazione della pratica eutanasi, in quanto il kit facilita il trapasso a casa, assistiti dai famigliari.

Non chiamiamola eutanasia, ma “spirito umanitario” per aiutare il suicidio

L'articolo 115 del codice penale svizzero, datato 27 dicembre 2005, sancisce la punibilità di chi istiga o assiste un altro a suicidarsi spinto da un movente di natura egoistica. Questo significa che se il movente è diverso – per esempio, per chiedere aiuto per morire – non si è perseguiti penalmente. La disposizione non ha, all'origine, alcun legame con la pratica sanitaria né con il malato terminale, ma è stata utilizzata anche per porre in atto comportamenti eutanasi. “Exit” o “Dignitas” prestano assistenza al suicidio nell'ambito di questa legge, in quanto non è possibile perseguire i moventi egoistici.

Si chiama “Progetto suicidio assistito”, quello del “Chuv”, il Policlinico universitario del cantone Vaud, che è stato il primo ospedale della Svizzera che ha accettato l'ingresso di medici esterni e dell'associazione “supportare” quei pazienti che hanno espresso il desiderio di una “morte dignitosa”.

Prima, fino al gennaio 2006, le due organizzazioni attive in Svizzera già dagli anni '80 sui temi di fine vita offrivano questo tipo di aiuto solo a domicilio. Una condizione irrispettosa della libertà del malato, costretto alla degenza in ospedale, a perdere la propria autonomia”, visto che “il soggiorno all'ospedale costituisce solo una tappa nel percorso di vita de-

sottolinea la direttiva interna con la quale l'ospedale si è adeguato alle disposizioni della Commissione la medicina emesse nel 2005. Nel cui testo si evidenzia però anche che l'assistenza al suicidio non fa parte del medici e infermieri e che quindi, di pari passo, va rispettata l'eventuale obiezione di coscienza del personale sanitario.

Come riferisce www.zenit.org del 14 febbraio 2007, John Elliot, affetto da un tumore, è partito dall' Zurigo, in Svizzera, per poter porre fine alla propria vita con l'assistenza dell'organizzazione "Dignitas".

Elliot è stato accompagnato dall'avvocato australiano Philip Nitschke (autore di "The Peaceful Pill Handbook" su come commettere suicidio), il quale ha ammesso di sperare che la pubblicità di questo caso possa combattere la battaglia per la legalizzazione dell'eutanasia in Australia.

Con riferimento alla notizia della morte di Elliot, il ministro della salute australiano Tony Abbott sulla legalizzazione dell'eutanasia "metterebbe gli anziani a rischio eliminazione". Secondo il "Times" di Londra Ludwig Minelli, fondatore di "Dignitas", ha affermato, nel corso di una visita in Inghilterra, di ritenere giuste le persone depresse a porre fine alla loro vita. Minelli ha affermato poi, nel corso di un incontro a margine della conferenza liberal-democratici britannici, che "se si accetta l'idea dell'autonomia personale, non si può porre la condizione che i terminali possono avere questo diritto". Secondo il "Times", Minelli ha parlato su invito di Chris Davies, un membro del Parlamento europeo, impegnato per ottenere una modifica della legge britannica. Secondo un servizio dell'agenzia "Reuters", dalla sua fondazione nel 1998 fino a quella data, Dignitas avrebbe fornito assistenza a diverse persone.

Lo scorso anno, il Governo svizzero ha respinto la proposta di porre restrizioni alla legge sul suicidio della giustizia Christoph Blocher ha reso nota la decisione del Governo di non modificare la legislazione vigente "Swissinfo" del 31 maggio. Poco dopo questa decisione, tre Vescovi, di Germania, Francia e Svizzera congiuntamente una lettera pastorale in cui si pronunciano contro il suicidio assistito. L'Arcivescovo di Friburgo l'Arcivescovo emerito Joseph Doré di Strasburgo e il Vescovo Kurt Koch di Basilea, hanno ribadito che tutti i diritti della sacralità della vita umana e dei diritti dei malati terminali o cronici, secondo l'agenzia tedesca "Deutschlandfunk" del 2006. Ad una conferenza stampa, l'arcivescovo Zollitsch ha affermato che "oggi le persone malate, sofferenti, non vanno viste come un peso di cui disfarsi".

Preoccupazioni più che mai urgenti dopo la decisione della Suprema Corte svizzera di ammettere al suicidio i malati di mente ("persone affette da disturbi psicologici gravi, permanenti e curabili"). Il Tribunale federale ha respinto la richiesta relativa al caso di un uomo di 53 anni affetto da disordine bipolare che ha chiesto assistenza al suicidio, secondo "The Press" del 2 febbraio scorso. La Corte ha effettivamente rigettato la richiesta, chiedendo uno studio medico, ma ha tuttavia affermato che nei casi di disordini gravi e incurabili, le persone malate di mente potrebbero essere autorizzate al suicidio.

Ulteriori preoccupazioni sono emerse dopo che Soraya Wernli, ex assistente di Minelli, ha accusato "Dignitas" di facilitare eccessivamente le persone a morire. L'accusa è stata espressa in un articolo pubblicato sul quotidiano australiano "Sydney Morning Herald" il 3 febbraio scorso. Nel 2005, l'infermiera Wernli, dopo aver lavorato per anni, ha deciso, insieme a suo marito Kurt, un direttore di "Dignitas", di lasciare la clinica per motivi di coscienza - vi era un'eccessiva fretta nelle procedure di accettazione della domanda di aiuto al suicidio. Inoltre, erano malati terminali". Secondo Wernli, "alcune delle persone che sono state assistite soffrivano di depressione, non solo anziani che volevano morire".

Chi non voglia essere 'terminato' a sua insaputa, lo dichiari in precedenza

Il 22 aprile 2005 in Francia è stata approvata una legge sui "diritti dei malati e la fine della vita", che riconosce il diritto di rifiuto delle cure, la passiva e il testamento di vita. La legge autorizza i medici a interrompere la terapia e l'assistenza quando questa è sproporzionata o non sortisce altro effetto se non quello di mantenere in vita artificialmente", oltre che a prescrivere i dolorifici, anche se questi aumentano i rischi di decesso. In caso il malato sia impossibilitato a chiedere i trattamenti il testo autorizza i familiari a farlo. Chi non volesse essere "terminato" a sua insaputa, deve dichiararlo per iscritto.

Per far valere il diritto al rifiuto delle cure (in caso d'incoscienza) la legge si appoggia allo strumento del testamento biologico. Qualunque persona maggiorenne può compilarlo e lasciarlo in custodia a chiunque di sua fiducia, sia un familiare, di personale addetto all'assistenza, o di terzi. La scadenza è fissata ogni tre anni, e in caso di nuove direttive rimangono indicazioni per il medico ma non obbligo.

Il testo di legge non specifica se idratazione e alimentazione siano da considerarsi trattamenti medici, la prescrizione di farmaci o d'interventi chirurgici, oppure requisiti d'assistenza di base come riscaldamento, ventilazione. Non si tratta solo di una questione di forma, in quanto, se ritenute terapie, potrebbero essere interpretate come trattamenti terapeutici, e sarebbe legale far morire i malati di fame e di sete.

Ma l'ambiguità non è solo della Francia. In Germania, l'istigazione al suicidio - quindi anche l'assistenza - è punita, purché l'ultimo atto da cui consegue la morte venga praticato dal suicida stesso. I casi di suicidio

Giovanni Paolo II, il Papa della enciclica "Evangelium Vitae", ribadisce la condanna morale dell'evolversi della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana suggerire "una via ben diversa... la via dell'amore e della vera pietà, che la nostra comune umanità impone e Redentore, morto e risorto, illumina con nuove ragioni. La domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto con la sofferenza e la morte, specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi di annientarsi domanda di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova" (n. 67).

Il n. 65 dell'Enciclica "Evangelium vitae", definisce l'eutanasia come "un'azione o un'omissione che intenzionalmente è tale da provocare la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore". L'accento è posto sull'intenzione: richiede la volontà di eseguirlo (intenzione) e poggia sull'idea utilitaristica secondo cui il fine giustifica i mezzi.

L'"Evangelium vitae" non distingue fra metodo attivo (caso in cui il medico interviene direttamente sul paziente) e metodo passivo (in cui il medico si astiene dagli interventi indispensabili a mantenere la realizzazione dell'atto. Invece, correntemente, si assiste a revisioni che tendono a restringere l'eutanasia "fuori dal campo dell'eutanasia attiva volontaria).

In un testo che compare su una pubblicazione di "Scienza e Vita" (l'associazione "che presidia le frontiere sorgere alla sua fine naturale"), Claudia Navarini, Docente di Bioetica presso l'Ateneo Pontificio Regina Aloysia, elenca soprattutto tre restrizioni. La prima: l'eutanasia potrebbe essere solo "attiva", mentre il "lasciar morire" (sospeso da una terapia), corrisponderebbe ad una rinuncia terapeutica di altro valore etico, che non si salderebbe direttamente all'effetto mortale. Al contrario, è chiaro che non vi è differenza etica fra uccidere volontariamente e potendolo impedire. La seconda restrizione: l'eutanasia sarebbe solo quella "volontaria", quella sancita e rivendicata da chi ritiene la sua vita ormai inutile. E' raro, però, che una richiesta di eutanasia sia davvero piuttosto condizionata da altri fattori (come la "falsa pietà"). La terza: l'eutanasia sarebbe l'unico rimedio "insopportabile". Poco si parla dei progressi della terapia del dolore e del fatto che frequentemente quel che è insopportabile è la vista del sofferente, che richiama la nostra stessa morte.

Distinto dall'eutanasia, dall'abbandono terapeutico e dalla terapia vera e propria, è l'accanimento terapeutico. Claudia Navarini, "non intende promuovere il bene globale della persona, ma va nella direzione di un'illusione di vita totale sulla vita, al punto da esigerla oltre i limiti imposti dalla natura umana, che è finita e mortale".

Il bilanciamento costi/benefici costituisce la dimensione oggettiva della valutazione di accanimento terapeutico e anche un aspetto soggettivo, da non sottovalutare. Un paziente potrebbe volersi sottoporre ad un trattamento nella speranza di vivere un poco di più per adempiere a qualche scopo particolare. Un altro paziente potrebbe volersi sottoporre a morire, magari a casa sua, tra i suoi cari, rinunciando a trattamenti che in ospedale potrebbero garantire alcuni. Questo non significa, come vogliono le posizioni eutanasiche, "decidere il momento ed il modo della propria morte nelle condizioni ottimali per riceverla, avvalendosi nella fase terminale delle cure "normali" ed eventualmente palliative.

Il rifiuto dell'accanimento terapeutico si contrappone all'eutanasia, in particolare alla cosiddetta eutanasia attiva. Il rifiuto indica anche a volte con le espressioni lasciar morire, diritto di morire, morire con dignità. Queste espressioni indicano l'astensione dell'accanimento terapeutico che l'induzione alla morte tramite omissione. Il valore etico dei due casi è diverso. Nel primo caso significa accettare la finitezza umana e con ciò l'ineluttabilità della morte naturale, nel secondo caso significa rifiutare la vita di un essere umano. Il secondo caso, nel rifiuto all'adeguamento delle leggi biologico-naturali che governano la vita, rileva l'intento di costituirsi padroni della vita, determinandone l'ora e il modo della morte (propria o altrui) in un concetto di paternalismo che quello di autonomia.

Anche la pratica del suicidio può servire a legittimare l'eutanasia volontaria

C'è anche chi – personaggi e studiosi di fama internazionale - nel tentativo di sostenere la legittimità dell'eutanasia volontaria, tira in ballo la questione del suicidio ed evoca la diffusione della pratica del suicidio nella storia umana, che in fondo sarebbe stato sempre accettato come possibile, inevitabile, addirittura doveroso e certamente "dignitoso".

Il 10 settembre scorso, in occasione della "Giornata Mondiale per la prevenzione del suicidio", l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha diffuso gli ultimi dati disponibili.

Nel mondo, ogni anno circa un milione di persone muore per suicidio. Il suicidio rappresenta circa il 3 per cento delle morti. Negli adolescenti sotto i 15 anni il suicidio è la prima causa di morte in alcuni Paesi: Cina, Svezia, Irlanda, Nuova Zelanda. Il suicidio è invece la prima causa di morte per le persone dai 15 ai 24 anni in moltissimi paesi. Il suicidio è la prima causa di morte in tutti i Paesi del mondo per i giovani adulti e gli adulti tra i 25 e i 60 anni. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità la percentuale di morti per suicidio è cresciuta globalmente del 60 per cento.

I tassi più alti di suicidio (dati Oms 2000) si riscontrano in Europa, in particolare nell'Europa dell'Est (Lituania, Finlandia, Ungheria, Russia) e in Paesi asiatici come Cina e Giappone. Quelle più basse in America Latina e in alcuni Paesi come Argentina, Brasile, Kuwait e Thailandia. I Paesi africani non forniscono dati sufficienti. In alto numero di suicidi si trova in Cina e India che rappresentano da sole circa il 30 per cento dei casi.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i fattori di rischio variano per continenti e paesi diversi, culturali, sociali ed economici.

I disturbi psichici sono associati al 90 per cento dei suicidi. In particolare depressione, schizofrenia, personalità. E poi abuso di sostanze, alcolismo (tra il 5-10 per cento di chi è dipendente si toglie la vita), malattie dolorose, cancro e Hiv in primis, ma anche disturbi neurologici. Tra i fattori ambientali, problemi di relazioni familiari, lutti, divorzi.

In Italia – come riferisce “Telefono Amico” - si valutano tra 3.500 e 4.000 i suicidi ogni anno. I dati sui suicidi e i tentativi di suicidio provengono dall'autorità giudiziaria - verbali e rapporti di Polizia e Carabinieri - secondo i dati elaborati dall'Istituto di statistica sanitaria tratti dai certificati di morte. Tali fonti sono spesso incomplete, i dati sono, per parere unanime degli esperti, molto sottostimati (soprattutto quelli forniti dall'autorità giudiziaria per eventi traumatici recenti, solitudine. Influiscono in modo rilevante le condizioni economiche, disoccupazione, disoccupazione, emigrazione. Il 10-14% di chi ha tentato il suicidio si toglie la vita.

Nel 2004 i suicidi "ufficiali" sono stati per l'Istat 3.265 (758 donne e 2.507 uomini), con un tasso di 5,4 per 100.000, con prevalenza del Nord Est e valori molto più bassi nell'Italia Meridionale. Nel 2004 meno dell'1 per cento di chi si suicida ha meno di 18 anni, poco meno di due terzi erano in età lavorativa (dai 18 ai 64 anni) e oltre un terzo aveva superato i 65 anni. Il suicidio aumenta in percentuale all'aumentare dell'età. Tra i principali "motivi", così definiti dai verbali del medico che rileva la malattia psichica, presente in circa metà dei casi, motivi affettivi, economici, malattie fisiche.

Questi i dati sulla rilevante questione suicidio, della quale si occupa anche l'“Evangelium Vitae”, che definisce il suicidio “comporta il rifiuto dell'amore verso se stessi e la rinuncia ai doveri di giustizia e di carità verso il prossimo e verso la comunità di cui si fa parte e verso la società nel suo insieme” (n. 66).

La grave ingiustizia dell'atto suicida si riassume nel principio secondo cui la vita è un bene indisponibile che caratterizza in profondità il nostro essere e che non può pertanto essere eliminato, come accade invece quando si procura autonomamente. Come avverte Claudia Navarini, “il suicidio, non indica solo il disprezzo della vita ma anche il rifiuto della realtà, dell'essere. Non a caso i padri della ‘rivoluzione sessuale’ esibivano, accanto ad atteggiamenti di rivolta, anche una difesa della vita innocente e della famiglia naturale, autentiche apologie della morte e del suicidio, come rifiuto dell'ordine naturale o verità dell'essere. Una società che ‘tutelasse’ il suicidio, sovvertirebbe infatti la base di ogni possibile riferimento al bene comune”.

INTERVISTE

Sul tema dell'eutanasia e dell'accanimento terapeutico, pubblichiamo le opinioni di tre medici, residenti in Italia, e dell'associazione che presidia le frontiere della vita, dal suo sorgere alla sua fine naturale. A conclusione dell'intervista, il Fides a Sua Ecc. Mons. Elio Sgreccia, Presidente della Pontificia Accademia per la Vita.

Intervista al Prof. Filippo Boscia, Medico Chirurgo, specializzato in Ostetricia, Ginecologia ed in Anestesiologia, Master di Bioetica e diritti umani presso l'Università di Bari e l'Università di Lecce, docente presso la Facoltà Teologica dell'Italia meridionale, Presidente della Società Italiana di Bioetica e Comitati Etici, Direttore Divisione di Ostetricia e Ginecologia Infantile e Fisiopatologia della Riproduzione U. di Ostetricia e Ginecologia “Di Venere” - BARI.

D.: Che cosa intende per accanimento terapeutico?

R.: “L'accanimento terapeutico è un concetto tra i più fraintesi e strumentalizzati dell'etica di fine vita e dei problemi medico-morali che vengono sollevati con più frequenza. A parlarne è lo sviluppo tecno-scientifico che ha permesso, anche attraverso tecniche rianimatorie e di conservazione artificiale della vita. In tale contesto, è difficile individuare una zona di confine tra trattamenti proporzionali e accanimento terapeutico, così come tra accanimento terapeutico ed eutanasia: le zone, i coni d'ombra e le sovrapposizioni possono essere molte e il confine può trovare difficile risoluzione.

Il termine accanimento terapeutico potrebbe indicare l'ostinazione nell'utilizzare trattamenti sproporzionati a cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o l'utilizzo di trattamenti che procurino sofferenza precaria e penosa della vita con incremento di inutili sofferenze per il paziente.

La disponibilità di mezzi, molte volte imputabile ad un eccessivo tecnicismo della medicina, certamente può essere un fattore di abuso, soprattutto quando il medico rivolge eccessiva ed esclusiva attenzione alla valutazione degli effetti dei trattamenti interrompendo il delicato rapporto che lo lega al paziente. Attenzione però a non sconfinare nell'astensionismo.

Ritengo ovvio sostenere che mai devono essere interrotte le cure normali, ovvero l'alimentazione e l'aspirazione dei secreti bronchiali, la detersione delle ulcere e delle ferite (e l'assistenza alle cure delle ferite), la farmacologia globale, le infusioni, l'uso del catetere vescicale e di monitor cardiorespiratorio, ecc. anche in fase

D.: Che cosa intende per eutanasia?

R.: “Una tranquilla morte, dolce e senza dolore. Nell’uso corrente di oggi, il termine indica una azione o una abbreviare la vita del paziente. Oggi si intende riservare il termine ‘eutanasia’ all’atto di porre fine ai giorni di cambiata e si è trasformata in un processo lungo e talora penoso che è il morire. Il morire diventa così una prov

Non si può capire il senso dell’insistenza con cui oggi si rivendica il diritto all’eutanasia senza il riferito prolungamento del morire, spesso molto più grave che nel passato. Nasce così la richiesta di essere aiutati a r medico deve imparare a ‘decodificare’.

Dal punto di vista terminologico una prima distinzione è quella tra ‘eutanasia attiva’ ed ‘eutanasia p intervento diretto, ovvero azione o omissione che procura la morte; la seconda è un intervento indiretto che l’omissione di un soccorso dovuto.

Altre distinzioni allungano la gamma terminologica: eutanasia eugenetica: eliminazione di soggetti economica: sorta di rottamazione di persone incurabili, peso per la società ed economicamente non sperimentale: attuata per il progresso della scienza; eutanasia psicologica: ovvero abbandono di chi è in fase c’è più nulla da fare.

La tentazione della spinta eutanastica è quella di impadronirsi della morte. Ciò che potrebbe s disperazione di eventi che non reggono all’emozione, in realtà è semplicemente assurdo è disumano.

L’eutanasia è una grave violazione della legge naturale, moralmente inaccettabile perché deliberata ec umane. Gli ultimi momenti della vita sono carichi di simbolismo, ma anche di insegnamento per chi resta. La i riti di passaggio di un popolo in cammino, realtà ineluttabile alla quale occorre prepararsi.

La vera questione oggi non è quella di chiedersi il perché dell’eutanasia o come attuarla, ma quella di o possono portare alla richiesta di eutanasia. Impadronirsi della morte è assurdo e disumano; la richiesta di e aiuto, di relazionalità, di sollecitudine, di proporzionalità delle cure e di terapie atte a lenire il dolore”.

Intervista alla Dott.ssa Chiara Mantovani, Medico-chirurgo. Membro dei Comitati Etici dell’ Ospedaliera e dell’Ordine dei Medici di Ferrara. Presidente Sezione ferrarese dell’Associazione Medici Catto del Consiglio Nazionale; Direttore del “Centro consulenza bioetica” del servizio di accoglienza alla vita di Fer

D. : Che cosa intende per accanimento terapeutico?

R.: “Con ‘accanimento terapeutico’ intendo una gamma variegata di comportamenti medici, sia terapeutici ch in buona sintesi da due motivazioni, talvolta confliggenti tra loro, a volte insieme combinati, fondate su giuoc corretti, su differenti valutazioni del valore della persona umana. Da un lato c’è la visione della malattia come e alla tecnica medica: non mi arrendo, indifferente o quasi a colui che della malattia è soggetto, continuo i ten esperimenti) terapeutici o diagnostici anche quando essi siano palesemente inutili alla guarigione, addi condizioni del paziente. Dall’altro c’è la visione della morte come male assoluto da procrastinare quanto pi accettazione dell’umano limite e nella convinzione che esista un diritto ad accedere ad ogni tipo di cura: è c frequente nei parenti della persona ammalata, che non si rassegnano a perdere il proprio congiunto e che c continuare gli sforzi per prolungare il più possibile la vita.

Ma al di là di una seppure frettolosa esemplificazione delle motivazioni, resta un dato oggettivo sul qua avviso, una definizione di accanimento terapeutico che faccia chiarezza tra questo e le cure sempre dov ammalata: è accanimento tutto ciò che ha in mira un impossibile miglioramento prognostico dello stat indifferente ai costi non economici bensì di sofferenza fisica e psicologica, che è illusorio nei confronti delle pazienti e loro familiari, che prolunga inutilmente lo stato agonico.

Non è accanimento accompagnare l’ammalato con tutte le cure necessarie al benessere (seppu ultimissimi istanti della vita; non è accanimento tutto ciò che in altre circostanze della vita è considerato ne necessario bere, mangiare, stare al caldo ed essere cullato amorevolmente: perché mai non dovrebbe essere ne sta per ‘nascere’ ad un altro modo di vivere?); non è accanimento applicare terapie inutili alla guarigione necessarie, ad un migliore stato di sopportazione della malattia.

Da tutto ciò fin qui detto, è chiaro che rigetto l’idea che nutrizione e idratazione possano esser accanimento terapeutico; se così fosse, ciascuno di noi, neonato destinato certamente alla morte prima o poi subito il suo più importante accanimento terapeutico alla nascita”.

R.: Che cosa intende per eutanasia?

D.: “Sarò icastica: qualsiasi atto che abbia in animo, che si prefigga, che realizzi la temporalizzazione voluta morte. Quale che sia il motivo, la nobiltà dell’intento, la drammaticità della situazione, eutanasia significa i vita, pensare che una certa morte sia meglio di una certa vita.

Non è eutanasia accettare che il limite di ciò che si poteva fare per guarire sia stato raggiunto, non

dolore e una sofferenza accettando che questo accorci la durata della vita, ma quando questa vita è già — medici competenti dei problemi annessi e connessi al fine vita — giunta al capolinea.

Spesso ciò che differenzia l'atto eutanasi dalla cessazione di un accanimento è SOLO l'intenzione che richiede: se ciò che cerco di ottenere è morire e far morire, ecco, quella è eutanasi. Se ho come unico scopo la sofferenza, non è eutanasi. Se il modo di alleviare la sofferenza è morire, è eutanasi.

Mi rendo conto di spostare così tutta l'attenzione sull'intenzionalità più che sugli atti, ma sono davvero delle perplessità intorno al tema siano causate dal fatto che spesso si confonda la cessazione di terapie che 'lasciar morire' è profondamente diverso da 'far morire'.

Intervista al Dott. Marco Maltoni, Direttore dell'Unità Cure Palliative del Dipartimento Oncologico, Membro del Consiglio Direttivo Nazionale della Società Italiana di Cure Palliative e del Comitato Medico Scientifico Oncologico Romagnolo.

R.: Che cosa intende per accanimento terapeutico?

D.: “Condivido la definizione di atto futile, sproporzionato, e gravoso, che racchiude in sé sia elementi oggettivi di trattamento di raggiungere l'obiettivo per il quale è somministrato, la discrepanza fra l'impegno che richiede e i costi soggettivi (il peso per il paziente) che vanno entrambi considerati. Definizioni che invece “allarghino” a dismisura il concetto di accanimento terapeutico [ogni trattamento praticato senza alcuna ragionevole possibilità di un vitale recupero funzionale” (I. Marino, la Repubblica, 08/02/2007)] conducono alla ‘legittima’ interruzione di pressoché tutta la cura delle patologie croniche odierne, bisogna quasi sempre accontentarsi di riuscire a mantenere lo stesso stato di salute, essendo difficilissimo, se non impossibile, qualsiasi recupero funzionale. Se qualunque terapia che mantiene lo stesso stato di salute è accanimento, tutto diviene allora legittimamente interrompibile. L'allargamento del concetto di accanimento terapeutico per abituare l'opinione pubblica all'interruzione terapeutica”.

R.: Che cosa intende per eutanasi?

D.: “Un atto commesso od omesso che nell'intenzione, nella procedura, e nel risultato consista nella morte del paziente. Semplificando molto: sto facendo od omettendo un determinato atto perché il paziente sta morendo (e qui il medico è accompagnato nel migliore dei modi), o perché non sta morendo, o comunque non lo sta facendo sufficientemente. Presente un processo inverso a quello in atto per l'accanimento terapeutico: nell'accanimento si sta allargando il concetto di cura, nell'eutanasi si sta restringendo solo alla uccisione attiva di un adulto consenziente. Purtroppo quanto accade già oggi un quarto delle eutanasi è effettuata senza richiesta del paziente, o per motivi eugenetici. Inoltre la letteratura sta cercando di utilizzare parole sempre più neutre e rassicuranti: dal “Physician Assisted Suicide” (PAS) (Morte Assistita dal Medico) si è passati alla “Physician Assisted Death”(PAD) (Morte Assistita dal Medico) (T.E.QUILL, Legal and Medical Aspects of Assisted Death. The latest report cards, N Engl J Med 2007, 356: 1911-1913)”.

Intervista a Sua Ecc. Mons. ELIO SGRECCIA, Presidente della Pontificia Accademia per la Vita

D. Eccellenza, molti ritengono che il testamento biologico sia la copertura attraverso la quale si vuole legalizzare l'eutanasi. Lei è d'accordo ?

R.: “I primi esempi di documenti indicanti le volontà testamentarie, relative al momento della malattia, gravata, sono stati proposti dagli ospedali cattolici in Canada, perché i pazienti potessero dichiarare in anticipo di ricevere l'assistenza religiosa da parte del ministro della propria fede, per la donazione degli organi, e per le terapie straordinarie o di accanimento terapeutico. Questo tipo di testamento o disposizione, in vista di uno stato di salute promosso da strutture cattoliche, e non riguardava affatto l'eutanasi.

Ma dal 1974, dopo la pubblicazione del famoso Manifesto per l'Eutanasi in California, che riportava i nomi di scienziati, tra cui tre premi Nobel, l'espressione di volontà anticipata, ha cambiato significato, perché in precedenza raccomandava il c.d. living will, a partire da una professione esplicita di ateismo e dalla rivendicazione esclusiva (ovvero diritto) del paziente di disporre del momento della morte nei tempi, nei modi e nelle terapie c

Con questo spirito e sulla base di questa ideologia si intende abolire il dovere di rispettare la vita, e il del medico.

A partire dagli anni '70 ci sono stati innumerevoli progetti di legge, volti a consacrare il livi all'eutanasia. Molti di questi tentativi di legalizzazione furono respinti, ma l'utilizzazione del living will ha accolta e favorita anche da sentenze di Corti e Tribunali, specialmente nei territori di Common Law, dove è Parlamento che modifica le direttive sociali e pubbliche. A favorire l'introduzione del living will contribuirono pubbliche e televisive su casi famosi di persone rimaste in coma persistente, ovvero vive ma incapaci di esprimersi. I giudici fecero riferimento alla fine alle volontà espresse in vita (anche non scritte, ma tramandate il più del furono i casi di Karen Ann Quinlan, di Nancy Cruzan, e più recentemente di Theresa Marie Terri-Schiavo.

A partire dal 1975 le società pro-eutanasia hanno fatto propria la proposta del living will di tipo libero. I progetti presentati attualmente al nostro Parlamento non sono immuni da questa apertura, o da ambiguità, per cui le dichiarazioni debbano essere non obbligatorie per i pazienti; non è detto chiaramente che il medico possa basarsi su ragioni cliniche o anche per ragioni etiche, e che in ogni caso non includano la possibilità della eutanasia attiva. Finché la formulazione della legge ha queste ambiguità che poi si ripercuotono o vengono peggiorate nei confronti del paziente, è doveroso opporsi ad una legge che autorizzi questo tipo di espressione di volontà. E' sufficiente una base deontologica a fare garanzia di fronte all'accanimento terapeutico".

D. Può illustrare la posizione della Chiesa rispetto all'accanimento terapeutico?

R. "L'accanimento terapeutico è stato definito nella letteratura specifica in molti modi. In ogni caso non va confuso con l'assistenza intensiva che è obbligatorio tutte le volte che c'è la speranza del recupero, o il dovere del mantenimento e cura. L'accanimento terapeutico, (termine infelice linguisticamente parlando: in inglese si parla di ostinazione), si configura come un uso della vita, si configura quando risulta inefficace, tale cioè che non serve né a prolungare la vita, se non per qualche prezzo di sproporzionate sofferenze, né serve a migliorare la qualità della vita del paziente. In questa ottica, è simile al trattamento ed è lecito sospenderlo; chiaramente va ricordato che, se l'accanimento terapeutico è confuso con l'abbandono terapeutico (il che si verifica anche spesso in certe situazioni).

Inoltre non va dimenticato che c'è differenza fra terapie e cure normali: queste ultime non guariscono ma alleviano il malato: il cibo, le bevande, la cura delle piaghe e l'igiene sono cure che vanno sempre date se il paziente ne ha bisogno di riceverle e riceverne sollievo".

D. Qual è la posizione della Chiesa rispetto all'indisponibilità del bene vita?

R. "Il bene vita è il bene "fondamentale", cioè sostiene tutti gli altri beni; è il primo diritto perché tutti i diritti derivano dal diritto alla vita, compresa la libertà che non può esistere senza il diritto alla vita. La vita considerata come un bene intangibile. La vita corporea può essere sacrificata soltanto per assicurare la vita in senso superiore (il martirio, il caso, il martirio, la morte per difendere i figli o la vita morale propria), non è il soggetto che si uccide, ma sono gli altri che uccidono, chi dà la vita per il martirio non è un suicida.

La vita non è nostra, nessuno si è dato la vita da solo, e nessuno è padrone della propria vita, né di quella di altri. Il credente inoltre sa anche che ogni uomo è immagine di Dio, e la vita è un dono di Dio che non finisce su questo mondo per i credenti e i non credenti la vita umana è inviolabile e non disponibile".

(Dossier a cura di D.Q. – Agenzia Fides 10/11/2007)

firma sulla dichiarazione dei redditi (CUD, 730 o UNICO)

per dare il 5 per mille alla Associazione OASI CANA Onlus.

Basta firmare l'apposito modulo e indicare il nostro Codice Fiscale **97082060829**

Associazione OASI CANA Onlus newsletter

_____designed by Antonio Adorno_____

<http://www.oasicana.it>

La presente e-mail fa parte del servizio di documentazione del Centro Studi sulla Famiglia "Sedes Sapientiae" dell'Associazione OASI CANA Onlus, (www.oasicana.it). Si tratta di studi, ricerche e informazioni alla Famiglia e alla Vita.

[Puoi trovare tutte quelle precedentemente inviate http://www.oasicana.it/elenca_files_2007/elencafilesnw.php](http://www.oasicana.it/elenca_files_2007/elencafilesnw.php)

Se Ti sono di disturbo o non vuoi più riceverne puoi cancellarti automaticamente [cliccando qui](#)

Chi avesse ricevuto questa mail da altri e volesse iscriversi a questa lista basta che [clicchi qui](#).

sei iscritto con l'indirizzo info@oasicana.it

Per qualsiasi esigenza o per segnalarmi eventuali notizie o altro che ritieni sia utile far circolare fra di noi inviandomi una mail a info@oasicana.it - Antonio Adorno

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Le comunichiamo che i suoi dati personali sono trattati per le finalità connesse alle attività di comunicazione della Associazione OASI CANA Onlus. I trattamenti sono effettuati manualmente e/o attraverso i sistemi informatici. Il responsabile dei trattamenti è l'Associazione OASI CANA Onlus, con sede in Palermo, Corso Calatafimi, 1057.

Il responsabile dei trattamenti è l'Ing. Antonio Adorno, domiciliato per la carica presso la suindicata sede.

In relazione ai trattamenti dei dati che la riguardano, lei potrà rivolgersi al suddetto responsabile per esercitare i suoi diritti ai sensi dell'articolo 7 del Codice. In qualunque momento lei lo desideri può cancellare i suoi dati personali dalla mailing list seguendo le istruzioni suindicate o inviando una e-mail all'indirizzo info@oasicana.it.