

CLAUDIA NAVARINI

LA FINE DELLA VITA UMANA
Questioni bioetiche



Copyright © 2013 by IF Press srl

IF Press srl
Ctr. La Murata, 49 - 03017 Morolo (FR)
office@if-press.com - www.if-press.com

ISBN 978-88-6788-029-4

INDICE

INTRODUZIONE. ETICA E VITA	9
CAPITOLO I. IL CONTESTO DELLA RIFLESSIONE BIOETICA ..	15
1.1 <i>Questioni civili e valore della vita umana</i>	15
1.2 <i>Il problema della centralità dell'uomo</i>	22
1.3 <i>Il rapporto dell'uomo con l'ambiente e il senso del dolore</i>	28
CAPITOLO II. SOFFERENZA E FINE DELLA VITA	35
2.1 <i>Filosofia della vita e confini esistenziali</i>	35
2.2 <i>Quando si muore?</i>	42
2.3 <i>Fine della vita umana e relativismo culturale</i>	45
CAPITOLO III. LA VOLONTÀ DEL PAZIENTE	48
3.1 <i>I caratteri del testamento biologico</i>	48
3.2 <i>Dichiarazioni anticipate di trattamento: quale selezione?</i>	52
3.3 <i>Concezioni dell'eutanasia sottese al testamento biologico: le restrizioni semantiche</i>	58
3.4 <i>L'autonomia nel rapporto medico-paziente</i>	63
CAPITOLO IV. LA PROPORZIONALITÀ DELLE CURE	67
4.1 <i>Significato e limiti dell'accanimento terapeutico</i>	67
4.2 <i>Accanimento terapeutico e palliazione nei minori</i>	70
4.3 <i>La specificità situazionale nella determinazione dell'accanimento terapeutico</i>	76
CAPITOLO V. L'EUGENISMO NEL FINE VITA	83
5.1 <i>Autonomia e diritto di morire</i>	83
5.2 <i>Il principio eugenetico nelle pratiche eutanasiche</i>	88
5.3 <i>L'eutanasia neonatale e pediatrica</i>	91
5.4 <i>Biogiuridica dell'eutanasia</i>	97

CAPITOLO VI. STATO DI INCOSCENZA E TRATTAMENTI SANITARI.....	103
6.1 <i>I casi Schiavo e Englaro: l'assistenza ai pazienti in stato vegetativo</i>	103
6.2 <i>Precisazioni storiche sulla nozione di stato vegetativo</i>	114
6.3 <i>Eutanasia e manipolazione del linguaggio</i>	118
6.4 <i>Eutanasia e omissione</i>	121
6.5 <i>La nozione di futility</i>	126
CAPITOLO VII. LE INTERRUZIONI DELLA TERAPIA.....	132
7.1 <i>Il caso Welby</i>	132
7.2 <i>La pratica eutanassica rispetto alla deontologia medica</i>	138
7.3 <i>Etica del rifiuto della terapia</i>	142
7.4 <i>Metempirica del suicidio</i>	145
CAPITOLO VIII. IL CONTROLLO DEL DOLORE	149
8.1 <i>La sedazione terminale</i>	149
8.2 <i>Terapia del dolore e duplice effetto</i>	152
8.3 <i>Il contributo dell'antropologia cattolica</i>	156
8.4 <i>Le obiezioni all'idea di una "eutanasia cristiana"</i>	160
CAPITOLO IX. LE CURE PALLIATIVE COME RISPOSTA ALL'EUTANASIA.....	164
9.1 <i>I fattori determinanti dell'eutanasia</i>	164
9.2 <i>Efficacia delle cure palliative rettamente intese</i>	169
9.3 <i>Coscienza psicologica e coscienza morale</i>	173
CONCLUSIONE. L'AMORE COME CONOSCENZA	178
BIBLIOGRAFIA.....	183

CAPITOLO VIII
IL CONTROLLO DEL DOLORE

8.1 *La sedazione terminale*

Un altro termine che ha generato dal punto di vista etico ampie discussioni è quello di *sedazione terminale*, quale concetto privilegiato di una parte delle argomentazioni sul diritto di morire. Esse si legano infatti in maniera salda all'uso di un'adeguata terapia del dolore e al rifiuto di ogni forma di accanimento terapeutico. Nella considerazione di questi temi entrano tuttavia spesso volute ambiguità, anche attraverso la complicità dei mezzi di informazione.

Così, si assiste ad esempio al tentativo di includere trattamenti come l'alimentazione e l'idratazione (A/I) artificiale fra le cure "sproporzionate" o "straordinarie", o al parallelo tentativo di attribuire alla cosiddetta "sedazione terminale" un nobile valore palliativo¹.

In realtà, tali pratiche non risultano moralmente neutre, e implicano in alcuni casi la somministrazione della cosiddetta "eutanasia lenta" (*slow eutanasia*) o dell'eutanasia nascosta, eseguite dal personale sanitario sia su richiesta sia senza il consenso del paziente².

Il rifiuto dell'A/I, infatti, provoca uno stato di deperimento che conduce un paziente grave alla morte in poche settimane, con disagi fisici la cui entità dipende dalle condizioni della persona

¹ Cfr. M.J. Kahn, C.J. Lazarus, D.P. Owens, *Allowing Patients to Die: Practical, Ethical, and Religious Concerns*, "Journal of Clinical Oncology", 21, 2003, pp. 3000-3002; T.E. Quill, I.R. Byock, *Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids*, "Annals of Internal Medicine", 132, 2000, pp. 408-14.

² Cfr. W.J. Eijk, *Il Rapporto 2001/2002 sulla prassi dell'eutanasia nei Paesi Bassi: considerazioni critiche*, "Medicina e Morale", 6/2003, pp. 1137-1150.

malata. Per questo viene associata comunemente alla sospensione dell'alimentazione/idratazione la sedazione più o meno pesante, addirittura "completa" o "terminale".

La sedazione "terminale" consiste nella somministrazione di sedativi in misura tale da indurre la perdita di coscienza. Tale stato viene mantenuto attraverso l'infusione endovenosa fino alla morte, spesso accelerata ulteriormente dalla sospensione dell'A/I. I fattori di tale metodo annoverano fra le indicazioni la presenza di sofferenze insopportabili, resistenti agli analgesici oppioidi, insieme alla volontà del paziente di non "essere presente a se stesso nel momento della morte", o alla volontà esplicita di anticipare la morte in modo indolore. La sedazione conduce alla morte generalmente in 1-5 giorni.

Un buon controllo del dolore è certamente opportuno nei pazienti in fase terminale, e tale obiettivo è "potenzialmente sempre perseguibile" con i mezzi a disposizione della medicina palliativa³. Nelle proposte o richieste di sedazione terminale, tuttavia, si riscontra spesso l'intento prettamente eutanastico o suicidario di voler sopprimere intenzionalmente la vita⁴.

In questo senso, non si tratta semplicemente di alleviare il dolore, causando indirettamente l'incoscienza o l'anticipazione della morte – secondo il principio etico del duplice effetto – ma di volere precisamente tali effetti come *mezzi* per eliminare le sofferenze. Jansen e Sulmasy distinguono infatti correttamente fra *sedation of the imminently dying e sedation toward death*⁵.

Nel primo caso si verificano le seguenti condizioni:

1. Il paziente è prossimo alla morte (ore, giorni o al massimo poche settimane);
2. Ha uno o più sintomi refrattari alle cure palliative standard;
3. Il medico ha trattato in modo vigoroso i sintomi con una terapia di nota efficacia;
4. Tale terapia ha un effetto collaterale sedativo dipendente dal dosaggio, che è previsto ma non voluto come conseguenza del tentativo di alleviare i sintomi del paziente;
5. Questa tera-

³ Cfr. N. Valko, *Sedated to Death? When "comfort care" becomes dangerous*, "Pentecost" XVII, 2002.

⁴ M.B. Blocker, *The Ethics of Terminal Sedation as a Treatment for End-of-Life Pain and Suffering*, "Biblical Bioethics Advisor", 7/2004, pp. 1-3.

⁵ L.A. Jansen, D.P. Sulmasy...cit.

pia può essere accompagnata dalla sospensione dei mezzi di sostegno vitale che risultano inutili o sproporzionatamente gravosi⁶.

Nel secondo caso, al contrario,

1. il paziente non è necessariamente nell'imminenza della morte; 2. il sintomo refrattario ai trattamenti è semplicemente la coscienza di non essere ancora morto; 3. il medico seleziona una terapia che renda il paziente incosciente come mezzo per trattare i sintomi refrattari; 4. i trattamenti di sostegno vitale sono sospesi al fine di accelerare la morte⁷.

La liceità dell'induzione di incoscienza nei malati in fase terminale era già stata affrontata in ambito cattolico da papa Pio XII nel 1957, nel discorso *Ai partecipanti al IX Congresso della Società Italiana di Anestesiologia*⁸. Tale insegnamento viene ribadito dalla *Carta degli operatori sanitari* del Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari:

A volte il ricorso sistematico a narcotici che riducono all'incoscienza il malato cela il desiderio, spesso inconscio, degli operatori sanitari di non mantenere una relazione col morente. Così non si cerca tanto di alleviare la sofferenza del malato, ma piuttosto il disagio dei circostanti. Si priva il morente della possibilità di 'vivere la propria morte', sprofondandolo in una incoscienza indegna di un essere umano. È per questo che la somministrazione di narcotici al solo scopo di evitare la morente una fine cosciente è "una pratica veramente deplorabile"⁹.

Se, come già osservato, le ragioni principali della richiesta eutanasi sono il vuoto di senso riguardo alla propria esistenza, il timore di "perdere il controllo" della propria vita, il timore di divenire un peso per gli altri e il timore di soffrire¹⁰, allora dovrebbe apparire chiaro come la risposta non possa essere, in alcuno di questi casi, una "morte anestetizzata".

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*.

⁸ Pio XII, *Discorso ai partecipanti al IX Congresso della Società Italiana di Anestesiologia*, Città del Vaticano 1957.

⁹ Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, 1995, n. 124.

¹⁰ Cfr. G. Miranda, *The meaning of life and the acceptance of death...cit.*

La serena accettazione della propria finitezza e della propria fine passano piuttosto attraverso la vicinanza e l'accompagnamento riverente a cui sono chiamati coloro che assistono la persona che muore, i quali possono validamente rassicurarla sul valore pieno e intero della sua vita anche, forse soprattutto, negli ultimi istanti, quando i pensieri e le scelte interiori stanno per essere consegnati all'eternità.

8.2 *Terapia del dolore e duplice effetto*

Svariati autori, fra cui Peter Singer e, in Italia, Demetrio Neri, mostrano un interesse specifico per il confronto delle loro teorie con le posizioni del cattolicesimo. In particolare, insistono nel tentativo di provare che la Chiesa avrebbe mutato il suo pensiero (e la conseguente valutazione etica) su molte questioni bioetiche, soprattutto attraverso un uso "opportuno" o "opportunista" del principio etico del "duplice effetto"¹¹. Tale principio, utilizzato in teologia e in filosofia morale da molto tempo, seguendo Sgreccia, si può enunciare come segue:

è lecito compiere un'azione (o ometterla deliberatamente) anche quando questa scelta comporta (...) un effetto cattivo, alle seguenti condizioni:

- che l'intenzione dell'agente sia informata dalla finalità positiva
- che l'effetto diretto dell'intervento sia quello positivo
- che l'effetto positivo sia proporzionalmente superiore o almeno equivalente all'effetto negativo
- che l'intervento (...) non abbia altri rimedi esenti da effetti negativi¹².

In altre parole, è lecito tollerare un effetto negativo – la cui ricerca è moralmente condannabile – come conseguenza inevitabile, prevista *ma non voluta*, di un atto buono che produce, direttamente e in prima istanza, un effetto positivo. In virtù di tale principio, viene riconosciuta l'assenza di responsabilità etica, ad esempio,

¹¹ Cfr. ad esempio D. Neri, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Roma-Bari 1995, pp. 69-87.

¹² E. Sgreccia, *Manuale di bioetica...* cit., p. 177.

nell'*aborto involontario indiretto*, cioè nel caso di un aborto che seguisse al tentativo di salvare la vita della madre. Potrà essere un trattamento farmacologico (ad esempio una chemioterapia), o un intervento alle vie genitali femminili eseguito non già per eliminare il feto, ma per asportare un tumore uterino¹³.

Allo stesso modo, laddove un morente sia stremato da dolori intollerabili, è lecito somministrargli analgesici in dosi efficaci a lenire il dolore, anche se ciò comportasse una lieve anticipazione della morte. Come già accennato, tale concetto era già stato affermato da papa Pio XII¹⁴, invocando appunto il principio del duplice effetto; il passaggio è poi stato riportato testualmente nella *Dichiarazione sull'eutanasia* Iura et bona

Ad un gruppo di medici che gli avevano posto la seguente domanda: *La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo dei narcotici... è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente (anche all'avvicinarsi della morte e se si prevede che l'uso dei2 narcotici abbrevierà la vita)?*, il Papa rispose: *Se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali: Sì* (Pio XII, *Allocutio*, die 24 febr. 1957: AAS 49 [1957] 147). In questo caso, infatti, è chiaro che 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 dispone¹⁵.

A dire il vero le attuali possibilità farmacologiche rendono l'evento dell'anticipazione della morte a causa dell'uso di analgesici oppiacei sempre più improbabile e controllabile, ma – al di là dei casi specifici – resta il principio etico di fondo, che ricorre più spesso di quanto si creda anche nelle scelte quotidiane. Sgreccia lo applica alla farmacologia in genere:

come la terapia farmacologica porta con sé spesso effetti secondari collegati all'effetto terapeutico principale direttamente inteso, così ca-

¹³ Sul principio cfr. J. de Finance, *Etica generale*, Tipografica Meridionale Cassano Murge [Bari] 1994, p. 337; e C. Navarini, *Autonomia e immaginazione morale...cit.*, pp. 32-37.

¹⁴ Pio XII, *Discorso ai partecipanti al IX Congresso...cit.*

¹⁵ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia* Iura et bona, 1980, parte III.

pita spesso nell'esperienza morale che ad un'azione buona e, talora, anche necessaria, siano collegate prevedibili conseguenze negative¹⁶.

E continua:

lo stesso lavoro quotidiano di ognuno di noi, fatto con fedeltà e assiduità (...), può comportare effetti negativi alla salute (...). Bisognerebbe uscire dal mondo o condannarsi all'inerzia per evitare ogni possibile risvolto negativo¹⁷.

Gli esempi potrebbero moltiplicarsi all'infinito. Perché il ricorso al principio del duplice effetto non sia appunto una forma mascherata di utilitarismo è però essenziale che *realmente* l'effetto negativo non sia voluto né ricercato in alcun modo – nemmeno come *mezzo* per ottenere un fine buono – , ma sia unicamente subito come inevitabile.

Totalmente diverso è, invece, il caso in cui si scelga positivamente un male, anche se come mezzo per ottenere un bene o per evitare mali maggiori. Un male, a ben vedere, non può mai essere oggetto di scelta senza connotare in modo eticamente negativo l'intero atto umano. La responsabilità morale di ciascuno, infatti, riguarda gli atti compiuti – quanto all'oggetto, ai fini, ai mezzi e alle circostanze dell'atto – e non tutte le conseguenze che da tale atto possono scaturire, soprattutto quando esse coinvolgono la libertà altrui¹⁸.

Per quanto concerne la rinuncia all'accanimento terapeutico, molto è già stato detto nel corso di questa trattazione, a partire dalla constatazione che l'ambiguità su questo concetto diventa funzionale a manipolazioni sempre più ardite, configurandosi così come una sfida tipica del tempo presente. Una delle modalità privilegiate per guadagnare il consenso dell'opinione pubblica all'eutanasia è infatti proprio quella di incitare i cittadini a battersi contro l'accanimento terapeutico dei medici, dove però per "accanimento terapeutico" si intende la somministrazione di cure dovute a ciascuno in ogni condizione - cure assolutamente necessarie per mantenere in vita una persona - come l'alimentazione e l'idratazio-

¹⁶ E. Sgreccia, *Manuale...* cit., p. 177.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ Sarà tuttavia doveroso fare il possibile per evitare o ridurre gli effetti negativi.

ne artificiali, la respirazione assistita, la dialisi, le emotrasfusioni. La stessa rianimazione cardiopolmonare, come già visto, può essere considerata una forma di accanimento soltanto in particolari circostanze.

Ciò che qualifica un trattamento come “eccessivo” è cioè l'intenzione consapevole ed esplicita di prolungare l'agonia, gravando inutilmente il malato con terapie sproporzionate rispetto alla sua situazione, che è una situazione – lo ricordiamo – di imminenza della morte, e non già la mera considerazione che la vita in certe condizioni non sia più “degnata di essere vissuta”, e che sia preferibile la morte. In questo caso, infatti, l'oggetto dell'atto non sarebbe effettivamente la rinuncia ai trattamenti gravosi, ma la scelta della morte, propria o di un paziente in fase terminale¹⁹.

Un capitolo a parte andrebbe aperto per la questione della morte cerebrale totale, che Singer considera, sorprendentemente, un modo ipocrita di eliminare i soggetti con “qualità di vita molto bassa”. Il criterio cerebrale per la diagnosi di morte vede, accanto a molti sostenitori, alcuni oppositori, che si interrogano sul valore della “compromissione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo”, come previsto anche dalla legge italiana per l'accertamento della morte avvenuta²⁰. È certamente importante che la riflessione e le ricerche sul tema continuino, al fine di verificare sempre meglio l'attendibilità di tale criterio. Tuttavia, il criterio cerebrale è, allo stato attuale, ritenuto scientificamente affidabile, pertanto è sostenibile onestamente anche in filosofia.

Proprio per questa ragione si pone particolare attenzione nel distinguere la morte di tutto l'encefalo come morte della persona, di contro alla sola morte della corteccia cerebrale che compromette le funzioni superiori ma non indica la morte umana, come si è avuto modo di osservare a proposito dello stato vegetativo. Questa differenza, tuttavia, per Singer non ha alcun valore, dal momento che il suo intento – come quello in genere degli utilitaristi – è quello di usare qualunque mezzo per rigettare la millenaria visione sacrale della vita umana, una visione che ha le sue radici nella legge morale naturale accessibile a tutti gli uomini attraverso l'uso della retta ragione.

¹⁹ C. Navarini, *Accanimento terapeutico e amore per la vita*, ZENIT, 19 marzo 2006.

²⁰ Cfr. L. 578/1993.

Conviene qui ribadire che è certamente necessario adoperarsi in ogni modo per prolungare la vita dei bambini anencefalici, dei soggetti in morte corticale o in stato vegetativo persistente. Anche indefinitamente, se possibile; è noto tuttavia che tali condizioni critiche evolvono progressivamente verso la morte, e che è bene in tali contesti evitare, laddove si configurassero realmente, situazioni di accanimento terapeutico. Ciò non significa, evidentemente, che il personale sanitario non sia tenuto a circondare queste fragili vite di tutta la cura dovuta a esseri umani bisognosi, ma che essi debbono farlo all'interno di un equilibrio delicato, nella consapevolezza dei limiti intrinseci della medicina e della finitezza della natura umana senza che tale consapevolezza si tramuti in pretesto per lasciar morire o sopprimere i più deboli.

8.3 *Il contributo dell'antropologia cattolica*

Consideriamo allora più attentamente il contributo antropologico sul fine vita dell'etica cattolica, per completezza e per meglio argomentare contro le ragioni di chi ne opera un fraintendimento. Nel Magistero della Chiesa Cattolica l'eutanasia è definita chiaramente. In particolare, la definizione compare nella citata *Dichiarazione sull'eutanasia* *Iura et bona*²¹, nella *Carta degli Operatori Sanitari*²², nella *Lettera Enciclica sul valore e l'inviolabilità della vita umana* *Evangelium Vitae*²³. Si tratta di una definizione molto conosciuta, e accettata anche da una parte considerevole del mondo cosiddetto laico.

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 dolore²⁴.

²¹ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia Iura et bona*, 1980

²² Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, *Carta degli Operatori Sanitari*, 1995.

²³ Giovanni Paolo II, *Lettera Enciclica sul valore e l'inviolabilità della vita umana* *Evangelium Vitae*, 25 marzo 1995 [d'ora in poi EV].

²⁴ EV, n. 65.

Troviamo in queste parole tutti gli elementi necessari ad individuare e a valutare l'atto eutanasi. In primo luogo, l'indifferenza, dal punto di vista morale, fra l'azione e l'omissione. Si compie un atto analogo per natura ed intenzione quando si provoca la morte attraverso la somministrazione di un farmaco letale o attraverso la sospensione di (o l'astensione da) un trattamento *dovuto*. Questo principio, intuitivo per il buon senso comune – chi riterrebbe che non dare volontariamente il latte ad un neonato non è omicidio? –, è stato di recente messo in discussione dalle prospettive culturali favorevoli, compiacenti, tolleranti o eventualiste nei confronti dell'eutanasia.

Dopo gli anni Ottanta Novanta in cui, con poche eccezioni, la letteratura bioetica aveva bocciato una reale distinzione fra eutanasia “attiva” e “passiva”, hanno avuto diffusione, in numero crescente, interventi etici, scientifici e legislativi che rivedono la questione, affermando che negare o sospendere un trattamento *dovuto* non è *veramente* eutanasia. Fra gli esempi di tale approccio, compare ad esempio la definizione di eutanasia data nel 2003 dalla European Association for Palliative Care (EAPC): l'eutanasia è

l'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa²⁵.

In questo modo, si introduce una definizione ristretta di eutanasia, escludendo atti sostanzialmente identici a quelli più scontatamente eutanasi. Ciò è favorito da una confusione di fondo, che imbriglia talora anche i bene intenzionati, portandoli ad accettare tale indebita restrizione, e facendo così il gioco dei fautori dell'eutanasia, che con questo mezzo intendono gradualmente introdurre la pratica negli ordinamenti e nella medicina.

L'apparenza di bene che l'eutanasia “passiva” sembra salvaguardare è la liceità morale del rifiuto della terapia da parte del paziente – almeno in alcune situazioni – e il doveroso rifiuto dell'accanimento terapeutico. In entrambi i casi, un certo trattamento non viene eseguito, e a tale astensione può seguire la morte del paziente. La legittimità di tali atti, tuttavia, è strettamente legata all'oggetto degli atti medesimi. Perché siano moralmente accettabili

²⁵ Materstved L.J. et al., *Eutanasia and physician-assisted suicide...* cit.

li, infatti, è necessario che essi non vogliano direttamente la morte (propria o altrui), né come fine né come mezzo. Violerebbero altrimenti il principio fondamentale per cui è sempre gravemente sbagliato uccidere un essere umano innocente e quello per cui abbiamo il dovere di conservare e custodire il bene della vita, la cui indisponibilità vale anche nei confronti di noi stessi²⁶.

Un altro elemento fondamentale della definizione “cattolica” è l’intenzionalità dell’atto eutanasi. L’eutanasi implica la volontà di farla. Diversamente, mancano gli elementi qualificativi dell’atto umano, che ha nella deliberazione della volontà un momento essenziale. Dunque, l’errore medico che produca la morte del paziente potrà configurare una serie di responsabilità, etiche e penali, ma non si potrà definire un atto di eutanasi. Anche l’accanimento terapeutico, in questo senso, consisterà in un comportamento medico volutamente violento e sproporzionato da parte del medico, che persiste in trattamenti inefficaci e gravosi *nell’imminenza della morte*, pur sapendo che non sussistono (più) le indicazioni per effettuare il trattamento medesimo.

È chiaro, anche qui, che le ragioni per cui un simile comportamento può attuarsi non hanno nulla a che vedere con il bene del paziente. Potranno andare dalla medicina difensiva all’intento sperimentale, dalle ragioni politiche a quelle meramente economiche. In ogni caso, il medico *sa* di essere andato oltre, e sa che ciò che sta offrendo al paziente non ha alcun valore terapeutico o palliativo.

Nel caso dell’accanimento terapeutico, come già visto, si parla talora di *errore medico*, intendendo con ciò un’errata valutazione del trattamento da parte del medico per un determinato paziente in una determinata situazione clinica e psicologica. Tuttavia, sarebbe più corretto parlare di malasania, distinguendo così l’errore in senso logico, che è l’affermazione non intenzionale di un giudizio falso, dall’errore in senso etico (e clinico), ovvero la colpevole trascuratezza dei propri doveri deontologici e professionali, tali per cui un medico *sbaglia sapendo di farlo*.

Ancora, la definizione di *Evangelium Vitae* non istituisce un collegamento necessario fra l’eutanasi e la volontà di morire del paziente, cioè non si concentra sull’eutanasi su richiesta. Anche

²⁶ Cfr. C. Navarini, *Indisponibilità della vita umana e autonomia: due principi da riordinare*, ZENIT, 28 gennaio 2007.

qui, assistiamo nelle definizioni correnti ad un'indebita restrizione, che ha confinato l'eutanasia *vera e propria* nello spazio, troppo angusto, dell'eutanasia volontaria. Dal momento che, al contrario, un elemento decisivo è l'intervento di un terzo, solitamente il medico, che esegue formalmente (e spesso materialmente) l'atto occisivo, sarà importante che la definizione punti l'attenzione su tale soggetto, indipendentemente dalla volontà della vittima. La gravità morale dell'eutanasia, infatti, non diminuisce per il fatto che il paziente consenta alla sua eliminazione, o addirittura la desideri, la chieda, la pretenda. La responsabilità etica dell'uccisore resta.

La radice del male, infatti, non risiede nelle modalità con cui l'eutanasia è eseguita o nelle estensioni della pratica oltre determinati confini, ma nella pratica stessa dell'eutanasia in quanto uccisione diretta e deliberata, cioè volontaria, di un essere umano innocente. Giovanni Paolo II non esista in effetti a definire l'eutanasia sempre e comunque un suicidio o un omicidio, che lede gravemente la dignità dell'essere umano e riduce l'uomo, vertice della Creazione e immagine del Creatore, ad un oggetto da costruire, esaminare e scartare quando non serve più²⁷.

Come aveva sintetizzato nel 2007 Camillo Ruini,

la volontà del malato, attuale o anticipata o espressa attraverso un suo fiduciario scelto liberamente, e quella dei suoi familiari, non possono pertanto avere per oggetto la decisione di togliere la vita al malato stesso. Va inoltre salvaguardato il rapporto, personale e in concreto sommamente importante, tra il medico, il paziente e i suoi familiari, come anche il rispetto della coscienza del medico chiamato a dare applicazione alla volontà del malato, e più in generale della deontologia medica. In questa materia tanto delicata appare dunque una norma di saggezza non pretendere che tutto possa essere previsto e regolato per legge²⁸.

Infine, la definizione in esame enuncia lo *scopo* dell'eutanasia, ovvero l'eliminazione di ogni dolore. In altre occasioni ho precisato come tale sottolineatura richiami l'attenzione sul senso della sofferenza e dunque sul senso della vita, che entrano fortemente in crisi in chi chiede di morire e in chi offre la morte come mezzo. A ben

²⁷ EV, n. 65.

²⁸ C. Ruini, *Prolusione al Consiglio Permanente della CEI*, ... cfr. ZENIT, 22 gennaio 2007.

vedere, infatti, solo una profonda sofferenza interiore può condurre una persona a rifiutare la propria vita, e solo una tragica incomprendimento del significato e della dignità di ogni persona umana può portare a togliere la vita altrui. È anche evidente che in molti casi la soluzione alla sofferenza è davvero a portata di mano, consistendo eminentemente in una fatica fisico-psichica a sopportare il dolore crescente. In questi casi, assai comuni, l'apporto della terapia del dolore e in generale delle cure palliative rettamente intese è di *aiuto decisivo*, come dimostra l'esperienza degli *hospice* e delle reti di assistenza domiciliare.

C'è tuttavia un altro aspetto che è importante enfatizzare: il senso del riferimento, nella definizione di *Evangelium Vitae*, ad uno scopo in sé buono o lecito. Tale scopo consiste evidentemente nell'eliminazione del dolore, che è lecita e doverosa, ma facendo ciò ribadisce insieme con fermezza che il fine non giustifica i mezzi. L'atto eutanasi, dunque, è in tale prospettiva sempre gravemente immorale in quanto consiste nell'uccisione deliberata di un essere umano innocente, e ciò rappresenta un male in sé, indipendentemente dall'utilità o dalla positività delle eventuali conseguenze, nonché dagli scopi perseguiti. Come tale, segna profondamente nell'intimo i singoli esecutori e ferisce l'intero corpo sociale.

8.4 *Le obiezioni all'idea di una "eutanasia cristiana"*

Nell'attuale contesto postmoderno e transumano, il tema dell'eutanasia è, come abbiamo avuto modo di osservare, spesso al centro del dibattito internazionale, e già in numerosi Paesi vi sono state revisioni e rivalutazioni della situazione legislativa a causa delle conseguenze prodotte dalle normative più permissive, soprattutto grazie alle riflessioni di carattere etico e culturale, in cui – sovente – non è assente il contributo della riflessione cattolica. Il movimento di allarme a causa delle legislazioni più marcatamente eutanasiche va naturalmente in parallelo con tentativi culturali di “normalizzazione” della pratica, ma è interessante notare che tali tentativi non sono uniformi né unanimi, ma che anzi la resistenza delle società verso le procedure eutanasiche rimane, a mostrare come il desiderio di autonomia non si spinge necessariamente fino alla ricerca della morte volontaria.

In tale contesto, può risultare interessante il punto di vista di Sergio Rostagno, coordinatore della Commissione per i problemi etici posti dalla scienza della Tavola valdese, che – nella direzione già vista del confronto costante con l’etica cattolica – ha pubblicato nel 2006 un articolo dal titolo *L’eutanasia può essere cristiana*. Rostagno cerca cioè di giustificare l’accettabilità dell’eutanasia da un punto di vista teologico²⁹. La medicina e il diritto, infatti, avrebbero già risolto – secondo Rostagno – i loro problemi: la prima indicando “se, come e quando” praticare l’eutanasia, la seconda cercando di “definire la legittimità della procedura”. La questione si porrebbe invece in termini più complessi quando si parla di Dio, suggerendo a tutti gli uomini di fede che, poiché la vita appartiene ultimamente a Lui, non possiamo volontariamente privarcene o privarne altri.

La vita è in questo senso un bene assolutamente indisponibile³⁰. Rostagno contesta proprio questo punto. Affermare che solo Dio, che è il padrone della vita, può dare la morte è per il teologo valdese cristianamente sbagliato: “Dio non è colui che condanna, ma semmai colui che difende”, cioè colui che difende la vita, affidandola alla responsabilità umana. E così, *responsabilmente*, l’uomo potrebbe riconsegnarla, cioè decidere il momento più opportuno in cui terminare la sua vita, in modo da “aiutare l’essere umano a morire senza inutili strazi”.

D’altra parte, prosegue Rostagno, di fronte alla sofferenza, di fronte al “caso, prevedibile, di un prolungarsi indefinito del dolore e della terapia [...], la risposta più umana, la più pratica e intelligente è anche la più ovvia. Non si può vivere la propria morte per settimane o mesi o indefinitamente”³¹. Si può rispondere a questa impostazione che l’eutanasia, pur potendo rappresentare la via più pratica per uscire dalla sofferenza, solo apparentemente è la più umana, e non è di certo la più intelligente. Infatti, non *legge dentro* l’uomo per comprenderne il mistero e il valore, né considera davve-

²⁹ S. Rostagno, *L’eutanasia può essere cristiana*, “MicroMega”, 6/2006, pp. 27-31.

³⁰ Su questo punto si veda, in senso divulgativo ma efficace, M. Palmaro, *Non tocca allo stato stabilire che una vita non è degna di essere vissuta. Nove ragioni giuridiche, di buon senso e di memoria storica per dire di no alla legalizzazione della “dolce morte”*, “Il Foglio”, 30 marzo 2006.

³¹ S. Rostagno, *Perché... cit.*

ro in che senso si possa dire cristianamente che la vita è un dono. E ciò per varie ragioni.

In primo luogo, nella visione cristiana Dio affida all'uomo la sua vita (e quella del prossimo) come un bene. L'uomo è libero nel gestire tale bene; così libero che tecnicamente può anche andare contro questo bene offendendo o sopprimendo la vita. In questo caso, tuttavia, l'uomo non si comporta *responsabilmente*, cioè non risponde correttamente a Dio del bene che gli è stato affidato. Usa male la sua libertà, va contro se stesso e contro Dio. Togliendosi la vita perché fonte di dolore, l'uomo infatti decide di fatto che la sua vita non vale più la pena di essere vissuta. In altre parole, l'uomo diventerebbe la fonte del suo proprio valore, e Dio non potrebbe più essere – come ammette Rostagno – il “garante della vita”.

In secondo luogo, affermare che non siamo padroni della nostra vita non significa dire che Dio toglie la vita arbitrariamente, quando *vuole*. Propriamente, infatti, Dio non *vuole* la morte di nessuno. L'evento morte fa parte di quel mistero del male che ha invaso la storia umana a motivo della libertà personale, e che interessa tutta la finitezza dell'uomo, come pure l'inesorabile concatenazione delle cause seconde. Dio vuole la vita al punto da avere preparato per ciascuno un destino eterno di partecipazione alla vita divina. Sapendo che la vera vita è quella che inizia dopo la morte umana, allora diciamo che Dio *chiama a Sé*, ma ciò avviene – ordinariamente – secondo le cause naturali, senza un diretto intervento soprannaturale. Dunque, per il cristiano, sottostare alla volontà di Dio rispetto al momento della morte significa accettare il momento e il modo della morte stabiliti dalla dimensione biologica dell'uomo, dopo avere fatto tutto il possibile per preservare la vita e la salute. Per questo è così importante studiare anche scientificamente il problema dell'accertamento della morte.

In terzo luogo, non è contraddittorio con la tutela della vita il rifiuto dell'accanimento terapeutico, purché, ancora una volta, tale termine non diventi uno strumento linguistico di manipolazione etica. Rostagno osserva che “per trovare un accordo tra opinioni diverse basta a volte evitare la parole eutanasia”³². E il rifiuto dell'accanimento terapeutico si presterebbe magnificamente a suggellare questo accordo. Per accanimento terapeutico, tuttavia, si intende troppo spesso l'esistenza stessa in condizioni non auspica-

³² *Ibidem*.

bili³³. Spesso i fautori dell'eutanasia si accaniscono contro ogni forma di prolungamento artificiale della vita, ritenendolo comunque "eccessivo" e intollerabile per il paziente. Quello che rende eccessivo e sproporzionato un trattamento, in realtà, è il fatto che prolunghi volontariamente l'agonia, in condizioni precarie e penose, e nell'imminenza della morte.

Come spiegava Giovanni Paolo II nel discorso *Ai partecipanti al Convegno internazionale sull'assistenza ai morenti*, l'accanimento terapeutico consiste "nell'uso di mezzi particolarmente sfibranti e pesanti per il malato, condannandolo di fatto ad un'agonia prolungata artificialmente"³⁴. Il diritto ad una "morte degna" non si esplica dunque nel decidere i tempi e i modi della propria morte, sopprimendo la vita quando si ritiene – per un'orgogliosa quanto indebita estensione dei limiti della nostra autonomia – che abbia "perso il suo valore". Il valore della nostra (e altrui) vita, infatti, resta intatto in ogni suo istante, poiché, come già ricordato, il valore della vita non dipende ultimamente da noi, che non siamo ontologicamente in grado di fondarne l'essere e l'esistere.

Piuttosto, allora, la dignità della morte consisterà nel "diritto di morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana"³⁵, addolcendo il dolore fisico se il paziente lo desidera (nei casi più gravi anche se ciò obnubila la coscienza), curando con attenzione la sofferenza psichica, e favorendo la migliore preparazione spirituale alla morte. Di fronte alla tentazione di accelerare la morte di chi sta male, valgono sempre le parole di *Evangelium Vitae* sulla *falsa pietà*³⁶.

Inoltre, per l'immenso valore della vita dell'uomo, capace di compiere e di cogliere in ogni momento atti trascendenti di straordinaria portata, proprio gli ultimi tempi (giorni, ore, minuti) potrebbero essere decisivi per l'intero senso dell'esistenza. A nessuno è concesso dunque decretare ideologicamente la vacuità e l'inutilità di tali momenti.

³³ La parola che risveglia immediatamente la negatività morale è *prolungamento* (cfr. l'inglese *life prolonging treatment*)

³⁴ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Convegno internazionale sull'assistenza ai morenti*, 18 marzo 1992, n. 4.

³⁵ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione...* cit.

³⁶ Cfr. capitolo 3.3 del presente volume.