

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 IX
LE CURE PALLIATIVE
COME RISPOSTA ALL'EUTANASIA

9.1 *I fattori determinanti dell'eutanasia*

Possiamo a questo punto provare a tratteggiare in forma schematica gli aspetti variegati e multifattoriali che caratterizzano la concezione filosofica e culturale dell'eutanasia, per contrasto con ciò che eutanasia non è, ovvero con i concetti, illustrati nei capitoli precedenti, di accanimento terapeutico, di rifiuto della terapia, di palliazione.

Per valutare tali fattori più concretamente consideriamo un caso clinico immaginario, che potremmo costruire nel seguente modo:

Una ragazzina di 14 anni, nata tetraplegica, è ormai in rianimazione da più di un anno. Viene molto spesso tenuta sotto sedazione, ma anche quando non è sedata non è possibile entrare in relazione con lei in nessun modo. Se non fosse attaccata al respiratore morirebbe. La ragazzina soffre terribilmente e tenerla attaccata al respiratore non fa altro che prolungare le sue sofferenze in modo atroce. Non ha alcuna speranza di guarigione e la ventilazione meccanica cui è sottoposta ritarda artificialmente la morte, senza che la ragazzina riceva un reale beneficio. È semplicemente mantenuta in vita e si riesce solo a protrargli di qualche tempo la vita, a prezzo di ulteriori e dure sofferenze. In un caso del genere, fatta salva la doverosità di proseguire alimentazione e idratazione, la sospensione della ventilazione meccanica sarebbe un atto eutanasiaco, oppure la prosecuzione della stessa ventilazione è accanimento terapeutico?

Il caso si può analizzare dal punto di vista etico scomponendolo in vari elementi, di cui è necessario tenere conto per una valutazione complessiva.

1. *L'imminenza della morte*. Perché si possa parlare di comportamento non eutanasiaco, ovvero di rifiuto di accanimento terapeutico, una premessa imprescindibile è che la persona sia morente¹. Non è chiaro se questa sia la condizione della ragazzina, dato che da più di un anno è in rianimazione. Se la condizione della ragazza è stazionaria, indipendentemente dalla sua gravità e dal dolore che comporta, non si può definire accanimento terapeutico l'uso del respiratore².

2. *L'interruzione della terapia*. La condizione di accanimento terapeutico autorizza a *non iniziare* trattamenti che appaiono inutili e anzi gravosi per il paziente e a *interrompere* terapie che hanno deluso le speranze riposte in essi. Quando la ragazzina, più di un anno fa, è stata posta sotto ventilazione c'erano evidentemente indicazioni e motivazioni per farlo. Non si puntava alla guarigione, che si sapeva impossibile, ma al mantenimento e al supporto di funzioni vitali altrimenti in crisi. Perché ora tali motivazioni verrebbero meno? Non siamo di fronte all'ennesimo tentativo di rianimazione in un paziente terminale, o al processo degenerativo nella fase estrema del cancro al polmone. Qui abbiamo una quattordicenne che grazie alla ventilazione meccanica può respirare. Per

¹ A dire il vero la definizione proposta di accanimento terapeutico, quella di Manni, non comprende esplicitamente la nozione di terminalità, limitandosi a richiedere quella di *sproporzione*. È invece la definizione del Magistero cattolico che, nell'Istruzione *Iura et t bona*, parla dell'opportunità dei soli trattamenti proporzionati in relazione all'*imminenza della morte*. Questo elemento, tuttavia, sembra essere presente in maniera sottintesa o almeno emblematica in molte considerazioni dell'accanimento terapeutico. Anche il Consiglio Superiore di Sanità, a proposito del caso Welby, quando interrogato sull'esistenza o meno di una situazione di accanimento terapeutico, si era espresso negativamente in quanto il paziente non versava in stato terminale. Questo elemento, d'altra parte, risulta abbastanza intuitivo: è comprensibile, infatti, che un determinato trattamento sanitario risulti sproporzionato quando può solo prolungare l'agonia (quindi in condizioni terminali) oppure quando risulta gravoso, cioè penalizzante per la qualità di vita, senza modificare sensibilmente la sopravvivenza (dunque quando lo stadio terminale non può essere impedito).

² Si veda in questo senso la Dichiarazione della Congregazione per la Dottrina della Fede sull'eutanasia *Iura et bona* (1980): "*Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati* [corsivo mio], 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" (cap. IV).

lei il respiratore è essenziale alla sopravvivenza, e toglierlo equivarrebbe a causarne direttamente la morte.

3. *L'efficacia del trattamento.* Nel giudizio di proporzione-sproporzione devono intervenire considerazioni oggettive, che stabiliscono l'inefficacia terapeutica o palliativa del trattamento. Qui l'efficacia c'è, ed è data dal fatto che attraverso la ventilazione meccanica la paziente ha i benefici della respirazione. In linea di principio il respiratore non è dunque un trattamento sproporzionato, perché più che prolungare la vita la *conserva*, prevenendo la dispnea e la conseguente morte per soffocamento. Nella valutazione dell'efficacia, non rientra solo il "successo tecnico" dell'operazione - con la ventilazione respira, senza non respira - , ma il miglioramento del quadro clinico (valore terapeutico) o delle condizioni generali (valore palliativo). Nel nostro caso la ventilazione meccanica non ha certamente valenza terapeutica, ma è un *trattamento* che migliora le condizioni generali, ovviando all'insufficienza respiratoria.

4. *La gravosità del trattamento.* Occorre valutare la gravosità del trattamento per la paziente. L'eventuale inefficacia è una condizione necessaria ma non sufficiente per dichiarare l'accanimento terapeutico: occorre infatti tenere presenti anche le motivazioni concrete del paziente/moriente, che potrebbe essere pronto a morire (ad "arrendersi alla morte", come dice la psicologa palliativista Marie De Hennezel) o potrebbe "volere ancora un po' di tempo", per ragioni personali e non sindacabili (ricevere gli ultimi sacramenti, riconciliarsi con qualcuno, sistemare i suoi affari, fare testamento, salutare i suoi cari o altro). Nel caso di questa ragazzina, incapace di comunicare, conviene considerare l'elemento soggettivo della gravosità partendo dalle sue attuali condizioni di sofferenza.

5. *Le sofferenze atroci.* È difficile valutare in modo corretto se davvero la ragazzina "soffra in modo terribile". Il fatto che spesso sia sedata indica che esiste una modalità, già praticata, di rispondere efficacemente a quel dolore, e che dunque la situazione può essere gestibile. Non c'è modo di sapere che cosa desideri la paziente, ma nel dubbio due devono essere gli orientamenti: si deve optare per l'alleviamento delle sofferenze fisiche attraverso cure palliative adeguate, poiché solo un esplicito consenso dell'interessato può giustificare l'eroica sopportazione del dolore; si deve optare per la vita, cioè ritenere che ognuno desideri *mantenere* la propria vita anche quando gravemente compromessa. D'altra parte, pur in

presenza di sofferenze atroci, non si potrebbe usare *la morte come mezzo* per alleviarle.

6. *Il controllo del dolore.* Vi sono sempre mezzi efficaci per lenire le sofferenze, come l'aumento della sedazione e dell'analgesia, che sono leciti anche nel caso in cui anticipino indirettamente la morte (un'eventualità sempre più rara con i progressi della farmacologia). Ciò su cui sono chiamate ad intervenire le cure palliative rettamente intese sono infatti i sintomi che si accompagnano alla fase terminale di malattia, primo fra tutti il dolore³. Oltre a somministrare i farmaci adeguati, bisognerà cercare di rimuovere per quanto possibile le cause fisico-psichiche del dolore, ad esempio sostituendo terapie o trattamenti troppo gravosi con altri meglio tollerati. Non è chiaro se al momento, nel caso in esame, il respiratore sia *fonte* di ulteriori sofferenze per la piccola paziente: probabilmente è stata sottoposta a tracheostomia, dunque non ha i maggiori disagi correlati al tubo endotracheale; inoltre non è stata riportata la presenza di ulcerazioni o altro che possano complicare l'efficacia o la proporzionalità costi-benefici della ventilazione.

7. *La "fatica" di vivere.* Il problema dunque non sembra essere tanto la ventilazione, ma la vita stessa della ragazza, con il suo lungo carico di fatica e di dolore. C'è però da domandarsi quanto questa prostrazione per la condizione di fatica e di pena sia imputabile alla ragazza e quanto a chi la circonda. La psicologia insegna che in simili circostanze ci si può ingannare: si vorrebbero ad un certo punto sospendere i trattamenti di sostegno vitale perché "il paziente non ce la fa più"; in realtà, sono coloro che lo assistono a non farcela, e a subire la forte tentazione di decidere, al posto del paziente, che in simili condizioni sia preferibile la morte. In alcuni casi è eticamente lecita la richiesta di un paziente che, gravato di una serie di problemi legati all'imminenza della morte, chiede di "essere lasciato morire in pace", senza tubi e aghi, a casa propria, circondato dall'affetto dei familiari. Nel caso in esame, tuttavia, la paziente non ha espresso alcuna richiesta simile, e, soprattutto, proprio la sospensione della ventilazione sarebbe fonte di ulteriore dolore – la "fame d'aria" – per quanto di breve durata perché rapidamente seguita dalla morte. Per avviare a tale ultimo dolore la

³ cfr. C. Navarini, *Cure palliative al bivio: eliminare la sofferenza non il sofferente*, ZENIT, 22 novembre 2004.

piccola andrebbe posta sotto sedazione, esattamente come si può fare nelle sue condizioni attuali senza provocare la morte

8. *L'onerosità.* Dopo gli altri aspetti, è lecito considerare l'onerosità del trattamento per il paziente, i suoi familiari e la società. Per valutare questo punto occorrerebbero maggiori informazioni sul tipo di dispositivo e di convenzioni sanitarie utilizzati per la ventilazione. In generale, il mantenimento in vita mediante respiratore non risulta sproporzionatamente impegnativo dal punto di vista economico-assistenziale. Talora si fanno confluire con troppa foga le considerazioni economiche nel concetto di "futilità medica", perdendo di vista il bene delle persone. Inoltre, nel mondo occidentale il fatto che i trattamenti di sostegno vitale possano sottrarre personale e risorse ad altri pazienti più bisognosi è per lo più teorico, dal momento che la ventilazione meccanica rientra ormai a buon diritto nelle "terapie ordinarie", che ogni struttura sanitaria è in grado di assicurare senza costi o rischi eccessivi.

9. *La straordinarietà dei mezzi.* È importante precisare che è lecito ricorrere a mezzi sperimentali, anche qualora comportino rischi, se non vi sono alternative terapeutiche; tale possibilità non dovrà tuttavia mai configurarsi come un obbligo morale, in quanto il paziente ha sempre il diritto di accontentarsi dei mezzi comuni, e comunque può richiedere la sospensione del trattamento, quando i risultati deludono le aspettative. La ventilazione meccanica non rientra in questa categoria di mezzi – sperimentali e rischiosi – ma, come già osservato, nelle "cure normali dovute all'ammalato in tali casi", almeno finché non si rivela uno strumento di provata inefficacia, gravosità e onerosità.

10. *L'artificialità dei mezzi.* Mentre non può considerarsi un mezzo *straordinario*, la ventilazione meccanica è certamente un mezzo *artificiale* di mantenimento in vita. Tale condizione di artificialità è tuttavia la norma in medicina, ove si può dire che quasi ogni sostanza terapeutica abbia la caratteristica dell'artificialità, in quanto viene sintetizzata in laboratorio e non è già presente nel corpo del malato ma, appunto, viene somministrata dall'esterno.

11. *La proporzionalità dei mezzi.* Nel caso in esame appare assai dubbio che la continuazione della ventilazione meccanica possa definirsi accanimento terapeutico, perché tale trattamento non è inutile in quanto previene efficacemente la dispnea, non si può provare che sia eccessivamente gravoso per la paziente (e comunque il dolore può essere lenito), e non è nemmeno particolarmente

oneroso. Al contrario, l'unico possibile esito della sospensione del trattamento sarebbe la morte della ragazza per dispnea, senza che tale abbreviamento della vita consenta in alcun modo una migliore "preparazione alla morte". In circostanze come questa è tuttavia possibile commettere errori di valutazione, e compiere in buona fede scelte sbagliate. Occorre infatti estrema chiarezza riguardo all'*intenzione* nei confronti del paziente: ogni trattamento evidentemente *sproporzionato* va sospeso o non intrapreso, per non gravare inutilmente il malato e per favorire le condizioni migliori di preparazione alla morte ineluttabile e imminente, non va invece sospeso/non intrapreso per "porre fine alle sofferenze", o per l'incapacità dei familiari o dei curanti di sopportarne le pene. La valutazione di proporzionalità dei mezzi usati, in definitiva, è il risultato di un giudizio ponderato che tiene conto di molteplici fattori, fra i quali è compresa anche la valutazione del particolare medico che si troverà in un dato momento accanto al malato. Tale valutazione potrà non essere identica in tutti i medici, in quanto ciascuno di essi si trova ad esercitare la medicina secondo il canone dell'arte: l'arte medica, a dispetto della grande scientificità posta nella ricerca e nei protocolli, resta la marca fondamentale della pratica clinica. Il giudizio medico, dunque, potrà prevedere alcune umane differenze di vedute e di valutazione, ma non sarà accanimento terapeutico fintantoché l'*intentio* sarà costantemente rivolta al maggior bene del paziente e alla difesa della sua vita. Tale giudizio, infatti, dovrebbe invariabilmente muovere dalla volontà onesta e fedele di difendere il valore sacro e inviolabile della vita umana.

9.2 *Efficacia delle cure palliative rettamente intese*

Negli ultimi trent'anni si è sviluppato un sempre maggiore interesse dell'assistenza sanitaria nei confronti della cura ai morenti o, come più frequentemente vengono chiamati, ai "malati terminali". Tale assistenza ha progressivamente acquisito nuove possibilità ed ambiti di intervento, per varie ragioni: l'allungamento della vita che ha generato un alto numero di persone (per lo più anziani) con problemi di malattia cronica e/o degenerativa inguaribile; l'affinamento delle competenze nel trattamento dei sintomi correlati alla fase terminale di malattia, soprattutto del dolore; la sensibilità delle

società occidentali per le problematiche legate alla cosiddetta “qualità della vita”; la disponibilità economica dei paesi industrializzati di predisporre personale, tecnologia e strutture anche per coloro che non hanno più realistiche possibilità di guarire o di migliorare il quadro clinico complessivo, laddove questi pazienti, in contesti socio-economici disagiati sono generalmente lasciati alle cure esclusive della cerchia familiare.

È così cresciuta notevolmente la cultura delle *cure palliative*, ovvero la conoscenza e la diffusione di un tipo di assistenza – non solo sanitaria – che si occupa non solo di intervenire nel decorso di una patologia, oramai giunta a gravità estrema, ma di controllare i sintomi che si accompagnano alla malattia, e che sono causa di disagio e di sofferenza per il paziente. Parallelamente, tali cure promuovono il benessere della persona morente e dei suoi familiari prestando un’attenzione specifica agli aspetti psicologici e spirituali, e prolungandosi talora nel supporto all’elaborazione del lutto (successivamente al decesso del malato). La medicina palliativa e le cure palliative in genere, dunque, non hanno finalità propriamente terapeutica, ma mirano ad aiutare le persone nel tempo che contraddistingue l’avvicinarsi della morte e il prepararsi ad essa⁴.

È dunque un campo che si occupa eminentemente della *qualità della vita*, come sottolinea la più recente definizione di cure palliative proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2002⁵. Qui si profila, tuttavia, un bivio cruciale che trae la sua origine proprio dal dibattito sulla nozione di *qualità di vita*, oramai consolidato perché contestuale alla nascita stessa della bioetica.

La linea di pensiero che più frequentemente si è appropriata di tale nozione pretende di valutare attraverso un “giudizio di qualità” – potenzialmente arbitrario in quanto soggettivo – la dignità e il valore della vita umana, ritenendo che, ad esempio, in alcune situazioni di malattia grave o di compromissione della vita relazionale sia da preferirsi la morte, da ricercarsi come mezzo per eliminare tali

⁴ Cfr. M. Iceta, *Le cure palliative, risposta adeguata alla situazione terminale o cronica di malattia*, in Noriega J., Di Pietro M.L. (eds.), *Né accanimento né eutanasia...cit.*.

⁵ Cfr. C. Sepúlveda et al., *Palliative Care. The World Health Organization’s Global Perspective*, “Journal of Pain and Symptom management”, 24, 2/2002, p. 91-96.

condizioni di sofferenza. Tali vite “compromesse”, in altre parole, *non varrebbero la pena di essere vissute*⁶.

Al contrario, la nozione di “sacralità della vita” riconosce un valore intrinseco e ineliminabile in qualsiasi vita umana indipendentemente dalle sue condizioni, in virtù della dignità personale umana presente in ogni istante dal concepimento alla morte. Tale valore, dunque, non “viene attribuito” da una volontà finita - dal soggetto o da altri individui o dalla società - ma viene “trovato” e “ricevuto” come dato contenuto nella legge naturale accessibile all'uomo mediante la riflessione intellettuale. In tale prospettiva è possibile, forse, anche un recupero in positivo del concetto di “qualità di vita” così come viene veicolato appunto dalle cure palliative rettamente intese⁷.

Il bivio in cui si colloca la “qualità della vita”, infatti, trascina in una duplice interpretazione anche il significato delle cure palliative, da una parte intendendole come baluardo contro l'eutanasia, dall'altra come possibile giustificazione dell'eutanasia stessa.

Le cure palliative possano rappresentare un vero e proprio antidoto alle richieste eutanasiche, mentre per converso l'introduzione di normative favorevoli all'eutanasia determini una drastica diminuzione della somministrazione di cure palliative ai morenti, più rapidamente “gestiti” attraverso la loro eliminazione. È questo uno dei dati che vengono dall'Olanda, a oltre dieci anni dall'introduzione dell'eutanasia⁸.

Gli studiosi che difendono la medicina palliativa sono generalmente contrari all'eutanasia come “soluzione” ai problemi di fine-vita. Tuttavia, si scorgono fra coloro che propugnano la diffusione delle cure palliative in funzione anti-eutanastica alcune posizioni ambigue, che combattono una eutanasia dalla definizione alquanto ristretta, ottenendo l'effetto più o meno cosciente di avallare altre forme di “uccisione pietosa”, e alimentando la confusione terminologica e concettuale che circonda le questioni etiche di fine-vita.

⁶ Cfr. D. Neri, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Bari 1995.

⁷ Jonsen A.R., Siegler M., Winslade W.J., *Etica clinica. Un approccio pratico alle decisioni etiche in medicina clinica*, ed. it. a cura di A.G. Spagnolo, McGraw-Hill, Milano 2003, pp. 127-178.

⁸ Fenigsen R., *Dutch euthanasia: the new government ordered study*, “Issues Law Med.”, 20, 1/2004, pp. 73-79.

L'Associazione Europea per le Cure Palliative (EAPC), ha emanato già nel 2003 un documento con cui esprime ufficialmente la sua posizione sull'eutanasia, definita come già visto, ossia

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 stessa⁹.

Con questa definizione viene ammessa la fittizia differenza etica fra azione ed omissione, laddove dovrebbe apparire ovvio che 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*.

In altri termini, l'unico tipo di astensione o sospensione terapeutica lecito è il *rifiuto dell'accanimento terapeutico*, cioè di trattamenti inutili, gravosi e onerosi per il paziente oramai giunto inesorabilmente al termine dell'esistenza. Di contro, la restrizione dell'eutanasia a quella "attiva volontaria" renderebbe moralmente accettabile la mancata somministrazione di terapie necessarie alla vita – ad esempio l'insulina per un diabetico o la dialisi per una persona affetta da insufficienza renale – e perfino l'astensione da cure ordinarie che non rappresentano atti medici, come l'alimentazione e l'idratazione, anche artificiali.

È comprensibile a questo punto come la medesima duplicità di atteggiamento di ritrovi nella determinazione di quali siano concretamente le cure palliative inadeguate o *sproporzionate*: quelle che non corrispondono ai reali bisogni del paziente, o perché non si impegnano efficacemente a rendere sopportabili i disagi del malato (come il dolore fisico, l'ansia, la solitudine) o perché vanno "oltre" i bisogni della malattia, risolvendosi in un modo per anticipare volontariamente la morte dei pazienti.

Un atteggiamento veramente umano nei confronti dei morenti, e dunque delle cure palliative, deriva direttamente e necessariamente da una concezione equilibrata della sofferenza, in particolare dall'acquisizione della *capacità di soffrire*. Chi non sa soffrire, infatti, non può amare. La fuga spasmodica da ogni forma di sofferenza,

⁹ Materstved L.J. et al., *Eutanasia and physician-assisted suicide...* cit; tr. it. su "Rivista Italiana di Cure Palliative", 1/2004, p. 42-46.

ovvero la ricerca parimenti spasmodica del piacere sono incompatibili con l'amore, che per definizione si esplica nel *dono di sé* e nella rinuncia a sé, cioè all'ego-ismo¹⁰.

9.3 Coscienza psicologica e coscienza morale

John C. Green, membro del centro di ricerca americano *Pew Forum on Religion and Public Health*, afferma che

[c]iò che i dibattiti sulla libertà di coscienza, sull'eutanasia, sulle cellule staminali e sull'evoluzione hanno in comune è la collisione fra una visione della vita religiosamente ispirata e l'ordinamento dello stato.

A partire dagli anni Novanta, infatti, si registra un incremento nel numero dei dilemmi etici riguardanti il tema del rifiuto dei trattamenti sanitari, e più precisamente l'equilibrio fra la volontà del paziente nel richiedere o nel rifiutare interventi medici e la volontà dell'operatore sanitario nel somministrare, non somministrare o sospendere i trattamenti in questione¹¹.

È diffusa la tendenza a considerare prevalente il diritto del paziente a vedere rispettate le sue volontà (ad esempio sul mantenimento in vita solo a determinate condizioni) – indipendentemente dalle posizioni morali o religiose del medico – , ma è presente anche l'istanza di garantire ai sanitari una piena libertà di coscienza nell'assecondare o meno le richieste del paziente. L'opinione pubblica americana, sulla base delle indagini svolte, risulta divisa sul punto: c'è chi sostiene la posizione secondo cui “il paziente viene prima di tutto”, obbligando così il medico a prestare la propria opera in favore di ogni cura richiesta dal malato purché questa non sia apertamente illegale, e chi invece afferma che “la propria coscienza viene prima di tutto”, e che dunque deve essere possibile per qualsiasi operatore sanitario sottrarsi senza penalizzazioni o discriminazioni di sorta a pratiche che vanno contro i suoi valori personali. In tale contrapposizione emerge tuttavia un errore di fondo, che spesso investe entrambe le posizioni: l'idea che la co-

¹⁰ Cfr. S. Zanardo, *Il legame del dono*, Vita e Pensiero, Milano 2007.

¹¹ Cfr. R. Stein, *A Medical Crisis of Conscience. Faith Drives Some To Refuse Patients Medicine or Care*, “The Washington Post”, 16 luglio 2006.

scienza personale sia un luogo meramente soggettivo in cui l'individuo crea autonomamente i valori – prendendoli eventualmente dalla tradizione religiosa di appartenenza – , trovandosi poi ad affrontare il grave problema del conflitto con coloro che, nell'intimo della loro coscienza, hanno stabilito differenti gerarchie valoriali.

I due fronti del dibattito, in effetti, riguardano gli spazi di autorità di *questa* coscienza, oscillando fra il soggettivismo etico-religioso e il costruttivismo ideologico o il formalismo dogmatista. Di questo avviso sembra essere il commento che Galimberti pronunciava al termine dei lavori dell'ultima assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita, che riguardava per l'appunto il ruolo della coscienza. Galimberti osservava infatti:

[m]a cos'è questa "coscienza"? E' la dittatura del principio della soggettività che non si fa carico di alcuna responsabilità collettiva e tanto meno delle conseguenze che ne derivano¹².

Raffaele Iannuzzi, attraverso il sito della Fondazione Magna Carta, spiegava quindi le conseguenze dell'osservazione di Galimberti:

o la coscienza, anche in politica, si adegua ai criteri dell'ordine sociale ed istituzionale, questo sì oggettivo ed insindacabile (giacobinismo allo stato puro), oppure si auto-confina nel "ghetto della soggettività"¹³.

Non ogni critica al "soggettivismo della coscienza", pertanto, conduce all'adeguamento dell'intelletto alla realtà.

L'atteggiamento ideologico di stampo statalista o liberale, ad esempio, nega valore al giudizio della coscienza *tout court*, creando inevitabilmente nuovi e più pesanti abusi ai danni del corpo sociale. Osserva ancora Iannuzzi:

per evitare il soggettivismo, si ripiomba nel costruttivismo artificioso ed ideologico, bypassando totalmente la natura dell'uomo e la ricerca della verità, l'unico fine della filosofia dalle sue origini. A questo punto, la verità viene dettata dal più forte e da chi controlla la società e le

¹² "La Repubblica", 26 febbraio 2007.

¹³ R. Iannuzzi, *L'umanesimo religioso di Benedetto XVI. Riflessioni sulla coscienza cristiana*, 27 febbraio 2007.

istituzioni. E, in questo paese, le conseguenze garantirebbero lo *status quo* prodotto dal potere dei soliti noti. Questo sì contro la libertà dei soggetti liberi, anche “postmodernamente” liberi”¹⁴.

Nel corso della citata assemblea della Pontificia Accademia per la Vita, il papa Benedetto XVI forniva in realtà importanti spunti per approfondire il tema, avanzando due cruciali precisazioni. In primo luogo, riprende la dottrina tradizionale del cattolicesimo e in generale del pensiero morale oggettivista sulla coscienza: se da un lato il giudizio di coscienza vincola l’agire morale dell’uomo, dall’altro è necessario che la stessa coscienza sia rettamente formata¹⁵. Tale formazione si basa, secondo tale modello coerente, sull’individuazione di una legge etica interiore i cui principi si radicano nella comune natura dell’uomo, ovvero in quegli elementi essenziali che lo rendono *ciò che è e non altro*¹⁶. Si tratta, come appare evidente, della “vecchia” ma sempre efficace nozione di *legge morale naturale*: la consapevolezza di essa sgorga appunto dalla contemplazione della natura umana e in generale dell’ordine naturale o verità dell’essere, accessibili all’uomo grazie all’intrinseca intelligibilità del reale.

Affermava in quella sede Benedetto XVI:

la formazione di una coscienza vera, perché fondata sulla verità, e retta, perché determinata a seguirne i dettami, senza contraddizioni, senza tradimenti e senza compromessi, è oggi un’impresa difficile e delicata, ma imprescindibile¹⁷.

E continuava considerando i motivi che oggi rendono ardua la formazione della coscienza:

è un’impresa ostacolata, purtroppo, da diversi fattori. Anzitutto, nell’attuale fase della secolarizzazione chiamata post-moderna e segna-

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ Ciò viene illustrato anche nel *Catechismo della Chiesa Cattolica*: “Nell’intimo della coscienza l’uomo scopre una legge che non è lui a darsi, ma alla quale invece deve obbedire” (CCC, n. 1776).

¹⁶ Sui concetti di natura e di essenza vedi C. Navarini, *Natura e valore dell’autonomia: riflessioni sul testamento...*cit.

¹⁷ *Udienza ai partecipanti all’assemblea generale della Pontificia Accademia per la Vita*, 24 febbraio 2007.

ta da discutibili forme di tolleranza, non solo cresce il rifiuto della tradizione cristiana, ma si diffida anche della capacità della ragione di percepire la verità, ci si allontana dal gusto della riflessione. Addirittura, secondo alcuni, la coscienza individuale, per essere libera, dovrebbe disfarsi sia dei riferimenti alle tradizioni, sia di quelli basati sulla ragione. Così la coscienza, che è atto della ragione mirante alla verità delle cose, cessa di essere luce e diventa un semplice sfondo su cui la società dei media getta le immagini e gli impulsi più contraddittori¹⁸.

Per questa ragione, e in secondo luogo, il papa teologo vincolava la coscienza non solo alla ricerca della verità e del bene – come è ovvio – ma anche, per i cristiani cattolici, alle indicazioni del magistero ecclesiastico, di cui il credente riconosce la verità e il bene, nonché l'autorevolezza indiscutibile su temi di fede e di morale¹⁹.

Nelle questioni bioetiche la necessità dell'adesione personale della coscienza alla verità oggettiva (che è conoscibile, innanzitutto, attraverso la ragione e che dunque non vale unicamente in ambito religioso e cattolico) diventa un elemento di primo piano. Su temi come l'aborto, la procreazione, l'eutanasia, il testamento biologico, la ricerca scientifica è infatti fondamentale portare avanti una riflessione onesta e realmente illuminata, che recuperi senza cedimenti i principi essenziali dell'agire morale. Senza tale meticoloso e instancabile impegno, il rischio di fraintendimenti e confusioni (terminologiche e concettuali) è sempre elevato, in quanto si riscontra nelle questioni bioetiche un confine sottile fra approccio etico relativistico e superficialità argomentativa. Che è quanto dire: la ricerca dell'oggettività morale in bioetica diventa sempre più spesso un requisito di scientificità e di decidibilità, dal momento che tale disciplina non si può disambiguare unicamente sulla base dei dati delle scienze empiriche, né si può rimettere alla volatilità doxastica²⁰.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ Citando il Concilio Ecumenico Vaticano II, Benedetto XVI chiariva come "in ogni cosa temporale, [i laici] devono lasciarsi guidare dalla coscienza cristiana, perché nessuna attività umana, nemmeno temporale, può sottrarsi a Dio (*Lumen gentium*, 36). Per questa stessa ragione il Concilio esorta i laici credenti ad accogliere "quanto i pastori decidono come maestri e capi della Chiesa" e, d'altro canto, raccomanda *che i pastori riconoscano e promuovano la dignità e responsabilità dei laici nella Chiesa*" (*ibidem*).

²⁰ Per fare solo un esempio, nel 2006 l'allora presidente della Commissione Igiene e Sanità, esprimendo l'auspicio che il ddl pendente in parlamento sul

In bioetica, si assiste in effetti ad una torsione in senso divulgativo non appena si abbandoni il rigore metodologico proprio della filosofia morale, sovente in funzione polemica nei confronti dell'etica di matrice realista .

testamento biologico diventasse legge dello stato, affermava: “questa legge non si occupa né di eutanasia né di suicidio assistito. Probabilmente verrà indicato con chiarezza che queste due pratiche rimangono per il Parlamento italiano un reato e nello stesso verrà indicato che tutti i pazienti devono avere la garanzia dell'assistenza in qualsiasi fase della malattia. Poi all'interno di questa cornice ognuno dovrebbe essere libero, come dice la Costituzione, di scegliere quali terapie accettare e quali rifiutare”. In realtà, non può sfuggire come una simile affermazione implichi, con ogni evidenza, una dubbia distinzione fra eutanasia cosiddetta “attiva” ed eutanasia passiva o omissiva. Lo stesso presidente aveva sostenuto quanto risultasse aberrante, ai suoi occhi, somministrare al paziente un'iniezione letale per provocarne la morte. Eppure, dovrebbe apparire chiaro che sospendere – su richiesta del paziente – un trattamento salvavita non sproporzionato equivale dal punto di vista morale all'assecondare la volontà suicidaria del paziente, ovvero a commettere un atto eutanasi.