

BIOETICA

Rivista interdisciplinare

Anno XXIX



n. 4/2021

Editoriale

Mori

Cattolici e ortodossi a favore dell'aborto?

Studi e Saggi

Oliva

Come inquadrare i contrasti culturali di fondo circa la pandemia Covid-19

Dibattito su La medicina che non c'è

Araneo, Busca, Sartori, Davini

Sul volume di Davini, *La medicina che non c'è*

Approfondimento sulla lettera Samaritanus bonus

Navarini e Ricci, Semplici, Mori, Bastianello

Sulla Lettera *Samaritanus bonus* (2020)

Discussioni e Dibattiti

Merlo, Fadda, Manconi, Romagnoli, Malacrida

Danni gravi della coscienza e dignità della persona

Andreozzi, Etica ambientale e biocentrismo in P.W. Taylor



BIOETICA

Rivista interdisciplinare

Anno XXIX

n. 4/2021



Registrazione del Tribunale di Piacenza n. 641 del 28 marzo 2007 – Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 25491 – rivista trimestrale.

ISBN 978-88-7503-262-3

ISSN 1122-2344

© Consulta di Bioetica

e-mail: segreteria@consultadibioetica.org

www.consultadibioetica.org

Casa Editrice Vicolo del Pavone

e-mail: info@vicolodelpavone.it

www.vicolodelpavone.it

Direttore responsabile: Maurizio Mori

Direttore: Maurizio Mori

Condirettore: Demetrio Neri

Comitato di direzione: Carlo A. Defanti, Carlo F. Grosso†, Eugenio Lecaldano, Valerio Pocar, Carlo A. Viano†.

Comitato scientifico: Guido Alpa (La Sapienza, Università di Roma), Sergio Bartolommei (Università di Pisa), Giuseppe Benagiano (La Sapienza, Università di Roma), Patrizia Borsellino (Università Bicocca, Milano), Caterina Botti (La Sapienza, Università di Roma), Lucia Craxi (Università di Palermo), Daniel Callahan† (Hastings Center, N.Y.), Gaetano Carcaterra (Università di Roma), Giorgio Cosmacini (Università Vita-Salute San Raffaele, Milano), Norman Daniels (Tufts University), Stefano Di Donato (Istituto «C. Besta», Milano), Piergiorgio Donatelli (La Sapienza, Università di Roma), Tristram H. Engelhardt† (Baylor College, Houston), Luigi Ferrajoli (Università di Camerino), Gilda Ferrando (Università di Genova), Carlo Flamigni† (Università di Bologna), Antonino Forabosco (Università di Modena e Reggio Emilia), William K. Fulford (Oxford University), Ranaan Gillon (King's College, London), Alberto Giubilini (Università di Oxford, UK), Mariella Immacolata (Asl di Massa e Carrara), John Harris (King's College, London), Helga Kuhse (Monash University), Michael Lockwood (Oxford University), Sebastiano Maffettone (Università Luiss, Roma), Tito Magri (Università di Bari), Paolo Martelli

(Università di Milano), Alberto Martinelli (Università di Milano), Francesca Minerva (Università di Milano), Fulvio Papi (Università di Pavia), Stefano Rodotà (Università di Roma), Fabrizio Rufo (La Sapienza Università di Roma), Pietro Rossi (Università di Torino), Peter Singer (Princeton), Marcello Valdini (Società Bio-Giuridica, Piacenza), Salvatore Veca †(Università di Pavia), Daniel Wikler (University of Wisconsin-Madison), Paolo Zatti (Università di Padova).

Segreteria di redazione:

Matteo Cresti, Lavinia Del Corona,

Chiara Mannelli, Marisa Polesana.

Redazione: Stefano Demuru,

Vicolo del Pavone, viale Piemonte 9/11,

15053 Castelnuovo Scrivia (AL)

e-mail: redazione@vicolodelpavone.it

Amministrazione e abbonamenti:

Consulta di Bioetica onlus

via Po, 18 – 10123 Torino

Tel. +39 393 0451364

e-mail: segreteria@consultadibioetica.org

Abbonamento:

Italia: privati 70 €; istituzioni 85 €

Esteri: privati 90 €; istituzioni 100 €.

Gli abbonamenti decorrono dal gennaio di ciascun anno. Chi si abbona durante l'anno riceve tutta l'annata, compresi gli arretrati. Per gli arretrati precedenti il 2015 rivolgersi alla Consulta di Bioetica Onlus. Per informazioni sullo stato dell'abbonamento, cambi di indirizzo o eventuali disguidi nella consegna dei numeri della rivista, è attivo un servizio informazioni abbonamenti al numero +39 393 0451364 dal lunedì al venerdì, ore 9-19.

Il pagamento può essere effettuato tramite bonifico bancario IT 48 V 07601 01600 000053902961 o versamento sul c/c n. 53902961 intestati a Consulta di Bioetica Onlus.



La pubblicazione è stata realizzata grazie al contributo concesso dalla Direzione generale Educazione, ricerca e istituti culturali del Ministero della Cultura.

INDICE

EDITORIALE

- Cattolici e ortodossi a favore dell'aborto?
Una novità sul piano etico-culturale 558
Maurizio Mori

STUDI E SAGGI

- La pandemia: tra il “monoteismo della razionalità strumentale”
e il “politeismo dei valori” 570
Alberto Oliva

Dibattito su *La medicina che non c'è* di Ottavio Davini

- “La medicina che non c'è” e invece la cultura che dovrebbe esserci 619
Alessia Araneo
- Dov'è la medicina? Quando una pandemia crea scompiglio 624
Maria Teresa Busca
- Quando non c'è la medicina? Un commento a la medicina
che non c'è di Ottavio Davini 628
Massimo Sartori
- Una prima risposta alle sollecitazioni avute 633
Ottavio Davini

Approfondimento sulla lettera *Samaritanus bonus* (2020)

- La sofferenza di fine-vita: cure palliative simultanee,
virtù e fioritura morale nella fragilità 641
Claudia Navarini e Elena Ricci
- Semper et pro semper 653
Stefano Semplici
- Un'analisi filosofica della lettera samaritanus bonus nel contesto
della situazione attuale della chiesa cattolica romana e della medicina 669
Maurizio Mori
- Riflessioni sulla samaritanus bonus.
A chi compete la regia della propria vita? 685
Stefania Bastianello

DISCUSSIONI E DIBATTITI

- I danni severi della coscienza e il rispetto della dignità 696
Federica Merlo, Marta Fadda, Mauro Manconi
Simone Romagnoli, Roberto Malacrida
- Etica ambientale e biocentrismo.
La proposta teorica di Paul W. Taylor 702
Matteo Andreozzi

LA SOFFERENZA DI FINE-VITA: CURE PALLIATIVE SIMULTANEE, VIRTÙ E FIORITURA MORALE NELLA FRAGILITÀ

END-OF-LIFE SUFFERING: COPING WITH FRAGILITY
THROUGH SIMULTANEOUS PALLIATIVE CARE, VIRTUE,
AND MORAL FLOURISHING

Claudia Navarini* e Elena Ricci*

1. INTRODUZIONE. L'APPROCCIO INDUTTIVO ALLE QUESTIONI DI FINE VITA

La Lettera della Congregazione per la Dottrina della Fede “Samaritanus bonus” sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali di vita¹ ci perviene a 40 anni dalla Dichiarazione sull'eutanasia “Iura et bona”, a cura della stessa congregazione vaticana². Si tratta di un tempo abbastanza lungo per l'evoluzione della bioetica, che porta innanzitutto a domandarsi se vi siano stati cambiamenti rispetto alla dottrina magisteriale del passato. Ebbene, conviene osservare preliminarmente che il documento non apporta innovazioni sostanziali di tipo morale, ribadendo invece le posizioni ben note nella prospettiva della bioetica cattolica. Si registra però nel testo un particolare taglio stilistico, più

* Università Europea di Roma. Le autrici hanno contribuito in modo uguale all'ideazione e alla stesura del lavoro.

1) Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Lettera Samaritanus bonus sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita* (14 luglio 2020), Introduzione.

2) Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia [Iura et bona]* (5 maggio 1980). Ci arriva altresì a 25 anni dall'Enciclica di Giovanni Paolo II “Evangelium vitae” sul valore e l'inviolabilità della vita umana, che riprende e prosegue i contenuti di *Iura et bona* in merito temi di fine vita. Cfr. Giovanni Paolo II, *Lettera Enciclica Evangelium vitae sul valore e l'inviolabilità della vita umana* (26 marzo 1995), n. 87.

attento forse alle dinamiche relazionali della cura che alla logica dei principi. Tale atteggiamento intercetta felicemente, come vedremo, il rifiorire degli studi filosofici sull'etica delle virtù³ – anche – in quest'area di riflessione morale.

Nella "Samaritanus bonus", come è facilmente intuibile, vengono toccati temi come la sacralità della vita, l'accanimento terapeutico, l'eutanasia, lo stato vegetativo, lo stato di minima coscienza e le cure palliative. Il punto di partenza è altamente esperienziale e mostra un andamento induttivo: il testo, infatti, muove dal problema cruciale di come possiamo prenderci concretamente cura di chi ha più bisogno nei nostri contesti di vita, sul modello del buon samaritano (quale immagine cristologica) che si prende cura del soggetto bisognoso in cui si imbatte. In particolare, si chiede come possiamo offrire aiuto e supporto ad una categoria massimamente fragile, ovvero sia i soggetti in fase terminale di malattia, rispettandone la dignità.

Prendendo sul serio tale metodologia, riteniamo pertanto più opportuno lasciare sullo sfondo nodi etici come l'inconsistenza del «diritto di morire», comunque ben argomentata nel documento sulla scia degli interventi precedenti, oppure come la tutela dei soggetti in stato vegetativo, con le differenze cliniche e le analogie antropologiche rispetto a quelli in stato di minima coscienza (*minimally conscious state*). Anche la questione del cosiddetto accanimento terapeutico, mai del tutto risolta, richiederebbe un tipo di approfondimento che esula dai limiti del presente lavoro. Se da una parte, infatti, la ricerca scientifica ha raggiunto grandi traguardi in termini di quantità dei trattamenti disponibili e di efficacia di questi ultimi, dall'altra è necessario riconoscere il momento in cui è impossibile intervenire con terapie specifiche sulla patologia. Ciò invoca una responsabilità morale a riconoscere quali mezzi possano essere utilizzati, nonché fino a quando questi apportino un effettivo beneficio al soggetto, limite oltre il quale essi possono diventare forme di «accanimento terapeutico»⁴ oppure sono in grado, come afferma Maurizio Mori,

3) Cfr. A. CAMPODONICO, M. CROCE, M.S. VACCAREZZA, *Etica delle virtù. Un'introduzione*, Carocci, Roma 2017.

4) Occorre precisare come il documento in esame ribadisca il nesso fra accanimento terapeutico – che altrove si è proposto di chiamare piuttosto «ostinazione terapeutica» – e terminalità di malattia, mettendo in guardia da comportamenti clinici, sfociati anche in casi giudiziari, che «hanno condotto alla desistenza curativa – e alla morte anticipata – di pazienti in condizioni critiche, ma non terminali» (Congregazione per la Dottrina della Fede, *Samaritanus bonus*, cit., n. V.2). Su questo punto, cfr. A. PESSINA, *Bioetica. L'uomo sperimentale* – Terza Edizione, Pearson, Mi-

di aggiungere solo anni alla vita⁵, senza contribuire in alcun modo al maggior benessere del paziente⁶. Ci sembra che tale aspetto sia additato con chiarezza ed esaustività nel documento, insieme all'esigenza di giungere ad una valutazione situazionale di sproporzione dei trattamenti sanitari che mostra, emblematicamente, ciò che possiamo chiamare la natura «etico-artistica» della pratica medica e, con ciò, l'importanza della «*phronesis*»⁷ nel processo decisionale connesso. Ma non è nostra intenzione ritornare ora su questi punti.

Desideriamo piuttosto soffermarci, induttivamente, sull'attenzione all'esperienza della fragilità che coinvolge insieme il soggetto curato – il «*cared for*», nel linguaggio dell'etica della cura⁸ – e il soggetto curante – il «*carer*» –.

2. L'ESSERE UMANO E LA CURA TRA FRAGILITÀ E DIPENDENZA

Il nostro intento di ritaglio nella lettura del documento richiede un passaggio fondativo ed esplicativo. Occorre cioè anteporre ad ogni successiva riflessione il riconoscimento della vulnerabilità come una delle caratteristiche costitutive dell'essere umano, che perdura, come evidenzia Alasdair MacIntyre, durante l'intero corso della nostra esistenza⁹, dal momento che «vulnerabilità» e «dipendenza» sono caratteristiche ineludibili della realtà umana,

lano-Torino 2020, p. 183; C. NAVARINI, *Cure palliative simultanee e sviluppo delle virtù*, Orthotes, Napoli-Salerno 2020, pp. 147-150.

5) Cfr. M. MORI, *Manuale di bioetica: verso una civiltà biomedica secolarizzata*, Le Lettere, Firenze 2013, p. 357.

6) In questa fase ricopre un ruolo fondamentale l'acquisizione da parte dei professionisti di competenze tali da permettere di comunicare in modo adeguato soprattutto le cattive notizie. Per approfondire questo tema, cfr. E. RICCI, «Le virtù comunicative nella relazione medico-paziente», *Medicina e Morale* (2020), n. 4, pp. 503-521.

7) Cfr. C. NAVARINI, *Cure palliative simultanee*, cit.; Idem, «La triade virtuosa di saggezza-speranza-forzezza nella malattia». In Simona Langella, Maria Silvia Vaccarezza, Michel Croce (a cura di), *Virtù, legge e fioritura umana. Saggi in onore di Angelo Campodonico*, Orthotes, Napoli-Salerno 2022.

8) Fra gli altri, cfr. N. NODDINGS, *Caring: A feminine approach to ethics and moral education*, University of California Press, Berkeley 1984.

9) Cfr. A. MACINTYRE, *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù* [1999], tr. it. M. D'Avenia, Vita e Pensiero, Milano 2001.

anzi, della «animalità» umana. Con tale termine MacIntyre intende fare riferimento alla condizione ontologicamente deficitaria dell'uomo, in quanto caratterizzato dal limite ed esposto costantemente a molteplici forme di dolore e sofferenza;¹⁰ in modo non tanto dissimile, già Tommaso d'Aquino parlava dell'elemento tipicamente umano della *passio animalis*, cioè dell'insieme dei «moti emotivi dolorosi» che partono dall'interiorità dell'uomo (dalla sua anima), per terminare nel corpo attraverso manifestazioni esterne che rendono visibili alcuni suoi elementi costitutivi di fragilità e di limite.¹¹

MacIntyre osserva che ripartire dalla dimensione di animalità umana è essenziale per cogliere a fondo la nostra natura e per realizzare come essa sia inscindibile dalle dimensioni di fragilità in cui sempre si declina. In particolare, la consapevolezza del proprio essere come, in ogni momento, dipendente da altri è fondamentale in quanto ci aiuta a comprendere come agire a nostra volta nei confronti di chi è dipendente da noi, che cosa può insegnarci chi è malato e perché occorre rispettare chi si trova in una situazione che un giorno potrebbe essere la nostra. Riconoscere la propria dipendenza risulta insomma particolarmente importante, in quanto «ricordare che esiste una scala di disabilità nella quale tutti noi siamo collocati»¹² consente di guardare alla vulnerabilità nostra e altrui come ad una caratteristica dalla quale effettivamente non si può prescindere.¹³ Riconoscere poi la vulnerabilità come elemento costitutivo esperienziale risulta decisivo in quanto essa invoca una particolare responsabilità da parte del soggetto che cura: se infatti la vulnerabilità richiama la possibilità di subire un danno (*vulnus*) a causa della propria fragilità, per chi cura e per chi si prende cura si configura l'impegno, evidenziato anche dalla "Samaritanus bonus", non soltanto di guarire il malato quando possibile, ma anche e soprattutto di accompagnare il paziente senza abbandonarlo quando la guarigione diviene impossibile.

10) Cfr. *Ibidem*.

11) Nel "De Veritate" Tommaso avanza gli esempi della paura e dell'ira. Cfr. TOMMASO D'AQUINO, *Quaestiones disputatae de veritate*, q. 26, a. 2. [*Le questioni disputate*, voll. I, II, III, *La verità*, tr. it. R. Coggi e V.O. Benetollo, ESD, Bologna 1992-1993].

12) A. MACINTYRE, *Animali razionali dipendenti*, cit., p. 73.

13) MacIntyre riconosce due classi di virtù: quelle della dipendenza *riconosciuta*, che permetterebbero al soggetto di entrare in contatto con la vulnerabilità altrui e di dispensare le giuste cure; e quelle dell'*indipendenza razionale*, che servirebbero all'animale razionale per realizzare una vita buona. Cfr. *Ibidem*.

3. LE CURE PALLIATIVE SIMULTANEE COME RISPOSTA AL PAZIENTE: UN APPROCCIO MULTIDIMENSIONALE

In effetti, non ci pare casuale che il documento in esame elargisca uno spazio così significativo alla riflessione sulla palliazione, dedicandovi – in modo diretto o derivato – quasi la metà dei paragrafi¹⁴. Se l'opzione eutanassica viene infatti denunciata come risposta sbagliata ad un problema giusto, ovvero al dramma della sofferenza, la necessità di delineare meglio tale – giusto – problema e di tratteggiare una via differente di risposta emergono con evidenza.

Dinnanzi alle sfide della vulnerabilità e della dipendenza dell'uomo, infatti, le cure palliative si sono caratterizzate, sin dalla loro nascita, come un approccio innovativo, volto ad offrire una cura globale erogata da un supporto multidisciplinare: medico, psicologico, etico, sociale e spirituale. Esse si rivolgono ai pazienti di tutte le età affetti da patologie cronic-degenerative o a prognosi infausta, sia durante l'evoluzione della malattia sia nelle fasi avanzate o terminali. Al «dolore totale»¹⁵ del malato occorre infatti rispondere non soltanto con la tecnica, ma, come osserva anche la “Samaritanus bonus”¹⁶, con una completezza assistenziale che possa ricomprendere tutti i piani in cui la sofferenza del paziente può declinarsi. Le cure palliative non hanno mai avuto lo scopo di prolungare o di accorciare volontariamente la vita dei pazienti, ma di migliorarne la qualità, sempre nel rispetto dei valori culturali e spirituali del malato. Esse offrono inoltre, come è noto, sostegno alla famiglia del paziente e ai *caregiver*, contribuendo in particolare all'elaborazione del lutto (in fase preparatoria e successiva al decesso) e alla preven-

14) Nel titolo V di “Samaritanus bonus”, oltre al paragrafo 4 che ha come titolo *Le cure palliative*, anche il 3 su alimentazione e idratazione come «cure normali», il 5 sugli *hospice*, il 6 sulle cure in età pediatrica, il 7 sulla terapia del dolore, il 10 sull'accompagnamento spirituale e il 12 sull'educazione sanitaria sono strettamente legati al tema.

15) Cicely Saunders, riferimento fondamentale nella storia delle cure palliative, definisce con l'espressione *total pain* la sofferenza provata dai pazienti in fase avanzata e terminale di malattia. Cfr. C.M. SAUNDERS, “The Care of the Dying”, *Guy's Hospital Gazette* (1966), n. 80, pp. 136-142; D. CLARK, “Disciplinary Power and the Body in the Work of Cicely Saunders 1958-67”, *Social Science and Medicine* (1999), n. 6, pp. 727-736.

16) Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Samaritanus bonus*, cit., n. III-V.

zione o soluzione dell'effetto *burnout* negli operatori sanitari e assistenziali.

Tra le definizioni di cure palliative individuate negli anni, una delle più significative in effetti è quella proposta nel 2018 dall'*International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), secondo cui *[l]e cure palliative si occupano in modo attivo e olistico di individui di tutte le età colpiti da una sofferenza profonda dovuta ad una patologia grave e specialmente di coloro che si avvicinano alla fine della vita. Le cure palliative si occupano di migliorare la qualità della vita dei pazienti, dei familiari e dei loro caregiver.*¹⁷

Le cure palliative assecondano anche l'esigenza di offrire un percorso psicologico, spirituale e morale, cioè una via d'azione utile ad assistere complessivamente i malati, offrendo anche a questi livelli un sostegno, che risulta sovente non meno cruciale delle cure fisiche. Proprio in questo consiste ciò che la "Samaritanus bonus" definisce come «la vera compassione»¹⁸ ovvero sia l'accompagnare il malato, soprattutto quello affetto da patologia in fase avanzata o terminale, garantendo presenza, aiuto e supporto.¹⁹

Tale compito è proprio non solo delle cure palliative di fine vita, ma anche e soprattutto di quelle precoci o simultanee, che mirano a seguire il malato durante tutto il corso della sua patologia, idealmente già a partire dalla diagnosi: esse offrono un sostegno che interessa tutti i piani dell'essere, contemporaneamente alle varie forme di terapia attiva che cercano di guarire o di cronicizzare la malattia. Tale mossa recente della filosofia della palliazione apre spazi inediti al lavoro del paziente «dentro» la propria storia di malattia: si potrebbe affermare che la dilatazione del tempo delle cure palliative, attraverso l'anticipazione del loro punto di applicazione e l'estensione a maggiori categorie di persone (ad esempio ai grandi anziani), rimette finalmente al centro il paziente, non più – solo – come destinatario delle cure, ma come protagonista del suo cammino di crescita – anche – nella sofferenza.

17) La versione integrale della definizione si trova in The International Association for Hospice and Palliative Care, "Global Consensus based palliative care definition" (2018), disponibile su <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> (ultimo accesso 12 luglio 2022; trad. nostra).

18) Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Samaritanus bonus*, cit., n. IV.

19) Quest'ultimo aspetto era già stato messo in luce dal magistero cattolico con l'espressione «guarire se possibile, aver cura sempre»: cfr. Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale su «I trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo. Progressi scientifici e dilemmi etici»* (20 marzo 2004), n. 7.

Come scrive Karen Lebacqz, la malattia è come un «intruso indesiderato» che porta con sé sofferenza e dolore, richiedendo al soggetto che la vive una completa ridefinizione dell'immagine che ha di sé e conseguentemente della propria identità narrativa²⁰. In questo senso, la malattia può essere considerata come una di quelle che Laurie Paul definisce «esperienze trasformative»²¹, ovvero sia esperienze attraverso le quali «[i]mpariamo ciò che dobbiamo sapere solo dopo averlo fatto, e ci trasformiamo facendolo»²². È proprio nel cammino verso l'accettazione di questo cambiamento che il paziente va accompagnato e guidato, in modo che l'esperienza trasformativa della malattia non generi un cambiamento globalmente peggiorativo, ma possa persino diventare, in qualche modo, un'occasione di «fioritura», così come la intendeva Aristotele²³. In questo senso, le cure palliative precoci o simultanee²⁴ sono del tutto fondamentali poiché consentono un lavoro

20) Cfr. K. LEBACQZ, "Humility in health care", *The Journal of Medicine and Philosophy* (1992), n. 3, pp. 291-307.

21) In particolare, secondo Havi Carel e Ian Kidd, che hanno proposto l'estensione del concetto di esperienza trasformativa anche alla malattia, quest'ultima rientrerebbe tra quelle che definiscono come «esperienze trasformative non volontarie» (*Nonvoluntary TA*), ovvero sia esperienze che mutano un soggetto che non è in alcun modo causa dell'esperienza trasformativa stessa. Vi sarebbero poi altri due tipi di esperienze trasformative secondo i filosofi, cioè quelle *volontarie*, ad esempio il diventare genitori quando lo si è scelto, e quelle *involontarie*, come perdere la vista a causa di un colpo di proiettile che ci ha colpiti mentre tentavamo di proteggere una persona a noi cara. In quest'ultimo caso, poiché ci siano esposti per difendere quella vita dal proiettile, sebbene non intendessimo farci sparare, ne saremmo comunque in qualche modo «responsabili». H. CAREL, I.J. KIDD, "Expanding transformative experience", *European Journal of Philosophy* (2020), n. 1, pp. 199-213.

22) L.A. PAUL, *Transformative experience*, Oxford University Press, Oxford 2014, p. 4; trad. nostra.

23) ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, I, 1097b 22-25; 1098a 13-17.

24) La letteratura ha altresì riscontrato che l'utilizzo precoce delle cure palliative è particolarmente importante in quanto migliora significativamente la qualità di vita dei pazienti, diminuisce l'insorgere dei sintomi depressivi e l'utilizzo di cure aggressive di fine vita; inoltre, aiuta i pazienti a non sentirsi abbandonati e spesso aumenta l'aspettativa di vita. Cfr. D.C. CORSI, A. TURRIZIANI, L. CAVANNA, P. MORINO, A.S. RIBETTO, M. CIAPARONE, G. LANZETTA, C. PINTO, V. ZAGONEL, "Consensus document of the Italian Association of Medical Oncology and the Italian Society of Palliative Care on early palliative care", *Tumori Journal* (2018), n. 2, pp. 1-10; B.R. FER-

su tutte le dimensioni di fragilità del paziente, così da permettergli di elaborare la propria condizione e di accettarla, nella direzione di una crescita post-traumatica che – sebbene non garantita – risulta essere una possibilità concreta di gestione del proprio vissuto. La crescita post-traumatica (*PTG*) viene infatti definita dalla letteratura come *un cambiamento positivo sperimentato a seguito di un'avversità, che riflette livelli più elevati di funzionamento psicologico. Le persone che riportano una PTG si sentono trasformate a seguito della malattia, spesso grazie alla costruzione di un serbatoio di forza personale, acquisendo un migliore apprezzamento della vita o rafforzando le relazioni con la famiglia e gli amici.*²⁵

Uno dei risultati della *PTG* conseguente ad un *coping* funzionale, come mostrato dalla letteratura²⁶, può essere lo sviluppo di virtù o punti di forza del carattere, fondamentali per affrontare meglio e più serenamente l'esperienza della malattia.

4. LE VIRTÙ NELLA SOFFERENZA E NEL FINE VITA

La malattia è dunque una sfida esistenziale che richiede una risposta e un *coping* adeguato, ovvero sia un « *coping* funzionale»²⁷ al paziente stesso,

RELL, J.S. TEMEL, S. TEMIN, E.R. ALESÌ, T.A. BALBONI, E.M. BASCH, J.I. FIRN, J.A. PAICE, J.M. PEPPERCORN, T. PHILLIPS, E.L. STOVALL, C. ZIMMERMANN, T.J. SMITH, "Integration of palliative care into standard oncology care. American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update", *Journal of Clinical Oncology* (2017), n. 1, pp. 96-112; A. TURRIZIANI, "Terapie di supporto, cure palliative e oncologia: un contributo alla chiarezza", *Rivista Italiana di Cure Palliative* (2012), n. 2, pp. 5-8.

25) Cfr. A.A. PANJWANI, T.A. REVENSON, "Coping with chronic illness". In Kate Sweeny, Megan L. Robbins (a cura di), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology*, vol. 2, John Wiley & Sons Ltd, Hoboken 2021, pp. 61-70; trad. nostra.

26) Cfr. A.V. CAMPBELL, T. SWIFT, "What does it mean to be a virtuous patient", *Scottish Journal of Healthcare Chaplaincy* (2002), n. 1, pp. 29-35; M.J. CORDOVA, L.L. CUNNINGHAM, C.R. CARLSON, M.A. ANDRYKOWSKI, "Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study", *Health psychology* (2001), n. 3, pp. 176-185.

27) Il termine *coping* in psicologia significa: «[...] una risposta volta a diminuire il carico fisico, emotivo e psicologico legato ad eventi di vita stressanti e alle difficoltà quotidiane... Pertanto, in base a questa definizione, le strategie di *coping* sono quelle risposte che sono efficaci nel ridurre un «carico» indesiderato (cioè il carico psi-

che può essere favorito dallo sviluppo di tratti del carattere e virtù sui quali egli solo può lavorare e di cui è responsabile. Se infatti il paziente non ha la possibilità di fare un percorso psicologico-morale – o anche di fioritura nella sofferenza – che gli permetta di vivere meglio o addirittura bene l'esperienza della malattia, non sembra forse la richiesta eutanasica l'unica alternativa concreta? Detto altrimenti: se lo spazio dell'autonomia del paziente si gioca sull'alternativa binaria di accettazione passiva del soffrire – sia pure in ottemperanza al riconoscimento del valore indisponibile della vita – o di scelta autonoma di morire, non apparirà preferibile a molti la seconda opzione rispetto alla prima?²⁸

Non è infrequente, infatti, che si associ la dimensione dell'autonomia del paziente, o la sua libertà di scelta *tout court*, con le opzioni eutanasica o suicidaria, contrapponendole ad un «dovere» di difendere la vita propria e altrui anche in condizioni di fragilità e di gravosità estreme sia dal punto di vista fisico che psicologico. L'ipotesi che avanziamo, e che la “Samaritanus bonus” ci dà l'occasione di rinforzare, è che esiste un'altra possibilità, spesso non adeguatamente sviluppata dalla riflessione bioetica, ovvero quella di prendere sul serio la volontà del paziente di intervenire per arrestare in qualche modo il flusso di prostrazione che la malattia genera in lui e attorno a lui. E tuttavia, tale intervento in prima persona del paziente, tale atto di autonomia, non si identifica con la richiesta di morte, ma con l'acquisizione

cosociale)» (C.R. SNYDER (a cura di) *Coping: The Psychology of What Works*, Oxford University Press, New York 1999, p. 5; trad. nostra). Il *coping* in particolare può essere di due tipologie: può essere funzionale (*adaptive coping*), oppure disfunzionale (*maladaptive coping*). Esempi di *coping* funzionale possono essere il confrontarsi con un certo problema, una certa situazione, un dato contesto e pensare a delle strategie per affrontarli. Il *coping* disfunzionale include invece risposte come l'ignorare oppure il fuggire dalle situazioni. A proposito di *adaptive* e *maladaptive coping*, cfr. N.S. ENDLER, J.D. PARKER, “Multidimensional assessment of coping. A critical evaluation”, *Journal of Personality and Social Psychology* (1990), n. 5, pp. 844–854; S. FOLKMAN, R.S. LAZARUS, “An analysis of coping in a middle-aged community sample”, *Journal of Health and Social Behavior* (1980), n. 2, pp. 219–239.

28) In effetti, anche in un modello come quello personalista si ammette che in taluni casi il «desiderio di morire», sebbene non renda moralmente lecita l'eutanasia, sia umanamente comprensibile. Il principio della indisponibilità della vita – e conseguentemente il male dell'eutanasia – non vengono negati da tale affermazione. Analogamente, anche la prospettiva che abbiamo cercato di delineare non intende negarli, ma lasciarli sullo sfondo, come criteri ultimi di giudizio sull'atto.

della capacità di trasformazione di sé attraverso la sofferenza e la precarietà della malattia (o le condizioni di fragilità ad essa assimilabili). La sfida diventa quindi più alta, ma anche più affascinante, poiché in grado di restituire una speranza che la scelta di morire sottrae, cioè quella di «fare qualcosa per sé stessi», o meglio di «costruire sé stessi», potendo (pur sempre) diventare persone migliori nonostante il limite che avanza.

Il modello esteso delle cure palliative viene efficacemente incontro a questa ipotesi, poiché – senza appellarsi unicamente alla sfera dei principi – consente appunto un nuovo modo di interpretare il ruolo dell'autonomia del paziente, attraverso la possibilità di integrazione con l'educazione del carattere morale. In questo modo, la palliazione precoce e simultanea, in sinergia con le potenzialità dell'etica delle virtù, può infatti rivendicare la promozione dell'autonomia del paziente nella scelta di lavorare sulla propria condizione di sofferente, in un programma realistico di crescita che la condizione di vulnerabilità non impedisce.

L'approfondimento teorico e la diffusione pratica delle cure palliative precoci e simultanee si configurano, così, come strumenti preziosi per dare all'esperienza della malattia una valenza positivamente trasformativa²⁹ e, conseguentemente, emerge come – in questa nostra lettura – lo scenario delle virtù e della vita buona non riguardino più soltanto i «sani», ma tutti i soggetti morali, poiché – come abbiamo affermato altrove – «se la vita può essere buona, deve poterlo essere con il dolore, con la sofferenza e con la morte, da cui non è dissociabile»³⁰.

5. CONCLUSIONI E CONSIDERAZIONI FINALI SULLA “SAMARITANUS BONUS”

In questo senso, si può ancora affermare, come propone il documento, che eutanasia e suicidio assistito continuino a rappresentare una «sconfit-

29) Ciò non comporta il riconoscimento di un legame necessario tra sofferenza e fioritura, come sembrano ritenere ad esempio Friedrich Nietzsche e Michael Brady. Cfr. F. NIETZSCHE, *On the Genealogy of Morality* [1887], trad. C. DIETHE, K. Ansell-Pearson, Cambridge University Press, Cambridge 1994; M.S. BRADY, *Suffering and virtue*, Oxford University Press, Oxford 2018.

30) C. NAVARINI, *Cure palliative simultanee e sviluppo delle virtù*, cit., pp. 26-27.

ta»³¹: non perché non siano «vie di uscita» dal dramma della sofferenza, ma perché restringono l'orizzonte delle possibilità di scelta del malato alla sola richiesta di morte, trascurando o scoraggiando la ricerca di vie nuove, che – a nostro avviso – sono realmente in grado di generare una buona vita malata e una buona morte.

La “*Samaritanus bonus*” conferma questa prospettiva mostrandone l'urgenza per il sistema sanitario, per il progresso sociale e per l'educazione morale dei cittadini, riprendendo al contempo i temi relativi al fine vita in senso ampio e non scontato.

Una modesta nota critica va tuttavia menzionata. La Lettera, rivolgendosi essenzialmente agli operatori sanitari e pastorali, adotta il loro punto di vista e sembra percepire in qualche modo il malato soprattutto come destinatario delle cure e delle disposizioni altrui³², e non anche come soggetto attivo. In questo modo, si inserisce nella diffusa linea interpretativa dicotomica sopra accennata, quella in cui, cioè, si contrappone la libera scelta del paziente (di morire) al valore della vita (da difendere sempre). In tale letteratura, il malato resta ultimamente considerato dal punto di vista del medico e, conseguentemente, le virtù del paziente a cui eventualmente si faccia riferimento, come nel modello di Pellegrino e Thomasma, sono interpretate principalmente come risorse che consentono al paziente di aderire meglio al lavoro dell'equipe e al piano di cure predisposto³³. In altre parole, in una visione di terza persona ci si occupa del bene del paziente «in-quanto-guardato» dal medico o dall'operatore sanitario, ad esempio enucleando fra i tratti positivi che il paziente dovrebbe sviluppare quelli della pazienza e della docilità. Questi aspetti, senza dubbio importanti, non abbracciano però tutta l'esperienza del paziente che rimane, anche nella malattia, soggetto morale a pieno titolo, e dunque depositario di una «morale della prima persona» che lo vede

31) Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Samaritanus bonus*, cit., n. V.1.

32) All'interno del testo vengono infatti nominati i vizi (indifferenza, apatia, pregiudizio, paura di sporcarsi le mani, chiusura nei propri affari) e le virtù (attenzione, ascolto, comprensione, compassione, discrezione, ma anche l'empatia, la compassione, la consolazione) degli operatori sanitari. Cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Samaritanus bonus*, cit., n. V.10-11. Nella Lettera, non si parla invece dei tratti del carattere che possono aiutare più concretamente il paziente a vivere meglio l'esperienza della malattia, eccezion fatta per la speranza.

33) E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, Oxford 1993.

protagonista del processo di trasformazione possibile. Proprio per questo, è importante che la ricerca etica e bioetica si concentrino sull'individuazione di uno più *cluster* di virtù del paziente, che possano costituire per lui altrettanti punti di forza, capaci di restituirgli un senso di dignità e di stima di sé migliorativi della sua esperienza di vita in ogni condizione³⁴.

ABSTRACT

Lo scopo del nostro lavoro è quello di indagare il tema della fragilità sperimentata dai pazienti, mostrandone il potenziale positivamente trasformativo che può essere favorito dal fondamentale ricorso precoce e tempestivo alle cure palliative. Attraverso l'anticipazione del punto di applicazione di questo tipo di cure – il cui obiettivo è favorire il benessere globale del paziente – si potrebbero infatti attenzionare le diverse sfaccettature della fragilità. Ciò consentirebbe altresì di accompagnare il paziente nella direzione di una crescita che porti allo sviluppo di virtù o punti di forza del carattere, fondamentali per affrontare meglio e più serenamente l'esperienza della malattia.

The aim of our work is to investigate the theme of the frailty as experienced by patients, showing the positive transformative potential that can be fostered by the fundamental early and timely recourse to palliative care. By anticipating the application point of this type of care - the aim of which is to promote the patient's overall well-being - the different facets of frailty could in fact be highlighted. This could also allow to accompany the patient in the direction of their moral growth, leading to the development of virtues or character strengths, which are fundamental for coping better and more peacefully with the experience of illness.

Cure palliative simultanee • Etica delle virtù
Fioritura morale • Fine vita
Samaritanus bonus

KEYWORDS

Simultaneous palliative care • Virtue ethics
Moral flourishing • End of life
Samaritanus bonus

34) In un precedente lavoro, ad esempio, è stata suggerita la terna di saggezza, coraggio, speranza. Cfr. C. NAVARINI, "La triade virtuosa", in S. Langella, M.s. Vaccarezza e M. Croce, *Virtù, legge e natura umana*, Milano, Mimesis, cit.