

Maurizio Pietro Faggioni

La vita nelle nostre mani

Manuale di bioetica teologica

Quarta edizione



EDIZIONI DEHONIANE BOLOGNA

5. L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO

A partire dal concetto di adeguatezza etica delle cure, possiamo comprendere la situazione temibile che la bioetica di area linguistica neolatina descrive con il termine – mal traducibile in inglese – di *accanimento terapeutico*.¹⁸ Mentre l'espressione inglese *futility* sottolinea l'inutilità di un certo intervento terapeutico in termini di efficacia medica, l'espressione «accanimento» aggiunge alla «inutilità» l'idea di un'ostinazione perversa. Si può, infatti, definire l'accanimento terapeutico come l'insistenza nel ricorso a presidi medico-chirurgici che non modificano in modo significativo il decorso naturale e irreversibile della malattia, non migliorando la condizione del malato, ma addirittura peggiorandone la qualità di vita o prolungandone, senza speranza di miglioramento, l'esistenza penosa. Gli elementi chiave di questa definizione complessa sono l'*insistenza*, l'*inutilità* e la *gravosità*: la parola *accanimento* sottolinea, accanto alla sproporzione fra impegno medico-assistenziale e benefici, la gravosità inutile e quasi crudel degli interventi praticati, facendo pensare – non senza motivo – a una forma di aggressività del medico nei confronti del paziente. Rifiutare l'accanimento diventa a questo punto non solo legittimo, ma anzi doveroso, come segno di autentica responsabilità e rispetto verso la persona umana. Rifiutare l'accanimento terapeutico non significa, pertanto, abbandonare il malato, ma significa rifiutare di prolungarne inutilmente l'agonia o di tormentarlo con atti medici che non incidono significativamente sulla qualità della sua vita.¹⁹

Ognuno ha diritto a morire con dignità, a vivere la propria morte in modo umano, senza trasformare la propria fine in un artificio tecnico disumanizzante o in un inutile dispiegamento di mezzi eroici. C'è una fase della malattia nella quale non ha più senso, per esempio, insistere con estenuanti e ormai inutili terapie antiblastiche, gravate oltretutto da insopportabili effetti collaterali, o sottoporre il paziente a esami clinici indaginosi o ad interventi chirurgici che servono solo a rendere più dolorosi gli ultimi giorni della vita. *Chi rifiuta l'accanimento terapeutico non facilita né affretta la morte della persona, ma semplicemente accetta i limiti della vita umana.* Obbligo morale del medico è quello di conservare la salute e la vita, non quello di prolungare l'agonia o di infliggere sofferenze causate dalle stesse terapie e non dalla malattia.

¹⁸ I bioetici italiani parlano di *accanimento*, gli spagnoli di *encarnizamiento*, i francesi di *acharnement*. Per rendere in inglese l'espressione, il *Catechismo della Chiesa cattolica* ricorre, al n. 2278, a *overzealous treatment*. L'*editio typica latina* parla addirittura di *saevitia therapeutica*.

¹⁹ Cf. R. BARCARO, *Dignità della morte, accanimento terapeutico ed eutanasia*, Napoli 2001; R. ELEFANTE, *Medical Futility: aspetti medici, deontologici e giuridici*, Napoli 2008.

Una situazione del tutto particolare è costituita dalle manovre rianimatorie e dalle cure intensive praticate sui neonati estremamente prematuri, nati cioè prima della 27^a settimana di gestazione (la gestazione normale dura circa 40 settimane).²⁰ Prima della fine della 22^a settimana, stante l'immaturità, per ora non risolvibile, dei polmoni, non è possibile sperare in una sopravvivenza, per cui i tentativi rianimatori sono inutili. Dalla fine della 23^a settimana di gestazione la speranza di sopravvivenza cresce – come è intuibile – di settimana in settimana. Attualmente, applicando sofisticati presidi assistenziali e terapeutici, si può avere sopravvivenza di neonati di 23 settimane, e persino di 22, anche se – non possiamo sottacerlo – alcuni di essi sopravvivono con deficit motori e neurosensoriali gravi legati all'immaturità stessa. Si pone il problema se tentare comunque le terapie intensive in questa *zona grigia* di viabilità incerta, tenendo conto del rischio di sequele soprattutto neurologiche. La nostra opinione è che non si possa parlare, in linea di principio, di futilità della rianimazione e delle cure intensive, ma, allo stesso tempo, bisogna confrontarsi con le condizioni di ciascun bambino e con la sua risposta alle manovre rianimatorie, pronti a desistere in caso di risposta inadeguata. In tal senso si è pronunciato il Comitato nazionale per la bioetica nel 2008:

L'incertezza che connota la zona tra 22^a e 23^a settimana non può far presumere in modo rigido la futilità del soccorso e perciò, dal punto di vista etico, non è sufficiente a fondare in generale l'inesigibilità del dovere di adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del neonato. Il medico può ben accettare il venir meno di questo suo dovere, ma solo diagnosticando l'insufficiente vitalità del neonato, sia pure secondo parametri empirico-probablistici.²¹

6. LO STATO VEGETATIVO

Pone molte e intricate questioni mediche, etiche e giuridiche il quadro nosografico – complesso e tutt'altro che definito – noto comunemente con il

²⁰ Si vedano, per un approfondimento, M.L. DI PIETRO – M.P. FAGGIONI, *Bioetica e infanzia. Dalla teoria alla prassi*, Bologna 2014, 121-131; G. GIOVANELLI, «Il caso clinico dei micronati e la sacralità della vita umana», in *Bioetica e cultura* 35(2008), 17-33. Per approfondire ulteriormente cf. M.M. CÚNEO, *Limitación del esfuerzo terapéutico en Terapia Intensiva Neonatal. El caso de los extremadamente prematuros*, Roma 2010.

²¹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I grandi prematuri. Note bioetiche* (29.2.2008), in www.governo.it/bioetica/testi/Prematuri.pdf9.

L'EUTANASIA

L'eutanasia si presenta come un fenomeno complesso e variegato, un nodo inestricabile di questioni culturali, mediche, etiche e giuridiche, un indice affidabile delle vere attitudini di una società verso la vita, la malattia, la sofferenza e la morte.

In quest'ultimo capitolo cercheremo di individuare gli elementi più significativi del dibattito attuale intorno all'eutanasia, ben consapevoli che il tema chiederebbe una trattazione alquanto più articolata, per la quale si rimanda perciò a qualche voce bibliografica di facile reperibilità.¹

1. DEFINIZIONE E STORIA

L'eutanasia, intendendo con questo termine la morte cercata o data per evitare un qualche dolore, ha una lunga storia e una diffusione ubiquitaria nelle diverse culture umane.² Possono esserci motivi sociali ed economici, come il suicidio degli anziani fra gli eschimesi o la soppressione dei neonati handicappati presso moltissimi gruppi umani; motivi umanitari, che portano ad affret-

¹ Alcune indicazioni in una letteratura vasta e in continua crescita: C. BELLINI – M. MALTONI (a cura di), *La morte dell'eutanasia. I medici scelgono la vita*, Firenze 2006; F. BONDOLFI, *Malattia, eutanasia, morte nella discussione contemporanea*, Bologna 1989; M. CUYAS, *Eutanasia. L'etica, la libertà e la vita*, Casale Monferrato (AL) 1989; M. DE HENNEZEL, *La dolce morte*, Milano 2002; P.G. RAUZI – L. MENNA, *La morte medicalizzata. Una ricerca sul comportamento medico nei confronti dell'eutanasia*, Bologna 1993; A. PESSINA, *Eutanasia. Della dignità del morire nell'epoca delle tecnologie*, Siena 2007; M. REICHLIN, *L'etica e la buona morte*, Torino 2002; S. SPINSANTI – F. PETRELLI, *Scelte etiche ed eutanasia*, Milano 2003; V. TAMBONE – D. SACCHINI – C.D. CAVONI, *Eutanasia e medicina. Il rapporto tra medicina, cultura e media*, Novara 2008.

² P. CARRICK, *Medical Ethics in the Ancient World*, Washington 2001, 147-172; G. PELLICCIA, *L'eutanasia ha una storia?*, Cinisello Balsamo (MI) 1977.

tare la morte dei malati inguaribili o gravemente sofferenti (come raccomanda per esempio Platone nella *Repubblica*);³ motivi ideali, come il suicidio per fugire una grave onta, esaltato da molti filosofi antichi.

Eutanasia è una parola greca e significa «buona morte» (*eu* = bene; *tháatos* = morte). Originariamente con questo termine si indicava la *bella morte* che compete all'uomo saggio, in particolare nell'ambito della filosofia stoica, ma è stato reintrodotto nelle lingue moderne ad opera del filosofo inglese Francis Bacon (1561-1626) per indicare l'intervento medico che rende più dolce il morire alleviando sofferenze e dolori del malato. Egli, nel *De dignitate et augmentis scientiarum*, scrive:

Io ritengo che dovere del medico non sia solo di restituire la salute, ma anche di alleviare sofferenze e dolori e non solo quando tale sollievo può condurre alla guarigione, ma anche quando può servire a un felice e sereno trapasso. Che non è piccola felicità quella che Cesare Augusto soleva augurarsi, l'*eutanasia* [...]. Viceversa i medici si fanno una sorta di scrupolo e di religione di non intervenire più sul paziente quando hanno dichiarato inguaribile la malattia, mentre a mio modo di vedere non dovrebbero escludere nessuna possibilità e insieme dare l'assistenza atta a facilitare e rendere meno gravi le sofferenze e l'agonia della morte.⁴

La pratica dell'eutanasia è descritta da Thomas More (1478-1535) nell'opera *Utopia* e lo sconcerto del lettore è attenuato dal fatto che questi comportamenti sono attribuiti agli abitanti di un'isola remota e fantastica:

I malati li curano con grande affetto e non tralasciano nulla che li restituisca alla salute, regolando le medicine e il vitto, e danno sollievo agli incurabili con l'assistenza, con la compagnia e porgendo loro ogni aiuto possibile. Se poi il male non solo è inguaribile, ma dà al paziente di continuo sofferenze atroci, allora i Sacerdoti e i Magistrati – visto che è inutile per qualsiasi compito, molesto agli altri e gravoso a se stesso, sopravvivere insomma alla propria morte – lo esortano a non pensare di prolungare ancora quella malattia funesta e, giacché la sua vita non è che tormento, a non esitare a morire e che anzi, fiduciosamente, si liberi lui stesso da quella vita amara come da una prigione o un supplizio, ovvero acconsenta di sua volontà a farsela togliere dagli altri. Sarebbe questo un atto di saggezza, se con la morte porrà fine non ai piaceri, ma a un martirio [...]. Morire a questo modo, quando lo hanno convinto della cosa, è onorevole.⁵

³ PLATONE, *Repubblica* 460b.

⁴ F. BACONE, «La dignità del progresso del sapere divino e umano», in *Scritti di filosofia*, a cura di P. Rossi, Torino 1975, 248.

⁵ TOMMASO MORO, *De optimo reipublicae statu deque nova insula Utopia*, 2,5.

Attualmente con il termine *eutanasia* si intende ogni azione od omissione compiute per sopprimere la vita di un malato inguaribile o terminale, di un anziano, di un soggetto malformato o portatore di handicap, al fine di evitargli sofferenze fisiche e psichiche.

Nell'eutanasia del malato terminale e inguaribile si cerca di fuggire la durezza del morire o di una malattia dolorosa, negli altri casi (anziani, handicappati) si cerca di sfuggire una vita divenuta ormai insopportabile o non desiderabile. Qualunque sia il motivo, opera nell'eutanasia la volontà di dare o di darsi la morte: essa è, quindi, una forma di omicidio o di suicidio. Si parla anche di *omicidi pietosi*, invocando per giustificazione la pietà e lo spirito di umanità (<Non potevo più vederlo in quello stato>), ma molte volte quelli che non riescono più a sopportare la situazione creata dalla malattia, dalla menomazione, dalla vecchiaia sono i familiari e il personale sanitario.⁶

2. DISTINZIONI

Nella letteratura bioetica ci sono molte distinzioni e tanta confusione terminologica e concettuale.

Una prima distinzione riguarda l'intenzione dell'agente, per cui si potrebbe distinguere fra eutanasia *diretta* e *indiretta*, così come si distingue fra suicidio diretto e indiretto, fra aborto diretto e indiretto, fra sterilizzazione diretta e indiretta. Di fatto, con la parola *eutanasia* ci si riferisce di solito alla sola *eutanasia diretta*, intendendo con questo termine qualsiasi intervento (commissivo – ad es. somministrazione di veleno – od omissivo – ad es. non esecuzione di un intervento chirurgico) che *in sé o nell'intenzione* che lo dirige tende ad accelerare o procurare la morte. Si tratta dell'eutanasia in senso stretto, nella quale si vuole la morte o comunque si contribuisce immediatamente a procurarla.

Si potrebbe indicare con l'espressione *eutanasia indiretta* ogni atto che può affrettare o procurare la morte di un malato, ma senza che questo sia voluto direttamente dall'agente: manca quindi un'intenzione direttamente ed esplicitamente uccisiva. L'accelerazione della morte può essere la conseguenza o l'effetto collaterale non voluto, anche se previsto, di un atto medico (*principio dell'atto*

⁶ La parola *eutanasia* dovrebbe indicare una morte cercata per fuggire il dolore (l'accento è sullo scopo), ma sta diventando una morte data con dolcezza, senza che l'ucciso se ne avveda o ne soffra, una *morte dolce* (l'accento è posto sui mezzi/modi). Questo spiega perché, parlando della pena di morte, si parla di *eutanasia criminale* per indicare un metodo di esecuzione che non causi dolori strazianti o agonia prolungata al condannato.

a duplice effetto, ad es. in una terapia analgesica molto aggressiva che aggrava la già precaria situazione respiratoria o cardiaca di un malato terminale). Per evitare confusioni, pur essendo la dizione *eutanasia indiretta* un modo di esprimersi tecnicamente ineccepibile, in questi casi è bene non usare la parola *eutanasia*.

Riguardo ai *mezzi* con cui si ottiene l'eutanasia, si parla di *eutanasia attiva* o *commissiva* se la morte avviene in seguito a un atto come la somministrazione in dosi letali di un antiaritmico, e di *eutanasia passiva* od *omissiva* se la morte avviene per l'omissione di interventi essenziali, come la somministrazione di nutrizione e di idratazione.

Dal punto di vista etico, se esiste una volontà eutanasica diretta, non fa ovviamente molta differenza uccidere una persona in un modo o in un altro. Bisogna però stare attenti perché non ogni *astensione* da una certa terapia o cura è eutanasica. A volte l'astensione da una certa terapia non è mossa da intenzionalità eutanasica, ma è invece una legittima e talora doverosa astensione dal ricorso a terapie non adeguate: questa – come si è visto nel capitolo precedente – non può dirsi eutanasia, ma è piuttosto una saggia rinuncia a terapie sproporzionate o addirittura all'*accanimento terapeutico*.

Infine, è invalso l'uso nella bioetica nordamericana di denominare *eutanasia volontaria* quella eseguita su richiesta dell'interessato (praticamente un suicidio assistito) o, comunque, con il suo consenso, ed *eutanasia non volontaria* quella praticata su una persona che non può dare un consenso (ad es. malato in coma, portatore di grave handicap psichico che non è in grado di disporre di sé).⁷ A rigore, anche l'eutanasia di un soggetto non consenziente è un'eutanasia volontaria dal punto di vista di chi la causa, per cui sarebbe meglio parlare rispettivamente di *eutanasia di consenziente* e di *eutanasia di non competente*.⁸

3. LA MENTALITÀ EUTANASICA E IL TESTAMENTO BIOLOGICO

Abbiamo assistito in questi ultimi decenni allo sviluppo di movimenti d'opinione a favore dell'eutanasia sull'onda di *casi clamorosi* enfatizzati dai media, per i quali tutto diventa gesto pietoso e in qualche modo giustificabile,

⁷ Nella bioetica nordamericana alla *voluntary* e *non-voluntary euthanasia*, nel senso qui spiegato, si aggiunge anche la *involuntary euthanasia*, per indicare i casi in cui il soggetto desidererebbe vivere, ma viene egualmente ucciso.

⁸ Ricordiamo che l'atto *volontario* è l'atto con il quale la volontà si rivolge liberamente a un fine particolare da conseguire ed è a sua volta distinto in *diretto* o *indiretto*, a seconda che l'intenzione dell'agente morale sia diretta a conseguire quel certo effetto o che questo stesso effetto consegua come semplice effetto collaterale non direttamente voluto.

dalla soppressione del figlio handicappato alla sospensione delle terapie di sostegno vitale nello stato vegetativo irreversibile.

La cultura secolarizzata, che esalta gli aspetti edonistici e utilitaristici dell'esistenza, ha diffuso un senso crescente di *angoscia* per il dolore e la morte, e una ripulsa per le espressioni fragili e decadenti dell'esistenza. Eminent scienziati, fra i quali i premio Nobel J. Monod, L. Pauling e G. Thompson, hanno firmato nel luglio 1974 un *Manifesto sull'eutanasia* nel quale si afferma che «è immorale la tolleranza, l'accettazione o l'imposizione ad altri di sofferenza inutile»,⁹ nell'idea che impedire a una persona sofferente di togliersi la vita equivale a imporre la sofferenza, facendo così dell'eutanasia non solo un diritto civile, ma addirittura un dovere morale. Per molti il concetto di *eutanasia* coincide, infatti, con quello di *dignità della morte* o con quello di *umanizzazione del dolore e della morte*.

L'ideologia della qualità della vita, basata su criteri prestazionali ed efficientistici, sta favorendo la pratica del *Living Will* o *testamento biologico*.¹⁰ Con questo testamento una persona chiede ai familiari e al personale sanitario che, qualora si venga a trovare in uno stato di grave sofferenza o di condizioni di vita qualitativamente scadute e non possa disporre di sé, siano sospese le terapie specifiche e persino le terapie e le cure di sostentamento vitale. Si parla, più propriamente, di direttive anticipate o, meglio, di *dichiarazioni anticipate di trattamento*: il termine *direttive* sta a significare un'obbligatorietà nell'applicazione delle indicazioni date previamente dal malato, mentre l'espressione *dichiarazioni anticipate* lascia aperta la porta a una decisione clinica che, pur tenendo conto delle volontà precedentemente espresse dal malato, le attualizza nel contesto reale in cui la persona non più competente si trova ad essere. Una forma di testamento biologico prevede che, oltre a indicazioni sulle proprie preferenze, la persona indichi un soggetto che, in caso di sua impossibilità a decidere autonomamente, sia autorizzato a intervenire nel processo decisionale insieme con i medici.

In linea di principio un documento del genere non è illecito, perché un soggetto ha diritto ad essere il protagonista delle scelte cliniche che lo interessano e i suoi legittimi desideri devono essere vincolanti per l'operato dei medici.

⁹ «A Plea for Beneficent Euthanasia», in *The Humanist* 34(July-August 1974), 4s, qui 4: «We hold that the tolerance, acceptance, or enforcement of the unnecessary suffering to others is immoral».

¹⁰ M. ARAMINI, *Testamento biologico. Spunti per un dibattito*, Milano 2007; A. BOMPIANI, *Dichiarazioni anticipate di trattamento ed eutanasia. Rassegna del dibattito bioetico*, Bologna 2008; P. CATTORINI, «Malato terminale. Una Carta per l'autodeterminazione», in ID., *Sotto scacco. Bioetica di fine vita*, Napoli 1993, 83-96; C. CASINI – M. CASINI – M.L. DI PIETRO, *Eluana è tutti noi. Perché una legge e perché no al «testamento biologico»*, Firenze 2008; M. PENNACCHINI – D. SACCHINI – A.G. SPAGNOLO, «Evoluzione storica delle «Carte dei diritti dei morenti»», in *Medicina e Morale* 51(2001), 651-675; R. PUCCETTI – M.C. DEL POGGETTO – V. COSTIGLIOLA – M.L. DI PIETRO, «Dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT): revisione della letteratura», in *Medicina e Morale* 59(2009), 461-498.

Il profondo scarto in medicina fra tecnologia e umanizzazione insinua sempre più nell'opinione pubblica il timore, non sempre infondato, dell'*accanimento terapeutico* e quindi di una sopravvivenza assurda e indegna della persona, permessa dagli artifici di una scienza prometeica che non si arresta neppure alle soglie della morte. Il fatto è che l'esperienza dei Paesi che già hanno legalizzato le dichiarazioni previe di trattamento, come l'Olanda e la Francia, ammette il diritto non solo di sospendere terapie sproporzionate, ma anche di sospendere alimentazione e idratazione, scivolando *de facto* in forme di eutanasia passiva, anche se viene ufficialmente negata la natura eutanastica di queste pratiche: lo sfondo ideologico è quello della ragionevolezza di decidere, in determinate situazioni, la propria autodistruzione.¹¹

Un preteso diritto a darsi la morte (*right to die*) non è, però, ragionevole perché comporta l'autodistruzione della persona stessa, mentre i diritti riguardano la realizzazione e la crescita della persona. Non esiste neppure un dovere del medico ad assecondare qualunque desiderio del malato, ma solo i desideri legittimi. Anzi, a ben guardare, l'*eutanasia*, sia nella forma dell'abbandono o astensione terapeutica, quando la terapia avrebbe ancora ragione di essere praticata, sia nella forma della soppressione attiva tanto di consenziente o richiedente quanto dell'incapace di esprimere una deliberazione, è soltanto un altro volto dell'*accanimento*, è l'estremo approdo della *hybris* umana che cerca di impadronirsi della vita e, quando questa sfugge, nonostante tutto, al suo controllo, cerca allora «di impadronirsi della morte, procurandola in anticipo».¹² Il dramma del dolore e della malattia merita umano rispetto e profonda compassione, ma non può trasformare la morte in un diritto e in un'espressione di libertà.

4. GENESI PSICOLOGICA DELLA VOLONTÀ DI MORIRE

La richiesta della morte da parte del malato, dell'anziano, dell'handicappato è spesso un *appello* per essere liberato dal dolore, dal non-senso, dalla paralisi relazionale.

Altre volte il desiderio di morire non rappresenta il frutto di una decisione libera e autonoma, sia pur eticamente inaccettabile, ma è sintomo di uno

¹¹ L. RISICATO, *Dal diritto di vivere al diritto di morire. Riflessione sul ruolo della laicità nell'esperienza penalistica*, Torino 2008; U. VERONESI, *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza*, Milano 2005.

¹² GIOVANNI PAOLO II, lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 64.

stato depressivo, frequente nel caso di un morente (si ricordi la quarta fase della E. Kübler-Ross) o di un anziano, spesso abbandonato e minato nel suo equilibrio psichico.

Accade spesso, nelle nostre strutture sanitarie, che il malato venga espropriato della sua morte, diventata possesso esclusivo dei medici. In questo contesto di morte medicalizzata il malato non riesce a vivere il morire come fase della propria esistenza e, in preda all'angoscia, demanda ogni responsabilità decisionale al medico, il quale spesso decide in termini utilitaristici (costi, benefici, valore sociale del soggetto...).

Il malato va accompagnato nell'itinerario che lo conduce dal rifiuto all'accettazione della morte e deve essere aiutato a riappropriarsi del suo destino, accogliendo con maturità la drammatica esperienza del limite e dello scacco, soprattutto quando è credente e può dunque aprirsi a percepire la morte come ultima vocazione del Signore.

5. VALUTAZIONI ETICHE

La difesa e la promozione della vita umana in tutte le sue fasi e in tutte le sue manifestazioni sono uno degli elementi caratterizzanti del messaggio evangelico, riproposto con decisione e coraggio profetico dal magistero della Chiesa.

Per questo tema facciamo particolare riferimento alla *Dichiarazione sull'eutanasia* della Congregazione per la dottrina della fede del 5 maggio 1980, le cui affermazioni di fondo sono state riprese in più ampio contesto e con grande solennità in *Evangelium vitae*, del 25 marzo 1995 (nn. 64-67).

a. L'inviolabilità della vita umana

La vita è il bene fondamentale dell'esistenza umana, perché è il presupposto di tutti gli altri beni. Ogni essere umano ha diritto alla vita e nessuno, per nessun motivo, in nessuna circostanza, può privare un innocente della sua vita.

In questo campo risalta l'opposizione radicale fra una bioetica della *qualità della vita*, che ritiene intangibili solo le esistenze che raggiungono un certo standard di benessere e di prestazioni, e la bioetica della *sacralità della vita*, che, indipendentemente da ogni altra considerazione o convinzione, ritiene degna di rispetto e di tutela ogni vita umana. La dignità della persona e il valore

della sua vita non possono essere vanificati dalle sue esperienze, neppure da quelle più penose, perché, quando parliamo della dignità della vita umana, non parliamo di un «valore per la persona» che, in determinate circostanze, può rivelarsi un disvalore e non un bene per la persona stessa, ma parliamo di un valore che è nella persona, un valore, cioè, che non è funzionale alla persona ma intrinseco ad essa.

Considerata nella luce della fede, «l'inviolabilità del diritto alla vita dell'essere umano innocente dal concepimento alla morte è un segno e un'esigenza dell'inviolabilità stessa della persona, alla quale il Creatore ha fatto il dono della vita». ¹³ L'eutanasia è la soppressione deliberata di una vita umana: essa viene attuata in una situazione particolare di sofferenza e talvolta con la convinzione di fare un gesto di pietà, ma nessuno può attentare alla vita di un uomo senza porsi in dissonanza con il rispetto dovuto alla vita personale, per cui ogni forma di eutanasia diretta non è moralmente giustificabile.

Il magistero papale si è espresso nell'enciclica *Evangelium vitae* con autorevolezza assai prossima all'irreformabilità:

In conformità con il Magistero dei miei Predecessori e in comunione con i Vescovi della Chiesa cattolica, confermo che l'eutanasia è una grave violazione della legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale.¹⁴

b. Il suicidio assistito

Si pone con crescente insistenza la questione se una persona possa decidere di darsi la morte per sfuggire intollerabili sofferenze fisiche e psichiche, e quindi se sia giusto collaborare a questo tipo di suicidio (*suicidio assistito*).

Sono noti gli esempi di medici antichi che aiutavano a morire i malati incurabili o coloro che preferivano la morte all'esilio o al disonore, ma il *giuramento di Ippocrate*, testimonianza autorevole dell'etica medica classica, conteneva a questo riguardo un rifiuto esplicito e fermo:

¹³ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, istruzione *Donum vitae* (22.2.1987), Introduzione, n. 4: *EV* 10/1167.

¹⁴ GIOVANNI PAOLO II, lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 65.

Mai, anche se richiesto, somministrerò farmaci letali né commetterò mai cose di questo tipo.

I motivi etici tradizionali contro il suicidio sono che il suicidio costituisce un'ingiustizia verso la società alla quale noi siamo legati, che il suicidio di uno è un'offesa alla dignità di tutta l'umanità, e soprattutto che il suicidio è irrazionale perché va contro il naturale istinto di conservazione. Le legislazioni civili in genere non ammettono il suicidio, perché ritengono la vita un bene irrinunciabile e indisponibile, del quale cioè non si può disporre liberamente come se fosse un oggetto che noi possediamo. La vita non è un oggetto: io sono un vivente.

Secondo la tradizione morale cristiana ciascuno di noi ha ricevuto la vita da Dio, che resta l'unico Signore delle nostre esistenze, per cui non se ne può disporre autonomamente, e di conseguenza – si legge in *Evangelium vitae* – «condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla mediante il cosiddetto "suicidio assistito" significa farsi collaboratori, e qualche volta attori in prima persona, di un'ingiustizia, che non può mai essere giustificata, neppure quando fosse richiesta».¹⁵

Con toni drammatici, così si esprime Agostino:

Non è mai lecito uccidere un altro, anche se lui lo volesse, anzi se lo chiedesse perché, sospeso tra la vita e la morte, supplica di essere aiutato a liberare l'anima che lotta contro i legami del corpo e desidera distaccarsene; non è lecito neppure quando il malato non fosse più in grado di vivere.¹⁶

Attualmente si sta facendo strada l'idea, dipendente da una concezione distorta della libertà umana, che l'autonomia di una persona possa giungere a scegliere se continuare a vivere o darsi la morte, benché, dal punto di vista puramente razionale, sia davvero paradossale che un soggetto esprima se stesso e la sua libertà autodistruggendosi. Questa idea della legittimità del suicidio, inizialmente sostenuta da una minoranza, sta entrando nella mentalità comune e viene recepita in modo favorevole dalla gente come una risposta drastica, ma efficace, al problema del dolore e della morte. Sotto la spinta dell'opinione pubblica ci sono in vari Paesi progetti di legge tendenti a legalizzare o almeno depenalizzare questa pratica, e in alcuni, come l'Olanda, si è introdotto il principio della legittimità dell'assistenza al suicidio da parte di personale medico.¹⁷

¹⁵ *Ivi*, n. 66.

¹⁶ SANT'AGOSTINO, *Epistula* 204,5.

¹⁷ Sulla questione olandese cf. G. FRAVOLINI, «L'eutanasia in Olanda: risposta legislativa ad una prassi iniqua», in *Medicina e Morale* 44(1994), 1093-1106; M. LOMBARDI RICCI – A. GRILLO, «Riflessioni sull'intervento del Ministro olandese della Giustizia M.H. Hirsch Ballin», *ivi*, 443-452; P. RICCA (a cura di), *Eutanasia. La legge olandese e commenti*, Torino 2002.

c. L'eutanasia neonatale

Un ultimo inquietante aspetto da considerare è quello dell'*eutanasia neonatale*, consistente nell'uccisione di un neonato malformato o seriamente handicappato ottenuta mediante la somministrazione di una sostanza letale o, più spesso, mediante l'omissione di una procedura medica essenziale per la sua sopravvivenza (nutrizione, idratazione, antibioticoterapia, interventi chirurgici).¹⁸ Si tratta di un'*eutanasia eugenetica* testimoniata in culture antiche e moderne (si ricordi, a Sparta, l'uso di esporre sul Taigeto i neonati malformati, pratica raccomandata anche da Aristotele nella *Politica* e prescritta dalla *Legge delle Dodici Tavole* a Roma), e giustificata sia dall'onere sociale costituito da un handicappato sia da considerazioni pseudoumanitarie sulla povera qualità di vita che attende un soggetto di questo tipo.¹⁹

Fece scalpore nel 1982 il caso di *Baby Doe*, bambina affetta da sindrome di Down con una fistola esofago-tracheale e altri problemi.²⁰ Nonostante la praticabilità dell'intervento chirurgico, i genitori decisero di non dare il consenso all'intervento di chiusura della fistola. Di fronte al rifiuto dei medici curanti di seguire l'indicazione astensiva dei genitori, la questione fu portata davanti alle corti locali e, infine, davanti alla Corte suprema degli Stati Uniti. Nel frattempo la neonata morì, ma l'aspro dibattito pubblico indusse l'Amministrazione del presidente a stabilire delle regole di comportamento per situazioni similari. Le linee guida, note con il nome di *Baby Doe rules*, affermavano che gli interventi medico-chirurgici che sono efficaci nell'alleviare un'invalidità fisica sono eticamente obbligatori se l'unica controindicazione ad essi, nel caso in esame, è un deficit dello sviluppo che rientra nell'ambito caratteristico di quella certa patologia (ad es. sindrome di Down), e si dichiarava illegale «non somministrare a un bambino handicappato le sostanze nutritive e il trattamento medico e chirurgico necessario a correggere situazioni che ne minacciano la vita».²¹

Va certamente evitato l'*accanimento terapeutico*, in cui il ricorso a terapie straordinarie (sia mediche sia chirurgiche) non è proporzionato ai costi

¹⁸ W.J. Eijk, «Il porre fine alla vita di neonati handicappati. Dal protocollo di Gröningen al regolamento nazionale olandese», in *Medicina e Morale* 57(2007), 1165-1185; M. Gross, «Abortion and Neonaticide: Ethics, Practice, and Policy in Four Nations», in *Bioethics* 16(2002), 202-230; R.C. MCMILLAN – J.R. ENGELHARDT – S.F. SPICKER (a cura di), *Euthanasia and the Newborn*, Dordrecht (ND) 1987; A.C. VARGA, «The Ethics of Infant Euthanasia», in *Id.*, *The Main Issues in Bioethics*, New York 1984, 287-302.

¹⁹ Cf. A. SHAW, «Defining the Quality of Life: a Formula without Numbers», in *Hastings Center Report* 7(1977), 5-11; *Id.*, «Ql Revisited», in *Hastings Center Report* 18(1988), 10-12.

²⁰ Una ricostruzione del caso, in A.R. JONSEN, *The Birth of Bioethics*, New York 1998, 249-252.

²¹ «Nondiscrimination on the Basis of Handicap: Procedures and Guidelines Relating to Health Care for Handicapped Infants – HHS. Final Rules», in *Federal Register* 50(1985), 14879-14892. Il dibattito è ancora aperto: cf. L.M. KOPelman, «Are the 21-year-old Baby Doe Rules Misunderstood or Mistaken?», in *Pediatrics* 115(2005), 797-802.

sociali e umani, e soprattutto non ha altro effetto che quello di prolungare oltre i limiti naturali un'esistenza segnata dalla sofferenza,²² ma ripugna alla coscienza l'uccisione di creature innocenti e incapaci di difendersi la cui unica colpa è di non rispondere ai desideri dei genitori e agli standard qualitativi imposti da una società egoista e chiusa ai valori più nobili. L'uccisione del neonato handicappato germoglia dallo stesso terreno in cui prospera la mentalità abortista, e purtroppo si sta facendo strada in campo etico e legislativo l'idea di una sua legittimità, «ritornando – commenta con amarezza *Evangelium vitae* – a uno stato di barbarie che si sperava di aver superato per sempre».²³

CONCLUSIONE

Riassumiamo le nostre riflessioni con le parole della più volte citata *Dichiarazione*:

Niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato, incurabile o agonizzante. Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità.²⁴

²² Di fronte alle crescenti possibilità di rianimazione neonatale, il dibattito si è fatto sempre più vasto: cf. L. CHIANDETTI – P. DRIGO – G. VERLATO – C. VIAFORA (a cura di), *Interventi al limite. Bioetica delle terapie intensive neonatali*, Milano 2007.

²³ GIOVANNI PAOLO II, lett. enc. *Evangelium vitae*, n. 14: EV 14/2210.

²⁴ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia* (5.5.1980), II: EV 7/356.

PER UNA CONCLUSIONE

ANNUNCIARE IL VANGELO DELLA VITA

La vita è il più grande dono di Dio. Sgorgata dal Padre, fonte della vita, attraverso il Figlio si comunica alla moltitudine degli esseri e in modo singolare viene comunicata alla creatura umana. La vita umana, unica a esistere in un rapporto personale e costitutivo con il suo Creatore, è affidata da Dio alla nostra responsabilità, perché, riconoscendone l'altissimo valore, siamo capaci di prendercene cura, tutelarla, sostenerla, soprattutto quando si presenta più indifesa e debole. La vita di cui abbiamo trattato in questo volume è stata appunto la vita dell'uomo, creato a immagine del Verbo della vita, di tutto l'uomo, nella sua pluridimensionalità corporea e spirituale, nella sua storicità e insieme nella sua tensione ad autotrascendersi nella totalità, nella sua chiamata a compiersi nella vita eterna.

Gli stupefacenti progressi in campo scientifico e tecnologico permettono oggi di intervenire con efficacia a sostegno della vita umana e prospettano orizzonti d'azione mai neppure immaginati. Allo stesso tempo, all'alba del nuovo millennio, idee un tempo rifiutate come aberranti si sono fatte strada nell'opinione pubblica, hanno trovato il sostegno di intellettuali e scienziati, hanno guidato le scelte dei politici e si sono tradotte in leggi che legalizzano l'illecito e giustificano l'ingiusto: dall'eutanasia all'aborto, dall'uccisione dei neonati handicappati all'abbandono dei malati terminali, dalla sterilizzazione coatta allo sterminio programmato degli embrioni congelati.

Come il primo Adamo, l'uomo del nostro tempo vuole essere *signore* senza il *Signore*, e si è appropriato del dono di Dio, ma così facendo si è trasformato in un tiranno che stravolge e inquina la vita con i suoi interventi dissennati e orgogliosi, come testimoniano il disastro ecologico che si sta consumando sotto i nostri occhi e la riduzione della persona a materiale biologico plasmabile a piacimento attraverso le biotecnologie che ne manipolano l'identità corporea, la diagnosi prenatale compiuta con scopi eugeneticici, le tecniche di feconda-