

Dilemmi del *fine vita* nel confronto tra approccio scientifico e prospettiva religiosa (cattolica – protestante)

Germana Carobene*

END OF LIFE ISSUES AT THE CROSSROADS BETWEEN THE SCIENTIFIC APPROACH AND THE RELIGIOUS (ROMAN CATHOLIC AND PROTESTANT) PERSPECTIVE

ABSTRACT: End of life bioethics includes a wide range of issues, all of them dealing with the value of human life, on human dignity, on the idea of justice and good. In the field of medical sciences, the recent technological progress has deeply changed traditional concepts such as life, death, vegetative state and imposes a rethinking and a distinction between biological and biographic life.

The paper aims at comparing the doctrine of the Roman catholic church with and Protestant theology, which is more adherent to a secular ethics with regards to the safeguard of human dignity. The goal of this analysis is to underline the complex dilemmas that a modern and pluralistic society is called to deal with in a context of mutual respect and tolerance.

KEYWORDS: Bioethics; end of life issues; scientific debate; roman catholic doctrine; protestant ethic.

SOMMARIO: 1. Bioetica e dilemmi del *fine vita* – 2. Problematiche del *fine vita* nella pratica medica – 3. La dottrina cattolica – 4. Etica protestante – 5. Alcune riflessioni etico-giuridiche. Conclusioni.

1. Bioetica e dilemmi del *fine vita*

Il campo della bioetica è quello in cui si evidenziano grandissimi contrasti: dalle gerarchie dei valori a quelle dei principi morali, dalla interpretazione differente dei concetti di identità personale e di dignità umana alla diversa importanza attribuita al principio del rispetto reciproco. Essa ha svolto un ruolo fondamentale introducendo per la prima volta un approccio interdisciplinare e il principio della responsabilità della scienza, favorendo al contempo l'apertura verso istanze democratiche di riflessione. La problematica che la stessa è chiamata ad affrontare è legata essenzialmente all'individuazione di parametri giuridici universalmente validi, nel tentativo di un bilanciamento tra l'aspirazione all'universalità e il rispetto della diversità, in tema di valori quali la vita umana e l'integrità delle persone¹. Una delle sue caratteristiche è quella di non essere una disciplina indipen-

* Ricercatore diritto ecclesiastico e canonico, Dipartimento di Scienze Politiche, Università Federico II, Napoli. Mail: carobene@unina.it. Il contributo, anonimizzato, è stato selezionato dal Comitato di Direzione nell'ambito della call for papers dedicata alle tematiche del fine vita.

¹ R. ADORNO, *Comment concilier une bioéthique universelle et le respect de la diversité culturelle?*, in *Bioéthique et droit international. Autour de la Déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme*, C. Byk, Paris, Lexis Nexis Litec, 2007, p. 55-60. Sempre dello stesso autore cfr. *Biomedicine and international human*

dente e autonoma ma costretta, in quanto parte dell'etica, a mutuare da questa sia i principi che il metodo.

La formulazione delle categorie in ambito biomedico richiede un'ampia conoscenza interdisciplinare, non solo medico-biologica ma anche scientifico-filosofica, che procede su due binari paralleli, descrittivo e normativo. Per il primo il suo compito è quello di adeguare i propri contenuti all'evoluzione dell'organizzazione sociale e delle tradizioni morali e culturali; a livello normativo deve fornire indicazioni di significati, individuare principi in grado di adeguare le norme di comportamento dei legislatori e dei medici alle trasformazioni della società.

L'obiettivo tendenzialmente perseguito è la ricerca di un *universal common sense*, nel rispetto delle diversità. La Dichiarazione universale sulla bioetica e i diritti dell'uomo adottata dall'Unesco nel 2005 è stata, come è noto, il primo importante documento internazionale che ha fissato dei principi legali e giuridici per le pratiche biomedicali; l'art. 12 è significativamente intitolato "rispetto della diversità culturale e del pluralismo"² e sottolinea la necessità di enucleare un insieme di diritti non negoziabili, indipendentemente dalle differenti impostazioni socio-culturali, nel pieno rispetto dei diritti umani. Il senso di tale ultima affermazione si delinea sin dal titolo del documento internazionale: è il rispetto dei diritti umani fondamentali che dovrà fungere da parametro per l'identificazione dei principi di una bioetica universale.

La storia dell'umanità ha tuttavia esemplificato il fallimento di tutti i progetti morali, sia razionali/laici che religiosi, tendenti a ricondurre i membri della società civile all'interno di un'unica concezione di *bene*. Si è diffusa quindi la consapevolezza della necessità di elaborare diverse strategie di ricerca di senso per realizzare una convivenza morale non conflittuale all'interno delle attuali dinamiche delle società pluraliste. Alcuni hanno indirizzato tale prospettiva sul primato della giustizia, partendo da due importanti concetti: l'inevitabile complementarietà giustizia-bene e il particolare valore di determinati beni, definibili *iperbeni* a causa della loro universalità e oggettività³. Occorre, inoltre, aver ben chiaro che devono essere distinti due livelli di universalità: del metodo e del contenuto. Il primo livello porta un'universalità delle regole del discorso, che non esclude il confronto sui contenuti. Il secondo è relativo all'identificazione di un comune paradigma fra le opinioni, in grado di favorire la pace e la coesione sociale. La possibilità della convivenza delle moderne società democratiche e plurali-

rights law: in search of a global consensus, in *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, vol. 80, 12, p. 959 ss. e in www.who.org/bulletin/. Cfr. anche: N. LENOIR, B. MATHIEU, *Les normes internationales de bioéthique*, Paris, PUF, 1998, p. 13; D. THOMASMA, *Proposing a New Agenda: Bioethics and International Human Rights*, in *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 2001, 10, p. 299 ss. Sulla bioetica cfr. il classico volume di V.R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Englewood Cliffs 1971, tr. it. *Bioetica, ponte verso il futuro*, Messina 2000. Il termine *bioetica*, costruito a partire dalle due parole greche *bios* (vita) ed *ethos* (morale), è stato coniato dal cancerologo statunitense Van Rensselaer Potter che, di fatto, lo ha utilizzato in due articoli del 1970 e in una famosa opera del 1971, alludendo, con esso, al tentativo di coniugare le scienze della vita (*life sciences*) con un'etica della vita in grado di fungere da «scienza della sopravvivenza» (*science of survival*).

² Art. 12: «Il devrait être tenu dument compte de l'importance à la question de la diversité culturelle et du pluralisme. Toutefois, ces considérations ne doivent pas être invoquées pour porter atteinte à la dignité humaine, aux droits de l'homme et aux libertés fondamentales ou aux principes énoncés dans la présente Déclaration, ni pour en limiter la portée».

³ J. RAWLS, *Una teoria della giustizia*, Milano, 1982.

ste non è fondata sull'universalità delle regole ma sulla sostituzione della tendenza all'unificazione delle opinioni con la ricerca della loro comprensione reciproca, basata sul rispetto e la tolleranza. Nell'analisi delle problematiche legate all'etica della pratica medica assumono quindi grande rilievo due tipologie di distinzioni: quella del ruolo della *virtù* e del *bene comune* connessa ai criteri di giustizia; e quella del rapporto tra la responsabilità scientifico-tecnologica e quella morale. L'anacronistica concezione tradizionale di una società fondata sulla "virtù e sul bene comune" implicava l'adesione stabile dei suoi membri ai principi di un'autorità morale universale. La visione fondata sulla giustizia implica, invece, soltanto il rispetto delle norme giuridiche e morali necessarie alla convivenza e alla fondazione di un'autorità morale, il rispetto dei diritti umani e dei c.d. beni oggettivi; i valori possono risiedere soltanto negli autori diretti delle decisioni e ciò implica che l'autorità morale debba essere ricostruita di volta in volta. Si sottolinea l'esistenza nella pratica medica di un fondamentale dilemma poiché se è vero che il professionista svolge un insieme di attività di natura prettamente scientifica non può tuttavia prescindere da fondamenti assiologici e etici⁴. Ciò che rende *giusta* una pratica medica è diverso dal punto di vista scientifico e da quello etico; nel primo caso è importante attenersi strettamente al sapere medico più aggiornato, nel secondo l'attenzione è maggiormente centrata sul rispetto della volontà del paziente.

Il diritto non può decidere di etica ma soltanto stabilire quando una determinata problematica acquista i caratteri della giuridicità. Uno dei principi classici della morale laica è rappresentato dalla seconda massima kantiana – nessuna persona può essere trattata come un mezzo/strumento per fini non suoi- nella quale individuava la compresenza dei concetti di *autonomia* e *beneficenza*, connessi l'uno con la libertà e i diritti e l'altro con gli interessi delle persone. Nel suo pensiero il principio di autonomia era costitutivo di ogni concezione morale, non potendo fornire obblighi in senso stretto ma sancendo i limiti alle azioni delle persone. Il concetto di beneficenza indicava, invece, i contenuti pratici della moralità, ciò che per ciascun agente o comunità è *bene*. Imporre ad un malato in stato vegetativo di non suicidarsi non determina solo un limite negativo – di non fare – ma impone al soggetto, in positivo, un obbligo: vivere. Il problema dell'eutanasia investe *in primis* l'autonomia di scelta se vivere o meno – «jujer que la vie vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécu, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie»⁵ – e, in secondo luogo, il diritto di "non soffrire" e quindi anche di fare ricorso a cure che potrebbero provocare addirittura la fine del paziente. Di fronte ad un fenomeno assolutamente naturale ed inevitabile – la morte – occorre una rivalutazione del senso della medicina non soltanto come pratica scientifica dedicata al miglioramento della salute ma come disciplina umanistico-filosofica che centra la propria attenzione non sulla malattia ma sulla persona del malato. Questa diversa e più moderna impostazione, che ha sollecitato l'attenzione di larga parte della scienza medica, ha portato ad esempio allo sviluppo delle moderne terapie del dolore, cure palliative, il divieto di accanimento terapeutico⁶.

⁴ G. FEDERSPIL et al., *L'analisi decisionale clinica*, in *Atti Congresso nazionale Società Italiana Medicina Interna*, 2001, 16, pp. 101S-118S.

⁵ A. CAMUS, *Le mythe de Sisiphe*, Paris, 1947.

⁶ Cfr. il documentato e interessante volume di R. ELEFANTE, *Medical futility. Profili etico-deontologici e giuridici*, Napoli, 2008.

L'origine semantica del termine eutanasia – dal greco, buona morte – non individua le modalità di azione attraverso le quali si perviene alla stessa, che rappresentano invece il rilievo giuridico. Attualmente si ritiene che esso designi quelle attività concrete che consentono di procurare la morte a un paziente in situazioni, permanenti ed irreversibili, di malattia⁷. Il problema è se la stessa abbia i caratteri di una nozione socio-prammatica, fattispecie rigorosamente tipizzata o se lasci spazio, come si crede, a valutazioni di più ampio respiro. Una nozione statica di salute, legata a una dimensione oggettiva e fissa del benessere psicofisico, deve essere superata rispetto ad una concezione soggettiva e dinamica del concreto contenuto del diritto alla salute. Tale approccio ermeneutico consente di centrare l'attenzione sul perseguimento del benessere del soggetto, cui consegue il diritto di accettare o rifiutare le cure, anche se tale scelta può portare a risultati irreversibili.

Il diritto alla salute, oltre a essere assoluto e inviolabile, efficace *erga omnes* e, in particolare, nei riguardi del medico, è anche un diritto soggettivo pubblico, sociale. Ha una natura "incipiente": una forte valenza privatistica (in quanto massima ed inviolabile espressione della personalità individuale), ma anche una innegabile connotazione pubblicistica, perché può e deve trovare necessaria attuazione all'interno dello spazio pubblico. Si delinea così una nuova e più moderna dimensione della salute non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza. Ciò, come tutti i diritti di libertà, implica la tutela del suo risvolto negativo: il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire.

All'interno della pratica medica la migliore giustificazione della necessità di una transizione dal paternalismo medico al dovere di cura, con rispetto del paziente, deriva dal riconoscimento del valore dell'autonomia delle persone. Essa è un principio che non include nessuna particolare concezione del *bene* ma consente a ognuno di accedere a una molteplicità di concezioni, tutte rispettose del pluralismo morale: si tratta di un'idea del rapporto medico-paziente coerente con l'ideale di una funzione medica responsabile nei confronti della società e consapevole degli obblighi nei confronti degli altri. Il rispetto delle scelte del paziente è soltanto una condizione necessaria per permettere a ognuno di vivere (e morire) secondo la propria personale e insindacabile concezione del *bene*.

Autonomia significa una cosa molto semplice: *au-tos nomos*, darsi la legge a sé medesimi; è il soggetto/malato che decide, anche quando la mancanza delle cure porta alla certezza di una morte a breve termine. Ciò implica il riconoscimento non solo a scegliere di morire esclusivamente in casi estremi ma anche con riferimento a una prospettiva di *qualità* della vita che non sembri più adeguata e soddisfacente. Tale autonomia può essere interpretata nell'ambito di due diverse visuali prospettive, di carattere universale o individuale. Nella prima il diritto a morire non è altro che un'estensione della libertà inalienabile a decidere tutto ciò che riguarda la propria vita⁸. Nella seconda si tratta di un diritto insito nel concetto di dignità umana che non riguarda l'ambito del fare ma dell'essere, ponendo l'accento sulla diversità dei principi morali delle singole persone e sul diritto dell'individuo, in circo-

⁷ Cfr. M. PORZIO, voce *Eutanasia*, in *Enc.dir.*, vol. XVI, Varese, 1967, pp. 103-115.

⁸ H. JONAS, *Il diritto di morire*, Genova, 1991.

stanze difficili, di scegliere liberamente in base al proprio, personalissimo, codice etico⁹. Tale ultimo concetto è strettamente connesso a quello dei diritti umani, non è un diritto in senso stretto ma la base di tutti i diritti e, in quanto valore che appartiene ad un'area prepolitica o pregiuridica, potrebbe essere considerato un superdiritto¹⁰.

Sulle origini del dibattito in ambito bioetico in occidente si è molto discusso¹¹, così come sulla possibile identificazione tra una bioetica secolarizzata, laica, pluralista e impostazioni legate a orientamenti religiosi diversi. Per la cultura secolare la contrapposizione etica è tra autonomia ed eteronomia¹². Molto acceso è stato il confronto sulla possibile conciliazione tra società pluralista e bioetica cristiana¹³. Se la cultura cattolica è condizionata dalla costante aspirazione verso la costruzione di valori universali, l'etica protestante, profondamente frammentata, ha cominciato di recente ad avvertire la necessità della proposizione di valori comuni e condivisi. Una rivoluzione copernicana nel settore della bioetica è stata rappresentata dal Concilio Vaticano II che ha inaugurato una fase di ripensamento dei fondamenti dell'etica cristiana in un'ottica estesa anche alle altre confessioni. La scissione non è più dunque tra una bioetica cattolica romana e una protestante ma tra posizioni liberali e più tradizionaliste, in maniera trasversale tra le varie appartenenze cristiane.

⁹ E. LECALDANO, *La nozione di dignità della vita umana: esposizione, critica e ricostruzione*, in *Bioetiche in dialogo*, Milano, 1999, pp. 27-44.

¹⁰ R. ADORNO, *The paradoxical notion of human dignity*, in *Riv. Inter. Fil. Dir.*, 2001, 2, pp.151-168.

¹¹ Tra le opere dedicate alla ricostruzione delle origini del dibattito bioetico, cfr. A.R. JONSEN, *The Birth of Bioethics*, New York-Oxford, Oxford University Press, 1998; N.S. JECKER, A.R. JONSEN, R.A. PEARLMAN, *Bioethics. An Introduction to the History, Methods and Practice*, Sudbury Massachusetts, 2007; A. VERHEY, S.E. LAMMERS, *Theological Voices in Medical Ethics*, Grand Rapids Michigan, 1993; L. WALTERS, *La religione e la rinascita dell'etica medica negli Stati Uniti: 1965-1975*, in E.E. SHELP (a cura di), *Teologia e bioetica, Fondamenti e problemi di frontiera*, Bologna 1989, pp. 37-58; C. VIAFORA (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni*, Padova, 1990.

¹² A. MACINTYRE, *Theology, Ethics and the Ethics of Medicine and Health Care*, in *Journal of Medicine and Philosophy*, 4, 1979, pp. 435-443. se si ammette che l'autonomia sia l'elemento fondamentale della scelta, una morale religiosa è destinata a cadere in contraddizioni apparentemente insolubili. Qualora infatti si sostenga che il precetto di Dio va seguito perché, in qualità di soggetti razionali, riconosciamo che è razionalmente giustificato, implicitamente si ammette che Dio è irrilevante sotto il profilo etico, che non esiste precetto morale che non possa essere sostenuto e legittimato in maniera altrettanto solida anche in prospettiva secolare, e che l'etica cristiana non possiede alcuna particolare specificità. Qualora si sostenga, invece, che il precetto di Dio va seguito semplicemente perché Dio lo comanda, si nega che il contrassegno della scelta morale sia l'autonomia (p. 436).

¹³ H.T. ENGELHARDT JR., *The Foundations of Christian Bioethics*, Lisse, 2000. Cfr. L. SAVARINO, *La bioetica cristiana tra stranieri morali e amici morali: H.T. Engelhardt Jr.*, in *Notizie di Politeia*, XXVIII, 107, 2012. Il compito della bioetica cristiana, secondo Engelhardt, è quello di ritornare al cristianesimo del primo millennio, fondato sul riconoscimento di un Dio trascendente e degli obblighi che esso pone, un cristianesimo che trova il suo fondamento in una teologia noetica, nell'esperienza ascetica e nell'illuminazione divina. Non a caso, l'obiezione che gli è stata rivolta anche da parte degli interpreti cattolici è quella di approdare a una prospettiva intimista e misticizzante che rinuncia all'annuncio della verità. Cfr. anche L. ZEPPEGNO, *Bioetica. Ragione e fede. Di fronte all'antropologia debole di H.T. Engelhardt Jr.*, Torino, 2007.

2. Problematiche del *fine vita* nella pratica medica

L'analisi dei dilemmi del *fine vita* deve necessariamente essere effettuata con riferimento ai mutamenti nel settore della pratica medica, avvenuti a partire dalla seconda metà del Novecento, nel momento in cui ha iniziato a imporsi una concezione della vita, e del morire, come processo fisico-chimico, che la medicina ha tentato di spiegare nelle sue varie dinamiche¹⁴. Il progresso medico ha determinato un'importante trasformazione del concetto di morte distinguendo l'arresto delle attività dell'intero cervello, con interruzione della regolazione delle funzioni vegetative da parte del bulbo, e l'arresto delle attività della corteccia cerebrale che implica esclusivamente l'interruzione sia dell'attività cognitiva che di quella metabolica delle funzioni corticali. Quindi ciò che in passato era basato su una semplice verifica empirica è attualmente fondato su un'evidenza empirica e filosofica, dipendente dalle contrastanti definizioni del concetto di persona, di identità e di dignità umana.

La malattia, la morte, sono concetti fluidi, il risultato di un processo di astrazione che parte da un'evidenza empirica, ma la cui definizione è assolutamente teorica ed è quindi ancorata a molteplici variabili, *in primis* quelle dell'evoluzione scientifica e culturale. Anche l'accertamento delle stesse è legato ad identiche incognite: la definizione, l'individuazione dei segni clinici (a loro volta influenzati all'uso di tecnologia per la lettura degli stessi) impone la necessità di tener conto delle differenze individuali ed ambientali. L'incertezza dei segni è legata all'impossibilità per la scienza medica di proporre soluzioni universalmente valide, dati i continui progressi scientifici e ciò rende particolarmente complessa una precisa identificazione normativa. La morte, definita ancora nel linguaggio medico contemporaneo come *exitus*, passaggio, indica un processo irreversibile ma preceduto da una fase intermedia di lunghezza o esiti incerti. Ed è in tale momento che si sostanzia l'attenzione scientifica e giuridica per valutare se esista, e sia scientificamente accertabile, un periodo in cui la vita è irrimediabilmente terminata, almeno in una forma dignitosa. Se la morte biologica è uno stato, quella clinica è, invece, un processo; se si definisce la morte come la fine dell'essere come organismo integrato, centrale è la morte cerebrale dal momento che è il cervello ad assicurare tale integrazione.

È importante distinguere il *concetto* di morte, che richiede l'analisi di aspetti filosofici e scientifici, dal *criterio* di morte che attiene all'identificazione concreta delle condizioni necessarie e sufficienti per l'accertamento oggettivo della morte di un essere umano sia come entità biologica che etico-giuridica. Negli Stati Uniti i criteri per l'accertamento della morte seguono essenzialmente quelli elaborati dalla Harvard Medical School, ormai universalmente accettati, e sono legati alla mancanza di ricezione e di risposta agli stimoli; assenza di respirazione; mancanza di riflessi e EEG piatto¹⁵. La definizione dei concetti di vita e morte è diventata, per numerosi motivi, una questione aperta perché la morte di un organismo non rappresenta più una transizione istantanea ma un processo continuo e

¹⁴ Cfr. G. COSMACINI, *Testamento biologico. Idee ed esperienze per una morte giusta*, Bologna, 2010: «La morte, che da un punto di vista antropologico è, nella sua globalità biografica, il massimo evento, dal punto di vista delle nuove scienze diventava, nella sua realtà biologica, un fatto di molecole e di cellule: si minimizzava sino quasi a dissolversi. Di fatto, essa cominciava a sparire o a venir emarginata nella cultura del medico, trasferendosi tutta o in gran parte nella cognizione scientifica che in fondo non si trattava d'altro che di un processo di involuzione e di degradazione organica» (p. 41).

¹⁵ *A definition of irreversible coma. Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to examine the definition of the brain death*, in *Journal of the American Medical Association*, 1968, 205, pp. 337-40.

graduale che richiede una scelta convenzionale rispetto alla dimensione temporale. Il secondo motivo è che poiché un organismo è una struttura multigerarchica complessa i cui componenti non cessano la loro attività simultaneamente, l'adozione del concetto di morte richiede una scelta convenzionale rispetto al livello di complessità dalla cui interruzione di attività dipende la stessa. Il terzo argomento è legato alla scoperta che negli esseri viventi sono presenti due tipi di sistemi laddove ciascuno di essi conferisce un diverso tipo di identità, rispettivamente biologica e personale ed è di conseguenza responsabile di un differente concetto di vita e di morte. La concezione corticalista (per la quale la morte dovrebbe essere legata non tanto alla fine delle attività cardiocircolatoria e respiratoria ma alla cessazione di quelle della corteccia cerebrale) maggiormente diffusa al giorno di oggi, rappresenta essenzialmente la proposta di sostituire il criterio della respirazione con riferimenti più complessi ma più indicativi della reale continuità della coscienza e della consapevolezza (espressione dell'identità personale) quindi del reale fondamento della dignità umana.

Tale evoluzione ha decisamente mutato l'approccio nei confronti delle patologie e si è superato anche il 'vitalismo' in ambito medico che imponeva di privilegiare sino all'eccesso la possibilità di mantenere in vita il paziente. Contro l'interpretazione medica tradizionale sono state sollevate varie argomentazioni: il concetto di *pietà* (non bisogna lasciar soffrire invano un altro individuo), quello *utilitarista* (un'azione è moralmente giusta/ingiusta se causi felicità/infelicità) ed infine la c.d. *regola aurea* («fai agli altri quello che vorresti fosse fatto a te»¹⁶). Attualmente sembra che si stia affermando il moderno principio dell'*alleanza terapeutica* medico-paziente, snodo decisivo sul piano culturale prima ancora che giuridico, poiché riporta l'attenzione sul singolo malato, la sua volontà, il suo consenso informato¹⁷: in sintesi, quale soggetto e non più soltanto oggetto di cura. La sensibilità eticamente orientata potrebbe suggerire l'idea che l'autodeterminazione non sia solo un presupposto di tale rapporto ma anche un risultato di tale relazione. Di qui l'interpretazione della stessa, e del consenso informato, in termini di 'alleanza terapeutica' e l'idea della centralità delle *medical humanities* nella formazione professionale del medico. Questo significa centralità della relazione medico-paziente come relazione di cura (aver cura di, ricevere le cure di), segnata dal senso della solidarietà.

Alla base del dilemma etico si evidenziava, in un'ultima analisi, l'erronea interpretazione del proprio ruolo, ancorato all'idea sbagliata che il medico dovesse essere il *dominus* della salute del paziente e fare tutto quanto necessario nell'interesse di questi. Vi era inoltre la presunzione dei medici di una sorta di validità assoluta del proprio sistema di valori e quindi l'erronea convinzione che i beni che intendevano tutelare (la salute e la vita del paziente) valessero universalmente come beni superiori, secondo una personalissima quanto limitata scala di valori, in cui peraltro non si teneva conto della salute, intesa come benessere psichico dell'individuo, e della vita, nel suo senso più ampio, comprendente il diritto a scegliere come vivere (e come morire), sostanziato dal diritto di autodeterminazione, dal diritto all'integrità del corpo e al rifiuto di interventi non desiderati.

¹⁶ J. RACHELS, *La fine della vita*, Milano, 1989.

¹⁷ Cfr. le *Linee Guida del Consiglio d'Europa sul fine vita*, approvate a maggio 2014, *Guide on the decision-making process regarding medical treatment in end-of-life situations*, in http://undirittogentile.files.wordpress.com/2014/05/guida_finevita.pdf.

Molti problemi – scientifici prima ancora che giuridici – sono legati essenzialmente alla diagnosi dello stato vegetativo¹⁸, caratterizzato dall'assenza completa delle funzioni degli emisferi cerebrali; esso può essere transitorio ma il suo protrarsi nel tempo aumenta le probabilità che si trasformi in irreversibile. In passato si distingueva tra stato vegetativo permanente e persistente attualmente si preferisce il ricorso al sintagma “sindrome di veglia arelazionale”. Se la morte cerebrale è caratterizzata da un danno massivo dell'intero encefalo – emisferi e tronco encefalico – lo stato vegetativo, se coadiuvato con idonee misure di terapia può determinare la sopravvivenza dell'individuo anche per moltissimi anni: stato vegetativo definito permanente, il cui termine non costituisce una diagnosi ma una prognosi di irreversibilità. Sin dall'inizio degli anni '70 del secolo scorso la comunità scientifica ha dunque sollecitato il dibattito sulle problematiche legate ai risvolti morali della diagnosi di stato vegetativo¹⁹. Ci si è posti l'interrogativo sul principio della moral significance of consciousness, centrato sul dualismo vita mentale=valore/ non vita mentale=disvalore. Il problema è che da un fenomeno empirico è impossibile risalire a prescrizioni morali che includano il tema se tenere o meno in vita ad oltranza esseri non più dotati di coscienza/vita mentale. Una valutazione dovrebbe correttamente includere l'analisi di altri fattori concomitanti che riguardano essenzialmente l'interesse ed il benessere di tali soggetti. È ormai noto che il concetto di coscienza ha valore polisemico e che, nella prospettiva neurobiologica, è caratterizzata dalla contemporanea presenza di due fattori concomitanti: vigilanza e consapevolezza. Attualmente in ambito medico si preferisce sottolineare che la persona in stato vegetativo non evidenzia consapevolezza anche se gli strumenti diagnostici più innovativi hanno già consentito di individuare forme di coscienza diversa, sommersa, interna o non comunicabile. Diversamente lo stato di minima coscienza (SMC) potrebbe essere definito come uno stato vegetativo incompleto con limitata consapevolezza ma con capacità di risposta a semplici comandi verbali²⁰. Il prolungamento della vita e il sensibile miglioramento della sua qualità impone attualmente la necessità di definire le regole e le procedure più adatte alla regolamentazione dei processi decisionali. Gli ancoraggi sono alla scienza o alla religione nella speranza di trovare una sicura risposta che sollevi dal peso della responsabilità. La competenza è attualmente fondamentale nell'attuazione delle scelte pur non costituendo – e non volendo costituire – l'unico elemento di valutazione stante l'incertezza e la possibile mutevolezza del dato scientifico. Nozioni come stato vegetativo, accanimento terapeutico sono necessariamente indelineabili e mutevoli dal punto di vista scientifico ma, come sottolineato, anche la nozione di morte cerebrale non presenta i caratteri di certezza necessari a una sua immediata definizione giuridica²¹.

¹⁸ Vedi la definizione di stato vegetativo nel glossario redatto dal Ministero della Salute, in http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=1831&area=statiVegetativi&menu=vuoto.

¹⁹ B. JENNET, F. PLUM, *Persistent vegetative state after brain damage. A syndrome in search of a name*, in *Lancet*, 1972, 299, pp. 734-737.

²⁰ Cfr. il documento conclusivo del 2009 *Stato vegetativo e di minima coscienza. Epidemiologie, evidenze scientifiche e modelli assistenziali* redatto dal Gruppo di Lavoro istituito dal Ministero della Salute, in http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1378_allegato.pdf. Nello stesso è tra l'altro definita anche la LIS, Locked-In Syndrome come la “condizione clinica in cui il paziente è vigile e cosciente ma presenta gravi deficit delle funzioni motorie tali talora da rendere difficoltoso il riscontro degli evidenti segni di coscienza” (p. 16).

²¹ Sulla nozione di morte cerebrale cfr. C.A. DEFANTI, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Torino, 2007, ma anche R.D. TRUOG, *Brain Death. Too Flawed to Endure, Too Ingrained to Abandon*, in *Journal of Law, Medicine and Eth-*

3. La dottrina cattolica

Il mondo cattolico ha deciso, sin dagli anni '50 del secolo scorso, di affrontare un tema così delicato e soprattutto così eticamente sensibile. Il Pontefice Pio XII²² chiese, infatti, ai medici di definire scientificamente quali funzioni vitali dovessero essere considerate indicatori della presenza di 'vita umana'. L'attenzione dei movimenti pro life e delle gerarchie vaticane si è particolarmente interessata alle ricerche relative allo stato vegetativo, accettando la definizione di morte cerebrale, così come delineata dalla comunità scientifica. La Pontificia Accademia delle Scienze ha descritto le motivazioni secondo le quali il concetto di morte con criteri neurologici è valido come definizione di morte, riaffermando che la morte encefalica non è sinonimo di morte, non equivale alla morte, non implica la morte, ma è la morte. Essa ha organizzato un primo incontro, nel 1989, su *The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, le cui conclusioni hanno ribadito il criterio della morte cerebrale quale evento che determina la morte dell'essere umano²³. Nel 2006 la stessa ha ribadito nuovamente che la «morte cerebrale è la morte dell'individuo»²⁴.

Giovanni Paolo II ha affermato che la «cessazione totale ed irreversibile di ogni attività encefalica» come criterio per l'accertamento della morte «se applicato scrupolosamente non appare in contrasto con gli elementi essenziali di una corretta concezione antropologica»²⁵. Tali aperture alle nuove determinazioni del concetto di morte, elaborate dalla comunità scientifica e fondamentali all'accettazione giuridica dei trapianti, sono state quindi condivise anche dalle gerarchie ecclesiastiche. Più complesso, invece, com'è naturale, il dibattito sull'eutanasia. È evidente come in questo ambito una fondamentale importanza è data alla coscienza, ai fini delle decisioni di ordine morale. La Chiesa cattolica, custode della legge divina scritta da Dio, ha da sempre dichiarato l'immoralità radicale dell'eutanasia, in quanto violazione del comandamento divino: "non uccidere". Tale condanna è stata ribadita, con una chiara presa di posizione nel documento, *Dichiarazione sull'eutanasia*, elabo-

ics, 35, 2, 2007, pp. 273-281 e I. MARINO, H.R. DOYLE, G. BONIOLO (a cura di), *Passaggi. Storia ed evoluzione del concetto di morte cerebrale*, Roma, 2012.

²² Papa Pio XII, Enciclica *Mystici corporis*, 29 giugno 1943; Discorso all'Unione internazionale medico-biologica di San Luca, 1944; Discorso al primo Congresso internazionale di Istopatologia del sistema nervoso, 14 settembre 1952; Discorso all'Unione cattolica degli ostetrici, 29 ottobre 1951; Discorso al IX Congresso della Società italiana di anesthesiologia, 24 febbraio 1957; e Discorso al Congresso internazionale del Collegium internazionale neuropsicofarmacologicum 9 settembre 1958: cfr. Pio XII, *Discorsi ai medici*, F. Angelini (ed.), Roma, 1959. Cfr. anche M. CANONICO, *Eutanasia e testamento biologico nel magistero della Chiesa cattolica*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, www.statoechurch.it, maggio 2009.

²³ Pubblicato in *Scripta Varia*, 83, XXVIII-209, Vatican City, 1992.

²⁴ *The Signs of death*, Working Group, 11-12 sept. 2006, Vatican City, 2007. Cfr. anche *I papi e la scienza nell'epoca contemporanea*, Pontificia Accademia delle Scienze, a cura di M. SANCHEZ-SORONDO, Milano, 2009.

²⁵ Giovanni Paolo II, *Discorso al XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti*, 29 ago. 2000, in http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/2000/jul-sep/documents/hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html. In altra occasione ha sottolineato che «dal punto di vista clinico l'unica maniera corretta – ed anche l'unica possibile – di affrontare il problema dell'accertamento della morte di un essere umano è quella di volgere l'attenzione e la ricerca verso l'individuazione di adeguati "segni di morte"...si tratta evidentemente di un tema di fondamentale importanza, per il quale la posizione della scienza, attenta e rigorosa, deve dunque essere ascoltata in primaria istanza, secondo quanto già insegnava Pio XII, affermando che "tocca al medico di dare una definizione chiara e precisa della "morte" e del "momento della morte" di un paziente che spirava in stato di incoscienza» (Discorso del 24 nov. 1957, in AAS, 49, 1957, 1031).

rato dalla Sacra Congregazione per la Dottrina della fede, firmato nel 1980 dall'allora cardinale J. Ratzinger, ed approvato da Giovanni Paolo II. La Dichiarazione, dopo aver definito l'eutanasia come un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, al fine di eliminare ogni dolore, ribadisce che in nessun caso può essere autorizzata l'uccisione di un essere umano innocente, (feto o embrione, bambino o adulto, malato, incurabile o agonizzante), in quanto si tratta di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, ribadendo i valori della dignità della persona e il suo diritto alla vita, con un chiaro riferimento alla *Gaudium et spes* del 1963.

La vita umana viene richiamata come fondamento di tutti i beni e dono divino che il credente è tenuto a conservare e a far fruttificare. In ottemperanza al principio biblico "Non uccidere", nessun uomo può attentare alla vita di un altro essere umano innocente: anche il suicidio, come l'omicidio, costituisce un rifiuto dell'amore di Dio e una ribellione nei confronti della sua sovranità. La scelta *arbitraria* se vivere o morire è sempre illecita. Se, tuttavia il martirio può rappresentare il vertice della testimonianza morale, l'eutanasia – sia pure intesa limitatamente a una scelta medica volta a "procurare la morte per pietà" è sempre condannabile, rappresenta una scelta egoistica contro la volontà di Dio e un'offesa alla dignità umana. L'unico intervento umano ammissibile è quello volto ad alleviare il dolore ed evitare anche il c.d. accanimento terapeutico.

Da tale apertura si è delineata la c.d. dottrina del *doppio effetto*: sono ammissibili le terapie antidolorifiche anche se potrebbero presentare il rischio – non voluto assolutamente – di accelerare la morte di un malato terminale. Si sottolinea, inoltre, che ogni essere umano ha il diritto di morire serenamente e con dignità. Questa apertura ha consentito l'introduzione del concetto di un uso *proporzionato* dei mezzi terapeutici sostituendo la classica dicotomica contrapposizione tra mezzi terapeutici *ordinari*, sempre doverosi, e *straordinari*, che possono essere sospesi. Nell'imminenza di una morte inevitabile «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»²⁶.

La bioetica cattolica romana introduce, dunque, la nozione di eutanasia passiva in riferimento all'idea della sproporzionatezza di un determinato trattamento. È certamente lecito sospendere, o astenersi da, una procedura eccessiva o sperimentale, mentre non è altrettanto lecito rifiutare arbitrariamente un trattamento proporzionato. La questione che si pone, tuttavia, è se tale proporzione debba essere intesa in senso medico, teologico o in riferimento al giudizio del paziente sulla propria qualità di vita. Se compresa in senso medico, infatti, l'introduzione di una simile categoria condurrebbe a legiferare per impedire di morire a coloro che rifiutano la dialisi, o per costringere un Testimone di Geova ad accettare una trasfusione. Se intesa in riferimento alla qualità di vita del paziente, invece, tale categoria rimanda al giudizio personale e irripetibile del singolo, e dunque alla sua facoltà di autodeterminarsi, rendendo di fatto pressoché inutile l'introduzione di una categoria che si presta ad interpretazioni ambigue.

²⁶ Cfr. Sacra Congregazione per la dottrina della fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, in http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_eutanasia_it.html. Sul 'doppio effetto' si veda D.P. SULMASY, "Reinventing" the Rule of Double Effect, in B. STEINBOCK (ed. by), *The Oxford Handbook of Bioethics*, Oxford-New York, Oxford University Press, 2007, pp. 114- 149.

Altro documento fondamentale è rappresentato dall'Enciclica *Evangelium Vitae* del 1995 che, partendo dai passi biblici che condannano la soppressione della vita, ha preso direttamente in esame azioni specifiche, tra cui l'eutanasia definita come «una grave violazione della legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana»; «ogni uomo sinceramente aperto alla verità e al bene, con la luce della ragione e non senza il segreto influsso della grazia, può arrivare a riconoscere nella legge naturale scritta nel cuore (cf. Rm 2, 14-15) il valore sacro della vita umana dal primo inizio fino al suo termine, e ad affermare il diritto di ogni essere umano a vedere sommamente rispettato questo suo bene primario. Sul riconoscimento di tale diritto si fonda l'umana convivenza e la stessa comunità politica»²⁷. È tuttavia anche evidenziato un itinerario di assistenza al malato, grave o morente, sia sotto il profilo dell'etica medica che di quello spirituale e pastorale (n.57). L'opposizione dei cattolici a una possibile legalizzazione dell'eutanasia si fonda, quindi, su principi non soltanto di carattere religioso, ma anche naturale e civile, attinenti al rispetto della vita e della dignità dell'uomo che lo Stato deve tutelare e non distruggere. In tal senso la sacralità della vita è una verità fondamentale, ma non perché derivante esclusivamente da un principio divino, ma da una visione che pone al centro l'uomo e i suoi diritti, aventi una portata non solo cattolica, ma universale.

Nel 2007 la Congregazione per la dottrina della Fede si è anche formalmente espressa negando la liceità di sospendere la nutrizione artificiale se non in casi assolutamente eccezionali²⁸. Fondamentale in tal senso la duplice affermazione di apertura dell'Istruzione *Dignitas personae* del 2008 che ha sottolineato che alla vita umana deve essere riconosciuta dignità e valore assoluto e che 'persona' va considerato ogni essere umano dal concepimento alla morte naturale²⁹. A distanza di vent'anni sono stati così ripresi e approfonditi i temi fondamentali già discussi nella *Donum vitae* del 1987³⁰.

²⁷ Giovanni Paolo II, *Evangelium vitae*, 25 mar. 1995, in http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html. Cfr. G. FORNERO, *Bioetica cattolica e bioetica laica*, Milano, 2005 sostiene che la teoria della sacralità della vita della Chiesa cattolica romana non è figlia di una mentalità conservatrice e retrograda quanto di una "coerente posizione filosofica, in linea con l'insegnamento tradizionale" (p. 59), che dunque andrebbe accettata o rifiutata in toto. In realtà si potrebbe dubitare della perfetta coerenza di tale dottrina con l'insegnamento tradizionale. Quanto alla sua monoliticità, lo stesso a. da un lato sembra interpretare il principio di inviolabilità della vita alla stregua di «un bicchiere di cristallo che non sopporta incrinature, o resta intatto o si sbriciola in mille pezzi», dall'altro riconosce l'esistenza di eccezioni (come la legittima difesa o il martirio), le quali però, lungi dal metterne in discussione l'assolutezza, non farebbero che «confermare la regola» (p. 33).

²⁸ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Risposte a quesiti della Conferenza Episcopale statunitense circa l'alimentazione e l'idratazione artificiali*, 1 ago. 2007, in http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_it.html.

²⁹ È molto complesso il rapporto tra la tradizione dottrinale della Chiesa cattolica e le posizioni sui temi della biomedicina, che si è delineato attraverso alcuni documenti fondamentali: le Encicliche *Humanae vitae* (1968), *Veritatis splendor* (1993), ed *Evangelium vitae* (1995); alle Istruzioni *Donum vitae* (1987) e *Dignitas personae* (2008), nonché alla *Dichiarazione sull'eutanasia* (1980), tutte a cura della Sacra congregazione per la dottrina della fede. Cfr. anche E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Milano, 1999; D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Casale Monferrato, 2000. «A ogni essere umano, dal concepimento alla morte naturale, va riconosciuta la dignità di persona. Questo principio fondamentale, che esprime un grande "sì" alla vita umana, deve essere posto al centro della riflessione etica sulla ricerca bio- medica». L'uso dell'aggettivo "naturale", per qualificare la fine della vita umana, è destinato a sollevare qualche perplessità. Con lo sviluppo delle tecniche mediche,

La questione fondamentale che un'etica cristiana è chiamata ad affrontare riguarda la difficile conciliazione tra la protezione della vita e le esigenze della responsabilità individuale. Il limite della posizione della Chiesa cattolica romana sembra essere ancorato al legalismo del "non devi", non tanto alla severità del rifiuto del suicidio. Un cristianesimo come religione della libertà (e non della *polis*) implica l'accettazione non tanto della possibilità, per tutti, di fare qualunque cosa, ma l'accettazione del fatto che qualsiasi scelta morale è inevitabilmente una scelta di coscienza, fatta da un singolo (per un credente, davanti a Dio) e non imposta da un'autorità. Religione della libertà, dunque, significa far appello non alla legge, ma alla responsabilità e alla maturazione della coscienza individuale, il che presuppone un pieno diritto all'autodeterminazione. Si apre così la strada a letture del *fine vita* che rendono conto della complessità della scelta di morire e della necessità di un ascolto appropriato dei motivi identitari, culturali e psicologici che ne sono alla base. a una sua immediata definizione giuridica³¹.

4. Etica protestante

L'etica protestante ha tentato, invece, di superare la predicazione della legge, priva di compassione, di evitare la negazione puramente astratta e ritrovare la capacità di annunciare la grazia del "ti è possibile"³². In tale prospettiva l'eutanasia acquista un altro significato, designa l'atto di amore che si accorda a individui nello stadio terminale. Essa consiste nel ridurre la tortura fisica e morale di pazienti gravemente malati o morenti, abbreviando la loro vita temporale e ponendo fine alla loro sofferenza, con l'ausilio dei mezzi offerti dalla moderna tecnica medica.

Una volta accertato che è la dimensione etica e religiosa a costituire un dato pregiudiziale di notevole rilevanza in materia di eutanasia, è possibile rilevare come ci sia una tendenziale concordanza tra ebraismo, islamismo e religione cattolica in ordine alla considerazione del bene della vita come bene supremo e garantito nella sua assoluta indisponibilità. Diversa, invece, la posizione assunta dalle Chiese protestanti. In particolare la Chiesa Valdese, pur non negando il valore cristiano della vita co-

infatti, nascita e morte hanno cessato di essere fatti naturali (se mai lo sono stati). Sull'impossibilità del «tentativo di impostare una soluzione condivisa dei problemi di bioetica sulla base dell'individuazione di una presunta qualifica "naturale" della condotta o dell'evento in oggetto». C. CASONATO, *L'approccio delle confessioni religiose in materia bioetica fra dissonanze e dialogo*, in E. CAMASSA, C. CASONATO (a cura di), *Bioetica e confessioni religiose*, Trento, 2008, pp. 3-4.

³⁰ Anche nell'ambito della bioetica cattolica romana esistono manifestazioni di dissenso: cfr. *Artificial Nutrition and Hydration. The New Catholic Debate*, C. TOLLEFSEN (ed. by), Dordrecht, Springer, 2008. Il libro contiene scritti di teologi, scienziati, giuristi e moralisti cattolici, e parte dal presupposto secondo cui, sul fronte del fine vita, le affermazioni di Giovanni Paolo II sull'assoluta illiceità della sospensione di idratazione e alimentazione artificiali, del 2004, poi ribadite dalla Congregazione per la dottrina della fede, nel 2007, rappresentino una radicalizzazione unilaterale della dottrina tradizionale cattolica romana «che asserisce decisamente il diritto del paziente di rifiutare i trattamenti medici qualora tali trattamenti siano "straordinari" o "sproporzionati" (Pio XII 1957), (qui p. IV).

³¹ Sulla nozione di morte cerebrale cfr. C.A. DEFANTI, *Soglie. Medicina e fine della vita*, Torino, 2007, ma anche R.D. TRUOG, *Brain Death. Too Flawed to Endure, Too Ingrained to Abandon*, in *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 35, 2, 2007, pp. 273-281 e I. MARINO, H.R. DOYLE, G. BONIOLO (a cura di), *Passaggi. Storia ed evoluzione del concetto di morte cerebrale*, Roma, 2012.

³² Cfr. L. SAVARINO, *Bioetica cristiana e società secolare. Una lettura protestante delle questioni del fine vita*, Torino, 2012, in particol. p. 58 ss.

me dono di Dio, è possibilista verso l'uomo: una vita ridotta allo stato larvale non ha più i caratteri del dono divino, ma è frutto del maligno perché Dio fa solo doni buoni ai suoi figli. In questo contesto l'eutanasia non è la negazione di Dio, non è violazione della legge divina, come invece vuole la tradizione cattolica, ma una lotta contro il male che non deriva dal dono che Dio ci ha dato con la vita.

Invero, come afferma il Documento elaborato dal Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza del 1998³³, è necessario operare una distinzione tra vita biologica, (rappresentata dall'insieme delle funzioni biochimiche cellulari, dalla riproduzione cellulare, dal funzionamento dei vari organi), e vita biografica, (rappresentata invece dall'insieme delle esperienze, delle relazioni con altre persone, delle gioie, dei dolori e delle sofferenze, degli sforzi per rendere degna e umana la vita). Quando cessa la vita biografica, perché in presenza di uno stato vegetativo permanente o di una malattia terminale, deve essere presa in considerazione l'eventualità di porre fine anche alla vita biologica, purché sia rispettato il diritto del malato di scegliere di non soffrire più, quando la terapia non è più in grado di alleviare il dolore. In tale prospettiva, infatti, la sofferenza non ha quel valore salvifico e di redenzione proprio della morale cattolica, ma viene visto e valutato come un qualcosa di intrinsecamente personale, secondo una visione antropocentrica, propria di Max Weber e che pervade l'etica protestante, per cui l'uomo domina la vita, ma domina anche la morte.

Nell'etica cattolica romana, a fondamento del comandamento "Non uccidere" si trova un'idea di persona creata a immagine e somiglianza di Dio, che si esprime talora nel rispetto del finalismo naturale della vita umana. Nell'ottica protestante, la somiglianza rinvia alla libera responsabilità e al rispetto dell'alleanza con Dio. Emerge un modo peculiare di intendere il valore della vita e il riferimento all'immagine di Dio, che comporta l'abbandono della centralità delle leggi di natura nella definizione della norma etica.

Le più importanti elaborazioni, in tema di etica medica protestante si devono a Ramsey³⁴, il cui intento, pur da un'ottica conservatrice delle dottrine cristiane, e partendo da una prospettiva teologica, è legato alla costruzione di un'etica universalmente comprensibile e sostenibile anche su un piano secolare. La sua prospettiva ruota tuttavia attorno ad una nozione di origine biblica, quella del *patto (covenant)* stipulato tra Dio e l'uomo cui si collegano i diversi *covenants* che governano l'etica medica: tra medico e paziente, tra ricercatore e soggetto della sperimentazione, tra coloro che ancora vivono e coloro che hanno iniziato il processo del morire, tra sani e malati: «l'etica pattizia si declina in termini di fedeltà e di giustizia intese come risposta al *bisogno* dell'altro essere umano, alla sua libertà, alle sue preferenze, o alla sua autonomia»³⁵. È fondamentale la relazione *tra* medico e paziente ed in tal senso le decisioni morali trascendono per entrambi i principi assoluti e, quindi, la liceità della sospensione della terapia non è tanto la fedeltà al corso della natura, quanto al consenso del paziente.

³³ Il documento *L'eutanasia e il suicidio assistito* è stato pubblicato su Testi&Documenti del settimanale evangelico Riforma (n. 16 del 17 aprile 1998) e in http://www.chiesavaldese.org/pages/archivi/mater_studio/eutanasia.pdf.

³⁴ P. RAMSEY, *Basic Christian Ethics*, Charles Scribner's Sons, New York, 1950, e, in parte, nella Prefazione alla sua opera principale, che è *The Patient as Person: Explorations in Medical Ethics*, Yale University Press, New Haven and London, 1970.

³⁵ L. SAVARINO, *op. cit.*, p. 87.

La teologia protestante liberale europea del Novecento non nega che la vita naturale sia un bene, ma ammette che l'obbedienza a Dio, che impone di conservare la vita, possa incontrare eccezioni. L'indisponibilità della vita umana non può essere intesa come principio assoluto, perché esso può essere disatteso in nome di un'obbedienza superiore, frutto di una scelta morale responsabile, non di un atto arbitrario e egoistico che si limita a disconoscere il principio stesso. Il valore teologico della vita naturale non è inconciliabile con la libera scelta responsabile dell'individuo, poiché nessuno, tranne Dio stesso, può giudicare e comprendere. Il principio dell'indisponibilità della vita umana assume un valore regolativo, ma non assoluto: occorre rispettare la vita biologica, ma evitare di assolutizzarla. L'oscillazione tra universalismo e rivendicazioni identitarie non è solo un rischio che affligge la bioetica cristiana, ma rappresenta un'opportunità per trovare la propria collocazione ideale. L'etica protestante potrebbe essere descritta come una sorta di 'terza via', vicina all'etica secolare sotto il profilo del riconoscimento dell'autonomia individuale, ma etica cristiana a tutti gli effetti, nel modo di pensare e giustificare le scelte morali.

La maggior parte dell'etica medica protestante si è sviluppata quindi, secondo una linea che pone l'accento su un'idea della responsabilità umana derivante dalla libertà della coscienza³⁶. Caratteristica della bioetica cristiana, forse la principale, consiste nel porre la questione del senso di nozioni come quelle di vita, morte, sofferenza, malattia, cura, non adeguatamente problematizzate sia in una prospettiva secolare, che si occupa di questioni etiche, sotto un profilo giuridico e puramente formale, sia all'interno di una parte della stessa bioetica cristiana, perlopiù cattolica romana, troppo spesso ossessionata da questioni di stampo legalistico.

5. Alcune riflessioni etico-giuridiche. Conclusioni

Il rifiuto della terapia potrebbe portare alla morte per cause legate alla stessa patologia; la pratica eutanasica e il suicidio determinano, invece, la morte per cause estranee alla malattia e secondo modalità e tempi definiti e scelti volontariamente dal soggetto.

Il tema giuridico dell'eutanasia può essere affrontato solo tenendo ben presente i principi personalistici della vita umana e quello della sua dignità. Il pensiero religioso colloca la dignità umana in un contesto metafisico e rispetta gli esseri umani per le loro proprietà ontologiche e universali, derivanti dall'appartenenza alla specie umana. Il pensiero laico parte, invece, dalla distinzione tra proprietà biologiche e personali e assume che un essere umano non possa essere considerato persona, o non ancora o non più, sino a quando non sia provvisto/abbia perso le proprietà della vita relazionale. Quest'ultima impostazione condivide totalmente l'idea che la persona umana sia dotata di dignità ma considera la stessa l'espressione di quanto vi è di autonomo e irripetibile, cioè delle capacità personali di valutazione e scelta morale. Si potrebbe dire che il diritto di una persona a essere trattato con dignità è il diritto al riconoscimento dei propri reali interessi critici delle proprie caratteristiche e del proprio status morale³⁷.

Per quanto riguarda l'eutanasia passiva consensuale si osserva che la scelta di sottoporsi o meno alle cure è un diritto di libertà della persona; il diritto di lasciarsi morire non coincide, secondo la dottrina

³⁶ L. SAVARINO, *op.cit.*, p. 99.

³⁷ R. DWORKIN, *I diritti presi sul serio*, Bologna, 1982.

prevalente, con il diritto di morire, ma si tratta del più limitato diritto di non curarsi. Pertanto la libertà di disporre della propria vita è riconosciuta solo nel caso in cui la morte segua a un processo causale estraneo alla volontà del soggetto e rispetto al quale si ammette il diritto di non resistere. La liceità della eutanasia passiva consensuale trova dunque fondamento nel riconoscimento che, «essendo svolta nell'interesse del paziente, l'attività terapeutica può essere da questi rifiutata (*voluntas aegroti suprema lex*); la malattia farà allora il suo corso e per il diritto la morte sarà opera della natura»³⁸. Corollario della concezione personalistica è il tema dell'indisponibilità della vita umana che non ha soltanto una matrice religiosa. Al principio dell'indisponibilità della vita umana *manu alius* sono collegati quattro fondamentali principi: salvaguardia della vita e salute; della dignità; dell'eguaglianza e del consenso. Molto interessante è il profilo della *pietas* che funge da limite invalicabile per la configurabilità di una fattispecie penalisticamente rilevante. È chiaro che la stessa può sussistere solo in presenza di determinate e tassative situazioni di fatto che partono dall'irreversibilità dell'evento morte, dall'esistenza di dolori, dall'autentico movente altruistico. Occorre naturalmente individuare con certezza l'esistenza del consenso validamente prestato dal soggetto. L'atto di volontà deve essere reale, personale, informato/consapevole, autentico, valido. Si discute sull'attualità dello stesso, basti pensare alle dichiarazioni preventive di rifiuto di accanimento terapeutico. L'eutanasia potrebbe rientrare nel *genus* dei delitti di pietà. La scienza giuridica «ha sempre impostato e tentato di risolvere il problema non sul piano dell'antigiuridicità oggettiva, dell'offensività del fatto, che restano, ma su quello della colpevolezza»³⁹.

Le posizioni etiche operano una distinzione tra sofferenze fisiche, morali; se debbano interessare una patologia mortale o anche solo gravemente menomativa della vita del soggetto. La scuola positiva affrontando il tema del suicidio-omicidio e della relativa imputabilità dell'autore dell'omicidio compiuto con il consenso della vittima affermava che «il diritto, all'infuori di quei primi ed elementari caratteri fondamentali, è un complesso di fenomeni e di manifestazioni individuali e sociali, che varia nel tempo e nello spazio ... secondo la legge di evoluzione, che vale per tutti i fenomeni naturali, sia dell'ordine fisico dell'evoluzione dell'ordine morale»⁴⁰. Da questo deriva il valore relativo tra diritti innati e acquisiti. L'impostazione giuridica classica negava agli uomini il diritto di uccidersi come rispetto di una superiore etica morale; la scuola positiva si chiedeva se la società potesse rivendicare un diritto sull'esistenza degli individui⁴¹. Tentava di studiare il delitto come fatto naturale e solo successivamente giuridico e quindi non disgiunto dal soggetto che compie l'azione, riflettendo sul problema dell'imputabilità. Il problema in ambito penale investe il delicato tema della finalità sociale dello stesso che si persegue in una duplice forma: per alcuni diritti imponendone il rispetto, indipendentemente dalla volontà del titolare dello stesso per altri garantendone la semplice disponibilità il che vuol dire che soltanto quando la sua volontà è contrastata dall'azione di terzi si configura il reato.

³⁸ F. GIUNTA, *Diritto di morire e diritto penale. I termini di una relazione problematica*, in *Riv. it. dir. proc. pen.*, 1997, p. 74 ss. Dello stesso a. cfr. anche, *Eutanasia pietosa e trapianti quali atti di disposizione della vita e del proprio corpo*, in *Dir. pen. proc.*, 1999, p. 403 ss.; M.B. MAGRO, *Eutanasia e diritto penale*, Torino, 2001.

³⁹ F. MANTOVANI, voce *Eutanasia*, in *Digesto Disc. Pen.*, IV, Torino, 1990, in particol. p. 430.

⁴⁰ E. FERRI, *L'omicidio-suicidio. Responsabilità giuridica*, Torino, 1883, in particol. p. 8.

⁴¹ E. FERRI, *L'omicidio-suicidio ...*, cit., sottolinea che la società ha il «diritto di esigere da lui il rispetto dei diritti sociali, com'essa ha il dovere di rispettare i diritti individuali, nei limiti reciproci della necessità; ma la società non ha diritto di imporre all'uomo l'obbligo giuridico di esistere o di rimanere in essa» (p. 17).

È stato sottolineato nel concetto di eutanasia la mancata configurazione di una fattispecie criminosa poiché il termine «contiene l'indicazione del fatto obiettivo della morte buona e in un primo tempo valse a definire soltanto una azione di indubbia liceità, compiuta dai medici per alleviare il dolore dell'agonia. Ciò non era causare la morte già in atto, ma darle una forma non dolorosa»⁴². La pratica medica conosce forme di intervento, denominate eutanasia, attuate su pazienti moribondi, in preda a fortissime sofferenze, con l'ausilio di prodotti analgesici e anestetici: in tali ipotesi non c'è configurazione di fattispecie penalmente rilevanti. L'eutanasia *pietosa* «manca nel nostro ordinamento di una normativa specifica: di una normativa cioè che prenda in considerazione espressamente il fenomeno, tenendo conto delle circostanze e dei moventi eutanasi»⁴³. Di conseguenza essa ricadrebbe nella regolamentazione di norme generali; di fattispecie non legate alle peculiarità del fenomeno ma a esigenze di tutela ritagliate su fenomenologie criminologiche sensibilmente diverse. Attualmente dottrina e legislazioni condannano l'eutanasia nella quasi totalità. In passato la dottrina penalistica anche italiana aveva, tuttavia, tentato di escluderne la punibilità associandola al reato compiuto per legittima difesa o in stato di necessità⁴⁴.

La concettualizzazione della stessa – che può partire dal dato pregiuridico, etico – deve, tuttavia, essere correttamente inquadrata nell'ambito del diritto penale. Gli elementi che ne caratterizzano la struttura giuridica si collocano nell'ambito dei diritti di libertà e soprattutto della libera disposizione di sé, espressa con un consenso pieno e consapevole. A ciò occorre sommare l'individuazione esatta dei soggetti attivo/passivo (paziente/medico-struttura sanitaria) e la definizione precisa della condotta eutanasi. Soltanto la valutazione di tutti questi aspetti -singolarmente ed unitariamente considerati – potrà fornire utili strumenti per arrivare ad una sua depenalizzazione⁴⁵.

Più complessa è la valutazione di pratiche mediche in grado di abbreviare la vita, nel confine indelimitato tra aiutare *nel* morire e *a* morire. Le terapie a fine antidolorifico sono sempre assolutamente lecite anche se prevedono tra i possibili effetti collaterali la possibile morte del paziente e, come detto, accettate anche dalle moderne dottrine religiose. È evidentemente diversa l'ipotesi di chi, sia pure mosso da nobilissimi intenti di *pietas*, predispone attività/pratiche atte a causare direttamente la morte del soggetto. I moderni codici penali prevedono la configurazione di fattispecie criminose per tutte le attività eutanasi: suicidio, aiuto al suicidio, omicidio del consenziente e omicidio comune. Nell'ipotesi della morte procurata per pietà alcuni ordinamenti prevedono il solo riconoscimento delle attenuanti, per l'omicidio del consenziente vi è invece un'espressa previsione penale.

In base alla teoria soggettiva del concorso la partecipazione a un evento che di per sé non costituisce reato – come il suicidio - non è soggetta a punibilità. La figura giuridica penale normalmente utilizzata è quella dell'omicidio del consenziente dal momento che si considera il motivo pietistico che spinge

⁴² M. MANFREDINI, *Eutanasia*, in *Dizionario di Criminologia*, I, Milano, 1943, p. 338.

⁴³ F. GIUNTA, *Diritto di Morire...*, cit. p. 77. Sulla inadeguatezza della normativa vigente: F. STELLA, *Il problema giuridico dell'eutanasia: l'interruzione e l'abbandono delle cure mediche*, in *Riv. it. med. Leg.*, 1984, p. 1008; F. TABANELLI, *Eutanasia attiva e passiva: opportunità di una riconsiderazione delle disposizioni del codice penale in materia*, in *Critica pen.*, 1989, p. 48 ss.

⁴⁴ Su tali posizioni G. DEL VECCHIO, *Morte benefica. L'eutanasia*, Torino, 1928, F. GRISPIGNI, *Il consenso dell'offeso*, Roma, 1924.

⁴⁵ Cfr. il ben articolato saggio di M.J. PAREJO GUZMAN, *Rivendicazione dell'autonomia del malato: l'esercizio del diritto alla libera disposizione*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, www.statoeChiese.it, ottobre 2010.

l'agente all'azione prevalente rispetto alla richiesta del soggetto. Se l'elemento della *pietas* è considerato comunemente alla base della commissione dell'azione non è mai considerato "non punibile". Si può sottolineare il diverso livello di responsabilità dell'agente ma mai escluderla *in toto*. Si tenta di evitare l'utilizzazione delle categorie della tipicità e della anti giuridicità per concentrare l'attenzione sul solo concetto di colpevolezza. Da un lato si sottolinea il principio generale di indisponibilità della vita e dell'integrità personale; dall'altro si afferma che «la laicità dello Stato non consente di vietare una condotta *contra se* per le sue valenze culturali, etiche o per le stesse finalità dell'agente; per quanto biasimevoli, esse appartengono al foro interno della persona e alla sua insindacabilità. Ne segue che l'autoaggressione o è vietata in ragione delle precise e prevalenti istanze solidaristiche, o è destinata a restare lecita, ancorché espressione dell'escrabiile esaltazione di una singola individualità»⁴⁶. In base al principio di autodeterminazione dell'individuo si è affermato che nella eutanasia attiva su soggetto consenziente «entra in gioco la volontà di riappropriarsi della morte, prevedendola, gestendola razionalmente, organizzandola amministrativamente»⁴⁷; l'eutanasia assumerebbe la valenza di un "suicidio razionale"⁴⁸.

Nell'ambito giuridico la legalizzazione dell'eutanasia supera la barriera concettuale della *morte pietosa*, quello che viene attualmente definito accanimento terapeutico e sul quale l'opinione pubblica, anche religiosamente orientata, è ormai sostanzialmente in accordo. La sospensione dei trattamenti, a differenza dell'eutanasia attiva, concede lo spazio per azioni di cura appropriate e proporzionate, che rispondono all'imperativo categorico prescritto dall'alleanza tra medico e paziente, e tra sani e malati, che si riassume nella massima *Never abandon care*. Azioni che non si propongono di mantenere in vita il paziente, ma di non abbandonarlo di fronte alla morte e di non escluderlo dalla comunità umana, e che rispondono all'obbligo non solo cristiano, ma eticamente necessario, della carità. Nel prendersi cura dei malati terminali, in definitiva, omettiamo ciò che *prima* era doveroso, ma iniziamo positivamente a fare ciò che *ora* è doveroso: essere umanamente vicini al morente. È importante sottolineare che anche all'interno di strutture giuridiche secolari tali questioni non dovrebbero essere risolte sulla base di meri criteri pragmatici, legati *inter alia* alla disponibilità di strumenti finanziari, nel quadro di una riflessione sull'allocatione delle risorse sanitarie di stampo utilitaristico, ma anche sulla base di una discussione etica di carattere deontologico.

Per l'etica medica tradizionale, è assodato che i mezzi ordinari sono sempre obbligatori, e che astenersi dall'applicarli equivarrebbe a eutanasia. Ma il vero problema è se, e quando, i mezzi ordinari diventano straordinari, e dunque facoltativi, nell'ottica di un'etica dell'*only caring* per i morenti. In realtà, la distinzione tra ordinario e straordinario, sotto il profilo etico, va individualizzata, in maniera tale da definire una misura come ordinaria o come straordinaria non attraverso indicatori scientifici, ma in relazione alla più ampia totalità di vita del singolo paziente. La definizione standard di mezzi straordinari conduce a definirli come trattamenti che non apportano alcuna ragionevole speranza di un beneficio per il paziente: occorre un giudizio frutto di un bilanciamento di fattori di tipo diverso,

⁴⁶ Cfr. F. GIUNTA, *Diritto di Morire...*, cit.; S. AMATI, *Il consenso dell'avente diritto, con riferimento all'omicidio del consenziente: problematiche attuali relative alla pratica dell'eutanasia*, in <http://www.diritto.it/materiali/penale/amati.html>.

⁴⁷ F. D'AGOSTINO, *Bioetica. Nella prospettiva della filosofia del diritto*, Torino 1998, in particol. p. 235.

⁴⁸ M. MORI, *Su alcuni problemi concernenti l'eutanasia*, in *Transizione*, 3, 1985, in particol. p. 86.

sia medici, sia più propriamente umani. La distinzione tra mezzi ordinari e straordinari si riassume innanzitutto, ma non esclusivamente, nel determinare, sotto un profilo medico, se il processo del morire è iniziato in maniera irreversibile: in quel momento le misure ordinarie diventano straordinarie.

L'etica dell'*only caring*, lascito della morale medica tradizionale e principale filone della riflessione occidentale, è attaccata da due estremi opposti che a una più attenta analisi si rivelano coincidenti. Da un lato, coloro che ritengono che non sia mai lecito interrompere una misura di sostegno vitale, dall'altro coloro che sostengono che non solo sia lecito, ma, soprattutto, che non sia moralmente differente dalla sospensione, o non attivazione, dei trattamenti, porre attivamente fine alla vita di un paziente terminale. In entrambi i casi, l'etica del prendersi (solo) cura dei morenti è equiparata all'eutanasia, che in un caso si rifiuta, nell'altro si sostiene. La posizione laica si ispira a due principi, il primo è quello dell'*autonomia*. Ogni individuo ha pari dignità e non devono esservi autorità superiori che possono arrogarsi il diritto di scegliere per lui in tutte quelle questioni che riguardano la sua salute e la sua vita. Il secondo principio è quello di garantire il *rispetto* delle convinzioni religiose/etiche dei singoli individui.

Utilizzando gli strumenti metodologici della filosofia utilitaristica potremmo dire che un'azione è moralmente giusta se aiuta ad aumentare la felicità nel mondo o ne diminuisce l'infelicità: in tal senso, uccidendo un paziente incurabile si potrebbe diminuire la quantità di infelicità e, logicamente, questa azione sarebbe moralmente *giusta*. Tuttavia, molti filosofi considerano tali principi utilitaristici inaccettabili perché pensano che la promozione della felicità o infelicità non è l'unica cosa importante nella vita delle persone. Si potrebbe adottare un più ampio concetto di *benessere* individuale: invece di parlare di felicità, che può provocare incomprensioni, si potrebbe strutturare un discorso sulla massimizzazione degli interessi. Si può quindi riformulare il concetto iniziale: se un'azione promuove gli interessi di tutte le persone coinvolte, allora è moralmente accettabile. Così, l'eutanasia, promuovendo talvolta interessi delle persone coinvolte, può essere considerata moralmente accettabile. La filosofia morale di Kant è considerata la migliore alternativa alla dottrina dell'utilitarismo: i suoi principi affermano che dobbiamo comportarci come vogliamo che ogni popolo dovrebbe fare verso di noi. Pertanto, l'unico principio morale supremo, l'imperativo categorico, afferma "agisci soltanto secondo quella massima che vuoi che divenga una legge universale".

La distinzione tra il piano della morale e quello della fede, la separazione tra l'ambito dei principi e la situazione concreta, così come, nell'ambito dell'etica medica propriamente detta, la distinzione tra uccidere e lasciar morire, e il tentativo di ricondurre il problema dell'eutanasia alla questione della liceità del suicidio, sono tutti snodi che evidenziano la complessità del dibattito, ancora da elaborare e sviluppare. Sarebbe forse opportuno riappropriarsi dei valori tipici della cultura greca, per cui si distingueva tra *scienza* (epistémè) con cui si dirime il vero dal falso, e *saggezza* (phrónesis) con cui si distingue il bene dal male. Aristotele sottolineava in tal senso che «nel campo delle azioni e di ciò che è utile non c'è nulla di stabile, come nel campo della salute. Non c'è infatti una legge generale per i casi particolari, perché essi non rientrano in nessuna conoscenza tecnica e in nessuna regola fissa, ma spetta sempre a chi agisce tener conto di ciò che è opportuno, come avviene nell'arte della medicina»⁴⁹.

⁴⁹ ARISTOTELE, *Etica a Nicomaco*, Libro II, 2, 1104a, 4-10.