



Germana Carobene

(ricercatore di Diritto ecclesiastico e canonico nell'Università degli Studi di Napoli Federico II, Dipartimento di Scienze Politiche)

Sul dibattito scientifico e religioso in tema di "fine vita": accanimento terapeutico, stato vegetativo ed eutanasia *

SOMMARIO: 1. Il problema dell'eutanasia e il diritto alla salute - 2. Profilo medico-scientifico: definizione di morte, stato vegetativo; 3. Posizioni dottrinarie della Chiesa Cattolica - 4. Etica protestante - 5. Considerazioni conclusive.

1. Il problema dell'eutanasia e il diritto alla salute

Il recente intervento del Consiglio di Stato sul caso Englaro¹ ha riproposto le problematiche giuridiche legate all'eutanasia, e in particolare se al diritto di un soggetto di interrompere una terapia sanitaria - con la consapevolezza di andare incontro alla morte - corrisponda un obbligo, da

* Contributo sottoposto a valutazione.

¹ Il Consiglio di Stato, con sentenza 04460 del 2014 (in <http://www.biodiritto.org/index.php/item/529-cds-englaro>) ha respinto il ricorso presentato dalla Regione Lombardia avverso la sentenza di annullamento (T.A.R. Lombardia, sent. 214 del 2009) del provvedimento della Regione con il quale la Direzione Generale Sanità aveva negato la possibilità di accesso a una struttura regionale per ottenere il distacco del sondino nasogastrico che alimentava e idratava artificialmente Eluana Englaro. Il distacco era stato autorizzato dalla Corte d'Appello di Milano (decreto 9 luglio 2008) nel giudizio di rinvio disposto dalla Corte di Cassazione (sent. n. 21748 del 2007). Sul caso Englaro cfr. tra gli altri: **G. DI COSIMO**, *La Cassazione fra coscienza e incoscienza*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, Rivista telematica (www.statoechiese.it), aprile 2009; **F. MANTOVANI**, *Caso Eluana Englaro e inquietudini giuridiche*, in *Iustitia*, 2009, n. 1, pag. 7-11. Notevole la bibliografia sul concetto di eutanasia che ha interessato studiosi di diverse discipline: cfr. *inter alia* **AA. VV.**, *Il diritto alla fine della vita*, a cura di **A. D'ALOIA**, Univ. di Parma, ESI, 2012; **M. PALMARO**, *Eutanasia: diritto o delitto? Il conflitto tra i principi di autonomia e di indisponibilità della vita umana*, Giappichelli Torino, 2012; **AA. VV.**, *Saggi sull'eutanasia*, a cura di F. Botti, Giappichelli, Torino 2011; **A. FUCCILLO**, *Giustizia e Religione. L'agire religioso nella giurisprudenza civile*, Giappichelli, Torino, 2009, in particul. p. 281 ss.; e i più datati **AA. VV.**, *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica della morte*, II, a cura di M. Gensabella Furnari, Rubettino, Soveria Mannelli, 2003; **G. DALLA TORRE**, *Bioetica e diritto*, Giappichelli, Torino 1993, **R. ELEFANTE**, *Medical futility. Profili etico-deontologici e giuridici*, Dante & Descartes, Napoli, 2008.



parte delle strutture pubbliche, di assecondare tale sua scelta. Nel caso *de quo* è stato chiaramente stabilito che il diritto all'autodeterminazione del paziente, volto alla sospensione della nutrizione e idratazione artificiale, deve essere rispettato anche dalle strutture sanitarie che lo ospitano². La sentenza si orienta, dunque, delineando un nuovo concetto di 'cura', non più semplicisticamente collegata a un tradizionale principio di 'beneficialità', autoritativamente imposto, sottolineando che la libertà di scelta terapeutica non incontra nessun limite, pur se dalla stessa consegua il sacrificio del bene della vita.

Anche la nostra giurisprudenza, quindi, dopo un lungo e articolato percorso, sembrerebbe essere pervenuta all'affermazione del moderno principio dell'*alleanza terapeutica*, snodo decisivo sul piano culturale prima ancora che giuridico, poiché riporta l'attenzione sul singolo paziente, la sua volontà, il suo consenso informato³: 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 del rapporto medico-paziente, ma che sia, contemporaneamente, 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; quello che nella cultura scientifica anglosassone viene definito il *cure and care*.

Il riconoscimento del diritto all'autodeterminazione comporta, quindi, un corrispettivo obbligo, da parte dell'amministrazione sanitaria, di attivarsi affinché lo stesso possa essere concretamente esercitato, non potendovi contrapporre una propria nozione di prestazione sanitaria, né subordinare il ricovero del malato alla sola accettazione delle cure, nella nuova accezione di contratto di ospedalità e responsabilità da contratto sociale. Nel caso *de quo* è stato correttamente sottolineato che la nozione statica di salute, legata a una dimensione oggettiva e fissa del benessere

² Così come sancito, nel caso Englaro dalla sentenza della Cass., sez. I., 16 ottobre 2007, n. 21748 (in http://www.aduc.it/generale/files/allegati/cassazione_englaro.pdf).

³ Nella sentenza n. 438 del 2008 la Corte costituzionale ha ben sottolineato, al riguardo, che il consenso informato, che legittima il trattamento medico, abbia fra l'altro la "funzione di sintesi" proprio tra autodeterminazione e salute, in http://www.bios-bios.it/wp-content/uploads/2010/01/pronuncia_438_2008.pdf. 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).



psicofisico, deve essere superata rispetto a una concezione soggettiva e dinamica del concreto contenuto del diritto alla salute⁴. Tale approccio ermeneutico consente di centrare l'attenzione sul perseguimento del benessere del soggetto, cui consegue il diritto di accettare o rifiutare i trattamenti sanitari, anche se tale scelta può portare a risultati irreversibili. Il diritto alla salute, oltre a essere un diritto assoluto e inviolabile, efficace *erga omnes* e, in particolare, nei riguardi del medico, è anche un diritto soggettivo pubblico, sociale. Ha una natura che la nostra giurisprudenza ha definito 'ancipite': una forte valenza privatistica (in quanto massima e inviolabile espressione della personalità individuale), ma anche una innegabile connotazione pubblicistica, perché può e deve trovare la necessaria attuazione all'interno del servizio sanitario⁵.

Si delinea così una nuova dimensione della salute non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, 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. Esso, come tutti i diritti di libertà, implica la tutela del suo risvolto negativo: il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di rifiutare la cura, di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire. L'Amministrazione sanitaria ha, quindi, l'obbligo *positivo* di accettare anche un paziente che rifiuti le cure o le prestazioni sanitarie. Tale ultima decisione sembra rappresentare dunque, un punto fermo nella strutturazione giuridica del 'fine vita', nella necessità del bilanciamento dei differenti diritti, aventi come baricentro unico l'interesse/benessere – diritto assoluto - del paziente.

Non è, quindi, attualmente più proponibile una regressione a quel paternalismo medico e a quel 'dovere di cura' che la Corte Costituzionale ha inteso superare, nell'attuazione dei principi costituzionali, sin dal 2007⁶. Tale problematica, com'è noto, non è nuova nel nostro tessuto sociale e ha

⁴ Cfr. la *Convenzione sui diritti umani e la biomedicina* (o Convenzione di Oviedo) la quale è il primo trattato internazionale sulla bioetica, firmato il 4 aprile 1997 (in italiano in <http://conventions.coe.int/treaty/ita/treaties/html/164.htm>). L'attenzione su un 'nuovo' concetto di salute era già stata affermata nel Protocollo di *Costituzione dell'OMS*, 22 luglio 1946: "stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale della persona, e non soltanto l'assenza di malattia" (<http://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf>).

⁵ Tali affermazioni, ribadite dalla esaminata sentenza del Consiglio di Stato del 2014 erano già state sottolineate dal TAR n. 214 del 2009 (in <http://www.olir.it/documenti/index.php?documento=4888>).

⁶ Cfr. Cass., sez. I, 16 ottobre 2007, cit.



portato ad analoghe considerazioni, nel caso del rifiuto alle emotrasfusioni per i Testimoni di Geova per i quali sembrava ormai pacificamente ammessa la libertà di scelta purché si trattasse di soggetti maggiorenni, capaci di intendere e di volere, debitamente informati dal personale medico, dei rischi, anche mortali, che tale scelta può comportare. È stato, infatti, correttamente sottolineato che

«il conflitto tra [i] due beni – entrambi costituzionalmente tutelati – della salute e della libertà di coscienza non può essere risolto sic et simpliciter a favore del primo, sicché ogni ipotesi di emotrasfusione obbligatoria diverrebbe per ciò solo illegittima perché in violazione delle norme costituzionali sulla libertà di coscienza e della incoercibilità dei trattamenti sanitari individuali (così, un rifiuto “autentico” della emotrasfusione da parte del Testimone di Geova capace – avendo, in base al principio personalistico, ogni individuo il diritto di scegliere tra salvezza del corpo e salvezza dell’anima – esclude che qualsiasi autorità statale – legislativa, amministrativa, giudiziaria – possa imporre tale trattamento: il medico deve fermarsi)»⁷.

Anche simili, condivisibili e ben argomentate considerazioni hanno, tuttavia, portato a pronunce giurisprudenziali contraddittorie e confuse imponendo la necessità di una chiara – e attuale - dichiarazione da parte del paziente (ipotesi chiaramente non attuabile nel caso, ad esempio, di incidente automobilistico). In un recente intervento in sede di Appello è stato sottolineato, sempre su tale tema, che se il soggetto manifesta un consapevole “dissenso” al trattamento medico, non può essere “obbligato” a sottostarvi e l’art. 54 c.p. si arresta per un suo limite normativo implicito innanzi all’esercizio di un diritto fondamentale dell’individuo, costituzionalmente tutelato. Se si dovesse, erroneamente, ritenere che dallo stato di necessità discenda un potere per il medico di intervenire sul paziente contro la sua lucida e informata volontà, ne deriverebbe che una norma di rango secondario derogherebbe ai principi costituzionali dell’autodeterminazione, della libertà personale e religiosa. La tutela del bene della vita non può giustificare, alla luce del dettato costituzionale, la limitazione del diritto di autodeterminazione del paziente circa le cure cui sottoporsi. È stato, inoltre, sottolineato, in altro intervento, che “non esiste nel nostro ordinamento giuridico nessun bene vita, inteso ‘come un’entità esterna all’uomo, che possa imporsi ... anche contro e a dispetto della

⁷ Cfr. Cass., sez. III, 15 settembre 2008, n. 23676 (in <http://www.altalex.com/index.php?idnot=43127>), nei limiti della responsabilità professionale medica.



volontà dell'uomo' ma esiste invece il bene di vivere da uomo libero con la propria identità e dignità"⁸.

Alla base di questo dilemma c'è, in un'ultima analisi, l'erronea interpretazione del proprio ruolo, ancorato evidentemente all'idea sbagliata che il medico sia il *dominus* della salute del paziente e che debba fare tutto quanto reputi necessario nell'interesse di questi. Vi è 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) valgano universalmente come beni superiori, secondo una personalissima quanto limitata scala di valori, in cui peraltro non si tiene conto della salute, intesa come benessere psichico dell'individuo, e della vita, intesa 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, assistito anche dal punto di vista medico in tali sue scelte.

La mancata definizione della problematica si rende evidente nelle difficoltà di risoluzione pratica di eventi improvvisi tali da porre in conflitto il diritto di autodeterminazione, in assenza di una legislazione chiara che sia capace, da un lato, di tutelare il diritto alla salute dei pazienti (inteso non meramente nell'accezione clinica) e dall'altro i sanitari (nel timore di essere incriminati qualora non tutelino la vita dei pazienti)⁹. Questo può portare all'assurda contraddizione di accogliere la richiesta di archiviazione formulata dalla Procura - disattendendo contestualmente l'opposizione della persona offesa - in ordine al procedimento aperto nei confronti di due medici per i delitti di lesioni personali colpose, violenza privata e stato di incapacità procurato mediante violenza, in relazione all'emotrasfusione praticata a un paziente, Testimone di Geova, che pure aveva reiteratamente espresso, nei giorni precedenti in piena lucidità, il proprio dissenso rispetto a tale intervento¹⁰. In tale ultimo procedimento

⁸ Cfr. App. Milano, decreto 25 giugno 2008 n. 88 (in <http://www.bios-bios.it/novita/trasfusione-coatta-su-testimone-di-geova-app-milano-i-sez-civ-19-agosto-2011-n-23592011/>) in particolare p. 27. Per uno sguardo generale su tale tematica cfr. C. **CAPOLUPO**, *Il rifiuto dei trattamenti sanitari per motivi religiosi. Il caso dei Testimoni di Geova*, in *Diritto&Diritti* (<http://www.diritto.it/docs/36755-il-rifiuto-dei-trattamenti-sanitari-per-motivi-religiosi-il-caso-dei-testimoni-di-geova>).

⁹ Cfr. App. Milano, sez. I, 19 agosto 2011, n. 2359/201 (in http://www.bios-bios.it/wp-content/uploads/2011/12/AA_022573_resource1_orig.pdf).

¹⁰ Ordinanza del 15 gennaio 2013 dell'Ufficio per le indagini preliminari di Torino (in <http://www.penalecontemporaneo.it/upload/1369124069Ord%20archiviazione%20Torino%2015%2001%2013.pdf>). I sanitari nel caso *de quo* avevano ricevuto dalla Procura di Torino



si è affrontato, per la prima volta, il problema di una responsabilità penale per il personale medico che effettui un intervento in presenza di un chiaro e lucido dissenso del paziente. Il problema è tuttavia, come nel caso de quo, l'individuazione della categoria di reato per cui, in assenza di una norma si è preferito assolvere i sanitari, pur considerando l'erroneità di tale loro decisione¹¹.

2 - Profilo medico-scientifico: definizione di morte, stato vegetativo

È del tutto evidente che il differente approccio al tema determina delle profonde differenze per una sua soluzione. Il profilo medico-scientifico concentra maggiormente la sua attenzione sulla salute del soggetto e sull'irreversibilità della malattia. Dal punto di vista giuridico occorre prestare una particolare attenzione per evitare arbitri o vuoti legislativi che possano portare, da un lato, a imporre la prosecuzione di trattamenti anche contro la volontà dei pazienti ma, dall'altro, a pericolose devianze verso un'eutanasia eugenetica. In Italia è garantita la cosiddetta libertà di cura e terapia attraverso gli articoli 13 e 32 della Costituzione: nessuna persona capace di intendere e di volere può essere costretta a un trattamento sanitario anche se indispensabile alla sua sopravvivenza. Anche da un punto di vista etico la rinuncia a un intervento necessario si

un'erronea ma autorevole assicurazione scritta circa la liceità della pratica emotrasfusionale, nonostante il dissenso del paziente, in presenza di un pericolo di vita per il paziente medesimo ("a fronte del pericolo grave e imminente per la vita segnalato ... può fondatamente ritenersi sussistente lo stato di necessità che nel nostro ordinamento giuridico consente di effettuare le cure necessarie a salvaguardare la vita sia pure in presenza di opposizione da parte dell'interessato (che non è titolare del diritto di libera disposizione del proprio corpo se questa determina atti contrastanti con la salute, integrità e vita dello stesso").

¹¹ Si osserva, tuttavia, come "la situazione potrebbe presto mutare, se - come appare verosimile - i principi affermati nel provvedimento venissero avallati da altre pronunce, in particolare della Suprema Corte, che traggano le logiche implicazioni da quanto già affermato dalla giurisprudenza di legittimità nel caso *Giulini* e nella storica sentenza sul caso di Eluana Englaro (Cass., sez. I civ., 16 ottobre 2007). Se così dovesse avvenire, anche la via stretta dell'errore inevitabile sulla legge penale *ex art. 5 c.p.* diverrebbe impraticabile, e anche al diritto all'autodeterminazione terapeutica dei testimoni di Geova italiani verrebbe così finalmente riconosciuta piena tutela da parte dell'ordinamento penale": **F. VIGANÒ**, *Emotrasfusione nonostante il dissenso del paziente testimone di Geova: assolti i medici per errore inevitabile sulla legge penale* (in http://www.penalecontemporaneo.it/materia/-/-/2176-emotrasfusione_nonostante_il_dissenso_del_paziente_testimone_di_geova_assolti_i_medici_per_errone_inevitabile_sulla_legge_penale).



potrebbe configurare come suicidio e non come eutanasia¹². Il rifiuto della terapia potrebbe portare alla morte per cause legate alla stessa patologia, la pratica eutanastica determina, invece, la morte per cause estranee alla malattia e secondo modalità e tempi definiti e scelti volontariamente dal soggetto.

Il problema dell'eutanasia, particolarmente sentito negli ultimi anni, stenta tuttavia ancora a imporsi come questione essenzialmente giuridica. 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 a identiche variabili: 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 variabili individuali e ambientali. L'incertezza dei segni è legata all'impossibilità per la scienza medica di proporre soluzioni universalmente valide, dati i continui progressi scientifici.

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.

L'attuale dibattito scientifico sul 'fine vita' parte – deve partire – necessariamente dal concetto di morte del paziente, di stato vegetativo¹³ tenendo conto delle modifiche dello stesso concetto di morte. L'evoluzione scientifica degli ultimi sessant'anni - e la possibilità del trapianto degli organi – hanno, infatti, imposto di distinguere il momento a partire dal quale è possibile procedere all'espanto degli organi, senza provocare o

¹² Allo stato attuale della nostra legislazione l'eutanasia attiva è equiparata all'omicidio volontario (art. 575 c.p.); in caso di consenso del malato si configura la fattispecie prevista dall'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente); anche il suicidio assistito è un reato, *ex art.* 580 c.p.

¹³ 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. Se in passato si preferiva distinguere tra stato vegetativo permanente e persistente attualmente si preferisce il ricorso al sintagma "sindrome di veglia arelazionale".



affrettare la morte del paziente. Ma tale dibattito ha anche sollecitato la proponibilità di valutazioni eticamente responsabili imponendo, ad esempio, al medico la scelta del soggetto a cui effettuare un trapianto che, al di là del dato temporale, tenesse conto dell'età del paziente, del suo stato di salute: in sintesi della sua 'qualità'.

Sono stati quindi i dibattiti scientifici in tema di trapiantologia a imporre per la prima volta di centrare l'attenzione della comunità scientifica e del dibattito giuridico su due temi fondamentali: la definizione del concetto di morte e di qualità della vita (è infatti ovvio che il trapianto deve essere effettuato espiantando un organo vitale e l'impianto deve essere fatto su un soggetto con un presumibile buon livello di qualità della vita, preferendo uno giovane a uno anziano, uno sano a uno con altre patologie etc.). È noto, inoltre, come in alcuni Paesi, alcune tecniche mediche (come il non avvio o la sospensione di trattamenti di sostegno vitale, l'uso di farmaci analgesici o sedativi, di terapia del dolore) possono, in via collaterale, abbreviare la vita, così come la decisione di non ricorrere alla rianimazione in caso di arresto cardiaco: queste ipotesi sono ricondotte alle fattispecie giuridiche dell'accanimento terapeutico e dell'eutanasia passiva, più facilmente accettabili.

Alla fine degli anni '50 del secolo scorso la definizione tradizionale di morte era ancora strettamente collegata alla cessazione del battito cardiaco. A partire dalla metà degli anni '60 il dibattito sul concetto di morte si è intensificato, coinvolgendo non solo la comunità medica ma estendendosi anche alle riflessioni dei giuristi, bioeticisti e alcuni religiosi: soprattutto cattolici, protestanti ed ebrei. Il punto di partenza è rappresentato da un *Report of the Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School* del 1968¹⁴, quindi non un documento legislativo ma scientifico, che ha assunto il valore di punto di riferimento sul tema, proponendo di considerare la morte cerebrale come un nuovo tipo di morte e utilizzando per la prima volta l'espressione di *brain death*. La necessità di un intervento da parte della comunità scientifica fu sicuramente sollecitata da un noto episodio di cronaca: il primo trapianto di cuore, a opera di Barnard nel 1967. Di fronte alla necessità di dover prelevare un cuore che ancora batteva (e quindi, tecnicamente, vivo), condizione imprescindibile per poter effettuare il trapianto, si poneva la necessità di ridefinire il concetto di morte, così come classicamente strutturato. I primi interventi per il trapianto degli organi, dunque, legati alla necessità di un'azione in tempi

¹⁴ *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.



strettamente limitati, (per evitare danni all'organo da espianare e tali da non rendere inutile l'operazione), hanno sollecitato la necessità dell'espianato prima della cessazione dell'attività cardiaca, prima quindi che potesse essere legalmente dichiarata, in passato, la morte del paziente, chiaramente in ipotesi di c.d. coma dépassé¹⁵.

Il concetto di morte cerebrale e il trapianto degli organi hanno avuto, quindi, un'evoluzione parallela e inscindibile. Solo il passaggio legale dal concetto di morte legato alla cessazione del battito cardiaco a quello collegato alle attività del cervello ha potuto consentire la possibilità giuridica del trapianto degli organi, altrimenti le équipes chirurgiche avrebbero potuto essere accusate di omicidio, come in effetti si è verificato in qualche ipotesi giudiziaria¹⁶.

Se l'evoluzione in ambito medico ha consentito di porre un punto fermo per la definizione e l'accertamento della morte cerebrale, consentendo la possibilità di trapianti di organi vitali, anche con l'accettazione di tali nuove categorie di morte da parte delle gerarchie ecclesiastiche, più complesso è stato, ed è ancora, il problema della qualificazione della 'fine della vita', quanto meno di una vita umana 'dignitosa'. Nel caso Englaro, ad esempio, il problema, come sottolineato dalla Cassazione nel 2007, era legato al lungo arco temporale di persistenza dello stato vegetativo, durato più di diciassette anni, e alla irreversibilità accertata dello stesso.

Molti problemi - scientifici prima ancora che giuridici - sono, infatti, ancora legati alla diagnosi dello stato vegetativo, 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, ma sono naturalmente valutazioni effettuabili

¹⁵ All'inizio degli anni 70 i neurologi francesi Mollaret e Goulon definirono il coma dépassé, una condizione al di là del coma in cui un paziente poteva ricevere ossigeno, con un ventilatore meccanico, ma non poteva tornare a vivere: **H.R. DOYLE**, *Reinventare la morte: dal coma dépassé ai criteri dell'Harvard Ad Hoc Committee*, in *Passaggi. Storia ed evoluzione del concetto di morte cerebrale*, a cura di I. Marino, H.R. Doyle, G. Boniolo, Il pensiero Scientifico ed., Roma, 2012, in particolare pp. 44-45.

¹⁶ Attualmente si preferisce fare riferimento ai criteri fissati nel 1976 dal Royal Colleges and Faculties of the United Kingdom e fare riferimento, per definire l'irreversibilità del danno funzionale-cerebrale alla zona corticale, sotto corticale cerebrale e quella del tronco encefalico: cfr. *Conference of Medical Royal Colleges and Their Faculties in the United Kingdom. Diagnosis of Death*, in *British Medical Journal*, 1979, p. 332 ss. Ma anche *Conference of Medical Royal Colleges and Their Faculties in the United Kingdom. Criteria for the diagnosis of brainstem death*, in *Journal of the Royal College of Physicians of London*, 1995, pp. 381-382.



solo *ex post*. 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 cure può determinare la sopravvivenza dell'individuo anche per moltissimi anni: è il c.d. SV, stato vegetativo. Il President's Council on Bioethics ha affrontato da ultimo il problema nel 2008, proponendo la sostituzione del termine di morte cerebrale con l'espressione *total brain failure* (insufficienza cerebrale totale)¹⁷.

In ambito medico si definisce un soggetto cosciente in presenza di due elementi: vigilanza e consapevolezza¹⁸. Il problema è tuttavia molto delicato e complesso data la possibilità che molti processi cognitivi, anche di tipo complesso, si svolgano nel cervello in assenza di coscienza: basti pensare alle attività automatiche. La morte encefalica costituisce una situazione non naturale creata dalla possibilità di ventilazione artificiale in soggetti con lesioni cerebrali così estese e irreversibili da causare la distruzione totale dell'encefalo. Se la morte fosse legata all'arresto cardiaco ci troveremo di fronte a 'esseri eterni' perché mantenuti in vita attraverso la ventilazione meccanica e supporti artificiali. In realtà la distruzione cerebrale ha già provocato la morte che si concretizzerà con l'arresto cardiocircolatorio nel momento dell'assenza del supporto ventilatorio.

Sin dall'inizio degli anni '70 la comunità scientifica ha sollecitato il dibattito sulle problematiche legate ai risvolti morali della diagnosi di 'stato vegetativo'¹⁹. 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 a oltranza esseri non più dotati di coscienza/vita mentale.

Una valutazione dovrebbe correttamente includere anche l'analisi di altri fattori concomitanti che riguardano essenzialmente l'interesse e il benessere di tali soggetti. Ed è su questo delicatissimo tema che si sviluppa l'analisi giuridica sulla nutrizione di tali pazienti, come nel caso Englaro, la cui sospensione può essere, sempre secondo il disposto della

¹⁷ The President's Council on Bioethics. Controversies in the determination of death. A White Paper by the President's Council of Bioethics, Washington, DC, 2008 (in www.bioethics.gov e in <https://bioethicsarchive.georgetown.edu/pcbe/reports/death/>). Molteplici sono i casi giudiziari che hanno dato luogo a controversie in USA: cfr. sent della Corte Suprema USA, 1990, caso Cruzan, ma anche la sentenza della House of Lords britannica sul caso Bland del 1993.

¹⁸ Sul concetto di coscienza si veda la definizione nel glossario redatto dal Ministero della Salute, cit.

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



Cassazione del 2007, consentita solo sulla base di un'esplicita dichiarazione di volontà (del paziente o ricostruita dai suoi familiari).

3 - Posizioni dottrinarie della Chiesa Cattolica

Anche 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 XII²⁰ 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 umano²¹. Nel 2006 la stessa ha ribadito nuovamente che la "morte cerebrale è la morte dell'individuo"²².

Giovanni Paolo II, ha affermato che la "cessazione totale e 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"²³. Tali

²⁰ 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 anestesiologia, 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, Orizzonte Medico, 1959. Cfr. anche **M. CANONICO**, *Eutanasia e testamento biologico nel magistero della Chiesa cattolica*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., maggio 2009.

²¹ Pubblicato in *Scripta Varia*, 83, XXVIII-209, Vatican City, 1992

²² *The Signs of death*, Working Group, 11-12 sept. 2006, Vatican City, 2007. Cfr. anche **AA. VV.**, *I papi e la scienza nell'epoca contemporanea*, Pontificia Accademia delle Scienze, a cura di M. Sanchez-Sorondo, Jaca Book, Milano, 2009.

²³ Giovanni Paolo II, *Discorso al XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti*, 29 agosto 2000, in <http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/it/speeches/2000/jul-sep/documents/>



aperture alle nuove determinazioni del concetto di morte, elaborate dalla comunità scientifica e fondamentali all'accettazione giuridica dei trapianti, sono state quindi accettate 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 della legge divina: "non uccidere".

Tale condanna è stata ribadita, con una chiara presa di posizione nel documento, *Dichiarazione sull'eutanasia*, elaborato dalla Sacra Congregazione per la Dottrina della fede, firmato nel 1980 dall'allora cardinale J. Ratzinger, e 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

[hf_jp-ii_spe_20000829_transplants.html](#). In altra occasione ha sottolineato che «dal punto di vista clinico l'unica maniera corretta – e 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 spira in stato di incoscienza» (Discorso del 24 novembre 1957, in AAS, 49, 1957, 1031).



dignità umana. L'unico intervento umano ammissibile è quello volto ad alleviare il dolore e a 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”²⁴.

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, un trattamento sproporzionato o sperimentale, mentre non è altrettanto lecito rifiutare arbitrariamente un trattamento proporzionato. La questione che si pone, tuttavia, è se tale proporzionalità debba essere intesa in senso medico, teologico o in riferimento al giudizio del paziente sulla propria qualità di vita, come sembrerebbe doversi intendere anche dall'analisi di tale documento. Se intesa 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 a interpretazioni ambigue.

Altro documento fondamentale è rappresentato dall'Enciclica *Evangelium Vitae* che, partendo dai passi biblici che condannano la

²⁴ 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 il recente **D.P. SULLMASY**, “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.



soppressione della vita, prende 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”²⁵.

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 eccezionali²⁶. Fondamentale in tal senso la duplice affermazione di apertura dell'Istruzione *Dignitas personae*, del 2008, la quale ha sottolineato che alla vita umana deve essere

²⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 25 marzo 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*, Bruno Mondadori, 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).

²⁶ Congregazione per la Dottrina della Fede, *Risposte a quesiti della Conferenza Episcopale statunitense circa l'alimentazione e l'idratazione artificiali*, 1 agosto 2007, in http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_it.html.



riconosciuta dignità e valore assoluto e che 'persona' va considerato ogni essere umano dal concepimento alla morte naturale²⁷. A distanza di vent'anni sono stati così ripresi e approfonditi i temi fondamentali già affrontati nella *Donum vitae* del 1987²⁸.

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.

4. Etica protestante

L'etica protestante tenta, invece, di superare la predicazione della legge, priva di compassione, di evitare la negazione puramente astratta e

²⁷ 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*, Vita e pensiero, Milano, 1999; **D. TETTAMANZI**, *Nuova bioetica cristiana*, Casale Monferrato, Piemme, 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, infatti, le nozioni di nascita e morte sarebbero essere diventate un prodotto "culturale" piuttosto che "naturale", ovvero sarebbero condizionate, nella loro definizione, dall'evoluzione scientifica e tecnologica. 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, Quaderni del Dipartimento di scienze giuridiche, 2008, pp. 3-4.

²⁸ Anche nell'ambito della bioetica cattolica romana esistono manifestazioni di dissenso: cfr. **AA. VV.**, *Artificial Nutrition and Hydration. The New Catholic Debate*, Ch. 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).



ritrovare la capacità di annunciare la grazia del «ti è possibile»²⁹. 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 accettata che è la dimensione etica e religiosa a costituire un dato pregiuridico 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, che ha una consolidata tradizione nel nostro Paese, pur non negando il valore cristiano della vita come dono di Dio, è possibilista verso l'uomo. 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 1998³⁰, 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 le sofferenze. 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.

²⁹ Cfr. L. SAVARINO, *Bioetica cristiana e società secolare. Una lettura protestante delle questioni del fine vita*, Claudiana, Torino, 2012, in particolare p. 58 ss.

³⁰ 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.



Nell'etica cattolica romana, a fondamento del comandamento «Non uccidere» si trova un'idea di persona creata a immagine e somiglianza di Dio, idea 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 Ramsey³¹, 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 a una nozione di origine biblica, quella del *patto (covenant)* stipulato tra Dio e l'uomo cui si collegano i diversi *covenant* 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"³². È fondamentale la relazione *tra* medico e paziente e 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.

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 ed 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

³¹ P. RAMESEY, *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.

³² L. SAVARINO, *Bioetica cristiana*, cit., p. 87.



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 coscienza³³. È interessante, inoltre, sottolineare il timore che "ambiguità ed equivoci ... possono sorgere quando si tende a enfatizzare l'autonomia del paziente fino quasi ad annullare la dissimmetria con il medico curante. La dissimmetria nella relazione è un fatto ineliminabile e deve essere assunto consapevolmente, e quanto più lo sarà, tanto più sarà a beneficio di una vera e non presunta autonomia del paziente"³⁴.

5. Considerazioni conclusive

Un discorso giuridicamente funzionale a un riconoscimento/legalizzazione dell'eutanasia deve necessariamente tener conto della molteplicità dei piani, filosofico, scientifico e giuridico che si intersecano in tale delicatissimo settore. Occorre preliminarmente sottolineare che nel concetto di 'fine vita' non può essere scientificamente incluso lo SV; che l'eutanasia rappresenta la possibilità di una libera scelta di un soggetto di porre fine alla propria esistenza non come conseguenza della propria malattia. È un concetto profondamente diverso dal rifiuto delle cure, giuridicamente previsto e tutelato dalla nostra carta costituzionale; è diverso anche dalla sospensione dell'idratazione e alimentazione assistita, così come dalla terapia del dolore. Quest'ultima è definibile come una modalità di morte, sempre della propria malattia, decidendo solo di alleviarne le fasi dolorose. Concettualmente diversi sono ancora la sospensione del trattamento terapeutico, più assimilabile a un suicidio, e l'accanimento terapeutico.

³³ L. SAVARINO, *Bioetica cristiana*, cit., p. 99.

³⁴ Cfr. il Documento n.12 "Direttive anticipate- Procreazione" della Commissione della Tavola Valdese per i problemi posti dalla scienza: Commissione bioetica, Milano, 24 luglio 2007, p. 2 (in http://www.chiesavaldese.org/documents/documento_12.pdf).



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. L'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 che scelgono di avvalersi della scelta eutanasica, omettiamo ciò che *prima* era doveroso, ma iniziamo positivamente a fare ciò che *ora* è doveroso: essere umanamente vicini al morente che sceglie, liberamente come e quando morire, in maniera indipendente dalla sua malattia.

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'allocazione 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 potestativi, nell'ottica di un'etica dell'*only caring* dei pazienti. 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 medici, 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, non solo medico, per il paziente. Da questo punto di vista non esiste alcuna differenza sostenibile tra la nutrizione artificiale e misure di altro tipo: occorre piuttosto un giudizio frutto di un bilanciamento di fattori di tipo diverso, 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. È tuttavia evidente la difficoltà di attuazione pratica di tali principi dal momento che, come abbiamo



sottolineato, la morte, legata al rifiuto della terapia, si può sviluppare come un processo dalla lunghezza e dagli esiti incerti e che in tale settore i progressi della scienza potrebbero sovvertire, in un brevissimo arco temporale, le conoscenze tradizionali.

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, sostenendo la scelta eutanasi di 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. Utilizzando questa versione del principio utilitaristico, si può dunque riformulare il concetto iniziale: se un'azione promuove gli interessi di tutte le persone coinvolte, allora è considerata moralmente accettabile. Così, l'eutanasi, promuovendo talvolta gli 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'.

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 stanno alla base.

È interessante sottolineare, in ultima analisi, che il nuovo Codice di Deontologia Medica del 2014³⁵ sostiene che il medico

“tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita” (art. 16).

Laddove è ovvio che l'avverbio 'fondatamente', non assume in alcun modo un valore filosofico o religioso, ma è legato alla prassi e all'esperienza scientifica e funge soltanto da limite alla 'proporzionalità delle cure'. Nel successivo art. 17 - Atti finalizzati a provocare la morte³⁶ – si sancisce che “il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”. E ancora all'art. 39 si sottolinea che “il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza”. In ambito medico si prescinde, dunque, da qualsiasi diritto del paziente, così come previsti dall'art. 32 della nostra Costituzione. Ciò evidenzia che il dibattito sulla 'proporzionalità delle cure' e sull'eutanasia presenta un importante risvolto etico, collegato alla responsabilità del sanitario e al principio di una reale 'alleanza terapeutica' medico-paziente.

La concettualizzazione delle teorie sul 'fine vita' – che può partire dal dato pregiudiziale, etico – deve, tuttavia, essere correttamente inquadrata nell'ambito del diritto. 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

³⁵ In http://ceom-ecmo.eu/sites/default/files/documents/codice_di_deontologia_medica_2014.pdf.

³⁶ Tale titolo ha sostituito quello di eutanasia contenuto nell'omologo articolo del Codice Deontologico del 2006.



aspetti -singolarmente e unitariamente considerati – potrà fornire utili strumenti per arrivare a un suo corretto inquadramento giuridico³⁷.

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.

³⁷ Cfr. il ben articolato saggio di **M.J. PAREJO GUZMÁN**, *Rivendicazione dell'autonomia del malato: l'esercizio del diritto alla libera disposizione*, in *Stato, Chiese e pluralismo confessionale*, cit., ottobre 2010.