

Carlo Casalone S.I. *

La richiesta di morte tra cultura e medicina

Per un discernimento etico

Con crescente frequenza nella nostra società viene posta una «domanda di morte», come soluzione a patologie terminali gravi e dolorose. Tale domanda è vivacemente discussa, anche in vista di possibili risposte giuridiche. Per impostare correttamente il problema occorre anzitutto riconoscere come **il significato del desiderio e della richiesta di morire**, nonché il valore della soluzione che loro si fornisce, siano differenti a seconda delle circostanze in cui vengono espressi, del soggetto che li comunica, della situazione clinica della persona a cui essi si riferiscono. Un conto è la richiesta di sospendere una terapia sproporzionata da parte di un malato in fase terminale e altro conto è la domanda sociale di uccidere bambini malformati o anziani, alimentata magari da pressioni eugenetiche o economiche più o meno velate. Abbiamo illustrato queste differenze in un precedente articolo ¹, riflettendo sui termini con cui si parla delle diverse azioni che possono essere poste alla fine della vita e dei criteri che aiutano a interpretarle correttamente. È così emerso come non sia sufficiente descrivere la materialità esteriore delle azioni, le circostanze in cui si realizzano e le conseguenze che ne derivano. Come in ogni valutazione etica, è infatti indispensabile considerare anche i significati e i valori intesi da colui che agisce, nonché gli atteggiamenti di fondo che nel comportamento trovano espressione.

Nel presente articolo vogliamo esaminare alcuni fattori culturali che costituiscono il retroterra su cui si basa la «domanda di morte» e sui quali si fa leva per legittimarne l'accoglimento. Si tratta di un *humus* composito, in cui si mescolano presupposti assai diffusi nella mentalità contemporanea e tendenze specifiche della nostra cultura occidentale che favoriscono visioni dell'uomo riduttive. Occorre un **ascolto attento** e paziente di questi presupposti per giungere a un discernimento e a una valutazione critica. Senza di che, le risposte

* di «Aggiornamenti Sociali».

¹ Cfr CASALONE C., «La medicina di fronte alla morte», in *Aggiornamenti Sociali*, 7-8 (2002) 547-558, dove vengono anche riferite le posizioni del Magistero della Chiesa cattolica. Cfr in proposito anche SORGE B., «Eutanasia: atto d'amore o delitto?», in *Aggiornamenti Sociali*, 7-8 (2000) 540-546.

che si cerca di dare alla emergente domanda di eutanasia saranno solo in apparenza risolutive e rischieranno invece di occultare, se non addirittura di rinforzare, le cause profonde che la generano.

1. Logica del progresso medico: dalla lotta contro il limite alla sua produzione

Un primo gruppo di ragioni che favorisce la domanda di eutanasia è connesso alla dinamica propria del progresso biomedico, in quanto processo tecnico-scientifico: il potere medico si amplia e tende a mettere sotto **controllo** tutto l'arco dell'esistenza, dall'inizio alla fine. Questa dinamica viene portata all'estremo nel caso dell'accanimento terapeutico e dell'eutanasia: due fenomeni che, pur in apparenza opposti, risultano invece essere, ad un esame più attento, sintomi di una identica logica. Infatti entrambi mirano a evitare il confronto con l'ora della morte, ritardandola ostinatamente o anticipandola volontariamente²: tentano di dominarla e, nello stesso tempo, confessano l'impossibilità di affrontarla.

Certo il progresso della medicina ha consentito di curare meglio, o perfino di sconfiggere, molte malattie. Questo però non può nascondere le sue ambiguità. Per esempio, le tecniche di rianimazione producono situazioni un tempo inimmaginabili: se da una parte consentono di superare, nel momento dell'urgenza, patologie in passato mortali, d'altra parte possono dare luogo a situazioni assai problematiche. Per di più la medicina tende a considerare il corpo in una prospettiva meccanicistica e oggettivante, trascurandone le risonanze soggettivamente vissute, le dimensioni simbolica e relazionale. Il corpo diventa un meccanismo di cui prolungare il funzionamento. La malattia e la morte diventano un dato biologico, la cui unica realtà è quella misurabile dagli strumenti. In questo contesto, la domanda di eutanasia rimane imprigionata in una **logica contraddittoria**: se da una parte è un modo per sottrarsi alle situazioni estreme generate dalla moderna medicina, d'altra parte chiede a questa stessa medicina di intervenire tecnicamente per produrre la morte. Il limite della finitezza umana viene così trasformato in risultato prodotto artificialmente³.

Inoltre, assecondare una tale richiesta conduce a esiti paradossali per la stessa professione medica, poiché ne **capovolge il senso**. La sua vocazione genuina consiste, infatti, nel prendersi cura della persona malata in modo qualificato, attraverso conoscenze e pratiche specifiche, a partire da un atteggiamento di prossimità, che trova espressione nei gesti dell'assistenza e della terapia. Ma questo atteggiamento non si ritrova più nell'allungare arbitrariamente o nel sopprimere intenzionalmente la vita del paziente. Come altri sistemi sociali contemporanei, anche il sistema medico sembra raggiungere un punto estremo in cui av-

² Cfr MALHERBE J.-F., *Pour une éthique de la médecine*, CIACO, Bruxelles 1990, 188-195; ALICI L., «La morte e il tempo», in BRENA G. L. (ed.), *Il tempo della morte*, Gregoriana Libreria Editrice, Padova 1996, 34 s.; CHIODI M., «La morte occultata», in ANGELINI G. et al., *La bioetica. Questione civile e problemi teorici sottesi*, Glossa, Milano 1998, 128-132.

³ Cfr SCHOCKENHOFF E., *Etica della vita. Un compendio teologico*, Queriniana, Brescia 1997, 347.

viene una sorta di capovolgimento che lo snatura: nato per curare la vita e arrivato al culmine della potenza fino alla «perfezione totale» — cioè a un controllo sulla vita che si vuole esaustivo — raggiunge la sua «imperfezione totale», cioè si riduce a infliggere la morte⁴.

Conferire poi al medico la possibilità di praticare l'eutanasia rischia di aggravare la **sfiducia** che sempre più si respira nella relazione tra medico e paziente, di cui il dispositivo del consenso informato costituisce un incerto correttivo. Come affidarsi a un professionista di cui non è più indubitabile l'impegno univoco e stabile a sostegno della vita umana, anche nei momenti di insicurezza e di sconforto del malato? Si introduce un sospetto che risulta assai dannoso alla figura del medico. Del resto, trasferire l'incarico ad altre figure non migliora certo la situazione.

Nel tentativo di curare tutto con gli strumenti che le sono propri, combattendo la morte ed eliminando il dolore, la medicina sembra offrire una risposta alle attese di salvezza o di benessere oltre ogni ansia. Quando però inevitabilmente si imbatte in sofferenze e angosce, come avviene nel caso di malattie inguaribili, la medicina si trova a corto di strumenti per suggerire come attraversarle e come scoprirne un significato. Ci si accorge allora che **salute e salvezza non coincidono**, ma non si escogita una soluzione soddisfacente per articolarne la differenza: la soppressione dei disagi sembra sovrapporsi alla soppressione della vita che ne è portatrice. Nessuna risorsa di significato è disponibile per assumerli diversamente: «la risposta della medicina moderna alla morte è consistita nel dire [...] che il problema non è nel trovare un significato della morte, ma nel vincerla. La morte non va compresa, va combattuta»⁵.

L'eutanasia quindi rinforza quella logica di **espropriazione** degli eventi fondamentali della vita umana che frequentemente si contesta a una medicina troppo tecnica e intrusiva. Il paradosso dell'eutanasia, uguale e contraria all'accanimento terapeutico, è di confermare quelle condizioni da cui cerca di evadere: sopprime la possibilità di confrontarsi in modo significativo, anche se sofferto, con la finitezza costitutiva della condizione dell'uomo, ostacolando quel passaggio che trasforma la morte da fatto biologico, ineluttabile e solamente subito, in atto umano che conferisce un significato personale e compiuto alla propria biografia⁶.

2. La sofferenza tra dolore e desiderio

La medicalizzazione globale induce inoltre una particolare **visione del dolore**. In quanto percezione che ha origine nella componente biologica dell'uomo, esso diventa un'esperienza, sempre negativa, da affrontare sul piano tecnico e da eliminare a tutti i costi. Il che è senza dubbio un bene sotto molti

⁴ Cfr BAUDRILLARD J., *Lo scambio simbolico e la morte*, Feltrinelli, Milano 2002, 14 (ed. orig. 1976).

⁵ CALLAHAN D., *False hopes*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey 1999, 144 (trad. italiana: *La medicina impossibile*, Baldini e Castoldi, Milano 2000); cfr anche CATTORINI P., *La morte offesa*, EDB, Bologna 1996, 29.

⁶ Cfr CATTORINI P., *La morte offesa*, cit., 65.

aspetti, poiché ha contribuito a superare atteggiamenti che si compiacevano ambiguamente del dolore, legittimandolo come se Dio lo infliggesse, secondo un'immagine di Dio negativa — quale giudice vendicativo o quale despota capriccioso e sadico —, di cui ci si è giustamente liberati.

a) Superato il dolorismo, si affaccia una nuova assolutizzazione del dolore

Ma nel superare questa impostazione si rischia di buttare via, insieme all'acqua sporca, anche il bambino, qualora si dimentichi la necessità di un **orizzonte più ampio** per poter elaborare e interpretare l'inevitabile esperienza del dolore. Ci sembra importante non oscurare definitivamente un tale orizzonte, ma piuttosto ricercarne una configurazione che renda conto in modo più convincente dell'esperienza che effettivamente viviamo nella nostra esistenza. Questo è un compito che la cultura ha sempre svolto, impegnandosi a trovare ragioni per cui il dolore potesse essere sofferto, linguaggi per esprimerlo ed elaborarlo, ritualità per condividerlo ⁷.

A meno di tanto, il dolore rischia di diventare un'esperienza scollegata da altri aspetti della vita. Separato dal senso con cui le percezioni e i sintomi, anche della malattia, vengono vissuti e sofferti, sarà assolutizzato e ingigantito, reso intollerabile: la reazione immediata sarà allora di sopprimerlo senza interrogarlo. Un atteggiamento che è stato definito «analgésico» ⁸. Più in generale potremmo chiamarlo «anestetico»: ottundere e stordire la sensibilità per **evitare ogni esperienza di disagio** e di tensione, procurata da situazioni di mancanza o di perdita.

Ora, questa esperienza è propria del vivente, a partire dal piano biologico: sia le specie sia il singolo organismo sviluppano la loro identità attraverso un processo di continua distruzione e rigenerazione. Ciò indica che non si mantiene la propria identità se non rischiandola e in parte perdendola, cioè facendo continuamente i conti con la realtà del limite e della **mancanza** ⁹. Se dal piano biologico ci trasferiamo al piano esistenziale, l'esperienza della mancanza rinvia alla grande tematica del desiderio, di cui è elemento centrale.

b) Mancanza e desiderio

Se guardiamo al nostro desiderio, ci rendiamo conto che si tratta di un'esperienza articolata ¹⁰. Vi ritroviamo almeno due componenti. La prima consiste nell'elementare **affermazione** della propria esistenza. È una sorta di volontà di essere al mondo, uno slancio positivo che ci spinge a trovare il nostro «posto al sole».

⁷ Cfr NATOLI S., *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*, Feltrinelli, Milano 1995.

⁸ CATTORINI P., «Tra resistenza e accettazione: indicazioni etiche per superare accanimento vitalistico ed eutanasia», in BENCIO LINI P. - VIAFORA C. (edd.), *Etica e cure palliative. La fase terminale*, CIC edizioni internazionali, Roma 1998, 80. Cfr anche il numero monografico della rivista *L'Arco di Giano*, 28 (2001), *Il dolore: semplicità dell'evento, complessità del fenomeno*.

⁹ Cfr FAGOT-LARGEAULT A., «Vie et mort», in CANTO-SPERBER M. (ed.), *Dictionnaire d'éthique et de philosophie morale*, PUF, Paris 2001 (3^a ed.), 1680.

¹⁰ Cfr ANGELINI G., «Il senso orientato al sapere», in COLOMBO G. (ed.), *L'evidenza e la fede*, Glossa, Milano 1988, 413 s.; VASSE D., *Le temps du désir. Essai sur le corps et la parole*, Seuil, Paris 1997 (ed. orig. 1969).

La seconda componente è invece **di segno negativo**. È un'esperienza, appunto, di mancanza e di difetto, da cui scaturisce una tensione verso ciò che l'io non è o non ha (ancora). Questo è uno dei volti della sofferenza e del patire, a cui siamo necessariamente confrontati. Nel movimento verso ciò da cui si sente attratto, il soggetto è comunque sostenuto dalla fiducia, più o meno consapevole, di poter colmare questa carenza.

A un esame più attento, in questo versante negativo si può riconoscere un duplice aspetto, con riferimento al tipo di «obiettivo» cui tende il desiderio. Infatti i nostri desideri ci mobilitano anzitutto verso beni che possiamo conseguire come **risultato del nostro agire**. È attraverso una progettazione operativa che otteniamo quel «di più» di essere o di avere che insaziabilmente cerchiamo.

Tuttavia, quando raggiungiamo il risultato e cerchiamo di possederlo fino in fondo, ci rendiamo conto che l'appagamento è solo momentaneo. La parzialità e transitorietà della soddisfazione delle nostre aspirazioni rinvia, da una parte, a una strutturale incompiutezza dell'essere umano e, dall'altra, a un luogo in cui il desiderio possa trovare davvero compimento. Il fatto che le cose da cui speravamo di essere appagati si mostrino incapaci di soddisfare stabilmente le nostre aspirazioni mostra la loro **natura simbolica**. Esse sono cioè segnate da una strutturale insufficienza e vanno quindi interpretate come segni che rimandano ad altro, a un luogo in cui il desiderare trovi soddisfazione.

Questo luogo non ha le caratteristiche di un oggetto, concreto e materiale, ma consiste piuttosto in una vita buona completamente realizzata. Non può essere progettato e prodotto dalle nostre energie: non è sulla traiettoria dei nostri sforzi e delle nostre azioni, non è il risultato materiale delle nostre mani. Infatti, l'*escalation* solo tecnica e quantitativa in cui spesso si crede di poter trovare soddisfazione riceve dalla realtà drammatiche smentite. Questo luogo dà segni di sé solo in quegli indizi parziali, appunto simbolici, di cui unicamente abbiamo diretta esperienza. Scopriamo così come ciò che profondamente cerchiamo consista nell'**incontro con un altro essere personale**, a sua volta portatore di desideri, con cui si instaura una relazione di reciprocità.

Per andare oltre la strumentalizzazione o il possesso, una tale relazione deve essere rispettosa della **differenza**. Il che sempre comporta, sul piano vissuto, di sperimentare e di sostenere una **mancanza**, segno di un limite da assumere: in caso contrario infatti la diversità verrà annullata. Da qui scaturisce una gioia che non è prodotto del nostro fare, ma dono da accogliere con sorpresa e gratitudine. Si dischiude così un nuovo orizzonte di significato, in cui anche gli effetti materiali della nostra azione sono illuminati da una nuova luce.

L'esperienza del limite e della mancanza, quindi, scava e approfondisce il nostro desiderare, impedendo che si appiattisca sul solo livello produttivo e tecnico. Essa segnala una distanza tra quello che l'azione può ottenere e l'appagamento compiuto del desiderare. Quest'ultimo però, in quanto si realizza nella relazione interpersonale, è sempre attraversato dal limite della differenza e in

questo senso non elide mai la mancanza. Pertanto, rendersi insensibili o «anestetizzati» all'esperienza di incompletezza — come ad es. nell'analgesia automatica e acritica di ogni esperienza di dolore — significa **misconoscere la complessità del desiderare**, precludersi la possibilità di una sua autentica manifestazione e quindi del suo compimento. In questa linea, la stessa ricerca di significato delle esperienze fondamentali della vita verrà dichiarata priva di senso. In particolare, come spesso capita in medicina, si rischia di impedire l'ascolto del sintomo fisico su quel piano simbolico che è proprio della parola e della comunicazione interpersonale ¹¹.

c) Dal dolore alla sofferenza

La sofferenza, in quanto **risonanza interiore negativa** dell'esperienza del male e del limite, ha una portata più ampia del dolore: sia perché il male è non solo fisico, ma anche sociale ed esistenziale, sia perché essa dipende dall'orizzonte di significato in cui viene vissuta. Nella realizzazione di un progetto e nella motivata fiducia in una promessa di senso della vita, le diverse forme di mancanza e di patimento trovano un significato e vengono affrontate con coraggio. I volontari che accorrono per prestare servizio in occasione di una catastrofe naturale, sopportano meno faticosamente disagi e dolori, anche fisici, in quanto li sostengono meglio, li «soffrono» meno. Questo vale per ogni impresa affrontata in nome di una causa o di una persona amata.

Non a caso nella nostra società l'**intolleranza del limite e del dolore** va di pari passo con una **caduta del desiderio**, che sembra sfibrato e frammentato da proposte immediatamente disponibili e consumabili. Entrambi risentono dell'offuscarsi di un orizzonte in cui poter essere interpretati. Il dolore viene allora percepito come diretta e radicale contraddizione con la vita. La logica conseguenza sarà quindi non tanto di impegnarsi in una ricerca personale e culturale, per rintracciare un senso oltre la contraddizione, ma piuttosto di sopprimere la vita sofferente per rimuovere il dolore che non si sa come altrimenti elaborare.

Le **cure palliative** hanno da questo punto di vista un grande significato, poiché continuano non solo a trattare il dolore, ma soprattutto ad assistere l'ammalato, ad accompagnarlo nelle fasi terminali della sua esistenza, a favorire relazioni significative. Esse affermano così che esiste una differenza tra incurabile e inguaribile. La presenza e la competenza del personale curante comunicano come la vita della persona in condizioni terminali continui ad avere valore anche in situazione di sofferenza. Il loro obiettivo non è quindi solo l'analgesia, ma la ricerca condivisa di ragioni di speranza e di bene, di cui la prossimità e la premura di chi non abbandona l'ammalato alla sua solitudine sono testimonianza ¹².

¹¹ Cfr VASSE D., *Le poids du réel, la souffrance*, Seuil, Paris 1983, 46; ISRAËL L., *L'hystérique, le sexe et le médecin*, Masson, Paris 1992, 245; CALLAHAN D., *False hopes*, cit., 168-170.

¹² Cfr COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Roma 1995, 4.

3. Nozione di vita e principio di autodeterminazione

Anche la nozione di vita viene influenzata dalla prospettiva medica. La medicina favorisce infatti una comprensione positivista e riduttiva della vita, intesa come **ciò che è studiato dalla biologia**: una realtà quantificabile, misurabile e in un certo senso graduabile. Rispetto ad essa l'uomo si troverebbe in una posizione esterna e neutrale, da cui potrebbe scegliere se gli conviene continuare a vivere oppure no, sulla base di un calcolo che confronta costi e benefici.

L'argomentazione con cui di solito si tenta di legittimare l'eutanasia assume proprio questa concezione della vita, che viene poi coniugata con una forte accentuazione — pur con diversa intensità a seconda delle posizioni — del principio di autonomia¹³, facendo apparire il presunto diritto di determinare la propria morte come estrema conseguenza del diritto di determinare la propria esistenza. Il valore della vita sarebbe variabile in funzione della sua efficienza nel raggiungere altri beni e altri fini, rispetto ai quali svolgerebbe il **ruolo di mezzo**. In base al raggiungimento, o meno, di questi obiettivi, si potrebbe distinguere tra una vita degna di essere vissuta e una che non sarebbe tale. Alla vita umana verrebbe attribuito un valore a partire da una valutazione esterna, cui sarebbe subordinato anche l'interdetto etico-giuridico «non uccidere».

Non solo l'eutanasia, ma anche l'accanimento terapeutico, esprimono una tale nozione della vita, quale assoluto possesso dell'individuo: entrambi sono sottesi da una identica **volontà di onnipotenza**, che abilita il soggetto a esercitare il controllo sul momento della morte in tutti gli aspetti tecnicamente possibili.

a) La vita precede la coscienza, il «tu» precede l'«io»

Ma una tale comprensione della vita non ci sembra sufficiente. Occorre prendere in conto l'esperienza che della vita fa la coscienza, a partire dal proprio radicamento nella corporeità vissuta. Emerge qui l'importanza, per una riflessione sulla morte, di non dimenticare il senso (dell'inizio) della vita e della **dimensione recettiva** della coscienza¹⁴. Noi ci troviamo infatti fin dall'inizio inseriti in un movimento che è prima e fuori di noi, cui accediamo attraverso esperienze originarie elementari (come il vedere, l'udire, il mangiare e il bere) e dal quale gradualmente emergiamo come esseri coscienti. La vita umana appare allora come segnata da un momento di passività: ci precede e ci sorprende, domandando di essere riconosciuta e accolta nel suo significato.

¹³ «Il male morale essenziale dell'omicidio non consiste nel togliere la vita a un individuo, ma nel toglierla senza il suo permesso. [...] *volenti non fit injuria*» (ENGELHARDT T. H., *Manuale di bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1999, 380). Cfr anche SINGER P., *Ripensare la vita*, Il Saggiatore, Milano 2000, 200; NERI D., *Eutanasia*, Laterza, Bari-Roma 1995, 119; per una presentazione critica delle diverse posizioni cfr REICHLIN M., *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002; CHIODI M., «Eutanasia e modelli teorici in bioetica», in *Teologia*, 23 (1998) 150-185.

¹⁴ Cfr ANGELINI G., «Corpo proprio e forma morale», in AA. VV., *L'io e il corpo*, Glossa, Milano 1997, 224 s.; ID., «La questione radicale: quale idea di vita?», in ID. et al., *La bioetica*, cit., 199-201.

Il fiume della vita in cui l'uomo si trova immerso è costituito sia dalla propria corporeità, sia da mediazioni culturali e relazionali. L'uomo si trova quindi da subito radicato in una vita dotata di **senso**, immediatamente percepibile attraverso la spontaneità emotiva, che lo precede e gli si presenta come affidabile e quindi degno di **con-senso**. «Venire al mondo» significa assumere e inserirsi consapevolmente in tale dinamica, prendendo posizione rispetto a essa. Questo è possibile solo grazie alla cura e all'amore di altri, che si rivolgono a ciascuno parlandogli come a un «tu», rendendolo così soggetto capace di dire «io»: la parola scambiata permette al soggetto di prendere distanza da quelle esperienze dalle quali originariamente non si distingue, imparando a disporre di sé nei confronti dell'altro, come è testimoniato dal poter accordare (o negare) il consenso o formulare una promessa.

In altri termini, noi siamo sempre e fin dall'inizio in relazione: la nostra vita si genera e si svolge grazie ad altri. Questo indica che ciascuno di noi non è un individuo isolato, che viene prima del suo rapporto con gli altri, impegnato a produrre da sé il senso con il proprio agire e a prescindere dalla relazione con l'altro uomo. Pertanto, pensare la **relazione intersoggettiva** come un'aggiunta successiva, in cui ciascuno decide arbitrariamente se gli conviene compromettersi oppure no, non sembra affatto rispettoso della condizione dell'uomo, della realtà del suo essere in vita e dell'effettivo svolgersi della sua parabola esistenziale.

b) Libertà e autonomia responsabile

La nostra vita non è quindi solo nostra, ma ne siamo responsabili anche nei confronti degli altri. Ne deriva che il principio di autonomia è importante, ma non assoluto. Se riflettiamo sullo statuto della nostra libertà — a partire da quanto detto sulla vita, sul suo inizio e sulla **originaria passività** della coscienza —, ci rendiamo conto che è anch'essa sempre situata e condizionata: non si è data origine da sé sola, ma trova nell'altro il suo punto di inizio (e di compimento). Comunque la si voglia designare, è quindi per tutti riconoscibile un'origine esterna a sé e sottratta al proprio controllo.

Nella tradizione della fede cristiana, questa alterità viene riconosciuta nella persona di Dio Padre, attraverso la mediazione simbolica dei genitori. Questa interpretazione dischiude un nuovo significato del limite dell'uomo. Egli è finito non in quanto mortale, ma in quanto creatura: «la sua finitudine è fondata su un altro e non su se stesso»¹⁵. Questo non accredita un'immagine di Dio in competizione con la libertà dell'uomo, ma anzi come suo fondamento: il punto non è che l'uomo prenderebbe con l'eutanasia una decisione sulla propria vita che sarebbe riservata a Dio, come spesso si afferma, da parte di commentatori anche autorevoli¹⁶. Infatti **Dio affida completamente la vita** e i beni della terra agli

¹⁵ PAGAZZI G. C., «L'idea di "vita" come questione cristologica», in DRISCOLL J. (ed.), *«Imaginer la théologie catholique»*, Studia Anselmiana, Roma 2000, 347. Nell'articolo si propone anche una lettura dell'evento di coscienza di Gesù in quanto Figlio, a partire da questa prospettiva.

¹⁶ Cfr GALIMBERTI U., «Il confine della vita davanti alla legge», in *la Repubblica*, 25 aprile 2002.

uomini perché li custodiscano e li coltivino. Il rispetto della creazione implica il rispetto della capacità inventiva della ragione, che della creazione è parte. Tanto è vero che l'uomo può sentirsi chiamato a offrire la propria vita per realizzare valori più elevati o per custodire altre vite. Nel caso dell'eutanasia la domanda è piuttosto se togliendo(si) la vita l'uomo compia ciò che è bene per sé e per gli altri, poiché la volontà di Dio consiste proprio nel dovere di compiere tale bene. A questa domanda la tradizione teologica cristiana risponde unanimemente che in nessun caso la tutela e la promozione del bene della persona è compatibile con la sua uccisione intenzionale e deliberata¹⁷. Quanto è stato detto sulla responsabilità della vita che ciascuno, in quanto essere relazionale e sociale, è chiamato a esercitare verso gli altri uomini, aiuta a rendere ragione di questa posizione.

In conclusione, l'assolutizzazione dell'autonomia conduce a un **esercizio contraddittorio della libertà**, che non tiene conto delle condizioni che permettono alla libertà stessa di emergere e di operare: essa è sempre situata e non autosufficiente. Un suo corretto esercizio richiede che si riconosca questo dato strutturale, pur diversamente interpretabile, che comporta un momento originario di passività e mette in luce limiti precisi. Pertanto, nessuno può chiamarsi fuori di sua iniziativa da una rete di relazioni sociali nella quale non si è introdotto di sua iniziativa¹⁸. Qui trova il suo limite il principio di autodeterminazione, che non ci sembra corretto comprendere, alla maniera dei sostenitori dell'eutanasia, come sinonimo di disponibilità della propria vita, solo sulla base dell'interesse proprio.

A questa obiezione teorica si aggiunge una considerazione di fatto sulla reale possibilità di esercizio dell'autodeterminazione. Nella nostra società, che enfatizza valori come l'efficienza e la capacità di essere attivi, è facile sentirsi di peso per gli altri quando si è passivi consumatori di risorse. In questo quadro si può mettere seriamente in dubbio che la richiesta di eutanasia sia una espressione dell'autonomia del soggetto. L'immagine che ciascuno si fa di sé dipende molto dal modo in cui gli altri lo vedono: la persona si sente ferita e umiliata davanti alla propria immagine, quando questa non corrisponde più a ciò che, in passato, le consentiva di essere apprezzata. Questo è particolarmente vero per le persone in situazione di difficoltà e di fragilità, come i malati in condizioni terminali. In queste condizioni sembra più pertinente parlare di **dipendenza dalle altrui aspettative** che di autodeterminazione. Le persone in questa situazione vanno tutelate e aiutate a sostenere davanti agli altri l'immagine di sé che rifiutano, e non confermate nella opinione distorta che la loro vita non abbia più valore.

4. Aspetti psicologici e fattore tempo

Per un discernimento etico, occorre considerare anche le modalità con cui la «domanda di morte» si presenta in pratica, in particolare la sua evoluzione

¹⁷ Cfr GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 25 marzo 1995, n. 65.

¹⁸ Cfr THÉVENOT X., *La bioetica*, Queriniana, Brescia 1990, 122 s.

nel tempo. Con frequenza tale **richiesta tende infatti a scomparire** quando il paziente si trova nella situazione concreta, come indicano studi empirici su questo argomento. Ne ricordiamo uno, recentemente pubblicato sull'autorevole rivista dell'Associazione medica americana, che ha coinvolto 988 pazienti in condizioni terminali. Se il 60,2% era favorevole all'eutanasia in teoria, solo il 10,6% la considerava come soluzione possibile per sé. Di questi ultimi, la metà ha diametralmente cambiato opinione nel giro di alcuni mesi. Di coloro che sono morti nel corso della ricerca, solo due hanno effettivamente chiesto di abbreviare la loro vita, e uno soltanto ha visto accolta la propria richiesta ¹⁹.

Del resto è ormai acquisito, grazie a ricerche psicologiche divenute classiche, che la persona che viene a sapere di essere colpita da una malattia inguaribile attraversa diverse fasi ²⁰. L'impatto della notizia provoca di solito una reazione di sgomento, di incredulità e di **rifiuto**. Sono molti i modi in cui si esprime questa iniziale rimozione: dal continuare come se nulla fosse successo al convincersi che si tratti di un errore diagnostico. Pian piano questo sentimento si trasforma in ribellione, che conduce la persona a essere aggressiva contro tutto e tutti: familiari, medici, Dio, magari ritenuto responsabile della propria situazione di sofferenza senza scampo. Progressivamente subentra il tentativo di **scendere a patti**: si ammette la gravità della malattia e si cerca di negoziare una dilazione del momento finale. Sperimentando l'inutilità di ogni tentativo di guarigione e l'impotenza di risolvere i problemi rimasti in sospeso, il malato può sprofondare in una oscura **depressione**. A questo contribuisce anche il previsto distacco dalle persone care. Finalmente, si approda a un atteggiamento di **accettazione** e di abbandono consenziente, che si accompagna a una crescente serenità nell'assumere il momento della morte o perfino nel desiderarlo. Del resto, nel modo in cui si vive la perdita finale convergono gli atteggiamenti coltivati lungo tutto il corso dell'esistenza e le elaborazioni effettuate, o mancate, in occasione dei molti addii e separazioni che hanno segnato la biografia di ciascuno ²¹. E anche ogni singola scelta modella l'atteggiamento che ciascuno ha di fronte alla morte. Ogni scelta concreta, infatti, anticipa la morte, in quanto comporta sempre — pur a diversi livelli di coinvolgimento — la disposizione dell'intero di se stessi ²².

Non tutti attraversano queste cinque fasi, né tutti giungono all'ultima. Peraltro si può verificare un andamento a spirale, in cui si ritorna a uno stadio che sembrava ormai superato, ma con una diversa intensità e profondità. Comunque sia, la progressione attraverso queste tappe è favorita da un clima di **comunicazione** profonda e rispettosa, in cui chi accompagna il malato è di-

¹⁹ Cfr EMANUEL E. J. et al., «Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers», in *Journal of the American Medical Association*, 284 (2000) 2460-2468 (<jama.ama-assn.org/issues/v284n19/abs/joc01512.html>).

²⁰ Cfr KÜBLER-ROSS E., *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 1982.

²¹ Cfr VIORST J., *Distacchi*, Frassinelli, Milano 2000.

²² Cfr CHIODI M., «La morte occultata», cit., 138; ANGELINI G., «La questione radicale», cit., 200.

sposto anzitutto ad ascoltare e poi a informare, calibrando i propri interventi sulle autentiche domande del morente e suscitando così le sue risorse interiori. Si tratta di impegnarsi in un itinerario che, come tutte le comunicazioni autentiche — fatte di parola, ma anche di sguardo vigile e di presenza discreta —, attraversa difficoltà e sorprese, momenti di distanza e di incomprensione, ma anche di accoglienza e di inaspettate intuizioni ²³.

In questo itinerario spesso emerge come la richiesta di eutanasia sia espressione transitoria di un processo incompiuto di elaborazione o della paura di essere abbandonati alla propria **solitudine** nel momento della sofferenza. Solo permettendo che la vera domanda si faccia strada e sia espressa, sarà possibile offrire una adeguata risposta.

5. Il cedimento della diga

Oltre che dalle dinamiche psicologiche, la domanda di morire è influenzata anche dalle **pratiche sociali**. Si nota infatti che, come per altri fenomeni, anche la domanda di eutanasia tende progressivamente, da una parte, a estendere il proprio significato teorico e, dall'altra, se in qualche modo accolta, a indurre una sorta di adattamento a comportamenti che inizialmente sembravano inaccettabili.

Questo slittamento — si parla appunto di pendio scivoloso (*slippery slope*) o di cedimento della diga — si è evidenziato nel **dibattito teorico**: nelle fasi iniziali, dopo la seconda guerra mondiale, si parlava di eutanasia a proposito di pazienti anziani consenzienti in fase terminale. Progressivamente si è giunti a intendere il caso di neonati malformati o di persone semplicemente anziane, lasciando cadere la volontarietà e le condizioni terminali. Con il tempo è diventato sempre più difficile precisare i termini e chiarire i concetti, come peraltro noi stessi abbiamo cercato di fare ²⁴. Una interpretazione critica — e non meramente casistica — di queste categorie non può fare a meno di un quadro antropologico di riferimento e di una accurata riflessione sulla struttura dell'azione morale ²⁵. Tutto ciò risulta peraltro assai difficile in un contesto comunicativo segnato dalla rapidità, dalla impazienza argomentativa e dalla molteplicità dei contesti teorici.

Per quanto riguarda l'**aspetto pratico** dello scivolamento, una certa assuefazione a comportamenti in precedenza ritenuti inaccettabili si è effettivamente verificata dove sono state introdotte concessioni all'eutanasia. In Olanda, dove è stata recentemente approvata una legge di depenalizzazione ²⁶, si è assistito all'estensione di queste procedure non solo a malati in condizioni terminali, ma anche a chi vive un disagio esistenziale e ai minori con il consenso (facoltativo) dei ge-

²³ Cfr VIAFORA C., «Per un'etica dell'accompagnamento», in *Bioetica*, 1 (1999) 130-143; BURDIN L., *Sorella morte. Parliamone insieme*, Paoline, Milano 1999.

²⁴ Cfr CASALONE C., «La medicina di fronte alla morte», cit., 550-554.

²⁵ Cfr DEMMER K., «Eutanasia», in COMPAGNONI F. - PIANA G. - PRIVITERA S. (edd.), *Nuovo Dizionario di Teologia Morale*, Paoline, Cinisello Balsamo (MI) 1990, 400.

²⁶ Per il testo della legge cfr *Bioetica*, 2 (2001) 389-395; RICCA P. (ed.), *Eutanasia. La legge olandese e commenti*, Claudiana, Torino 2002.

nitore. Ma ancora più significativo è lo slittamento verso l'eutanasia non volontaria, indicata negli studi sulla questione con la definizione, solo in apparenza innocua, di *Life-terminating Acts Without Explicit Request of the patient* (LAWER), cioè «atti per terminare la vita senza esplicita richiesta del paziente».

Riscontriamo peraltro forti spinte che favoriscono lo scivolamento: la cronica insufficienza di risorse in sanità a fronte di una domanda di salute crescente e il costante aumento dell'età media della popolazione. Se la società e la cultura non promuovono risorse per vivere le esperienze critiche dell'esistenza che permettano all'individuo di partecipare al senso dell'insieme, sarà sempre più difficile affrontare nella solidarietà malattia e vecchiaia. L'eutanasia renderà ancora più difficile l'incontro del singolo con la propria morte e la prossimità con i moribondi. L'erosione dell'interdetto di «non uccidere» nelle zone marginali (anziani, handicappati, ecc.) **riduce le risorse etiche** della nostra società. A lungo termine queste breccie hanno la conseguenza di logorare la qualità delle relazioni sociali.

L'argomento del cedimento della diga, quindi, non sembra essere dirimente, ma, in ordine alla convinzione con cui una società tutela la vita umana, l'importanza simbolica del «**non uccidere**» assolve la sua funzione solo se l'interdetto è efficacemente osservato anche nelle zone marginali e in situazioni conflittuali. Tuttavia non si tratta di rispettarlo in modo formale ed esteriore, ma di promuovere stili di vita che favoriscano la prossimità e la solidarietà soprattutto con chi è personalmente colpito da situazioni di sofferenza ²⁷.

6. Conclusione

La **persona umana** — compresa come intrinseca unità di corporeità e di capacità di azione ragionevole — è fine, «contenuto» e soggetto, mai strumentalizzabile e strutturalmente in relazione, dell'agire etico ²⁸: ecco il nucleo fondamentale che abbiamo cercato di mettere a fuoco attraverso la descrizione e la riflessione su alcuni aspetti specifici della nostra cultura e della nostra esperienza di vita umana. Nel riferimento alla dignità personale ci sembra consistere il criterio di discernimento fondamentale per gli interrogativi che abbiamo affrontato.

Alla luce di questo criterio, le vie da percorrere consistono in una più incisiva **terapia del dolore**, nel quadro di una attenzione globale alla persona come avviene nelle cure palliative, e in una maggiore consapevolezza delle situazioni di **accanimento terapeutico**, così da evitare l'impiego di mezzi di cura sproporzionati. Ciò consentirà, assieme a un esercizio della medicina più avvertito dei propri limiti, di ridurre la pressione della domanda di eutanasia e di mantenere saldi quei riferimenti che garantiscono la qualità umana delle relazioni nel corpo sociale.

²⁷ Cfr SCHOCKENHOFF E., *Etica della vita*, cit., 348-353.

²⁸ Cfr MOLINARO A., «Persona e agire morale», in GOFFI T. - PIANA G. (edd.), *Corso di morale*, vol. I, Queriniana, Brescia 1989, 373-388; PIANA G., *L'agire morale. Tra ricerca di senso e definizione normativa*, Cittadella, Assisi 2001; REICHLIN M., *L'etica e la buona morte*, cit., 181-208.