

## **A CHI L'ULTIMA PAROLA? Il punto di vista sui valori irrinunciabili**

Angelo Brusco

Trento, 21 novembre 2011

1

Introduco la mia riflessione con la lettura di un modello di *testamento biologico*, elaborato, nel 1998, dalla Corporazione dei medici cattolici d'Inghilterra. Tale documento illustra con chiarezza la posizione della morale cattolica riguardante le problematiche relative alla *fine vita* e, in particolare, alla *Dichiarazione anticipata di trattamento* (DAT).

*“Considero la vita su questa terra un dono e una benedizione di Dio, ma non la ritengo un valore supremo e assoluto. Sono consapevole che la morte è inevitabile e che essa mette fine alla vita terrena, ma spero e prego che apra la via alla pienezza della vita alla presenza di Dio.*

*I seguenti paragrafi hanno la funzione di orientare coloro che dovranno prendere decisioni al mio posto qualora io non fossi più in grado di farlo.*

*Desidero ricevere trattamenti sanitari adeguati alle mie condizioni che offrano una ragionevole speranza di beneficio. In nessun caso desidero che vengano sospese le cure di base, inclusa (qualora le mie condizioni lo richiedano) la somministrazione assistita di alimenti e di fluidi, con l'intento di porre termine alla mia vita. Chiedo davanti all'irreversibile approssimarsi della morte, che mi vengano garantite le cure mediche e infermieristiche ordinarie, inclusi i trattamenti per la terapia del dolore, se appropriati per le mie condizioni.*

*Niente deve essere fatto che possa causare direttamente o indirettamente la mia morte, e niente deve essere omesso al fine di causare direttamente o indirettamente la mia morte. Vieto che mi venga praticata l'eutanasia (azione o omissione che possa causare la mia morte in sé o intenzionalmente), sia su richiesta diretta o per omissione.*

*Chiedo che, trovandomi in pericolo di morte, mi venga chiaramente comunicata la mia condizione in modo da potermi preparare ad essa. Se non fossi in grado di prendere decisioni autonomamente, chiedo che si prenda cura dei miei bisogni spirituali e che, in particolare, venga immediatamente richiesta la presenza al mio capezzale un sacerdote/ministro della chiesa cattolica romana, il quale deve essere informato della gravità delle mie condizioni”.*<sup>1</sup>

Dalla lettura di questo documento risulta chiaramente che “il diritto a morire...con dignità umana e cristiana comporta:

---

<sup>1</sup> Testo riportato in C. Vella, *Etica a servizio della persona malata*, Paoline, Milano, 2007, pp. 200-201.

a. Il *diritto all'informazione* da parte del paziente e il dovere, da parte del medico, di comunicare la verità nel contesto di un rapporto di fiducia e di solidarietà che consenta di valutare il giusto momento e la capacità di accoglienza del malato.

b. La possibilità di rifiutare tutti gli interventi che entrano nella categoria dell'*accanimento terapeutico*, che si attua sia nel ricorso a procedure medico-chirurgiche non incidenti in modo significativo (futili) sul decorso della patologia né su una migliore qualità di vita del paziente sia nell'uso di mezzi straordinari, cioè che eccedono le ordinarie capacità che il paziente ha di usufruirne. Si tratta di accettare la morte come un inevitabile fatto della vita umana, da non ritardarsi inutilmente, rifuggendola con ogni mezzo. Il documento precisa che l'alimentazione e l'idratazione, anche somministrate artificialmente, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato, per cui quando non risultino gravose per lui, vanno sempre amministrate per non incorrere nell'eutanasia.

c. Il rifiuto del *suicidio assistito* e dell'*eutanasia*, consistente nel compiere un'azione direttamente finalizzata a sopprimere il paziente, ma anche nell'ometterne una che potrebbe salvarlo. Sul piano etico, in sostanza non c'è differenza tra l'eliminare un uomo annegandolo in mare o lasciandolo annegare. Proprio per questo, molti autori convengono nel ritenere che l'ambigua dizione di eutanasia attiva o passiva dovrebbe essere abbandonata<sup>2</sup>.

d. L'attenzione ai *bisogni umani e spirituali* della persona in fase terminale da attuare attraverso un accompagnamento ricco di calda e competente umanità.

#### *Una legge?*

La legge italiana sulla DAT contiene quasi tutti gli elementi del *testamento biologico* preso in considerazione, riconoscendo la legittimità di rifiutare l'accanimento terapeutico; imponendo l'esclusione di ogni forma di eutanasia, compresa la mancata somministrazione assistita di alimenti e di fluidi quando essa non si presenta inutile o nociva; sottolineando l'importanza di un rapporto di fiducia tra medico e paziente, tale da consentire una corretta informazione.

Perché questo avvenga è necessaria una legge? Su questo punto le opinioni, non solo nel campo cattolico, sono state e continuano diverse. Il 21 gennaio 2007, in un celebre articolo pubblicato su *Sole 24 Ore*, il Card. Martini si era espresso a favore di una legge sull'interruzione delle cure per i malati inguaribili e sulla possibilità di attivare il testamento biologico a partire dalla richiesta del paziente. "Dal punto di vista giuridico", egli scrive, "rimane aperta l'esigenza di elaborare una normativa che, da una parte, consenta di riconoscere la possibilità del rifiuto (informato) delle cure – in quanto in quanto ritenute sproporzionate dal paziente – e dall'altra protegga il medico da eventuali accuse (come omicidio del consenziente o aiuto al suicidio), senza che questo implichi in alcun modo la legalizzazione dell'eutanasia". Diversa è stata la posizione di

<sup>2</sup> S. Leone, *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova, Roma, 2007, p. 162

diversi bioeticisti cattolici e dei vertice della Chiesa italiana, secondo cui su queste materie non è necessaria una legge, e l'introduzione del testamento biologico è da evitare perché potrebbe portare a forme mascherate di eutanasia.<sup>3</sup> La presa di posizione della Conferenza episcopale italiana teneva conto del fatto che da molti il Testamento biologico è considerato un primo passo per giungere alla legalizzazione dell'eutanasia. Infatti, nel già citato documento della Corporazione dei medici cattolici d'Inghilterra si legge: "Per quanto riguarda i 'testamenti biologici', nati negli Stati Uniti negli anni 60 come primo passo della strategia del movimento pro eutanasia per la sua legalizzazione, sebbene a prima vista possano apparire innocui se non addirittura utili, molte delle attuali 'indicazioni anticipate' sono altamente discutibili dal punto di vista morale".<sup>4</sup> In Italia, questo atteggiamento di riserva era suggerito anche dalle dichiarazioni di personaggi di prestigio del mondo laico. Il Professor Umberto Veronesi, per esempio, non esitava a riconoscere il Testamento biologico come primo passo verso la legalizzazione dell'eutanasia. In un'intervista al *Corriere della sera*, dopo aver affermato la sua adesione all'opportunità di una legge sul Testamento biologico, egli affermava: "Io sono anche per l'eutanasia. Ma una cosa per volta".<sup>5</sup>

### *Le reazioni alla legge*

Malgrado le varie opinioni sulla sua opportunità, la legge sulla DAT, dopo un lungo iter molto travagliato, carico di emozioni e di condizionamenti ideologici, ha ottenuto l'approvazione, non ancora definitiva, da parte del Parlamento, in attesa del responso finale del Senato.

Com'era da attendersi, le reazioni alla legge sono state caratterizzate da accenti molto contrastanti.

La Chiesa vi ha visto la presenza dei principi da lei sostenuti<sup>6</sup>; la classe medica, almeno gran parte di essa, ha preso atto del fatto che il proprio ruolo non è relegato ad una meccanica esecuzione della volontà del paziente (trattandosi di *dichiarazioni* e non di *testamento*, il medico, nel caso in cui non condivida il contenuto della DAT, o queste appaiano "orientate a cagionare la morte o in contrasto con il codice deontologico", può discostarsene). Da parte del mondo cosiddetto *laico*, l'unico punto di accordo è l'esclusione dell'accanimento terapeutico. Per il resto c'è stata e permane una levata di scudi contro il dettato della legge. Innanzitutto si fa notare che i cittadini sono diventati apertamente vittime del conflitto tra potere legislativo e giudiziario. Viene poi sottolineato il fatto che il campo d'applicazione della normativa si restringe al solo gruppo delle persone in stato vegetativo. Infine, l'obbligo imposto dalla legge di mantenere fino al termine della vita la nutrizione e l'idratazione artificiali, "ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente in fase terminale i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo", è considerato come una violazione del diritto all'autodeterminazione terapeutica di cui all'art. 32 della Costituzione, riconosciuto dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 438 del 2008. Così si è espressa Rosa Bindi (che non è una laica):

<sup>3</sup> Cfr. A.M. Valli, *Storia di un uomo. Ritratto di Carlo Maria Martini*, Piemme, Casale M., 2011, p. 146.

<sup>4</sup> Citato in C. Vella, o.c., p. 155.

<sup>5</sup> M. Pappagallo, *Veronesi: fate Testamento biologico*, in "Corriere della sera", 2 marzo 2006, p. 23.

<sup>6</sup> Cfr. l'Editoriale della "Civiltà Cattolica", Gli interrogativi sul 'fine vita', IV(20119), pp. 213-217).

“Vi chiedo – lo chiedo alla maggioranza, alla Lega e soprattutto all’Unione di centro – a quale antropologia state ispirando questa vostra legge? Non certo a quella liberale, non certo a quella cristiana: perché il fondamento del rapporto tra il Dio di Gesù Cristo e gli uomini è la libertà della persona”.

### *Riflettere*

Di fronte a questo panorama, di cui ho presentato solo alcuni tratti, quale atteggiamento assumere in quanto credenti? La risposta mi viene da un suggerimento del filosofo B. Spinoza : “Non piangere, non ridere ma comprendere”. Il che significa “non stracciarsi le vesti” e neppure sottovalutare o “ridicolizzare l’assunto”, ma riflettere su alcuni aspetti della visione dell’uomo e della vita sottesi alle diverse posizioni.

Nel trattare le tematiche di fine vita, il mondo *laico* è innanzitutto debitore di quel soggettivismo etico, ricordato dal noto sociologo Giuseppe De Rita in un’intervista concessa a *La Stampa* la settimana scorsa.<sup>7</sup> Si tratta di una tendenza a considerare la libertà come libertà assoluta di essere se stessi. Essa diventa predominante nei primi anni sessanta del secolo scorso, quando si diffonde il primato del soggetto e della coscienza. In termini giornalistici, e forse un po’ semplicistici, De Rita così esplicita il suo pensiero: “Questa moglie non mi garba più, la cambio; non mi sento madre, abortisco. Poi anche l’azienda è mia e me la organizzo io. Le vacanze sono mie. Il tempo è mio. Finché negli anni 70 finisce anche il mito della confessione perché anche il peccato è mio”. In quest’ottica, come afferma il bioeticista E. Lecaldano, “ciascuno dispone completamente, e solo lui può disporre, della propria vita. Per ciascun essere vale il principio: la mia vita è del tutto mia e sono l’unico a poterne disporre”.<sup>8</sup> E’ l’affermazione dell’assolutezza dell’autodeterminazione.

Non va trascurato, inoltre, l’incidenza sulle problematiche di *fine vita* dall’atteggiamento di parte della nostra cultura nei confronti della morte, realtà da negare o da rimuovere quale ostacolo che impedisce di godere in pieno della vita. Anche se non approvabile, l’atteggiamento che porta a combattere la morte appena descritto, è comprensibile perché la morte costituisce la più profonda ferita al narcisismo umano, e il venir meno della vita può apparire come una contraddizione al desiderio di gioire per sempre della stagione dell’esistenza, come lo esprimono i versi del poeta catalano Joan Naragall:

Se il mondo è tanto bello,  
se si specchia  
la tua pace nei nostri occhi,  
Tu potrai darci di più in un’altra vita?  
Perciò ci tengo tanto, Signore,

<sup>7</sup> M. Feltri, *Il berlusconismo è finito ma se l’élite non ce la fa temo un leader populista. Intervista a G. De Rita*, in “La Stampa”, 16 nov. 2011, pp. 12-13.

<sup>8</sup> E. Lecaldano, *Questioni etiche sui confini della vita*, in A. Di Meo – C. Mancina (a cura di), *Bioetica*, Laterza, Bari, 1989, p. 26.

agli occhi, al volto, al corpo  
che m'hai dato e al cuore che vi batte;  
e perciò temo la morte.

(Joan Naragall)

Tuttavia, il restare succubi di questa reazione irrealistica può portare a rendere insopportabile il tratto finale dell'esistenza.

L'antropologia, cioè la visione dell'uomo che emerge da questo quadro – sono parole del Card. Dionigi Tettamanzi - è “quella del padrone assoluto quella dell'arbitro insindacabile di sé, delle sue decisioni, delle sue scelte, della realtà della sua vita, e quindi anche di questa particolare realtà che è la morte”. Si tratta della cosiddetta *tendenza prometeica*, stigmatizzata in numerosi e importanti documenti ecclesiali, soprattutto nell'Enciclica *Evangelium Vitae*.

L'*opzione eutanasi*, prospettata solo occasionalmente nel passato, sta emergendo con forza come espressione dei grandi cambiamenti che caratterizzano il nostro tempo sia dal punto scientifico-tecnico che socio-culturale, cambiamenti che incidono anche sulle modalità del morire. Per giustificarla, nell'attuale dibattito viene dato un largo spazio alle richieste dei pazienti terminali che, trovandosi in situazioni estremamente penose, chiedono di essere aiutati a morire. I mezzi di comunicazione di massa s'incaricano di pubblicizzarle sollecitando l'opinione pubblica a riconoscere la legittimità di tale richiesta, in nome dell'insopportabilità delle prove patite e della dignità della persona. L'immagine che ne emerge è quella di un malato che, provato fino alla devastante percezione della 'perdita della dignità', chiede di essere aiutato a morire. Messa in questi termini, come non assecondare tale richiesta? Presentata come l'unica via che al malato terminale resta per recuperare la dignità, non assecondarlo sarebbe veramente disumano.

La posizione della Chiesa è contenuta in numerosi documenti, tra cui eccellono, per importanza, la *Dichiarazione sull'eutanasia*, della Congregazione per la Dottrina della fede (1980) e l'*Evangelium Vitae, enciclica di Giovanni Paolo II*. Una breve sintesi può essere letta nel *Comunicato finale della Commissione bilaterale delle religioni cristiana cattolica e dell'ebraismo* (28 febbraio 2006), dove si legge: “Noi affermiamo i principi delle nostre rispettive tradizioni religiose secondo le quali Dio è il Creatore e Signore di ogni vita, e la vita umana è sacra perché, proprio come insegna la Bibbia, la persona umana è creata secondo l'immagine divina (cf. Gen 1 26-27). Per il fatto che una vita è un dono divino da rispettare e preservare, noi ripudiamo decisamente l'idea di un dominio umano sulla vita, e del diritto di decidere del suo valore o della sua durata da parte di qualsiasi persona o gruppo umano. Conseguentemente ripudiamo il concetto di eutanasia (il cosiddetto mercy killing) in quanto illegittima pretesa dell'uomo sull'esclusiva autorità divina nel determinare il momento della morte della persona umana”.

A sostegno della propria tesi, il mondo laico punta sul rispetto della *dignità* della persona del malato e sulla *qualità della vita*, valori che in effetti rischiano di essere compromessi a causa del degrado fisico e psichico causato dalla malattia, con conseguente dolore insopportabile. La malattia grave, infatti, si presenta come una minaccia all'integrità fisica, psichica e spirituale del morente. Il paziente può avvertire la sensazione di essere in balia di forze che lo schiacciano e di fronte alle quali si sente impotente. Ha senso continuare a vivere in uno stato di degrado fisico e psichico, quando il corpo non risponde più come nel passato e la psiche perde la sua lucidità? Queste situazioni, che sono certamente fonte di grande sofferenza e non vanno ignorate, sono ben lungi dall'esaurire il significato della *dignità del malato*. Secondo la filosofia personalista, cara alla morale cristiana, la dignità non è qualcosa che si attribuisce estrinsecamente o si conferisce convenzionalmente, per ragioni di calcolo, di convenienza o per accordi o decisioni: non è qualcosa che si acquisisce o si perde (perché si soffre troppo o si fanno soffrire troppo gli altri, perché si è dipendenti e si ha bisogno degli altri per esistere); non è qualcosa che si possiede in grado maggiore o minore in base alle circostanze. La dignità è qualcosa che si riconosce intrinsecamente all'uomo: è una condizione ontologica radicale. L'uomo ha una dignità perché è un individuo, incarnato in un corpo, che per se stesso ha la possibilità di percepirsi come *io* e di essere riconosciuto dall'altro come un *tu*. “Ne deriva che il cerebroleso, l'individuo in coma, il demente, il *malato terminale*, l'individuo in stato di senescenza avanzata sono ancora *persone*, perché anche se sono in condizioni esistenziali che impediscono la manifestazione di certe proprietà e comportamenti, l'assenza delle funzioni non modifica la loro natura ontologica. Non ci sono vite non più degne (dignità personale), ma indegne sono le condizioni in cui il malato muore (dignità circostanziale). La filosofa americana Sissela Bok: “L'esperienza personale, così come le inchieste e le discussioni sui media hanno dato a molti nella nostra società più di una ragione per temere la prospettiva di una morte degradante, prolungata, dolorosa. Vi sono crescenti prove che, benché la medicina abbia fatto grandi progressi, in molti paesi gli operatori gestiscono ancora in modo terribile l'assistenza in fase terminale”. In altre parole, sono lo sguardo, le mani e il cuore di chi assiste il malato a dargli dignità e a garantire il permanere una qualità di vita, malgrado i limiti segnati dalla malattia. Ne deriva l'importanza di un accompagnamento competente, fatto di tecnica (sedazione del dolore fisico...) e atteggiamenti relazionali che contribuiscano a sedare il dolore psicologico e spirituale, aiutando il malato a sentirsi legato alla vita e a trovare un senso al soffrire, quando è cosciente e ad affermare la sua dignità di persone quando non sono più coscienti.

Alcune scintille di luce su quanto affermato possono venire dalla lettura del seguente dialogo avvenuto in un *hospice* inglese tra un'infermiera e una malata:

- Malata:* Infermiera, potrei vedere uno specialista domani, ho qualcosa d'importante da chiedergli.
- Infermiera:* *Penso che si possa fissare, Sally. Nel frattempo, posso esserti utile?*
- Malata:* Bene, bene... io so che sto morendo e che non c'è alcuna speranza reale. So che potrà essere tra un mese o tra un anno, e io non voglio stare qui seduta ad aspettare di morire. Voglio che mi dia qualcosa, tu sai, in modo che andrò a dormire e non mi sveglierò... ho sentito di alcuni dottori che fanno questo.
- Infermiera:* *Non penso che troverai il nostro dottore disponibile a questo. Tu dovresti pensare anche agli altri.*
- Malata:* A chi per esempio? Non ho parenti, né figli che piangono. Potrei essere bella che morta.
- Infermiera:* *Oh, davvero! E per quanto riguarda me e la mia collega? Non contiamo come delle persone che piangeranno quando morirai?*
- Malata:* Oh, te, è solo il tuo lavoro, non è così, solo un lavoro?
- Infermiera:* *Questo è il mio lavoro, Sally, ma non è solo un lavoro. Lavoro qui perché lo voglio. Voglio fare parte della vita di qualcuno, specialmente di quelli come te che non hanno nessuno di cui curarsi e preoccuparsi. Voglio assicurare che chiunque in questo posto sappia che qualcuno gli darà tempo e cuore. E io piangerò quando tu andrai, Sally, proprio come ho pianto quando Maud è morta, ieri. Non sono tua figlia, Sally, lo so, ma mi preme. Non scartare questo, considerando solo il mio lavoro.*
- Malata:* Non diventare sentimentale; perché dovresti avere a cuore una vecchia pedante che se ne andrà nel giro di poche settimane.
- Infermiera:* *Ci sono molte ragioni, Sally. Ma te ne darò due. Una è che io potrei essere altrettanto facilmente al posto dove sei tu; il cancro colpisce un grande numero di persone e potrebbe colpire anche me. L'altra ragione, Sally, è che diverse volte mi sono sentita disperata e volevo morire e farla finita, e qualcuno mi ha tenuto la mano al momento giusto.*
- Malata:* (dopo una pausa) Ti importa veramente di me, intendo non è solo per il lavoro?
- Infermiera:* (tenendo la mano di Sally) Sì, Sally, m'importa di te.

Decodificando la vera domanda della malata, l'infermiera l'ha resa *consapevole* e *certa* di una realtà che poteva diventare fonte sicura di senso: la *relazione*. Si tratta di una lezione importante, perché indica uno dei gradini necessari per salire a altre *fonti di significato*, tra cui quella offerta dal rapporto con Dio.

Anche quando non riveste ancora forme religiose o cristiane, questo modo di porsi nei confronti del malato è già *spirituale*, perché coglie la persona umana nella sua totalità, nella sua esigenza di essere amata per se stessa, nel suo bisogno di una presenza, di ascolto, di comunicazione, di composizione delle relazioni, di riconciliazione.<sup>9</sup>

### Conclusione

Vorrei completare la mia relazione con un accenno all'importanza del dialogo sulla vita tra quanti hanno posizioni diverse riguardanti la problematica di fine vita, "un dialogo – come ha affermato il Card. Martini – che non parta da preconcetti o da posizioni pregiudiziali, ma sia aperto e libero e nello stesso tempo rispettoso e responsabile".<sup>10</sup> Attualmente si assiste a contrapposizioni

<sup>9</sup> Cfr. Bianchi E., Manicardi L., *Accanto al malato...*, pp. 20-21. Giustamente E. Bianchi afferma che libri come quello di M. Hennezel, *La morte amica* (BUR, Milano, 1996) possono essere considerati opere spirituali.

<sup>10</sup> A.M. Valli, *o.c.*, p. 146.

in cui l'onda emotiva impedisce di mettere serenamente a confronto posizioni divergenti. Il dialogo costruttivo si porrebbe come un'esperienza di arricchimento reciproco, in cui ciascuno dona e riceve dall'altro i suoi argomenti, qualunque sia il suo punto di vista, senza con questo rinunciare alla propria identità o elaborare un sincretismo superficiale (ovvero una combinazione più o meno artificiosa di elementi appartenenti a diverse dottrine religiose nel desiderio di arrivare ad un'unificazione religiosa) o una sorta di compromesso relativista in cui si dica che tutte le morali si equivalgono, provocando una vera confusione. E' bene non dimenticare, afferma ancora il Card. Martini, che ci sono *zone grigie*, dentro le quali non ci si può aggirare con l'arrogante sicurezza di chi ritiene di possedere la verità. Gli sviluppi della scienza e delle applicazioni tecnologiche stanno facendo nascere nuove domande. Per rispondere occorre la collaborazione di tutti. I comportamenti stagni non servono".<sup>11</sup>

Dialogare in questo modo significa superare una visione che porta a mettere i buoni da una parte e i cattivi dall'altra e vedere le ragioni positive che sottostanno al modo di agire delle persone con convinzioni opposte. Come non scorgere la presenza dell'amore per la persona in quanti fanno delle scelte che non sono nella linea della nostra visione della vita e della nostra scala dei valori?

Obiettivo di questo dialogo potrebbero essere le seguenti parole di Heri Nouwen:

Morire è l'evento umano più naturale,  
qualcosa che tutti dobbiamo sperimentare.  
Ma moriamo bene?  
La nostra morte è qualcosa di più  
di un destino inevitabile,  
qualcosa che semplicemente non vorremmo esistesse?  
Può diventare in qualche modo  
l'atto di una realizzazione,  
forse più umana  
di ogni altro atto umano?"

Grazie!

---

<sup>11</sup> Ib., p. 147.