

Adorno Antonio**Da:** Adorno OASI CANA [FamigliaVita] [associazione@oasicana.it]**Inviato:** mercoledì 7 febbraio 2007 19.28**A:** info@oasicana.it**Oggetto:** Indisponibilità della vita umana e autonomia: due principi da riordinare*Carissimo Associazione OASI CANA Onlus, ecco le notizie su Famiglia e Vita*

Oggi attorno alla famiglia e alla vita si svolge la lotta fondamentale della dignità dell'uomo (Giovanni P. II)

Indisponibilità della vita umana e autonomia: due principi da riordinareROMA, domenica, 28 gennaio 2007 (ZENIT.org).- Pubblichiamo di seguito per la rubrica di Bioetica la prima parte dell'intervento della dottoressa Claudia Navarini, docente presso la Facoltà di Bioetica dell'Ateneo Pontificio *Regina Apostolorum*.

* * *

Le problematiche etiche di fine-vita sono interessate in modo speciale dall'impostazione corretta della relazione medico-paziente e, in generale, dai rapporti che si instaurano fra l'equipe di assistenza e i malati con le loro famiglie. Il tema più ricorrente in questo ambito, infatti, è la ricerca dell'equilibrio fra il ruolo del medico e i diritti dei pazienti, ovvero fra le volontà – eventualmente discordanti – di questi.

Tale impostazione nasce invero già viziata da un pregiudizio: si deve trovare un compromesso, un bilanciamento, un accordo fra libertà (dunque fra volontà) in conflitto fra loro. Questo approccio si può giustificare solo ammettendo due presupposti per nulla scontati: il fatto che non vi sia, nella comprensione della vita umana e nel rapporto medico-paziente, una verità oggettiva valida per tutti, e dunque vincolante, al di là dei desideri e della volontà soggettivi; e il fatto che il rapporto fiduciario sotteso all'alleanza terapeutica sia impossibile, e che in realtà fra il medico e il suo paziente vi possa essere unicamente una relazione contrattualista e/o utilitarista.

Naturalmente questi due problemi rappresentano specificazioni di un più vasto problema culturale ed etico che affligge il nostro paese, e in genere il mondo occidentale, oramai da parecchi anni. Lo ha spiegato approfonditamente il Santo Padre nell'illuminante discorso tenuto all'Università di Regensburg il 12 settembre 2006, che conviene su questo punto riportare per intero: "Il [...] vicendevole avvicinamento interiore, che si è avuto tra la fede biblica e l'interrogarsi sul piano filosofico del pensiero greco, è un dato di importanza decisiva non solo dal punto di vista della storia delle religioni, ma anche da quello della storia universale – un dato che ci obbliga anche oggi.

Considerato questo incontro, non è sorprendente che il cristianesimo, nonostante la sua origine e qualche suo sviluppo importante nell'Oriente, abbia infine trovato la sua impronta storicamente decisiva in Europa. Possiamo esprimerlo anche inversamente: questo incontro, al quale si aggiunge successivamente ancora il patrimonio di Roma, ha creato l'Europa e rimane il fondamento di ciò che, con ragione, si può chiamare Europa.

Alla tesi che il patrimonio greco, criticamente purificato, sia una parte integrante della fede cristiana, si oppone la richiesta della deellenizzazione del cristianesimo – una richiesta che dall'inizio dell'età moderna domina in modo crescente la ricerca teologica. [...] L'occidente, da molto tempo, è minacciato da questa avversione contro gli interrogativi fondamentali della sua ragione, e così potrebbe subire solo un grande danno. Il coraggio di aprirsi all'ampiezza della ragione, non il rifiuto della sua grandezza – è questo il programma con cui una teologia impegnata nella riflessione sulla fede biblica, entra nella disputa del tempo presente. "Non agire secondo ragione, non agire con il logos, è contrario alla natura di Dio", ha detto Manuele II, partendo dalla sua immagine cristiana di Dio, all'interlocutore persiano. È a questo grande logos, a questa vastità della ragione, che invitiamo nel dialogo delle culture i nostri interlocutori. Ritrovarla noi stessi sempre di nuovo, è il grande compito dell'università" (http://www.vatican.va/holy_father/benedict_xvi/speeches/2006/september/documents/hf_ben-xvi_spe_20060912_university-regensburg_it.html).

In linea con tale lettura, il relativismo etico-conoscitivo nelle problematiche di fine-vita si fonda sull'asserzione – falsa alla luce della retta ragione – che la vita sia un bene disponibile, e che pertanto la morte possa costituire un diritto. In realtà, che la morte non possa costituire un diritto in una società civile è un fatto assodato. Un diritto è "un bene che mi spetta". Un tale bene, poi potrà spettarmi in quanto da me autonomamente posto e conquistato, o in quanto caratterizza in profondità il mio essere, e dunque "non posso farne a meno" né può essermi negato da alcuno. Fanno parte di questa categoria diritti come quello alla vita, quale base e fondamento di tutti i diritti umani fondamentali.

Esprime chiaramente tale concetto il documento elaborato e diffuso dal Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore dal titolo *Per il coraggio di vivere e di far vivere. Manifesto per la garanzia di una presa in carico globale: di trattamento, cura e sostegno e contro l'abbandono, l'accanimento e l'eutanasia nel nostro paese*: "La morte è un fatto e non un diritto: per questa ragione non può essere oggetto di una scelta sostenuta dalla società civile. Ciò non significa negare il valore dell'autonomia e della libertà della persona, ma riconoscere che il valore di ogni scelta dipende dal suo contenuto. In ogni caso, l'equiparazione della scelta di chi vuole vivere e di chi vuole morire è scorretta per la semplice ragione che solo la vita, e non la morte, è il fondamento dei diritti umani e della loro tutela" (http://www.unicatt.it/centricerca/bioetica_mi/manifesto/allegati/MANIFESTO-CORAGGIO-VIVERE.pdf).

Sul principio di indisponibilità della vita umana, pertanto, si fonda la convivenza civile fra gli uomini, la struttura della società e l'intero sistema giuridico del nostro paese. Negare tale principio, per converso, equivale ad affermare infatti che la vita sia un bene "disponibile", cioè qualcosa di cui il soggetto potrebbe disporre, e dunque che possa esistere anche un corrispondente "diritto di morire", inteso come il diritto di rifiutare la vita, ovvero di darsi la morte.

Il fatto che un tale diritto in realtà non si dia viene peraltro ammesso da tutti i disegni di legge sulla dichiarazioni anticipate di trattamento attualmente pendenti in parlamento, anche da quelli che rivelano un intento manifestamente pro-eutanasi, a riprova del fatto che – al di là dei discorsi accademici o provocatori, il principio della indisponibilità della vita umana e la conseguente negazione del diritto al suicidio,

sono aspetti irrinunciabili del nostro ordinamento.

I testi in questione precisano in effetti come “non si voglia introdurre, attraverso le dichiarazioni anticipate di trattamento, un diritto al suicidio”. Tale diritto, qualora fosse riconosciuto o direttamente implicato, porterebbe con sé conseguenze aberranti, quali ad esempio il dovere di assicurare la possibilità di realizzazione del suicidio medesimo, la liceità del suicidio assistito e dell'eutanasia su richiesta. Chi difendesse una simile posizione, dunque, si troverebbe a portare il peso di una grave responsabilità sociale.

E tuttavia, l'enfaticizzazione del principio di autonomia del paziente presente nei disegni di legge, in forma più o meno enfaticizzata, va di fatto nella direzione del riconoscimento di un potere illimitato alla volontà del paziente, un potere che si può spingere a rifiutare la vita e a chiedere la morte, non solo attraverso lo strumento del rifiuto – previo e attuale – della terapia (mai del tutto scongiurabile), ma anche attraverso la rivendicazione del “diritto” alla sospensione di trattamenti dovuti, eventualmente in forma di “volontà anticipata”. In particolare, il DDL n. 357 chiarisce che l'alimentazione e l'idratazione artificiale – pur non rappresentando terapie ma cure normali da assicurare sempre – possono essere oggetto di rifiuto anticipato mediante “testamento di vita”, e gli altri disegni – tranne uno – non lo escludono esplicitamente (cfr. XV Legislatura, Disegno di legge d'iniziativa del senatore Benvenuto comunicato alla presidenza il 17 maggio 2006, recante *Disposizioni in materia di dichiarazione anticipata di volontà sui trattamenti sanitari*, art. 3, <http://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/frame.jsp?tipodoc=Ddlpres&leg=15&id=209092>).

Tale approccio “autonomista” deriva dal presupposto contrattualistico/utilitaristico, che - negando la possibilità di cercare e di perseguire il *vero bene* del morente – produce due gravi problemi: la radicale alterazione della relazione medico-paziente e l'inevitabile apertura alle pratiche eutanasiche, solo formalmente escluse dall'attuale dibattito sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Le due questioni sono peraltro strettamente interconnesse.

Consideriamo il primo problema. Un rapporto equilibrato fra il medico e il paziente non può che basarsi sulla fiducia e sul rispetto reciproci, eppure tale rapporto non potrà mai essere assolutamente paritario: è infatti il paziente che si affida al medico e non viceversa, mentre è il medico che ha una precisa responsabilità nei confronti del paziente, conformemente al codice deontologico che caratterizza la professione medica. Tale responsabilità non deriva da un semplice mandato che il medico deve eseguire per conto del paziente, ma dall'etica medica in quanto tale, fondata su principi oggettivi quale quello di promuovere – nei limiti del possibile – la vita e la salute.

Al contrario, se la volontà del paziente è insindacabile e sempre vincolante per il medico, non si potrà escludere da tale ambito la volontà eutanastica, che è il secondo problema delineato. Ma la richiesta di morire effettuata da un paziente, di nuovo, carica il medico di una responsabilità assolutamente sproporzionata al suo ruolo, ovvero quella di commettere consapevolmente un atto occisivo nei confronti di un innocente. Il fatto che tale atto avvenga d'accordo con il soggetto non ne elimina la gravità. In questo modo, infatti, si esce completamente dai confini della medicina, e si conferisce un potere sulla vita altrui che nessun uomo può avere, nemmeno se il soggetto coinvolto è consenziente.

Dunque, paradossalmente proprio l'assolutizzazione dell'autonomia del paziente, che nasce come forma di difesa dalla possibile invadenza del medico, si tramuta nel conferimento al medico del potere di dare la morte, tanto più violento quanto più la volontà del paziente non è chiaramente esplicita. E nel caso di una dichiarazione anticipata, tale volontà non è mai esplicita, anzi, è sempre necessariamente presunta. Né si può invocare l'ausilio di un fiduciario nominato dal paziente, che, sovente, complica ulteriormente le cose.

Qui entra in gioco un'altra delicata questione, ovvero la differenza etica fra il rifiuto della terapia da parte del paziente e la richiesta eutanastica. Nel primo caso il limite invalicabile all'azione del medico, pur sinceramente convinto che una determinata terapia sia nel miglior interesse del malato, è la libertà attuale del soggetto, che non può essere costretto ad effettuare un trattamento sanitario. Si dovranno compiere tutti i tentativi per persuaderlo, si potrà procedere nel caso si verifichi un'urgenza ed egli non sia cosciente (nel dubbio che abbia cambiato idea si propende infatti per la vita) ma non gli si potrà imporre la procedura. Il medico non può farlo.

Il paziente che rifiuta, d'altra parte, potrebbe farlo anche per ragioni buone, che nulla hanno a che vedere con la volontà di morire. Potrebbe infatti vedere un bene più grande da realizzare, che risulta incompatibile con il trattamento proposto. In questo caso, sceglierebbe quel bene rinunciando – pur senza volerlo direttamente – al bene della vita, o della salute.

Diverso è il caso in cui sia l'azione libera del medico a produrre concretamente la morte. Se allo scopo di morire un paziente vuole interrompere, *con l'aiuto di un medico*, un trattamento dovuto, cioè non sproporzionato, e quindi doveroso per mantenere la vita, tale medico – o chi per lui – viene chiamato ad essere complice di un gesto suicida. E anche questo il medico non può farlo.

Verrebbe altrimenti meno la sua integrità professionale e si sancirebbe la rottura nell'alleanza terapeutica fra medico e paziente, che in un simile contesto non ha più senso alcuno. Non è un caso che dove l'eutanasia è divenuta legge, il rapporto fiduciario fra medico e paziente abbia subito un colpo durissimo, e la diffidenza reciproca per converso cresca a dismisura.

Come già ricordato in questa stessa rubrica, “il semplice fatto che l'eutanasia chiami sistematicamente e premeditadamente in causa, a partire da una volontà *apparentemente* suicidaria, un'altra volontà “esecutiva” di supporto dà tutta la misura dell'aberrazione in cui può cadere uno stato di diritto quando è andato perduto il senso autentico della pietà e il sincero ardore per il bene comune” (cfr. C. Navarini, *Quando sospendere la terapia è un atto eutanastico?*, ZENIT, 29 ottobre 2006).

ZI07012814

Indisponibilità della vita umana e autonomia: due principi da riordinare (II)

* * *

Nella considerazione dell'intervento medico nei confronti dei morenti non si può trascurare questa basilare differenza: il medico non può costringere un paziente ad intraprendere o a continuare una terapia, ma – nel momento in cui il paziente dipende direttamente dal medico o dall'equipe sanitaria – non deve essere costretto a sospendere terapie e trattamenti sanitari che non si configurino come accanimento terapeutico.

Urge a questo punto una breve considerazione sull'accanimento terapeutico: il codice di deontologia medica (1998, art. 4) lo definisce come “l'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della

qualità di vita". Non si tratta dunque dell'ostinazione del medico nel somministrare terapie che il paziente non vuole, o del semplice mantenimento in vita di pazienti ormai nell'imminenza della morte, o dell'utilizzo generico di "mezzi artificiali", ma di un giudizio – principalmente clinico – riguardante l'inefficacia, l'inutilità e la gravosità di un trattamento in relazione agli obiettivi specifici per cui viene proposto o attivato (cfr. C. Navarini, *Eutanasia e accanimento terapeutico*, "I Quaderni di Scienze & Vita", 1, dicembre 2006, pp. 35-43).

Non è dunque mai un giudizio sulla "qualità di vita", né a maggior ragione sul valore di una vita umana, ma unicamente su un determinato trattamento in una situazione specifica. Proprio la singolarità di ogni situazione consente di osservare come, anche nel caso in cui le direttive anticipate vengano intese non come affermazione dell'assoluta autonomia del paziente, ma come strumento per evitare l'accanimento terapeutico, tali direttive siano in realtà inutilizzabili per rifiutare l'accanimento stesso.

Non c'è infatti un trattamento che sia di per sé sproporzionato: alcuni di essi potrebbero diventarlo a determinate condizioni. D'altra parte, esistono trattamenti che non sono mai identificabili con forme di accanimento terapeutico, perché non costituiscono terapie né atti medici, ma cure normali effettuate allo scopo di alleviare il dolore e il disagio del paziente. Rientrano in questa categoria l'alimentazione e l'idratazione artificiale, che non prolungano inutilmente il processo agonico, ma si limitano a mantenere la vita contribuendo piuttosto a dare, per quanto possibile, sollievo e benessere.

Dunque, l'accanimento terapeutico – quello vero – non è altro che un errore medico, che si verifica quando il sanitario non valuta adeguatamente la situazione di un paziente, e lo sottopone a trattamenti medici di cui comprende l'inutilità, per motivazioni diverse dal maggior bene del paziente: interesse economico, scopi sperimentali, medicina difensiva, pressioni politiche. Ora, la possibilità di tali errori non verrebbe scongiurata da una dichiarazione anticipata da parte del potenziale malato, in quanto tale situazione non è in alcun modo prevedibile ed è peraltro già vietata dalla buona pratica clinica. Semmai, si dovrebbe attentamente formare la classe medica a non incorrere in tale errore, magari con una dichiarazione anticipata di rinuncia all'accanimento terapeutico...

Naturalmente il medico dovrà tenere conto, come afferma l'art. 34 del Codice di Deontologia medica, dei desideri e della volontà pregressi del paziente nel caso non sia capace di intendere e di volere. Tali elementi possono risultare rilevanti nel valutare la risposta del paziente e di conseguenza l'efficacia del trattamento stesso. Non dovranno tuttavia essere vincolanti per il medico, in quanto la volontà anticipata, per la sua inattualità, è di dubbia rilevanza per la situazione reale.

La libertà dell'uomo, infatti, si esplica sempre in concreto e mai in astratto, dunque il soggetto non garantisce attraverso tali documenti la sua libertà nel momento ipotetico di incapacità, ma blocca piuttosto la sua stessa libertà in un giudizio decontestualizzato e artificioso. Tali documenti sono inoltre inutili, perché il codice deontologico, la legge italiana, la buona pratica clinica e la preparazione dei medici sono strumenti sufficienti ad individuare i casi di accanimento terapeutico senza imprigionarli in un impossibile elenco di situazioni ipotetiche. Qualora fossero vincolanti, sarebbero infine ancora più dannosi, dal momento che costringerebbero addirittura il medico a non somministrare un trattamento che, nel caso specifico, potrebbe avere una valenza terapeutica significativa.

Come magistralmente sintetizzato dal Card. Camillo Ruini, nella sua Prolusione al Consiglio Permanente della CEI, "La volontà del malato, attuale o anticipata o espressa attraverso un suo fiduciario scelto liberamente, e quella dei suoi familiari, non possono pertanto avere per oggetto la decisione di togliere la vita al malato stesso. Va inoltre salvaguardato il rapporto, personale e in concreto sommamente importante, tra il medico, il paziente e i suoi familiari, come anche il rispetto della coscienza del medico chiamato a dare applicazione alla volontà del malato, e più in generale della deontologia medica. In questa materia tanto delicata appare dunque una norma di saggezza non pretendere che tutto possa essere previsto e regolato per legge" (cfr. [ZENIT, 22 gennaio 2007](#)).

Nel caso in cui si configuri poi una vera e propria volontà suicidaria del paziente, in questo caso anticipata o presunta, la cosa si complica ulteriormente. La presunzione della volontà su una materia così importante, già intuitivamente, dovrebbe risultare inaccettabile. Come si possono interpretare in senso suicidario affermazioni pronunciate molto tempo prima, in situazioni completamente diverse, magari in un momento di difficoltà, di sconforto o di paura? Ciascuno dovrebbe interpretare le altrui richieste di morte, ipotetiche o attuali, innanzitutto come richieste di aiuto, presumendo semmai che in condizioni di tranquillità, di controllo adeguato del dolore e di premurosa assistenza ogni persona voglia continuare a vivere.

Anche volendosi limitare ad un elementare "principio di precauzione", è soprattutto per questa ragione che l'eventuale contenuto eutanasi dei cosiddetti "testamenti di vita" va sempre considerato inapplicabile. È sempre inapplicabile in quanto sempre inattuale. La realizzazione di una richiesta anticipata di morire, poiché nasce in uno scenario unicamente immaginato, va equiparata di fatto all'eutanasia di un non consenziente, anche solo per ragioni prudenziali.

Conviene allora ribadire con forza che di fronte al problema della sofferenza umana la risposta va individuata nel ricorso puntuale e attento alle cure palliative, che sono in grado di controllare ogni dolore fisico, di trattare molti casi di sofferenza psichica e che favoriscono il processo di accettazione di sé e di riscoperta del senso con i quali è possibile affrontare serenamente la difficile situazione umana del morente. Inoltre, l'assistenza adeguata al paziente e l'accompagnamento alla morte sono in grado di restituire al malato quella dimensione di speranza che, se non possono conferire ormai la salute perduta, possono veramente promuovere una "buona morte". Nelle richieste di morte, infatti, sempre sconfitte per medici e famiglie, si scorge invariabilmente la disperazione, una disperazione che coglie la maggior parte in alcune fasi della malattia, ma che, con il supporto adeguato, può evolvere positivamente.

Lo provano i tanti malati che hanno ancora voglia di vivere. Queste persone non sono dei modelli "uguali e contrari" a coloro che vogliono morire. Gli uni rappresentano una penosa sconfitta per l'intera società, mentre gli altri indicano la via in cui occorre muoverci, e a cui una legge che congelasse la problematica nel rispetto delle direttive anticipate o addirittura nella possibilità dell'eutanasia porrebbe un decisivo – forse definitivo – ostacolo.

[I lettori sono invitati a porre domande sui differenti temi di bioetica scrivendo all'indirizzo: bioetica@zenit.org. Si prega di indicare il nome, le iniziali del cognome e la città di provenienza]

ZI07020413

[Puoi trovare tutte quelle precedentemente inviate http://www.oasicana.it/elenca_files_2007/elencafilesnw.php](http://www.oasicana.it/elenca_files_2007/elencafilesnw.php)

Se Ti sono di disturbo o non vuoi più riceverne puoi cancellarti automaticamente [cliccando qui](#)

Chi avesse ricevuto questa mail da altri e volesse iscriversi a questa lista basta che [clicchi qui](#).

sei iscritto con l'indirizzo info@oasicana.it

Per qualsiasi esigenza o per segnalarmi eventuali notizie o altro che ritieni sia utile far circolare fra di noi inviandomi una mail a info@oasicana.it. - Antonio Adorno

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Le comunichiamo che i suoi dati personali sono trattati per le finalità connesse alle attività di comunicazione della Associazione OASI CANA Onlus. I trattamenti sono effettuati manualmente e/o attraverso strumenti automatizzati. Il titolare dei trattamenti è l'Associazione OASI CANA Onlus, con sede in Palermo, Corso calatafimi, 1057.

Il responsabile dei trattamenti è l'Ing. Antonio Adorno, domiciliato per la carica presso la suindicata sede.

In relazione ai trattamenti dei dati che la riguardano, lei potrà rivolgersi al suddetto responsabile per esercitare i suoi diritti ai sensi dell'articolo 7 del Codice. In qualunque momento lei lo desidera può richiedere la cancellazione dei suoi dati personali dalla mailing list seguendo le istruzioni suindicate o inviando una e mail all'indirizzo info@oasicana.it.