



diritto & religioni

Semestrale
Anno III - n. 2-2008
luglio-dicembre

ISSN 1970-5301

6



**LUIGI
PELLEGRINI
EDITORE**

Diritto e Religioni
Semestrale
Anno II - n. 2-2008
Gruppo Periodici Pellegrini

Direttore responsabile
Walter Pellegrini

Direttore
Mario Tedeschi

Segretaria di redazione
Maria d'Arienzo

Comitato scientifico

F. Aznar Gil, A. Autiero, R. Balbi, G. Barberini, A. Bettetini, F. Bolognini, P. A. Bonnet, P. Colella, O. Condorelli, G. Dammacco, P. Di Marzio, F. Falchi, S. Ferlito, M. C. Folliero, G. Fubini, M. Jasonni, G. J. Kaczyński, G. Leziroli, S. Lariccia, G. Lo Castro, M. F. Maternini, C. Mirabelli, M. Minicuci, L. Musselli, R. Navarro Valls, P. Pellegrino, F. Petroncelli Hübler, S. Prisco, A. M. Punzi Nicolò, M. Ricca, A. Talamanca, P. Valdrini, M. Ventura, F. Zanchini di Castiglionchio

Struttura della rivista:

Parte I

SEZIONI

Antropologia culturale
Diritto canonico
Diritti confessionali
Diritto ecclesiastico
Sociologia delle religioni e teologia
Storia delle istituzioni religiose

DIRETTORI SCIENTIFICI

M. Minicuci, A. Pandolfi
A. Bettetini, G. Lo Castro,
G. Fubini, A. Vincenzo
S. Ferlito, L. Musselli,
A. Autiero, G. J. Kaczyński,
R. Balbi, O. Condorelli

Parte II

SETTORI

Giurisprudenza e legislazione amministrativa
Giurisprudenza e legislazione canonica
Giurisprudenza e legislazione civile
Giurisprudenza e legislazione costituzionale
Giurisprudenza e legislazione internazionale
Giurisprudenza e legislazione penale
Giurisprudenza e legislazione tributaria
Diritto ecclesiastico e professioni legali

RESPONSABILI

G. Bianco
P. Stefanì
A. Fuccillo
F. De Gregorio
G. Carobene
G. Schiano
A. Guarino
F. De Gregorio, A. Fuccillo

Parte III

SETTORI

Lettere, recensioni, schede,
segnalazioni bibliografiche

RESPONSABILI

P. Lo Iacono, A. Vincenzo

Accanimento o dovere terapeutico? L'etica di fronte alle frontiere della vita. Alcune riflessioni

PAOLA B. HELZEL

1. *Introduzione*

L'uomo occidentale è soggetto da tempo alla spinta di una rivoluzione scientifica tecnologica, che ha finito con il determinare un "mutamento" tanto nei modi di vivere, quanto in quelli di pensare. Mutamento, che gli uomini percepiscono come «una rottura con il passato, come ciò che rovescia l'ordine prestabilito delle cose, che addirittura sostituisce qualsiasi ordine stabilito con la condizione del mutamento stesso, e quindi come qualcosa che sconvolge la loro vita»¹. Questa violenza del mutamento, quale velocità del cambiamento, assume il carattere di una vera e propria rivoluzione, di «un mutamento globale degli affari umani, radicale, di ampia portata»². Infatti, il continuo progredire delle scoperte scientifico-tecnologiche, di cui la nostra epoca è indubbiamente caratterizzata, hanno determinato una sorta di polarità\ dualità tra, ciò che Jonas ha definito come la «possibilità in tutto e per tutto»³ finendo, così, con il delineare una "società scientificizzata", vale a dire una società in cui tutti i fenomeni sociali sono, «*strutturalmente gravidi di scientificità*»⁴. Tutto ciò ci spinge a considerare come la scienza si sia trasformata, nel corso del tempo, in un terribile "strumento" in grado di piegare e modellare la natura umana, assoggettandola ai desideri dell'uomo⁵.

¹ HANS JONAS, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, trad. it., Il Mulino, Bologna 1991, p. 96.

² Ivi, p. 97.

³ Id., *Organismo e libertà*, trad. it., Einaudi, Torino 1999, p. 11.

⁴ Sull'argomento rinvio per un maggior approfondimento a RITA ROCCO, *Dalla responsabilità alla complessità. L'etica del futuro nell'età della tecnica*, Capone Editore, Lecce 2002.

⁵ Sull'argomento s. v., quanto sostenuto da FRANCESCO BORGIA, *L'uomo senza immagine*, Mimesis, Milano 2006, p. 129, quando osserva come «la scienza e la tecnica hanno acquistato il potere di intervenire direttamente sulla costituzione fisico-biologica dell'uomo, alterandone la struttura corporea, ma anche cancellandone i fondamenti ontologici dell'individualità umana».

Basti pensare alla biologia ed alla medicina che se un tempo avevano il solo scopo di guarire o alleviare le sofferenze, oggi vanno oltre, giungendo al controllo ed alla manipolazione del codice genetico. In questo senso, la tecnica ha mostrato il suo volto, quello di un Giano bifronte, che se per un verso ci ha illusi facendoci apparire i suoi effetti meravigliosi, dall'altro, però, ci ha terrorizzato mostrandoci come quegli stessi effetti possano diventare, altresì, difficilmente gestibili. In altri termini, la completa mortificazione dell'orgoglio metafisico umano è andata «di pari passo con la conquista di un privilegio e di un *potere* quasi divini», pur se tale potere è privo di valore, nel senso che l'uomo detiene il monopolio di un valore in un mondo che ormai è privo di valori⁶. Ci troviamo dinanzi a quella che Jonas aveva profetizzato essere la nuova *primitivizzazione* dell'uomo, nel senso che, se per un verso si è accresciuta «l'ingordigia dell'uomo», dall'altro canto si è originato «un mondo di valori che viene coltivato per se stesso»⁷.

La tecnica moderna ha, dunque, provocato uno squilibrio esistenziale della natura umana, determinando altresì una sorta di ambivalenza, che oscilla tra la sensazione di una quasi onnipotenza, ed una evidente limitatezza della conoscenza dello stesso potere e degli effetti a medio e lungo termine del suo uso⁸. Questo ha fatto sì che il mondo, da «oggetto della conoscenza dell'uomo», si è ridotto a «oggetto della sua volontà, e la sua conoscenza viene messa al servizio della sua volontà, la quale ovviamente, è volontà di potenza sulle cose»⁹. Una volontà che, per l'accresciuto potere, ha superato i limiti della necessità divenendo puro e semplice desiderio, un desiderio senza limiti¹⁰. Si è giunti, quindi, al punto in cui la tecnica, con il suo volto ammaliante, ha finito letteralmente con il sedurci, inducendoci a credere di poter realizzare immediatamente ogni nostro desiderio, anche quello tanto ambito dell'immortalità. In altre parole, la tecnica si è trasformata in una formidabile scorciatoia

⁶ HANS JONAS, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, cit., p. 262.

⁷ Id., *Sull'orlo dell'abisso. Conversazioni sul rapporto tra uomo e natura*, trad. it., Il Mulino, Bologna 2000.

⁸ FRANCESCO VIOLA, *Le trasformazioni della responsabilità*, in *Studi cattolici*, n. 388, 1993, p.341; sull'argomento s. v., inoltre FRANCESCO BELLINO, *Bioetica e qualità della vita*, in *Idee*, nn. 43-44, 2000, pp. 13 e ss.

⁹ HANS JONAS, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, cit., p. 263.

¹⁰ Sull'argomento rinvio a ERNST BLOCH, *Il principio speranza*, trad. it., Garzanti, Milano 1994, p. 533, in cui l'A., sostiene che «la forza dell'uomo dell'oltrepassamento e dell'innovazione, di attivare il possibile, il non-ancora, non si arresta neppure davanti al suo corpo. In quanto il corpo inevitabilmente tende verso la morte, il progetto medico più segreto, il progetto utopico».

¹¹ FABIO CIARAMELLI, *Incremento della tecnica e proliferazione dei desideri*, nel vol. *Nuove frontiere del diritto*, Edizioni Dedalo, Bari 2001, p. 82.

che ci consente di abbreviare notevolmente «l'intervallo temporale»¹¹ tra il nostro desiderio e la sua realizzazione. A ben vedere, il volto irresistibile della tecnica consiste proprio in questa arte di seduzione, rappresentata dalla possibilità di godere immediatamente dei nostri desideri, anche di quelli che fino a qualche tempo fa ci sembravano inauditi o semplicemente impensabili¹². Ma, questa reale possibilità di “bruciare le tappe” che tanto ci ammalia, inizia a mostrare il suo vero volto. Un volto meno affascinante che rischia, come da più parti si sostiene, di innescare un processo tale da produrre il caos¹³. Un caos accelerato, ancor più, da quella volontà di potenza, a cui si accennava prima, che si è impadronita dell'uomo moderno, la cui passione accecante non gli consente di comprendere come un tale dispiegarsi della tecnica stia costituendo il vero pericolo per la sua esistenza futura sulla terra. Il processo che si è innescato è destinato inevitabilmente, se perpetuato, a produrre uno sconvolgimento di vaste proporzioni, pertanto, da più parti si fa strada insistentemente la necessità di invertire la rotta. Inversione che è possibile solo attraverso un «mutamento radicale nelle basi dell'etica»¹⁴, intervenendo, cioè, «sulla volontà e libertà dell'uomo», per liberarla dall'incantesimo della tecnica. È giunto il momento, allora, di seguire l'insegnamento di Bacone, e far sì che il genere umano recuperi «quel suo diritto sulla natura che ad esso compete per lascito divino; si dia al genere umano la potenza: la retta ragione e la sana religione ne governeranno l'uso»¹⁵. Da qui, dunque, il recupero di nuovi doveri mai prima d'ora conosciuti che provengono, come apostrofa Jonas, da quell'impulso naturale comunemente avvertito verso la salvezza¹⁶. Un dovere di salvezza che non può limitarsi all'uomo contemporaneo ed alla qualità della sua vita, ma che deve investire le generazioni future consentendogli una sicura permanenza sulla terra. L'uomo ha, quindi, una “responsabilità per l'esistenza”, nel senso che ha la responsabilità verso se stesso e verso chi non c'è ancora, ma ci sarà un giorno¹⁷. Si tratta, in altre parole, di una responsabilità che comprende «l'universo esteso a tutti gli esseri umani,

¹² Ibidem.

¹³ GIUSEPPE LISSA, *Presentazione*, nel vol. *Hans Jonas: la bioetica come problema della storia della filosofia*, a cura di ARMANDO DEL GIUDICE, Giannini Editore, Napoli, 2007, p. 14.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ MARCIANO VIDAL, *Etica civile e società democratica*, trad., it., Società Editrice Internazionale, Torino 1992, p. 222.

¹⁶ HANS JONAS, *Scienza come esperienza personale*, trad. it., Morcelliana, Brescia 1992, pp. 37-38.

¹⁷ Sull'argomento s. v. RAFFAELE BIFULCO, *Diritto e generazioni future*, Franco Angeli, Milano 2008.

¹⁸ HENRY ALTAN, *Responsabilità. Il principio e le pratiche*, nel vol. *Questioni di bioetica*, a cura di STEFANO RODOTÀ, Editori Laterza, Bari 1993, p. 226.

presenti, ma anche passati o futuri»¹⁸. È la responsabilità del “prendersi cura” (*Sorge-für-Verantwortung*)¹⁹ dell’altro, un altro diverso da me, ma nello stesso tempo identico a me. Una cura che potrebbe essere paragonata a quella che una madre nutre per il proprio figlio, o che un capo di governo dovrebbe avere verso i suoi cittadini. Dobbiamo, dunque, recuperare quell’antica *pietas*²⁰ che ha guidato l’uomo per secoli e che l’odierna manipolazione sembra aver reso impossibile, un “prendersi cura” al tempo stesso della natura e dell’umanità. Un “prendersi cura” che dev’essere inteso come il primo dovere dell’intera collettività, ed in esso è sottinteso anche quello «della natura in quanto *conditio sine-qua-non*», poiché, come avverte ancora una volta Jonas, siamo stati generati dalla natura, e pertanto, «siamo debitori verso la totalità a noi prossima delle sue creature» e quindi, dobbiamo riconoscerle una «dignità propria che si contrappone all’arbitrio del nostro potere»²¹.

Oggi più che mai, è importante insistere su un punto nodale della vita umana, vale a dire, che l’esistenza è un imperativo categorico per l’umanità, e quindi «giocare in modo suicida con tale esistenza è categoricamente proibito»²², e le imprese che hanno come posta in gioco l’esistenza dell’umanità devono essere escluse a priori. Iniziamo, dunque a domandarci se tutti i progressi compiuti dalla scienza e tecnica medica siano utili al reale mantenimento della specie umana. Se, in altri termini, tanto l’avvento della biologia molecolare, con il conseguente “svelamento” del codice genetico, quanto l’ingegneria molecolare che ci ha consentito, attraverso la combinazione di molecole, di produrre sostanze specifiche, ed ancora gli stessi progressi in campo biocellulare per quanto concerne l’invecchiamento ed il prolungamento della vita umana, non hanno, forse, reso la morte un evento innaturale? In altre parole, c’è da chiedersi se la morte da necessità insita nella natura stessa della vita, quale evento necessario, non sia divenuta «una prestazione organica disfunzionale a cui porre rimedio»?²³. Ci siamo autoillusi, grazie proprio alle recentissime tecniche bio-mediche, come ravvisa Veronesi, «che la morte quasi

¹⁹ HANS LENK, *La responsabilità nella tecnica*, in *Intersezioni. Rivista di storia delle idee*, n. 2, 1993, p. 302.

²⁰ HANS JONAS, *Dalla fede antica all’uomo tecnologico*, cit., p. 263.

²¹ Ivi, p. 174.

²² HANS JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, trad. it., Einaudi, Torino 1997, p. 33.

²³ ID., *Il principio responsabilità. Un’etica per la civiltà tecnologica*, cit., p. 24.

²⁴ UMBERTO VERONESI, *Il diritto di morire*, Mondadori, Milano 2005, p. 20; sempre sull’argomento s. v., quanto sostenuto da ERNST BLOCH, *Il principio speranza*, cit., p. 523, quando si sofferma a considerare come la medicina diventa progettuale ed utopica poiché vuole ristrutturare il corpo, immettendo «la vita su percorsi nei quali sino ad ora non era mai fluita o non così facilmente».

non debba esistere»²⁴. L'abbiamo nascosta, capovolta, negata, siamo giunti al punto di non nominarla, nella speranza che così facendo l'allontanassimo da noi. Le abbiamo, in altre parole, levato quell'aurea di sacralità che un tempo la contraddistingueva²⁵. L'eterno desiderio dell'uomo di divenire "immortale" sembra avverarsi. Ma, se solo ci soffermassimo per un attimo a riflettere potremmo, forse, comprendere fino in fondo quale sia la saggezza insita nella dura legge della mortalità. Essa, infatti, soddisfa quell'eterna promessa di rinnovata freschezza, riaffermando, così, «il carattere originale dell'uomo» in modo tale che l'origine non potrà mai diventare interamente una cosa del passato²⁶. Non è un caso che da uno dei padri della filosofia, qual è Aristotele, ci viene il grande insegnamento che morire equivale a vivere bene e solo chi vive bene riesce poi, quando verrà il tempo, a morire bene. Ed, ancora lo stesso Epicuro ci rammenta come la vita ha al suo centro l'esperienza di morte²⁷. Se, dunque, la morte è parte integrante della vita, perché l'uomo si affanna tanto ad allontanarla? Non ha forse ragione Kant quando sostiene che l'ostinato prolungarsi della vita «porta ad essere alla fine solo tollerati tra i vivi e questo non è precisamente la più piacevole delle situazioni»²⁸. Quanto tutto ciò può giovare alla specie umana? Tutti questi interrogativi non possono ancora essere elusi, poiché se è vero, come appare, che la tecno-medicina ha iniziato a rimaneggiare i tasti principali e fondamentali da cui la vita dovrà trarre la sua melodia²⁹, allora diventa più che mai impellente, fermarsi a riflettere su quale sia il reale destino che attende l'umanità intera.

²⁵ Sempre sull'argomento s.v. UMBERTO VERONESI, *Il diritto di morire*, cit., pp. 12 e ss; della stessa opinione è LUIGI ALICI, *La morte e il tempo: esperienza del limite*, nel vol. *Il tempo della morte*, a cura di GIAN LUIGI BRENA, Gregoriana, Padova 1996, quando sostiene che una volta «liberato dall'involucro sacrale, che ne faceva un sintomo inequivocabile del mistero dell'esistenza, il fenomeno della morte tende ad essere ridotto entro paradigmi biologici, psicologici, sociologici: un complesso di dati compiutamente analizzabili entro un contesto empirico».

²⁶ HANNAH ARENDT, *Vita Activa. La condizione umana*, trad. it., Bompiani, Milano 1998, p. 129.

²⁷ EPICURO, *Epistola a Meneceo*, in Id., *Opere*, UTET, Torino 1974, p.124, in cui l'A. afferma che «il più terribile dei mali, la morte, non è niente per noi, dal momento che, quando noi ci siamo, la morte non c'è, e, quando essa sopravviene, noi non siamo più».

²⁸ IMMANUEL KANT, *Il conflitto delle facoltà*, trad. it., Morcelliana, Brescia 1994, p. 205, ma continua l'A., «io stesso ne ho colpa. Infatti, per che mai non intendo far posto alla gioventù che vuole salire e, per vivere, mi diminuisco l'abituale piacere della vita? Perché trascino a forza di rinunzie, per una durata fuori dal comune, una debole vita e scompiglio col mio esempio i registri mortuari, dove le misure si tagliano sui più deboli per natura e sulla durata probabile della loro vita?»

²⁹ HANS JONAS, *Dalla fede antica all'uomo tecnologico*, cit., p. 139.

2. La morte un "evento" necessario

Eschilo nella splendida tragedia del "*Prometeo incatenato*" narra di come il titano Prometeo scontasse la sua colpa con un tremendo supplizio. Infatti, è condannato per l'eternità ad avere il fegato dilaniato da un'aquila, che ripeterà il suo lauto banchetto ogni qual volta il fegato si sarà riformato. La terribile colpa di Prometeo è stata quella di offrire agli uomini la possibilità di salvarsi dalla sorte di distruzione a loro destinata da Zeus. Prometeo, dunque, interviene in favore degli uomini, ruba il fuoco a Zeus ed insegna agli uomini come utilizzarlo e le "tecniche" per sopravvivere. L'uomo, infatti, impara a navigare nel mare in tempesta, a lavorare la terra con l'aratro, a catturare pesci ed animali di altre specie, a domare le bestie e soggiogarle al proprio volere e si spinge, sempre grazie al dono di Prometeo, ad imparare ad usare i numeri e le lettere, a riconoscere il sorgere ed il tramontare del sole. L'unica strada che l'uomo non può percorrere e quindi l'unico limite che incontra è proprio quello della morte³⁰, morte a cui l'uomo, poiché essere mortale, non può sfuggire. La morte, quindi, rappresenta un confine invalicabile di fronte al quale l'umanità, pur se progredita, deve piegarsi. L'uomo, dunque, reso *panto-poros*, come scrive Eschilo dal possesso della *techne*, nulla può, però, di fronte alla morte³¹. In realtà, il dono più grande che Prometeo ha fatto agli uomini è stato quello di distoglierli «da tenere gli occhi fissi sul loro destino», quindi di volgere altrove lo sguardo dimenticando, così, la morte. Per sottrarli al terribile destino a loro assegnato da Zeus, Prometeo, dunque, propina agli uomini un "*farmaco*", un rimedio, che consiste nell'oblio della morte. Ma, questo dono di Prometeo, è «intrinsecamente ed indissolubilmente *doron-dolon*», cioè regalo ed inganno nello stesso tempo, beneficio ed esca, poiché in questo modo Prometeo ha finito con il catturare l'uomo, legandolo fortemente alla vita, come se essa non dovesse mai avere fine³². Il "farmaco" di Prometeo, se per un verso cura, per l'altro avvelena, è nello stesso tempo antidoto e veleno, l'uno esiste in funzione dell'altro. La "libertà" che Prometeo dona agli uomini è foriera di nuove catene, le catene dell'illusione di una vita senza fine.

³⁰ Per una maggiore e più accurata trattazione del tema s. v. UMBERTO CERRI, *Introduzione*, nel vol. Id., *Il volto della Gorgone*, Bruno Mondadori, Milano 2001, pp. 1-61.

³¹ Anche in SOFOCLE, *Coro dell'Antigone*, trad. it., Einaudi, Torino 1982, p.83, si legge che l'uomo è un essere terribile e prodigioso a causa della sua astuzia, a causa di quella temibile sagacia che consiste nell'essere *pantòporos*, ovvero ricco di risorse, capace di trovare nuove strade da percorrere.

³² UMBERTO CERRI, *Introduzione*, cit., p. 12.

Questa illusione accompagna ancora oggi l'uomo, che è convinto di poter rinviare all'infinito il momento della morte. Un'illusione, come abbiamo già detto, rafforzata dal volto ammaliante dell'odierna tecnica-medica che sembra avere una risposta a tutto, anche alla morte. Eppure, c'è stato un tempo in cui la morte era vissuta come qualcosa di "familiare", non totalmente separata dalla vita, una specie di "sonno", un trapasso da uno stadio all'altro³³. Un evento necessario, inevitabile alla perpetuazione della specie umana sulla terra, e per questo «incanalata ed addomesticata nelle cerimonie e nei riti»³⁴, con tutta la famiglia che riunita attorno al letto del moribondo lo accompagna nel suo ultimo cammino. Il morto trapassa in un altro mondo circondato dai suoi cari³⁵.

Ai giorni d'oggi, la cultura occidentale moderna ha messo in atto una sorta di rimozione, una fuga sistematica dalla morte tendente a cancellare, negare, narcotizzare il problema³⁶. La morte diventa, così, «oggetto di vergogna e di divieto»³⁷, fino ad essere considerata, come ravvisa Veronesi, "politicamente scorretta", quindi non deve essere nominata, ma piuttosto nascosta, non più visibile all'esperienza pubblica. La si deve "privatizzare" sempre più, in modo tale che nessun segno esteriore possa intralciare la normale *routine* familiare, e bisogna uscire di scena in "punta di piedi" senza turbare lo spettacolo della vita con la gelida presenza della "nera signora"³⁸. Alla stessa stregua dell'atto

³³ MAURIZIO CHIODI, *Etica della vita*, Edizioni Glossa, Milano 2006, pp. 176 e ss.

³⁴ Ivi, p. 177.

³⁵ Sull'argomento s.v., quanto esposto da UMBERTO VERONESI, *Il diritto di morire*, cit., p. 14, quando osserva come «tra gli antichi romani, quando sopraggiungeva la morte il parente più prossimo raccoglieva lo spirito del defunto baciandolo sulle labbra, e quindi gli chiudeva gli occhi»; ed ancora sull'argomento s. v. PHILIPPE ARIÈS, *Storia della morte in Occidente*, trad. it., Bur, Milano 1978, pp. 34-35, il quale osserva come «la familiarità con la morte è una forma di accettazione dell'ordine naturale, accettazione insieme ingenua nella vita quotidiana, e dotta nelle speculazioni astrologiche. L'uomo subiva, con la morte, una delle grandi leggi della specie e non pensava né a sottrarsi, né ad esaltarla. L'accettava semplicemente, appena con quel tanto di solennità che bastava a contrassegnare l'importanza delle grandi tappe, che ogni vita doveva sempre superare».

³⁶ Il primo problema che si riscontra frequentemente è a partire da una definizione corretta ed univoca del termine morte, poiché pur essendo un evento a tutti noto, quando ci si accinge a definirlo emergono non poche difficoltà. Infatti, come osserva PIER ANGELO IACOBELLI, *Bioetica della nascita e della morte*, Città Nuova, Roma 2008, pp.53 e ss, esistono diverse definizioni di volta in volta fornite che riguardano ora l'aspetto meramente biologico del morire ora quello anche spirituale.

³⁷ PHILIPPE ARIÈS, *Storia della morte in Occidente*, cit., p. 68.

³⁸ Cfr., ALFONSO MARIA DI NOLA, *La nera signora. Antropologia della morte*, Newton & Compton, Roma 1995; in questo contesto è illuminante quanto osserva PHILIPPE ARIÈS, *Storia della morte in Occidente*, cit., p. 69, quando scrive che nell'età moderna si vuole evitare «non più al moribondo, ma alla società, ai familiari stessi, il turbamento e l'emozione troppo forte, insostenibile, causata dall'orrore dell'agonia e dalla semplice presenza della morte nel pieno della vita felice, poiché ormai è generalmente ammesso che la vita è sempre felice o deve sempre averne l'aria».

sessuale, commenta Ariès, «la morte è ormai sempre più considerata come una trasgressione che strappa l'uomo alla sua vita quotidiana, alla sua società ragionevole, (...), per assoggettarlo a un parossismo e gettarlo in un mondo irrazionale, violento e crudele»³⁹. Non è un caso, infatti, che gli stessi simboli della morte sono celati, nascosti alla vista dei bambini, i quali, quasi in senso di protezione, vengono allontanati dall'aver qualsiasi contatto con il defunto. Ma, questo voler a tutti i costi rimuovere la morte per un senso di protezione, paradossalmente, sortisce l'effetto contrario, divenendo ancor più tragica, quasi catastrofica. Non è un caso che nelle fiabe la morte è rappresentata sempre come un personaggio, che il protagonista riesce a tenere lontano da sé per un po' di tempo, ma che inevitabilmente ritorna sotto "false spoglie"⁴⁰.

Paradigmatica a questo proposito è una fiaba dei fratelli Grimm, poco conosciuta, intitolata *Comare Morte*, che narra le vicende di un povero padre che alla nascita del suo tredicesimo figlio decide di trovargli un padrino o una madrina in grado di sostenerlo. Scartati per diversi motivi tanto Dio, quanto il diavolo, decide di affidare il figlio alla Morte, che rende tutti uguali. La Morte-madrina, dona come suo regalo di battesimo un'erba miracolosa destinata a far divenire il piccolo, un giorno, un grande medico. Una volta cresciuto e divenuto un giovane medico, allorquando veniva chiamato dai malati, la Morte gli appariva, e se era posta al capo del letto, il medico poteva garantire una pronta guarigione al paziente, viceversa se appariva ai piedi del letto, era sinonimo di morte sicura e nulla poteva essere fatto per salvare il paziente. La Morte aveva messo bene in guardia il giovane di non usare mai l'erba miracolosa senza il suo consenso, poiché ciò poteva ritorcersi contro. Un giorno il medico venne chiamato alla corte, poiché il re era gravemente malato, ma una volta giunto si rese conto che la Morte era posta ai piedi del letto, e quindi non vi era nulla da fare. Senza perdersi d'animo ruotò il letto in maniera tale che la Morte venisse a trovarsi al capo del letto, salvando così la vita al re, ma attirandosi le furie della Morte, che per quella volta volle perdonarlo, ammonendolo, però, che non vi sarebbe stata una seconda volta. Ma il medico, ignorò l'avvertimento, ingannando nuovamente la Morte, quando venne chiamato per visitare la figlia del re anch'ella gravemente malata⁴¹. Come tutte le fiabe anche questa è di estrema attualità, nel senso che oggi gli strumenti tecnici spesso ci consentono di combattere la morte, capendo se si

³⁹ Ivi, p. 51.

⁴⁰ GUIDO PETTER, *Concetto di morte nel ciclo di vita*, nel vol. *Il volto della Gorgone*, a cura di UMBERTO CERRI, cit., pp. 223 e ss.

⁴¹ JACOB GRIMM-WILHELM GRIMM, *Fiabe*, trad. it., Edizioni Boschi, Torino 1951.

trova ai piedi o al capo del letto⁴². Ed altrettante volte ci comportiamo proprio come il giovane medico e tentiamo di ingannare la morte “ruotando il letto”, o addirittura facendo finta di non vederla. Ma la morte è lì.

Allora, da qui il sorgere di tutta una serie di domande che da tempo accompagnano l'uomo: la morte si può curare? È giusto rinviarla o sarebbe più corretto “viverla” fino in fondo?

Come nella fiaba, di sopra narrata, la morte può essere curata quando è evitabile, nel senso che si trova al capo del letto, viceversa, non la si può curare, poiché inevitabile, quando è ai piedi del letto. Ciò significa che la battaglia alla morte non si può sempre vincere, come, invece, la cultura tecno-scientifica odierna vorrebbe farci credere. Quando la morte è posta ai “piedi del letto”, è inutile “ruotare il letto”, tentando di ingannarla, poiché, in realtà si tratta solo di rinviare l'evento. Un evento, che proprio perché “rende uguali” è inevitabile, in quanto si muore solo se si è nati⁴³. La morte, dunque, rappresenta, come ci rammenta la Arendt, «l'altra faccia della fonte perenne della natalità»⁴⁴ e come tale è una realtà connaturata al nostro stesso essere, che dovrebbe indurre, diversamente da quanto accade, ad una accettazione cosciente e serena. Se ci soffermiamo a pensare, ci rendiamo conto che la morte non rappresenta solo il momento cronologico del fine-vita, bensì «un'esperienza anticipata, appunto nella coscienza della morte, e proprio perciò assunta come qualità fondamentale del vivere»⁴⁵. In altri termini, per quanto ci affanniamo di imporci di “dimenticare la morte”, di ignorarla come se non ci appartenesse, di nasconderla perché offensiva, di fatto, noi nel nostro intimo siamo consapevoli di dover morire. Paradossalmente, la morte rappresenta l'unica certezza che possediamo, in quanto è scritta biologicamente nel nostro destino di esseri viventi.

⁴² Sull'argomento è interessante quanto osserva GIOVANNI ZANINETTA, *La morte curata*, nel vol. *Il volto della Gorgone*, a cura di UMBERTO CERRI, cit., pp. 272 e ss.

⁴³ La certezza della morte, osserva MAX SCHELER, *Morte e sopravvivenza*, in Id., *Il dolore, la morte, l'immortalità*, trad. it., Elle Di Ci, Torino 1993, p. 91, «rappresenta un elemento costante di ogni esperienza di vita».

⁴⁴ HANNAH ARENDT, *Vita Activa*, cit., p. 129.

⁴⁵ MAURIZIO CHIODI, *Etica della vita*, cit., p. 184; sul concetto di esperienza della morte, s.v. anche quanto sostenuto da GUIDO PETTER, *Concetto di morte nel ciclo di vita*, cit., p. 230, quando afferma che «se non possiamo fare consapevole esperienza della nostra morte definitiva e di ciò che immediatamente la segue, è possibile invece sperimentare le numerose piccole morti che la vita quotidiana riserva a noi, come a tutti, in occasione delle quali una parte di noi, più o meno grande cessa le sue funzioni, ed in modo irreversibile. Alludo qui alle numerose esperienze di perdita che siamo costretti a compiere: la perdita di oggetti che ci sono molto cari, e che si rompono, vanno smarriti o devono essere venduti; la perdita di animali domestici ai quali eravamo molto affezionati; la perdita di amici o persone care».

È illuminante a tale proposito Seneca, quando duramente accusa di stoltezza quanti piangono i defunti, che non hanno fatto altro che precederci in un destino che riguarda anche noi, e si domanda se «può uno lagnarsi di un avvenimento, se sapeva che doveva avvenire? Se poi non sapeva che l'uomo è destinato a morire, ha voluto ingannare se stesso. Chi può dolersi di un fatto, quando sa che è inevitabile? Lamentarsi per la morte di uno significa lamentarsi che quello sia stato un uomo. Siamo tutti soggetti ad un unico destino: chi nasce deve morire. [...] Niente è certo, tranne la morte. Tuttavia tutti si lagnano di questa, che è la sola a non ingannare nessuno»⁴⁶. Troppo spesso dimentichiamo che l'uomo, in quanto creatura vivente, ha la mortalità come «caratteristica essenziale della vita in sé»⁴⁷. È, dunque, falso pensare che la morte non ci riguardi, poiché essa fa parte del nostro quotidiano vivere, perciò si può affermare che «l'uomo per vivere bene deve vivere bene il suo morire»⁴⁸. Naturalmente, tale affermazione sembra stridere con la trionfante medicina che ci promette l'immortalità, dimenticando, troppo spesso, i suoi limiti e perdendo di vista quello che dovrebbe essere il suo compito primario che è quello di “prendersi cura” del malato, accompagnandolo, qualora sia necessario, anche «nel tratto impervio che lo separa da una morte inevitabile»⁴⁹. Ma la società odierna ci ha abituato a considerare la morte, non come la naturale conclusione di un ciclo di vita, bensì come un “fenomeno di deficit”⁵⁰, come un male, un virus che acquista la temibilità del “sommovimento”, come un'ingiustizia subita, come un tabù⁵¹. In altri termini, come

⁴⁶ SENECA, *Lettera a Lucilio*, XVI, XCIX, trad. it., Paideia Editrice, Brescia, 2007.

⁴⁷ HANS JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, cit., p. 207.

⁴⁸ MAURIZIO BLONDEL, *L'azione*, trad. it., La Nuova Italia, Brescia 1970, p. 158; sempre sullo stesso argomento s. v., VLADIMIR JANKĚLĚVITCH, *Pensare la morte?*, Cortina, Milano 1995, p. 35, osservando come «la morte non solo ci impedisce di vivere, limita la vita, e poi un bel giorno l'accorcia; ma al tempo stesso comprendiamo che senza la morte l'uomo non sarebbe un uomo, che proprio la presenza latente della morte fa le grandi esistenze conferendo loro il fervore, l'ardore, il tono specifico. Si può dire, quindi, che ciò che non muore non vive»; ancora sull'argomento s. v. quanto sostenuto da FABIO MARINO, *Bioetica sociale tra scienza e vita*, Aracne, Roma 2007, p. 225, quando osserva come «l'idea della morte accompagna l'uomo fin dal suo nascere e non di certo perché l'uomo sia dominato da un sentimento angoscioso di attesa, più semplicemente perché l'uomo, per il suo istintivo desiderio di sapere, ha sempre cercato una risposta ad ogni suo perché, e il perché della morte risiede nella vita».

⁴⁹ GIOVANNI ZANINETTA, *La morte curata*, cit., p. 275.

⁵⁰ GIOVANNI CARLO ZAPPAROLI, *La morte elaborata*, nel vol. *Il volto della Gorgone*, a cura di UMBERTO CERRI, cit., p. 281.

⁵¹ La definizione di tabù riferita alla morte la dobbiamo al sociologo inglese GEOFFREY GORER, *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*, Doubleday, New York 1965, il quale ha mostrato come la morte sia diventata un tabù ed abbia sostituito nel XX secolo il sesso quale divieto principale; s. v. inoltre, PIER ANGELO IACOBELLI, *Bioetica della nascita e della morte*, cit., p. 62; VITTORIO MESSORI, *Scommessa sulla morte. La proposta cristiana: illusione o speranza?*, SEI, Torino 1982, pp. 24 e ss.

sottolinea Jonas, «una prestazione organica disfunzionale a cui si può porre rimedio» ed in linea di principio modificabile e rinviabile a lungo⁵². Un evento che giunge da un punto incommensurabilmente lontano e buio⁵³ e come tale rifiutata, in quanto percepita come brutta, sporca, sconveniente, oscena o come sosteneva Diderot «scortese e crudele» a tal punto da relegarla sempre più nel privato, in un privato fatto non sempre dall'intera comunità familiare, ma da un ristretto numero di persone, e fuori dalle mura domestiche. A tal proposito è interessante, ancora una volta far riferimento ad una favola, e nello specifico a quella narrata da Rilke, di un uomo che viveva nel bosco e teneva sempre aperta la porta della sua casa per ricevere i doni degli abitanti del bosco. Un giorno si presentò alla sua porte anche la Morte e l'uomo si affrettò a chiudere immediatamente la porta. Ma così facendo non poteva più ricevere i doni degli abitanti del bosco e quindi comprese che se voleva continuare a vivere doveva aprire la porta anche a quell'ospite indesiderato. Con ciò si vuol significare che per quanto "ospite indesiderata", alla morte è inutile chiudere la porta, poiché più si tenta di rimuoverla, più si patisce il suo incombere, e quindi, è solo "dannoso" per l'uomo viverla in solitudine⁵⁴, in un ambiente neutro qual è, appunto l'ospedale, a cui si ricorre non solo per poter usufruire delle tecniche mediche difficilmente applicabili a domicilio, ma anche, perché, in questo modo l'evento-morte coinvolge i familiari solo in modo parziale e velato. L'ospedale, dunque, diviene, come descritto da Ariès «il luogo privilegiato della morte moderna»⁵⁵, in cui si è medicalizzata la morte all'eccesso, illudendoci, forse, che in questo modo sia meno traumatica⁵⁶. Una morte, dunque, accettabile e tollerabile da parte dei familiari che non sono, così, soggetti all'imbarazzo che scatena un evento del genere, ma

⁵² HANS JONAS, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, cit., p. 25.

⁵³ È illuminante a tal proposito sulla morte EMMANUEL LEVINAS, *Totalità e infinito*, trad. it., Jaca Book, Milano 1980, p.239, quando osserva che «il carattere imprevedibile della morte dipende dal fatto che essa non si situa in alcun orizzonte. Non si lascia prendere».

⁵⁴ PIER ANGELO IACOBELLI, *Bioetica della nascita e della morte*, cit., p. 60.

⁵⁵ PHILIPPE ARIÈS, *Storia della morte in Occidente*, cit., pp. 69-70; ed ancora l'A. osserva come un tempo l'ospedale «era l'asilo dei miserabili, dei pellegrini; ora è soprattutto un centro medico in cui si guarisce e si lotta contro la morte. (...) Si va o si andrà all'ospedale non più per guarire, ma precisamente per morire».

⁵⁶ La morte sostiene Ivi, p. 70, ha finito con l'essere «scomposta, frazionata in una serie di piccole tappe di cui, in definitiva, non si sa quale sia la morte vera, quella in cui si è perduta la conoscenza, o quella in cui è venuto meno il respiro. Tutte queste piccole morti silenziose hanno sostituito e cancellato la grande azione drammatica della morte, e nessuno ha più la forza o la pazienza di attendere per settimane un momento che ha perduto parte del suo significato». ⁵⁷ Cfr., HANS JONAS, *Il diritto di morire*, trad. it., il Melangolo, Genova 1991.

sono “protetti” dall’asetticità del luogo. Ma, non è forse l’illusione di poter curare la morte che ci spinge ancora a non guardarla in faccia? Tentare di distogliere lo sguardo dalla morte è comprensibile, oltre che naturale, ma la nostra mentalità contemporanea non accetta di buon grado l’idea di dover abbassare le armi dinanzi alla battaglia che ha indetto alla morte, anche a costo di un prezzo molto elevato, quale può essere quello della sofferenza provocata da inutili accertamenti medici, da sproporzionate terapie cui si continua spesso a sottoporre l’individuo prossimo al trapasso, in un clima ed in un ambiente dove è veramente difficile che il moribondo riesca ad essere rispettato nella propria dignità di uomo e per di più di uomo morente. L’uomo deve, dunque, recuperare, parafrasando ancora una volta Jonas, il suo “diritto di morire”⁵⁷, inteso come sottrazione della morte da parte della tecnica che tende, invece, a procrastinarla sempre più, prolungando solo una situazione di sofferenza⁵⁸. Quindi, il compito primario della medicina, inteso come “servire la vita”, può giungere a dilatarsi, oltre il tradizionale guarire ed alleviare il dolore, e sconfinare nel differimento della soglia di morire? Il rinviare la morte rientra tra i doveri della medicina? Qual è, dunque, la linea di demarcazione tra dovere di curare ed accanimento?

3. Dovere di cura o accanimento terapeutico?

L’uso di tecnologie sempre più sofisticate hanno assottigliato sino a renderli del tutto sbiaditi i confini tra la vita e la morte, rendendo possibili condizioni di mera esistenza del paziente sino ad ora impensabili⁵⁹. Come ben suggerisce Rodotà siamo arrivati al punto in cui «vivere e morire si avvicinano fino a sovrapporsi»⁶⁰, infatti, le tecniche di rianimazione, di respirazione artificiale e di circolazione extracorporea, consentono il mantenimento in vita anche di soggetti con gravi lesioni cerebrali e gravi compromissioni fisiche. Ma, qui il *punctum dolens*, fino a che punto si può prolungare l’applicazione di tali tecnologie? Non pochi sono i problemi che sorgono dinanzi alla scelta se curare, se continuare le cure, se, invece, limitarle, oppure non curare di fronte ad una situazione di malattia estrema. Ciò è dovuto alla sottile linea di demarcazione esistente tra dovere terapeutico, inteso quale obbligo etico

⁵⁸ Il prolungamento delle sofferenze è ampiamente trattato da Id., *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, cit., p. 187.

⁵⁹ FRANCESCO D’AGOSTINO-LAURA PALAZZANI, *Bioetica*, Editrice La Scuola, Brescia 2007, p. 123.

⁶⁰ STEFANO RODOTÀ, *La vita e le regole*, Feltrinelli, Milano 2006, p. 249.

del medico di intervenire a fini di curare ed accanimento terapeutico, quale tentativo, invece, di un prolungamento tecnologico del vivere e di una posticipazione artificiale, ostinata, inutile e sproporzionata, della morte ormai imminente. Pertanto, la possibilità di stabilire il come, il quando ed il quanto continuare a trattare il paziente, o viceversa sospendere il trattamento, o ancora non iniziarlo proprio, rappresentano il “pendio scivoloso” del problema bioetico della fine della vita⁶¹. In questo senso, da più parti, proviene un fermo rifiuto ad ogni forma di accanimento terapeutico, anche se poi, come si vedrà più avanti, si tratta di un rifiuto solo formale. Ma, prima ancora di addentrarci nel cuore della questione, è utile, a mio avviso, soffermarci se pur brevemente, sul significato semantico del termine accanimento terapeutico, tentando, così, di iniziare a sgombrare il campo da una serie di ambiguità che inquinano il dibattito attuale.

L'espressione, accanimento terapeutico è un ossimoro, o come ben suggerisce Veronesi un “paradosso”, e di per sé si presta a facile equivoco, poiché, di fatto, ci troviamo dinanzi alla combinazione di un sostantivo, qual è accanimento che ha la sua radice etimologica nell'ira ostinata dei cani e che metaforicamente ha assunto il significato di cocciutaggine, ostinazione, furia, con l'aggettivo “terapeutico”, che indica, invece, un'attività intenzionata a produrre un beneficio per un malato. Pertanto, nel termine “accanimento” è insita una connotazione negativa, che contrasta visibilmente con quella neutra o positiva dell'aggettivo “terapeutico”. Come può, dunque, legarsi con terapeutico? Sono due contrari. Da qui la vaghezza dell'espressione che sembra indicare qualcosa come “un trattamento non indicato oppure non proporzionato, oppure non suscettibile di dare un beneficio”⁶².

In realtà, anche in passato, vi sono stati diversi tentativi di fornire una definizione più precisa, infatti il documento redatto dal Comitato Nazionale per la Bioetica del 1996 recita che si intende per accanimento terapeutico il “trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di rischio relativo elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulti chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica”.

Da tale definizione emergono tre elementi principali quali la documentata inefficacia e quindi inutilità, la gravosità del trattamento e l'eccezionalità dei mezzi terapeutici, che consentono di poter orientare l'operare del medico

⁶¹ COLOMBA CALCAGNI-ROSSANA CECCHI, *Deontologia medica. Dalla deontologia ippocratica alla bioetica*, Società Editrice Universo, Roma 2008, p. 183.

⁶² UMBERTO VERONESI, *Il diritto di morire*, cit., p. 47.

dinanzi a casi di pazienti malati terminali in cui si manifesta una complicazione tale che prevederebbe un inizio di trattamento.

Anche il Codice deontologico dell'ordine dei medici redatto nel 1995 ha tentato di fornire una definizione di accanimento terapeutico più aderente alla realtà, tanto è vero che all'art. 14 recita che «il medico deve astenersi dal cosiddetto accanimento diagnostico-terapeutico, consistente nella ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per il paziente o un miglioramento della qualità della vita». Tale definizione pone l'accento solo su un criterio e cioè sull'«*inefficacia in relazione all'obiettivo del beneficio del paziente*». In realtà, tanto la definizione fornita dal Comitato Nazionale per la Bioetica, quanto quella del Codice deontologico tentano di definire in modo oggettivo l'accanimento terapeutico, con l'intento di permettere ai medici di individuare autonomamente comportamenti che configurandosi come accanimento terapeutico siano da evitare.

Ma, comunque rimane il problema di fondo, poiché, considerato che i concetti di *beneficio e qualità della vita* non possono prescindere dalla soggettività del malato, non è possibile, quindi, dare una definizione strettamente oggettiva di accanimento terapeutico. Il Codice di deontologia redatto, successivamente, nel 2006 tenta di superare tale problema stabilendo all'art. 16 che «il medico, anche tenendo conto della volontà del paziente laddove espressa, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e\o un miglioramento della qualità della vita». Di fatto, il criterio di fondo rimane lo stesso, si introduce solo un elemento nuovo, ovvero, la *volontà del paziente*, senza però, chiarire che rapporto intercorra tra la valutazione oggettiva e la volontà del paziente⁶³. Da quanto sin qui osservato, emerge chiaramente come il concetto di accanimento terapeutico sia vago, insidioso e potenzialmente dannoso, oltre che controverso, poiché se il paziente è in grado di partecipare al processo decisionale, allora nessuna cura può essere iniziata senza il suo consenso informato, e quindi qualora il paziente dia il proprio consenso, poiché ravvisa un qualche beneficio nella terapia a cui si sottopone, automaticamente, non ha senso parlare di accanimento terapeutico; viceversa esso potrebbe essere rilevante nelle situazioni in cui il paziente non è in grado di prendere decisioni e non ha espresso in precedenza un'indicazione circa le sue preferenze per trattamenti di questo tipo, cioè non ha fornito

⁶³ COLOMBA CALCAGNI-ROSSANA CECCHI, *Deontologia medica*, cit., p. 223, le quali sostengono che «la volontà del malato assume valore di parametro di riferimento che con il dato soggettivo della qualità della vita fa propendere per un inquadramento del trattamento proposto nell'ambito dell'accanimento terapeutico».

alcuna direttiva anticipata di trattamento. In realtà, i problemi più inquietanti sorgono proprio dinanzi alle decisioni che si devono assumere nei confronti di soggetti in stato vegetativo permanente, poiché ci troviamo dinanzi al pericoloso bilico tra i confini dell'eutanasia per un verso e dell'accanimento terapeutico per l'altro, investendo, altresì il significato da attribuirsi ai concetti di vita e di morte⁶⁴. Ciò determina la necessità di ridefinire il modello interpretativo di dovere di «intervento medico a favore della preservazione della vita umana»⁶⁵, poiché la stessa distinzione tra sacralità e qualità della vita, un tempo adoperata e ritenuta valida, poiché saldamente ancorata ad una definizione priva di sfumature dei concetti di vita e morte, oggi non è più valida. I confini tra vita e morte si sono dilatati sino al punto di svanire, da qui il senso di smarrimento che genera solo caos, dubbi e dilemmi, che finiscono con l'«ingessare» gli operatori della salute. Ciò si deve soprattutto alla varietà di opzioni morali riguardanti il valore vita⁶⁶, ulteriormente accresciute, come abbiamo avuto modo di vedere in precedenza, dalla progressiva trasformazione della medicina, da scienza della cura, in tecno-medicina quale scienza delle imprese impossibili.

Si è tutti concordi, almeno in linea di principio, ad opporre un netto rifiuto ad ogni forma di accanimento terapeutico, ma non ci si è ancora accordati sulla reale portata del fenomeno. In altri termini, quando possiamo parlare di accanimento terapeutico?

La Chiesa Cattolica, già nel 1970 in una Lettera di Paolo VI al Cardinal Villot, affermava che «pur escludendosi l'eutanasia, ciò non significa obbligare il medico ad utilizzare tutte le tecniche della sopravvivenza che gli offre una scienza infaticabilmente creatrice. In tali casi non sarebbe una tortura inutile imporre la rianimazione vegetativa, nell'ultima fase di una malattia incurabile? Il dovere del medico consiste piuttosto nell'adoperarsi a calmare le sofferenze, invece di prolungare più a lungo possibile, con qualunque mezzo e a qualunque condizione, una vita che non è più pienamente umana e che va naturalmente verso la conclusione»⁶⁷. E poi ancora Giovanni Paolo

⁶⁴ Cfr., MICHELE SCHIAVONE, *Riflessioni bioetiche sullo stato vegetativo permanente*, in "Bioetica", n. 2, 2001.

⁶⁵ BRUNA MAGLIONA, *Un percorso comune*, Giuffrè, Milano 1996, p. 14.

⁶⁶ Sull'argomento s.v. quanto sostenuto da RAFFAELE PRODOMO, *Tra accanimento terapeutico ed eutanasia: il ruolo delle direttive anticipate a difesa del pluralismo delle scelte individuali*, in MICHELE CORLETO (a cura), *Diritto e diritti di fronte alla morte*, ESI, Napoli 2006, p. 65, quando osserva che «stabilire quando in concreto si configuri una situazione di accanimento terapeutico o di eutanasia, non è un mero giudizio di fatto per il quale è sufficiente la competenza tecnica del medico».

⁶⁷ PAOLO VI, *Lettera al Cardinal Villot*, del 30.10.1970

II nell'Enciclica *Evangelium Vitae*, ribadisce fermamente che «quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza 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»⁶⁸. Ma, anche questa definizione, per quanto ben articolata, non basta a fugare tutti gli interrogativi, e soprattutto a definire quale sia la linea di demarcazione fra i due territori, vale a dire quello del «trattamento ammissibile» e quello «dell'ostinazione a tutti i costi», e si contrappone evidentemente a tutte quelle teorie che considerano l'accanimento terapeutico come la correlazione tra la valutazione medica oggettiva della *sproporzione* delle terapie e la considerazione soggettiva della *straordinarietà* delle terapie⁶⁹. Per valutazione oggettiva della sproporzionatezza dell'uso dei mezzi terapeutici dobbiamo intendere, come viene suggerito, l'inadeguatezza tecnico-medica delle cure in rapporto alla conservazione della vita e della salute del paziente, che è determinabile sulla base di diversi fattori⁷⁰. I fattori da prendere in considerazione riguardano l'acquisizione di dati scientifici oggettivi, quali ad esempio i parametri per la valutazione della gravità della malattia, l'impossibilità di alternative terapeutiche, il rischio di morte e le prospettive di sopravvivenza, il grado di compromissione di organi vitali e le potenzialità di guarigione, in riferimento alla possibilità di successo delle terapie, tanto nel presente quanto presumibilmente nel futuro, ed infine nella previsione della evoluzione della malattia. Appare chiaro, quindi, come alla radice del concetto stesso di accanimento terapeutico vi sia la relazione tra sproporzione dei mezzi adoperati e obiettivi da raggiungere, tanto che nella tradizione anglosassone si utilizza il termine *futility*, che evidenzia chiaramente l'inutilità degli interventi terapeutici messi in atto⁷¹. Non a caso, in medicina

⁶⁸ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, Roma 1995, n. 65, L'Enciclica definisce «l'accanimento terapeutico come interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia»; sempre sull'argomento s. v. anche il documento redatto dal Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2278, il quale osserva come «l'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'accanimento terapeutico. Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire».

⁶⁹ MAURIZIO CALIPARI, *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Etica dell'uso dei mezzi terapeutici e di sostegno vitale*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2006, pp.147-168.

⁷⁰ FRANCESCO D'AGOSTINO-LAURA PALAZZANI, *Bioetica*, cit., p. 124; sempre in merito all'argomento s. v., anche ELISABETTA DE SEPTIS, *Eutanasia. Tra bioetica e diritto*, Edizioni Messaggero, Padova 2008, pp. 44 e ss.

⁷¹ Sull'argomento s. v. DAVID LAMB, *L'etica alle frontiere della vita*, trad., Il Mulino, Bologna, pp. 166 e ss; l'A. afferma come «il problema intorno alla definizione di futilità dal punto di vista medico si

il concetto di futilità è contrapposto a quello di “necessità” che è altrettanto difficile da definire. Ma, il problema, forse, consiste proprio nella difficoltà da parte dei medici di comprendere quando una terapia debba considerarsi futile⁷². A tal proposito, è forse necessario, anche in questo caso, definire la radice semantica della parola futile, che deriva dal latino *futilis* e che significa letteralmente perdere acqua, senza tenuta. Questo significato, a sua volta, risale alla mitologia greca ed in particolare al mito delle Danaidi, le cinquanta figlie di Danao, mitico re di Argo, che la leggenda vuole essere state chieste in moglie dal figlio di Egitto, fratello di Danao. Il re di Argo acconsente al matrimonio, ma ordina alle figlie di uccidere la prima notte di nozze i loro mariti-cugini. Tutte le figlie, ad eccezione di Ipermestra, ubbidiscono al comando del padre. Danao, allora, trascina in giudizio la figlia Ipermestra per avergli disobbedito e non aver ucciso il marito Linceo, ma il tribunale degli Argivi la assolve. Allora, Linceo per vendicare la morte dei suoi fratelli uccide a sua volta le Danaidi le quali nell’Ade furono condannate a raccogliere per l’eternità, l’acqua di un pozzo con vasi bucati⁷³. Le fanciulle, dunque, non sarebbero mai riuscite nel loro intento, e da qui, il significato di futile, inteso come sforzo inutile nel perseguimento di un obiettivo. Tradurre tutto ciò in medicina, significa trovarsi dinanzi a non pochi problemi, poiché spesso esiste una sorta di «incertezza riguardo gli obiettivi complessivi dell’azione stessa»⁷⁴. Infatti, non è sempre facile ritenere futile una terapia che non produca un miglioramento o non arrestiti un deterioramento delle condizioni del paziente, poiché se dovessimo considerare futile una terapia non idonea al miglioramento delle condizioni di vita del paziente, allora dovremo alla stessa stregua considerare futile la rianimazione di un paziente in stato vegetativo persistente. Tutto ciò implica un coinvolgimento tanto del piano morale quanto di quello economico-politico e ciò rinvia ad un ulteriore problema che consiste nella distinzione tra il concetto di futilità ed i criteri per individuarla. Infatti, mentre il concetto rimanda ad una questione squisitamente filosofico-morale, i criteri devono

è acuito a seguito di una serie di pronunce giudiziarie che hanno chiamato in causa il concetto di terapia clinicamente “non appropriata” al caso».

⁷² Sull’ argomento rinvio a CARLO CASINI – MARINA CASINI – MARIA LUISA DI PIETRO, *Testamento biologico, quale determinazione?* Società Editrice Fiorentina, Firenze 2007, p. 124, in cui gli autori asseriscono che il «vero problema nella prassi clinica è decidere cosa sia realmente “accanimento terapeutico”. [...] È da anni che la professione medica sta lavorando in questo senso, producendo ed aggiornando linee guida di notevole equilibrio e rigore, tenendo conto sia dell’esperienza accumulata nei reparti sia dei continui progressi della ricerca clinica».

⁷³ LUISA BIONDETTI, *Dizionario di mitologia classica*, Baldini & Castoldi, Milano 1999.

⁷⁴ DAVID LAMB, *L’etica alle frontiere della vita*, cit., p. 117.

essere considerati in relazione alle conoscenze mediche. In questo senso, sono stati evidenziati due diversi significati di futilità: il primo si riferisce al trattamento “fisiologicamente futile” ovvero, quando non si ottengono i risultati desiderati nella condizione di salute del paziente, ed il secondo, invece, inerente alla scarsa probabilità di successo o alla bassa qualità di vita che seguirà al trattamento⁷⁵. Pertanto, nel caso di un paziente in stato vegetativo, un trattamento, quale ad esempio l'applicazione prolungata del supporto di ventilazione, potrebbe essere definito futile, quando non sia in grado di apportare miglioramenti, né in termini di qualità, né in quelli di durata della vita del paziente, né possa in alcun modo migliorarne lo stato fisico e mentale⁷⁶. Ma, pur consapevoli dell'inefficacia del trattamento rispetto all'obiettivo di migliorare le condizioni di vita del paziente, la decisione di mantenere il paziente in vita o di interrompere la ventilazione, rimane, comunque, una questione di ordine morale ancora aperta. La questione, cioè, se è lecito o meno prolungare artificialmente il momento della morte, e soprattutto qual è il confine tra dovere di curare e accanimento?

Al concetto di futilità della terapia si deve, dunque, contrapporre quello di “cura proporzionata”, in cui il sostantivo ribadisce la necessità di curare e l'aggettivo indica la misura entro la quale la cura deve mantenersi per poter favorire il malato⁷⁷. Pertanto, la cura non deve implicare interventi di carattere eccezionale che rischiano di avere effetti devastanti sulla qualità della vita del paziente, non deve, cioè prendere in considerazione il solo prolungamento della vita biologica, ma deve tener presente globalmente la possibilità della piena espressione umana. Nel dovere di curare del medico non rientra il «prolungare artificialmente la vita umana», poiché come recita l'art. 3 del Codice di deontologia «dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana». Quindi, l'utilizzo di mezzi per quanto tecnologicamente avanzati, senza alcuna possibilità di guarire o quanto meno di alleviare le sofferenze, ma con il solo scopo di prolungare l'esistenza, spesso solo biologica, determina lo svilimento dell'essenza dell'uomo e della vita, ledendo altresì, il suo diritto ad una morte dignitosa⁷⁸. Il dovere del medico di dover combattere la morte ad ogni costo, non rientra nel Giuramento di Ippocrate, il quale, invece, insegnava ai medici, circa quattro secoli a.C., ad

⁷⁵ *Ivi*, p. 120.

⁷⁶ *Ivi*, p. 125.

⁷⁷ GIANNINO PIANA, *Etica scienza società. I nodi critici emergenti*, Cittadella, Assisi 2005, p. 122.

⁷⁸ FORTUNATO FRENI, *Biogiuridica e pluralismo etico-religioso*, Giuffrè, Milano 2000, p.126.

assecondare la *vis medicatrix naturae*, rifiutando, così, ogni forma di accanimento.

Il dovere di curare del medico, dunque, deve intendersi come un “prenderci cura”, un farsi carico delle condizioni complessive del paziente, che vanno oltre l’espressione manifesta della malattia ed investono tanto la sfera emotiva quanto quella affettiva. Dovere del medico, in questo contesto, è quello di fornire i supporti terapeutici e psicologici adeguati tali da accompagnare il malato anche verso il suo ultimo traguardo nel modo più sereno possibile. Pertanto, se l’accanimento terapeutico diviene la cifra di «una medicina che ha perso il vero obiettivo della cura (...) e che avverte la morte non come evento naturale ed inevitabile, ma come una sconfitta», viceversa le cure palliative acquistano un valore altamente etico, poiché esse «sono oggi in grado di alleviare gran parte della sofferenza fisica e psicologica, senza peraltro limitare la coscienza del paziente o abbreviarne la vita»⁷⁹.

4. *La medicina palliativa*

Le cure palliative, hanno come scopo principale quello di migliorare la qualità della vita, piuttosto che garantire la sopravvivenza, assicurando altresì ai pazienti una continua assistenza⁸⁰. Di fatto, la cura palliativa non “cura” la patologia, ma allevia il dolore ed i sintomi che lo accompagnano, rispettando il malato sia in senso fisico che psichico⁸¹. È opportuno, anche questa volta, a mio avviso risalire alla radice semantica del termine, per coglierne il significato in tutta la sua pienezza. In effetti, in italiano il termine “palliativo” ha in sé connotato una valenza negativa ed è per lo più utilizzato per far riferimento a qualcosa d’inutile o quanto meno inefficace, mentre in latino *pallium* significa mascherare, nascondere, e nel latino tardo medievale, “palliare” assumeva il significato di «coprire con il pallio, con il mantello», quindi alleviare o ridurre al minimo i dolori di una persona morente avvolgendola in un caldo mantello di dolcezza, di assistenza medica, di comprensione e conforto. Pertanto, si è passati da una definizione piuttosto riduttiva “di cose che non si possono più

⁷⁹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, 14 luglio 1995.

⁸⁰ GIANNINO PIANA, *Etica scienza società. I nodi critici emergenti*, cit., p. 123.

⁸¹ LAURA PALAZZANI, *Introduzione alla biogiuridica*, Giappichelli, Torino 2002, p. 219; nel mondo anglosassone si è soliti distinguere *to cure* che significa guarire da *to care* che significa assistere, prendersi cura.

curare” ad una più ampia che è quella di prendersi cura di colui che soffre. In questo senso, con la medicina palliativa si ha un nuovo approccio medico-culturale alla morte, ritenuta non più una nemica da combattere, ma un evento inevitabile nella vita di tutti gli esseri umani, e quindi accettata⁸². Ed allora, non sarà più la patologia ad essere presa in considerazione ed indagata, ma sarà il malato nella sua totalità l'attore principale. Non più una medicina per il morente, ma una medicina, come è stato osservato, per l'uomo che resta tale sino alla fine dei suoi giorni⁸³. Questa nuova “filosofia della cura” pone, dunque, l'attenzione al rispetto dell'essere umano sofferente ed a tutte quelle metodiche, non solo mediche ma soprattutto psicologiche, che devono essere messe in atto, quando non c'è più nulla da fare, privilegiando gli aspetti qualitativi degli ultimi momenti di vita, nel tentativo di arricchirli di significato. Questo nuovo approccio è favorito dal carattere interdisciplinare delle cure palliative che prevedono «la collaborazione tra soggetti con competenze e attitudini personali diverse in una *équipe* allargata, non limitata ai soli medici e al personale sanitario, ma esteso anche a psicologi, assistenti sociali, volontari»⁸⁴. Una cura attiva globale, così come viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (1990), «prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie specifiche aventi come scopo la guarigione»⁸⁵.

In questo senso, le cure palliative, sempre secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), sono «un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo delle sofferenze, per mezzo di una immediata identificazione, di una valutazione e di una terapia del dolore e degli altri problemi fisici, psicosociali e spirituali»⁸⁶.

⁸² Cfr., OSCAR CORLI, *Una medicina per chi muore. Il cammino delle cure palliative in Italia*, Città Nuova, Roma 1988.

⁸³ Cfr., SANDRO SPINSANTI, *Introduzione. Quando la medicina si fa materna*, in OSCAR CORLI, *Una medicina per chi muore*, cit., ; sempre in merito all'argomento s. v., HANS KÜNG, *La dignità della morte*, trad. it., Datanews, Roma 2007, p. 33, in cui l'A. afferma come una «medicina orientata alla cura del paziente, più che a quella della semplice malattia, sa che l'uomo può essere aiutato solo mediante un approccio globale, che ne abbracci al contempo l'anima ed il corpo, e sa bene quanto siano importanti nella clinica un clima umano e, soprattutto, un dialogo ininterrotto con il paziente fino alla fine».

⁸⁴ GIANNINO PIANA, *Etica scienza società. I nodi critici emergenti*, cit., p. 123.

⁸⁵ L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1990 riteneva, infatti, che il «controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria».

⁸⁶ Dalle definizioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1990 e del 2002 emerge chiaramente come le cure palliative abbiano un carattere interdisciplinare e coinvolgano il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale.

Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica nel 2005 ha sottolineato come le cure palliative non hanno la pretesa di strappare il paziente alla morte, quanto piuttosto «di non lasciarlo solo, di aiutarlo a vivere questa sua ultima radicale esperienza nel modo più umano possibile, sia dal punto di vista fisico che da un punto di vista spirituale»⁸⁷. La stessa Chiesa cattolica nel Catechismo si è espressa favorevolmente circa le cure palliative affermando che «l'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile»⁸⁸. Ma la definizione di cura palliativa che esplicita in modo significativo il concetto, è quella proposta nel 2004 dall'*European Society of Oncology* (ESO), che definisce le cure palliative come «l'attenzione, centrata sulla persona, ai sintomi e al disagio psicologico, sociale ed esistenziale in pazienti con prognosi limitata, al fine di migliorare la qualità della vita dei pazienti e dei loro familiari».

Esse costituiscono, un prendersi cura globalmente del malato, nel momento in cui la sua malattia non risponde più alle terapie utili alla guarigione. Oltre a lenire il dolore, tali cure si prefiggono come obiettivo il raggiungimento di una qualità di vita soddisfacente per il malato. In questo contesto diviene importante la comunicazione che deve necessariamente intercorrere tra il paziente e l'*équipe* per un buon esito della cura⁸⁹. Il paziente, infatti, deve essere correttamente informato delle sue condizioni di salute e dello stato della sua malattia in modo tale da poter partecipare attivamente al piano terapeutico. Il principio del rispetto dell'autonomia del paziente, anche in questo caso, è a fondamento delle cure palliative, e nessun trattamento potrà essere messo in atto senza il dovuto consenso informato da parte del paziente. A differenza della tecno-medicina, quella palliativa, dunque, privilegia la casa o un centro residenziale (*hospice*) in cui il malato possa ritrovare il calore di un "pallio", l'atmosfera di un ambiente familiare, e non la fredda neutralità di un ospedale, per quanto ben attrezzato. Questo avvolgere in un mantello il paziente è il principio dell'etica della cura, intesa proprio come un *prendersi cura*, un farsi carico dell'altro, un preoccuparsi dell'altro. Un'etica della cura che spesso è stata paragonata «al rapporto materno con il figlio»⁹⁰, una madre

⁸⁷ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, 28 gennaio 2005

⁸⁸ CHIESA CATTOLICA, *Catechismo*, Città del Vaticano 1992, nn. 2278-2279.

⁸⁹ COLOMBA CALCAGNI – ROSSANA CECCHI, *Deontologia medica*, cit., p. 187.

⁹⁰ ADRIANA PESSINA, *L'etica della cura. Dentro le differenze di genere: cura versus contratto*, nel vol. *La bioetica e la differenza di genere*, a cura di LAURA PALAZZANI, Edizioni Studium, Roma 2007, p. 155.

che “arcuata” sul proprio figlio proteggendolo lo accompagna a muovere i primi passi. Una cura intesa come “apertura all’altro”, come attenzione nei confronti dell’altro, come accoglienza e comprensione dell’altro⁹¹. Pertanto, il *prendersi cura* presuppone l’esistenza di una relazione che chiama in causa colui che si prende cura e colui che è oggetto di cura. Tra gli attori di questa relazione deve instaurarsi quella che Seneca definiva una *philìa iatrikè*⁹², ovvero un’amicizia medica, un’alleanza terapeutica, potremmo definirla, in grado di coadiuvare entrambi nel cammino intrapreso. Un’alleanza ben bilanciata che non scivoli, nella «enfaticizzazione dell’asimmetria tra colui che si prende cura e colui che riceve le cure»⁹³, ma che resti saldamente ancorata ad un atteggiamento di profondo rispetto per l’altro. Il paziente non più considerato come una macchina da affidare alle cure del meccanico, bensì un uomo con le sue ansie, le sue paure, i suoi dubbi, e nello stesso tempo il medico, non più inteso come un “aggiustatore”, ma anche lui come uomo, pertanto non infallibile, ma con tutte le sue perplessità ed emozioni⁹⁴. Un’alleanza terapeutica, dicevamo, in cui il tempo gioca il ruolo principale, poiché solo donando «pazientemente del tempo al malato terminale», potremmo aiutarlo ad “andarsene” serenamente. Molte volte è più lenitiva una “umana compagnia” di tante medicine, ma ciò significa reinvestire di senso umano il nostro agire, significa imparare nuovamente a concederci all’altro, significa rinunciare agli egoismi che contraddistinguono la nostra esistenza, significa, in altri termini, re-imparare a vedere nell’altro, l’Io. In questo senso, a mio avviso, il compito fondamentale delle cure palliative consiste nel reinvestire di significato il senso della morte. Non più una morte medicalizzata, mortificata, nascosta, bensì una morte dignitosa, nel senso di umanizzata, accompagnata, vissuta sino alla fine. Pertanto, compito della cura palliativa non è quella di “ruotare il letto” dinanzi alla morte, bensì quello di assistere la morte.

⁹¹ VINCENZA MELE, *La bioetica al femminile*, Vita e Pensiero, Milano 1998, p. 84.

⁹² SENECA, *De Beneficiis*, trad. it., Giardini editori, Pisa 1982, VI, 16, 1-5.

⁹³ LAURA PALAZZANI, *Introduzione*, nel vol. Id., *La bioetica e la differenza di genere*, cit., p. 14.

⁹⁴ Sull’argomento mi permetto di rinviare ad un mio scritto, *Il rapporto medico-paziente tra principi etici e norme giuridiche*, in *Le Corti Calabresi*, n. 3, 2007, pp. 611-625.