

# FORUM DI BIOETICA

1

NEWSLETTER

n. 58-

**Dicembre - Gennaio 2009**

Gli scopi del Forum sono: suscitare un interesse culturale sui principi fondanti della bioetica e aprire il dibattito sui dilemmi etici dell'epoca moderna

**INDICE:**

## **Principi e Dilemmi di Bioetica**

**Il Testamento biologico nel dibattito attuale**

di Cleto Antonini

**Qualità della Vita e Gestione della Salute**

di Paolo Rossi

- ◆ antropologia cristiana
- ◆ antropologie della secolarizzazione
- ◆ la salute
- ◆ qualità della vita
- ◆ dignità della vita
- ◆ dibattito bioetico su indisponibilità o disponibilità della vita

### Comitato di redazione

**Dott. Cleto Antonini, (C.A.), Aiuto anestesista del Dipartimento di Rianimazione Ospedale Maggiore di Novara;**

**Don Pier Davide Guenzi, (P.D.G.), docente di teologia morale presso la Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale, Sezione parallela di Torino; e di Introduzione alla teologia presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Milano e vice-presidente del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità" di Novara.**

**Prof. Paolo Rossi, (P.R.) Primario cardiologo di Novara**

# *Principi e Dilemmi in Bioetica*

## **II Testamento biologico nel dibattito attuale**

di **Cleto Antonini**

Nelle precedenti newsletter abbiamo a più riprese affrontato questo tema, oggi è mia intenzione ritornare sull'argomento per l'attenzione posta dai mass media, ma soprattutto perché nel mese di novembre u.s. sono state depositate agli atti parlamentari ben 10 proposte di legge.

La prima domanda non volutamente provocatoria è: esiste la necessità di una legge? È opportuno parlare di un vuoto legislativo?

È questa la posizione sostenuta da alcuni che non vogliono che il dibattito giunga in parlamento per il rischio di strumentalizzazione o per il timore che la pronuncia su una legge che discuta sulle Dichiarazioni Anticipate possa favorire la richiesta, peraltro già rivendicato, di un diritto alla sospensione delle terapie nell'ottica di una legge pro-eutanasica.

Sulla base dell'esperienza giudiziaria maturata recentemente attorno a vicende che hanno riguardato la sospensione della terapia ventilatoria e nutrizionale, in riferimento alla Sentenza del Tribunale di Roma sul caso Welby, questa sezione ha dichiarato il non luogo a procedere per l'imputato dott. Mario Riccio di omicidio del consenziente (art. 578 c.p.) perché "l'esercizio di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità esclude la punibilità, art. 51 c.p.". Il giudice ha poi rinviato gli atti al Parlamento per una proposta di modifica dell'art 579 c.p. (omicidio del consenziente) escludendo nella fattispecie l'ipotesi del medico che ottempera alla volontà del paziente.

Questa conclusione ha il forte sospetto di una forzatura sul giudizio di valore di un atto (la sospensione della ventilazione) che ha prodotto in modo diretto e immediatamente conseguente la cessazione della vita dell'assistito.

Dai fatti conosciamo la strumentalizzazione montata attorno alla vicenda: le posizioni di coloro che hanno sostenuto la legittimità attraverso la richiesta rivendicata della volontà dell'attore di porre fine alla propria condizione di sofferenza e sul fronte opposto di coloro che si battono per il sostegno alla vita, per l'accettazione della sofferenza della pur difficile condizione umana, con una chiara identificazione del limite dell'intervento che non debba promuovere azioni e conclusioni di evidente contenuto eutanasi.

Attorno alla vicenda ruotano problematiche di natura etica e antropologica che riguardano la sensibilità di ognuno e il modo di intendere la vita, mentre la giurisprudenza si muove all'interno del principio giuridico della difesa della persona fisica nel rispetto delle possibilità opinabili o meno di intraprendere scelte di cura da parte del soggetto in grado di autodeterminarsi e gestire la privacy.

È proprio su questo punto che le D.A. (Dichiarazioni Anticipate) non sembrano avere rispondenza per il fatto che la decisione è realizzata lontana dall'evento che potrà verificarsi o meno, mancando la coerenza del pathos che la vicenda umana porta con sé nel momento in cui si realizza.

È ovvio che ciò che ora genera scelte perché visto in un certo modo, possa in altra circostanza spazio temporale presentarsi sotto altri aspetti e dar luogo a ripensamento.

Ma se esiste questo cambiamento di orizzonte per la semplice giustificazione personale, per giunta umanamente accettabile e comprensibile, questa ipotesi non può trovare fondamento per normare una condizione che genererà vincoli e obblighi applicativi per il paziente, il medico o per altri coinvolti nel dare esercizio alle Dichiarazioni Anticipate.

L'atteggiamento giuridico attuale è quello di fondare la legittimità delle Dichiarazioni Anticipate non più sul dibattito posto sul dialogo M/P, attorno al quale molto può essere fatto, quanto sulla validità che principi precedentemente espressi dal soggetto trovino efficacia anche nell'eventualità di incapacità sopraggiunte.

In quest'ottica facilmente si può incorrere nella logica procedurale di confezionare un testamento che abbia tipicità propria di un contratto,

individuando le caratteristiche che il soggetto deve avere per essere "capace" di esercitare la scelta, oppure sul contenuto del consenso che deve essere relato, informato e circostanziato e ancora vincoli e condizioni capaci di onorare la volontà espressa, anche quando comporta il sacrificio della vita, pur invocando la non punibilità per i preposti sanitari o altri operatori chiamati ad esaudire questa volontà, perché solo ciò sembra essere il compito e la giustificazione di questa legge.

Credo che un giurista che si muova in un campo testé prospettato non renda un buon servizio al diritto, che ha lo scopo principe di servire la persona rappresentata in chiave ontologica ed assiologica.

Anche quando la vicenda di Luana che ha trovato la conclusione che conosciamo, certamente il rimettere la decisione ad un atto di volontà mai fondatamente espresso dalla paziente, ma ricostruito nell'ipotesi giudiziale dalle argomentazioni giovanili introdotte agli atti, ha permesso di giustificare e avallare la "legittimità" della scelta espressa da coloro che hanno, per questa ragione, spento quella vita. Alla data odierna il ministro del Welfare On. Sacconi si è espresso con una ordinanza di divieto che presso le strutture ospedaliere e quelle accreditate dal S.S.N. non è possibile praticare la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione perché considerati contributi ordinari alla vita del paziente.

Allora, quanto è decisivo valorizzare il solo principio di autonomia, da cui il consenso attuale, pregresso o presunto, sembra legittimi qualsiasi atto medico?

Credo che porre la fiducia su questo solo elemento comporti una deriva applicativa, soprattutto quando maturato in solitudine, nel contesto del proprio dolore, nel dubbio di non essere in grado di sopportare una vicenda personale così gravosa. È alto in questa circostanza il rischio di promuovere un relativismo morale sistematico tanto da giustificare, per esempio, la morte del consenziente per pietà, o possibili altre soluzioni di tipo utilitaristico.

Invece, la valorizzazione del principio di autonomia ha una stima positiva quando esercitato nella dimensione relazionale: riconoscere l'altro come soggetto morale comporta la rinuncia di un approccio utilitarista e la configurazione di vincoli morali oggettivi a favore del rispetto della dignità della persona e la salvaguardia della vita.

Quindi dal punto di vista etico il consenso non è sufficiente per determinare il valore morale dell'atto, che può altrimenti essere buono o cattivo, occorre invece guardare al suo contenuto, è l'esempio di chi salva la vita a chi non può esprimere il suo parere. In questa categoria sono rappresentati coloro che definiamo "deboli" perché incapaci di autodeterminazione e di difesa, non solamente perché hanno perduto le facoltà che avevano (malati neurologici definiti come neurological minimal state) ma anche coloro, come i concepiti che potranno manifestare le proprie scelte se aiutati a vivere.

Non è perché questi soggetti avendo perduto le facoltà descritte come personali hanno perduto la dignità di esseri umani e con essa anche il diritto alla difesa della vita: è questa una strana equazione giocata in nome della tesi

della qualità della vita (QdV).

Questa ipotesi antropologica che afferma che l'uomo è persona solo quando possiede qualità riconosciute, derivate dall'esercizio di autocoscienza e libertà, giustificando la possibilità che togliere la vita ad un uomo non equivarrebbe a togliere la vita ad una persona, si fonda su un riduzionismo massimalista e a buon mercato delle ragioni che muovono attorno alla metafisica e all'ontologia dell'essere.

Quindi la facoltà legittimata è di uccidere l'uomo (il corpo, il soma, bazar), perché costui è altra cosa rispetto alla persona (la psiche, l'anima, ruach). Si tratta certamente di un sofismo: non c'è persona senza uomo e non si rispetta una persona umana se non perché uomo: le qualità sono qualità di qualcuno.

È il presupposto della Corte di Appello di Milano (luglio 2008 sul caso Englaro) che recita "il venir meno dell'essenza umana" ed il carattere di "esseri umani puramente vegetativi" di coloro per i quali non sarà più possibile una attività psichica rende possibile, anche come ho già ricordato, per una discutibile ricostruzione della volontà dell'attore da parte del rappresentante (il padre), la decisione di sospendere l'alimentazione enterale.

Ribadisco, che le condizioni legate a qualità estrinseche della persona come la facoltà di libera espressione, si aggiungono all'esistenza umana, nel senso che possono esserci o meno: il diritto alla vita è la prima espressione della dignità umana perché fondata su un dato ontologico, inerente all'essere umano.

L'atto dichiarativo della volontà di essere sottoposto a scelte terapeutiche ridotto a solo contratto inter vivos, squalifica tutto ciò che supporta la relazione M/P, carica del contributo psicologico, della professionalità medica, della comprensione umana. Aspetti che rivalutati in modo autentico possono rivitalizzare la missione umana del medico nell'orizzonte del sostegno alla sofferenza e possono certamente contribuire nel trovare soluzioni su questioni simili.

Ricerca a ogni costo di dettare la norma per legittimare un comportamento rispetto ad altre scelte possibili rischia di svilire la logica del consenso informato, riduce l'intervento in ogni direzione a favore del sostegno alla vita umana, mortifica la solidarietà e favorisce aperture pro-eutanasiche, come la rivendicazione del diritto a morire.

Le ricadute di questa rappresentazione sono: l'abbandono terapeutico e assistenziale, la perdita della sensibilità di essere prossimi nella vicenda umana come del ruolo esercitato dal medico e dalla famiglia, la riduzione degli investimenti a sostegno di realtà come gli hospice o delle famiglie bisognose. Finisce per favorire un atteggiamento rinunciatario anche quando non trattasi di accanimento, promovendo un totale disimpegno, dove a farne le spese sono sempre i più deboli, per affermare infine, una sorta di banalizzazione di questa realtà umana, che è meglio scotomizzare o trattare in modo che venga superata velocemente, proprio perché offende il pensiero dei benpensanti.

Il tema presentato con la XV Legislatura nel 2006 come proposta Zanotti, Bafile titola: Disposizioni per la depenalizzazione dell'eutanasia.

Constatiamo in prima battuta il modo diretto di eludere il contenuto delle

Direttive Anticipate che è quello di pronunciarsi su scelte terapeutiche future e non certamente riconducibili a favorire l'eutanasia, come d'altronde indicavano anche le raccomandazioni del CNB del 2003.

In secondo luogo il contesto, come riportato al prologo alla proposta di legge, era quello dell'esempio legislativo belga e olandese, che aveva appena promulgato una legge a favore dell'eutanasia, assieme ad un consenso collettivo crescente sui temi della vita, tanto da favorire la depenalizzazione del reato, come all'art.1 della proposta di non punibilità del medico o di quanti collaborino fornendo mezzi per il suicidio assistito.

Dal novembre 2008 giacciono in Senato 10 disegni di legge, di cui 6 del Partito Democratico, 3 del Partito delle Libertà e 1 della Lega Nord.

Sono tutti favorevoli all'obbligo morale di una legge in ottemperanza alle direttive della Dichiarazione di Oviedo del 1997, ratificata dal governo Italiano con la L. 145/2001, oltre all'impegno di evitare derive pro-eutanasiche.

Spicca tra le altre la proposta Veronesi L. n° 972, dove al prologo cita: "la paura di sopravvivere oltre il limite della vita" facendo del facile terrorismo dovuto "alla medicina moderna che non lascia morire e trasferisce nel limbo della vita artificiale" interpretando il migliore spirito fantascientifico dello slancio cinematografico futurista.

Descrive la conflittualità tra la posizione agnostica e quella confessionale tipica della realtà italiana, attacca coloro (i reazionari cattolici) che giustificano il sostegno alla vita ridotta alla sola misura biologica, rivendicando il diritto di scelta nei confronti del medico che sembra essere il decisore esclusivo sui temi della vita e della morte.

Riconosce il diritto di essere informato, come quello di non sapere, la delega al fiduciario, indica che la dichiarazione deve essere in forma di atto pubblico sottoscritta dal notaio o da un avvocato, tipica soluzione di un burocratismo inutile e dispendioso per la comunità e per il soggetto dichiarante.

Nel contenuto si spinge alla dichiarazione di sospensione dell'idratazione e della NPT e quindi a favore dell'eutanasia, liberando però il medico obiettore di partecipare.

La proposta di Baio A.S. 994, su quest'ultimo punto non è dello stesso parere: NE e NPT non sono terapia medica e perciò vanno sempre garantite; riconosce il diritto di sepoltura e di donazione d'organo, anche se in materia esiste già una legge ad hoc (L. n° 191 del 1999), ma soprattutto favorisce disposizioni a favore della palliazione, della degenza negli hospice e dell'assistenza religiosa.

Il senatore Marino, A.S. n° 10, riconosce la possibilità dei sanitari di disattendere la volontà dichiarata, ma solo dopo aver interpellato il Comitato etico dell'Azienda, risulta essere favorevole all'informazione attenta sulle scelte alternative che promuovano terapie più efficaci, nell'ottica di offrire un paniere terapeutico più vantaggioso, affatto arrendevole, come risposta positiva a nuove proposte di cura.

Il disegno di legge n° 136 del Senatore Porretti sembra essere animato dalla paura di contrastare l'accanimento terapeutico, condizione che non ha bisogno di essere normata, sono sufficienti a mio parere le indicazioni ordinistiche del

CDM all'art 14 del 1998 ribadito all'art. 16 nella versione del 2006:

"Il medico anche tenendo conto della volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione di trattamenti da cui non possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato o un miglioramento della qualità della vita".

Diritti riconosciuti, di provenienza dall'interesse accresciuto sul tema del consenso nelle Dichiarazioni come recita il Consiglio dell'Unità Europea: "il consenso non solo è requisito di liceità, ma va inteso come espressione di un diritto fondamentale del cittadino europeo afferente a quello più generale dell'integrità della persona umana".

E ancora la Convenzione di Oviedo del 1997 all'art. 9 : "i desideri precedentemente espressi dal paziente saranno presi in considerazione".

Non c'è l'obbligo di una norma, è un dovere morale applicato all'esercizio del processo terapeutico, quindi il CDM all'art. 38 recita: "il medico deve attenersi, nell'ambito della propria autonomia alla volontà della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e dell'autonomia della stessa".

Quindi le indicazioni del disegno Porretti che richiamano dei diktat negativi:

- 1) non essere sottoposto a trattamento rianimatorio
- 2) non essere sottoposto ad alimentazione ed idratazione

che ricordano il progetto Loris Fortuna di alcuni anni prima che, al contrario, si esprimeva a favore della sottoscrizione di una dichiarazione personale che contenesse la volontà positiva del soggetto favorevole a questa opportunità, qualora si verificasse la necessità di sostenere le funzioni vitali, sembrano perdere efficacia nell'ottica di un corretto esercizio etico della proposta di cura.

Sullo stesso piano è la proposta agli A.S. n° 800 del Senatore Mussi sulla chiara determinazione a porre fine alla propria esistenza esercitando il diritto al rifiuto delle terapie di sostegno alle funzioni vitali; individua inoltre la punibilità del medico che non ottempera a questo desiderio nell'esercizio delle sue funzioni.

A mio parere una legge sulle direttive anticipate deve:

- a) essere occasione di una proposta positiva
- b) pronunciarsi sulla tutela della vita in condizioni di malattie inguaribile e di grave disabilità
- c) riproporre l'interpretazione autentica dell'art. 32 della Costituzione nel dovere "assistenziale" come era stato inteso dalla Consulta
- d) stabilire regole atte a promuovere la vita, ribadendo il principio di indisponibilità della stessa
- e) sostenere ed incentivare ogni tipo di assistenza rivolto ai bisogni del malato come della famiglia.

Da queste direttive discendono orientamenti etici nell'assistenza al morente secondo i principi del personalismo, riassunti come segue:

- a) no all'eutanasia
- b) no all'accanimento diagnostico e terapeutico



- c) favorevoli alla proporzionalità degli interventi anche con l'opzionalità di ricorrere a terapie straordinarie
- d) promozione delle cure palliative e del controllo del dolore, assieme alla ricerca di soluzioni alternative esperibili con le innovazioni introdotte dalla moderna ricerca scientifica
- e) favorire la cultura degli hospice e di altre strutture residenziali, assieme all'aiuto alle famiglie bisognose che si fanno carico di queste realtà
- f) promuovere l'assistenza umana, spirituale e religiosa
- g) promuovere la verità al malato che vuole essere informato, secondo gradualità e sostegno psicologico alle proprie capacità di accettare, come saper anche rispettare il diritto di non sapere.

Il dibattito attorno alle dichiarazioni anticipate è così delicato perché nasce sulla base della sensibilità individuale di rispondere a temi così personali che rappresentano la vita di ognuno su un ordine etico, morale e spirituale; per questo motivo una legge, se necessaria, potrà essere condivisa solo se saprà farsi carico di tutte queste istanze.

A.C.

## Qualità della Vita e gestione della salute

di **Paolo Rossi**

La risposta alla domanda «che cosa è l'uomo?» si è sviluppata nella "antropologia cristiana" nel corso dei secoli attraverso una rigorosa riflessione razionale, che ha fatto propri alcuni fondamentali guadagni teoretici del pensiero greco. Questa risposta è stata gradualmente contestata e messa in crisi, nelle "antropologie della secolarizzazione",<sup>1</sup> giungendo a quella «crisi di identità» in cui oggi ci troviamo.

### Antropologia cristiana

Alla domanda «che cosa è l'uomo?», l'antropologia cristiana risponde: «l'uomo è una persona»<sup>2</sup>. Il termine «persona» appartiene ormai talmente al nostro linguaggio quotidiano, da esserne stato come deflazionato: non dice pressoché

---

<sup>1</sup> Con "secolarizzazione" si intende un processo che ha caratterizzato soprattutto i paesi occidentali in età contemporanea e ha portato al progressivo abbandono degli schemi religiosi e di un comportamento di tipo sacrale. Secondo le teorie della secolarizzazione, la modernità si accompagnerebbe inesorabilmente al declino del sacro, il quale sarebbe inversamente proporzionale all'aumento del progresso, alla diffusione dell'istruzione, ai processi di urbanizzazione e industrializzazione.

<sup>2</sup> La definizione, classica, di *persona umana* è da un filosofo del primo medioevo, Severino Boezio (ca 475 – 526): *persona* è "*individua substantia rationalis naturae*", una sostanza individua di natura razionale.



più nulla. In realtà esso connota la più profonda definizione di uomo.

"Definendo l'uomo come persona si intende designare il singolo uomo nella sua interezza, concretezza ed unità psicofisica di soggetto (sostanza individuale) capace di pensiero e libertà (natura razionale) e per questo capace di relazionarsi come tale nei confronti di Dio, degli altri uomini e del resto degli enti che compongono l'universo. Per queste sue proprietà la persona umana si caratterizza come unica ed irriducibile nei confronti di tutte le altre sostanze che compongono l'universo fisico e come tale soggetto di inalienabili diritti e doveri nei confronti della società e dello stato" [1]

Da questa definizione, il pensiero occidentale ha dedotto alcuni corollari di tale importanza che sopra di essi è stata costruita la nostra stessa civiltà:

- La persona umana è dotata di dignità: ogni uomo è dotato di dignità e perciò non ha prezzo. Dignità e persona sono due concetti così connessi che non sono mancati pensatori medioevali che hanno definito la persona in chiave di dignità (cfr. per es. S. Tommaso d'A., 1, q. 29, a. 3; 2.2, q. 32, a. 5). Che cosa significa dignità? Il termine connota un particolare valore, una singolare preziosità dell'essere in questione, in forza della quale vale in sé e per sé.
- Ogni persona merita di essere considerata, voluta e trattata secondo la sua propria dignità. E' cioè soggetto di diritti inviolabili.
- Questa capacità di uscire da se stessa, di sconfinare se stessa, l'uomo la deriva precisamente dalla sua capacità di pensare e dalla sua libertà.

### **Antropologie della secolarizzazione**

La secolarizzazione della società contemporanea si può identificare per alcuni versi con il concetto di scristianizzazione e con la sostituzione dell'uomo religioso con l'uomo economico - tecnologico - consumistico, in cui si verifica, ad opera del pensiero filosofico e scientifico, la progressiva negazione della spiritualità: della sua capacità di compiere operazioni psichiche di tipo spirituale, quali il pensare e lo scegliere liberamente.

Tale negazione viene oggi divulgata come verità scientifica, sull'onda della teoria evoluzionista<sup>3</sup> e del fideismo scientifico.

Negata all'uomo la sua soggettività spirituale (la sostanza della persona), che ne resta dell'uomo stesso? Resta un individuo costituito da un «fascio di desideri», al cui servizio è posta la propria razionalità. Alla domanda «chi è l'uomo?», è possibile oggi rispondere così: non una persona, ma un individuo. L'individualismo è la «cifra» fondamentale con cui l'uomo oggi designa se stesso. Che cosa significa definire l'uomo come individuo? Significa designarne la costituzionale privazione e incapacità di mettere se stesso in relazione con agli altri. Negata la spiritualità, resta solo il «desiderio» come unica possibilità di rapportarsi alla realtà delle cose e delle persone. Ma l'unico desiderio

---

<sup>3</sup> L'uomo è il prodotto del 'caso' (cieco e ignoto) e delle forze sconosciute della 'natura' e fatto derivare con spudorata menzogna scientifica dalla scimmia; si nega in tal modo la sua realtà di creatura con l'anima razionale.

possibile all'individuo, privo di spiritualità, è quello delle cose sensibili, spesso *innaturali*, perché non è guidato dalla ragione. L'unica ragionevolezza possibile è quella strumentale al soddisfacimento dei propri desideri, e l'unica comunicazione possibile è quella *contrattuale* stabilita con l'altro.

A questo punto, non ha più senso né fondamento affermare che ogni uomo merita un rispetto incondizionato ed assoluto; parlare di unicità, insostituibilità di ogni persona come tale, una volta che è negata la sua soggettività spirituale, si è costretti a negarne la sua personale immortalità. Se l'uomo non è persona, sostanza spirituale e soggetto insostituibile, ha senso e fondamento parlare di diritti umani inviolabili sempre e comunque?

### La salute

Vediamo ora le problematiche etiche che scaturiscono dalle due antropologie sopradescritte nella gestione della salute e della qualità della vita.

La categoria tradizionale di salute era di natura tipicamente medica perché definiva la salute come *assenza di malattia* e prendeva, quindi, come punto di partenza la malattia intesa come deviazione dalle condizioni ideali di funzionamento e di integrità dell'organismo. Nel secolo XX sotto l'influenza delle antropologie della secolarizzazione si è imposta una visione nuova che allargava la comprensione della salute alle strutture sociali, lavorative, ricreative, educative, abitative, alimentari.

A questa comprensione allargata può essere riportata la celebre definizione di salute offerta dall'*Organizzazione mondiale della sanità* (OMS) nel *Protocollo di costituzione*, il 22 luglio 1946: "La salute è uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale, e non solo l'assenza di malattia o di infermità".

La promozione della salute, allora, è ben più che rimozione delle *noxae* patogene o il ripristino di una ideale normalità organica, ma è promozione di comportamenti e condizioni di vita che permettono alla persona il conseguimento di un pieno benessere psichico, fisico e relazionale. La stessa medicina che un tempo si occupava quasi esclusivamente di guarire le malattie ora si sente sempre più impegnata anche nell'ambito della prevenzione e nella promozione di stili di vita. La salute diventa sempre più un obiettivo da perseguire collettivamente, un indice del progresso di una società, un banco di prova per coloro che hanno responsabilità pubbliche.

Ripetere lo slogan "Salute per tutti" e pensare alla salute come "stato di completo benessere" suona quasi offensivo per milioni di poveri nel mondo ed evoca la retorica vuota delle belle parole piuttosto che non un progetto che si voglia e si possa responsabilmente condurre a compimento.

In secondo luogo, la concezione della salute come completo benessere implica, infatti, una *visione secolarizzata* della salvezza nella persuasione illusoria che l'uomo può procurarsi e raggiungere con i suoi mezzi la pienezza del benessere in questa vita. Questo, come conseguenza, concorre a creare attese irrealistiche sulla possibilità della medicina di rispondere a tutti i bisogni e i desideri delle persone.

Nella medicina dei desideri la dimensione soggettiva della salute viene enfatizzata al punto di confondere il diritto alla salute con il diritto a vedere

soddisfatti i propri desideri e si pretende che la medicina procuri le condizioni per realizzarli. La medicina dei desideri, incentivata dal mercato della salute, incrementa la richiesta di prestazioni farmacologiche e medico-chirurgiche, assorbe risorse pubbliche oltre ogni ragionevolezza e dilata, sino ad estenuarla, la categoria degli stati da sottoporre a una qualche terapia.

### **La qualità della vita**

Anche la nozione di qualità della vita rimanda sempre ad una antropologia che la sostanzia e la fonda. Sarà, infatti, l'antropologia di riferimento, spesso implicita e non tematizzata, a dirci che cosa si deve intendere per "una vita buona", "una vita felice", "una vita piacevole" o "degnata d'essere vissuta" e, ancora più radicalmente, chi è "umano" e quindi merita il nostro impegno per tutelare e promuovere la sua qualità di vita.

La categoria di qualità della vita è diventata un modo usuale per riferirsi alla salute in termini di benessere, con una enfasi implicita sulle dimensioni soggettive della salute. La qualità della vita definita in termini biologici è una categoria medica in cui si è cercato di distinguere il benessere percepito dal soggetto e il benessere definito con parametri clinici.

L'insistenza sulla dimensione soggettiva della qualità della vita, se viene estremizzata, può introdurre un tale carattere di relatività che, alla fine, ne è impedita una qualsiasi valutazione oggettiva. Soggetti diversi, infatti, possono benissimo dare valutazioni diverse di che cosa sia una vita di buona qualità e questa variabilità, se non si compone con criteri di oggettività, sfocia nella più assoluta indeterminazione, contro la pretesa di fondare la valutazione del valore della vita su basi razionali e a partire da criteri verificabili e costanti [2].

Molti Autori, cercando di superare le contraddizioni derivanti da una accentuazione unilaterale della componente soggettiva della qualità della vita si sforzano, di riportare la qualità della vita sul terreno dell'oggettività e propongono di assumere come indici di essa la possibilità di esprimere alcune capacità ritenute propriamente umane, quali l'integrità delle funzioni cerebrali, l'autocoscienza e la relazionalità [3]. In sostanza, sia che si tratti di riportare la qualità della vita a indici di fruibilità di beni e di piacevolezza, sia che si cerchi di focalizzarla su attività e capacità tipicamente umane la categoria di qualità della vita, alla fine, trascura le dimensioni più profonde, ontologiche e non efficientiste dell'essere <sup>4</sup>

### **Dignità della vita**

Con l'espressione sacralità della vita si possono intendere diverse realtà, ma fondamentalmente si vuol esprimere l'idea che il valore della vita umana non dipende da un apprezzamento e da una valutazione delle qualità che essa accidentalmente presenta, bensì dal fatto stesso di essere una vita umana.

---

<sup>4</sup> In questo senso l'affermazione di *Evangelium vitae* secondo la quale "la cosiddetta *qualità della vita* è interpretata in modo prevalente o esclusivo come efficienza economica, consumismo disordinato, bellezza e godibilità della vita fisica, trascurando le dimensioni più profonde – relazionali, spirituali e religiose – dell'esistenza".

Affermare la sacralità di ogni vita umana e dedurre l'eguaglianza di dignità e l'intangibilità non nasconde che le diverse esistenze manifestano qualità diverse, alcune desiderabili altre indesiderabili, non nasconde che per alcuni e, forse, molti la vita non sia felice, compiuta e realizzata, ma non per questo ritiene diminuita la dignità e il valore di quelle esistenze fragili e dolenti.

L'agente morale è, dunque, chiamato non ad attribuire valore, ma a riconoscere il valore intrinseco di ogni vita umana in quanto umana.

La vita non è un bene che si possiede e che può essere abbandonato o estinto quando cessa di apparire un bene desiderabile o utile, ma è l'esperienza complessiva del proprio esistere. Io non ho una vita, io sono un vivente.

La categoria di sacralità è molto criticata dalla bioetica secolare, che parte spesso da una opzione antireligiosa e antimetafisica, ed è anche molto fraintesa.

Si cercano nella scienza, soprattutto nella teoria dell'evoluzione, nelle neuroscienze, nell'etologia e nella sociobiologia prove di una continuità ininterrotta fra vita umana e vita animale, per superare lo scarto ontologico fra uomo e animale e poter negare ogni valore speciale e tanto meno sacro alla vita umana. Il *riduzionismo antropologico* è il vero sottofondo di molta della bioetica laica e dell'antropologia diffusa nella cultura secolarizzata e comporta l'incapacità di cogliere la multidimensionalità della persona umana, il valore della sua vita il senso ultimo del suo esistere [4].

La convinzione della dignità, del valore, della autonomia della persona, rappresenta invece uno degli elementi qualificanti della proposta antropologica cristiana. In sostanza, rispondere alle sfide del riduzionismo antropologico significa riaffermare la *differenza* dell'essere umano rispetto ad ogni altro essere e quindi la sua *eccellenza* assiologica<sup>5</sup>, come si legge in un famoso testo di *Gaudium et Spes* dedicato a descrivere i costitutivi dell'uomo: "Uno nell'anima e nel corpo, l'uomo per la sua stessa condizione corporea riassume in sé gli elementi del mondo materiale ... L'uomo in verità non si inganna quando si riconosce superiore alle cose corporee ... infatti con la sua interiorità supera la totalità delle cose".

### **Il dibattito bioetico su indisponibilità o disponibilità della vita**

Il caso Eluana e la questione del testamento biologico hanno avuto il salutare effetto di richiamare l'attenzione sul problema bioetico e filosofico della "indisponibilità-sacralità" o "disponibilità-qualità" della vita; i due paradigmi che Benedetto XVI ha definito "inconciliabili", dividono la bioetica cattolica dalla bioetica secolarizzata. Il fatto che la bioetica contemporanea sia caratterizzata dal contrasto strutturale tra questi due paradigmi genera inevitabilmente la ricerca di "teorie di compromesso".

Nella bioetica odierna infatti esistono studiosi di matrice cattolica che,

---

<sup>5</sup> Assiologia (gr. *áxios*, degno, valido e *lógos*, scienza) L'uomo si trova all'apice di una ideale scala gerarchica di valori etici, estetici, logici, alla quale devono tendere ed uniformarsi il più possibile i comportamenti umani.

insoddisfatti del modello bioetico tradizionale della indisponibilità della vita, manifestano "aperture", più o meno consistenti, nei confronti del modello della disponibilità della vita, senza arrivare, con questo, ad accettarne le diverse implicazioni. Un significativo esempio lo abbiamo avuto anche di recente, in quegli autori che, muovendo dall'idea secondo cui "sul piano razionale il criterio di una assoluta indisponibilità della propria vita non è fondato", difendono il principio della "disponibilità a certe condizioni della propria vita", pervenendo alla tesi – in cui risiede il nucleo filosofico del loro discorso – secondo cui la vita rappresenta un "bene dato in impiego responsabile al soggetto" (V. Possenti), per cui "la decisione, e quindi anche la responsabilità della propria vita, va lasciata al suo legittimo proprietario" (E. Berti).

Che questo principio, contrariamente a quanto hanno sostenuto i loro autori, costituisca una "svolta" oggettiva rispetto ai documenti tradizionali, risulta evidente. Precisamente come costituisce una "svolta" inequivocabile la tesi di Küng <sup>6</sup> – elaborata in polemica diretta con Giovanni Paolo II – secondo cui la vita è per volontà di Dio "rimessa alla nostra propria decisione responsabile". Basti pensare che in base a tale principio non si può (più) sostenere, come recitano invece la "Evangelium vitae" e tutti i documenti magisteriali, che "solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine (solus Deus vitae Dominus est usque ab exordio usque ad exitum)" e che quindi la vita in quanto tale "non" ci appartiene.

È importante puntualizzare che quando la chiesa cattolica dichiara che la vita non ci appartiene non intende negare l'umano potere, garantito dal libero arbitrio, di compiere scelte responsabili "all'interno" della vita. Essa intende piuttosto escludere il nostro potere decisionale "sulla" vita stessa, della quale, così come non ne siamo gli autori, così non ne siamo i "proprietari"[5].

Viceversa, il principio secondo cui noi possiamo "disporre", sia pure "entro certi limiti", della nostra vita implica l'oggettivo abbandono di quel caposaldo "strategico" della bioetica cattolica che è il principio assoluto della non-disponibilità della vita. Qui il termine "assoluto" allude ad un tipo di proibizione che, secondo quanto insegna la "Veritatis splendor", vieta una determinata azione "semper et pro semper", ossia in modo "universale e permanente".

In altri termini, nei documenti ufficiali, il rispetto per la vita (che nell'uomo ha sempre una forma personale) si presenta come bioeticamente assoluto per il fatto di essere non-relativo all'"interesse egoistico dell'individuo e alla sua "soggettiva e mutevole opinione". Invece dire che la vita "non" è indisponibile, significa mettere in atto una "svolta rivoluzionaria della bioetica cattolica", cioè porsi nella (nuova) ottica della disponibilità della vita. Del resto, la vita o è indisponibile o è disponibile, o ci appartiene o non ci appartiene; non esiste una terza via di compromesso [6].

---

<sup>6</sup> Hans Küng (Sursee, 19 marzo 1928) è un presbitero e teologo svizzero. È noto soprattutto per le sue posizioni in campo teologico e morale, spesso in contrasto con la dottrina ufficiale della Chiesa cattolica.

Un'altra forma di relativismo morale <sup>7</sup> trova il suo presupposto nella pervasività della tecnica, che sta rendendo evanescente la distinzione tra il 'naturale' e l'"artificiale", creando una sorta di 'zona grigia' tra i due ambiti. Nella zona grigia della conoscenza scientifica "è difficile stabilire quando un essere si possa chiamare individuo o persona" (Carlo Maria Martini)

La 'indisponibilità della vita', della vita altrui e della vita propria. Si tratta, di una regola «del tutto condivisibile», «assolutamente umana» (Aldo Schiavone), che può essere assunta da credenti (che le daranno un fondamento religioso) e da non credenti (che le daranno un fondamento 'umanistico'). Ma sottrarre la 'zona grigia' in cui naturale e artificiale si confondono al principio dell'indisponibilità della vita e lasciare spazio all'autodeterminazione. «Il diritto di scegliere non violerebbe l'intangibilità della vita, ma ne tutelerebbe solo i confini dall'invasività di una tecnica ancora imperfetta».

Questa proposta non è purtroppo condivisibile nei termini in cui è formulata. In primo luogo perché ha un limite empirico: nella stragrande maggioranza dei casi, i malati non rivendicano come diritto quello di potersi autodeterminare, ma quello di essere assistiti e di non essere abbandonati. Dietro molte perorazioni per l'autodeterminazione, si profila l'ambigua (anzi minacciosa) figura di un 'decisore', pronto a sostituire con la propria volontà eutanassica la (presunta!) volontà di morire del malato. In prospettiva bioetica questo è il vero e irriducibile scoglio contro cui naufragano le migliori intenzioni dei fautori della libertà di scelta [7].

Paolo Rossi; paolorossi\_125@fastwebnet.it

## Bibliografia

1. Basti G. *Filosofia dell'uomo*, ESD, Bologna 1995, pag. 334.
2. SANDØE P. *Quality of Life – Three Competing Views*, in "Ethical Theory and Moral Practice" 2 (1999), 11-23.
3. ENGELHARDT H. T. *The Foundations of Bioethics*. Oxford 1996, 239.
4. FAGGIONI M. P., *La sfida del riduzionismo tecnico scientifico al progetto uomo*. "Studia Moralia" 38 (2000), 437-473.
5. CONGR. DOTTR. FEDE, Istr. *Donum Vitae*, 22-2-1987, Introd. 5.
6. FORNERO G. , *I Funamboli della bioetica*. Il Foglio 17/01/09.
7. D'Agostino F., *Dietro le retoriche della etica si riaffaccia il fantasma della eutanasia*. Il Foglio 6/01/09

---

<sup>7</sup> Il virgolettato riassume il pensiero di Carlo Maria Martini: "Siccome credo nella vita eterna, su quella temporale, fisica, di questa terra, posso transigere, sfumare, variare a seconda dei tempi e della storia e delle culture, e alla fine nascere e morire sono misteri sui quali ciascuno può e deve giudicare secondo la propria sensibilità. Contro un'etica non negoziabile della vita, dal concepimento alla morte naturale, c'è il relativismo cristiano della libertà che decide". da KOS dicembre 2008 San Raffaele Milano.

## La parola ai lettori

Tutti coloro che ricevono questa newsletter sono invitati ad utilizzare la opportunità offerta dal forum per far conoscere il proprio pensiero su quanto letto o sollecitare ulteriori riflessioni ed ampliare la riflessione.

La corrispondenza potrà essere inviata all'indirizzo qui specificato:

[paolorossi\\_125@fastwebnet.it](mailto:paolorossi_125@fastwebnet.it)

[paolo.rossi1927@gmail.com](mailto:paolo.rossi1927@gmail.com)

Tutte le newsletter precedenti sono archiviate con l'indice analitico degli argomenti nel sito:

[www.foliacardiologica.it](http://www.foliacardiologica.it)

La newsletter è inviata automaticamente secondo la mailing list predisposta, chi non desidera riceverla può chiedere di essere cancellato dalla lista. Chi volesse segnalare altri nominativi di posta elettronica è pregato di fare riferimento all'indirizzo per la corrispondenza riportato nella sezione precedente