

**Comitato Etico Provinciale – “Morire con dignità”
Conferenza del 7 novembre 2003, Prof. Karl Golser**

EUTANASIA: un sistema per morire con dignità?

1. Gli eventi recenti e il dibattito sull'eutanasia

Inizierò ricordando un caso al quale l'Alto Adige di domenica scorsa, 2 novembre, ha dedicato due intere pagine. A Ville del Monte, località del Trentino nei pressi di Tenno, Marta Parolari, 46 anni, ha soffocato con un guanciale il figlio disabile di 28 anni. Marta Parolari non aveva più la forza di sopportare il continuo peggioramento del figlio, ormai quasi incapace di alimentarsi e vittima di reazioni sempre più violente. Fino a quel momento la donna si era occupata del ragazzo in maniera esemplare. Dopo l'abbandono del marito si era trovata sola col suo greve fardello. In un primo commento, il pubblico ministero aveva parlato di “eutanasia pietosa” sebbene per la legge italiana si fosse trattato di “omicidio volontario aggravato” per il quale sono previsti anni di reclusione. Spesso tuttavia accade che nei processi, seguiti con grande interesse dai media, la pena venga ridotta o annullata. Uno psichiatra aveva definito l'accaduto come “atto di amore”. Dieci giorni prima, il Corriere della Sera del 23 ottobre 2003, aveva dedicato un lungo servizio alla vicenda di un avvocato romano che aveva ucciso la moglie affetta dal morbo di Alzheimer. Non sopportava più di vederla deperire ormai incapace di riconoscerlo. “Mi aveva detto: ma tu chi sei? L'ho abbracciata, poi ho sparato”. L'avvocato spiegò ai giornali che sperava che il suo gesto potesse riaprire la discussione sulla legalizzazione dell'eutanasia.

Qualche giorno prima, il 18 ottobre, il quotidiano “La Repubblica” scriveva di un uomo di Milano che chiedeva al tribunale di interrompere l'alimentazione artificiale mediante sonda gastrica della figlia in coma vigile dal 1992 per consentirle di andarsene in pace. Ora è ovvio chiedersi: l'alimentazione artificiale è un intervento terapeutico che richiede approvazione o è una cura cui tutti hanno diritto?

Un processo analogo è in atto negli Stati Uniti, in Florida, dove una paziente in coma dal 1990 viene alimentata artificialmente. Il marito, da tempo a fianco di una nuova compagna e ansioso di incassare il cospicuo premio dell'assicurazione sulla vita della moglie, sta lottando per chiedere al tribunale di interrompere la nutrizione artificiale. I genitori della donna, cattolici convinti, lottano invece affinché la figlia continui a vivere e accusano di non aver provveduto ad una possibile riabilitazione. Il tribunale aveva accolto la richiesta del marito e il 15 ottobre la nutrizione era stata interrotta. Ma i genitori della donna rivolgendosi al governatore della Florida Jeb Bush, fratello del presidente George Bush, avevano ottenuto la sospensione del decreto giudiziario (cfr. FAZ, 10 e 18.10.03 e Corriere della Sera del 23.10.03).

Lo scalpore più grande è quello suscitato dal caso che in settembre ha scosso la Francia: una madre aveva somministrato un'iniezione letale al figlio rimasto paralizzato, muto e cieco nel 2000 in seguito ad un incidente stradale. Il ragazzo era stato quindi ricoverato in stato comatoso, ma i medici avevano deciso di non intervenire per rispettare il chiaro desiderio di morte del giovane. Nel 2002 infatti, con l'aiuto della madre, Vincent Humbert si era rivolto con una lettera al presidente Chirac chiedendo di poter morire. Quella lettera divenne un libro intitolato “Je vous demande le droit de mourir” pubblicato in concomitanza con l'eutanasia praticata dalla madre. Anche in Francia la legge non contempla l'eutanasia, ma l'ex ministro della salute francese Bernard Kouchner ha espresso la sua ammirazione per questa donna definendo l'atto come gesto di tenerezza (cfr. FAZ del 26.9. e Corriere della Sera del 27.9.2003).

Ricollegandosi alla vicenda, sul quotidiano "Süddeutsche Zeitung" del 29.10.2003, il noto scrittore Walter Jens, che già nel 1995 insieme a Hans Klüng¹ aveva pubblicato un articolo a favore dell'eutanasia, scriveva: "Per quanto indispensabile possiamo considerare l'integrazione della medicina allopatrica con la medicina palliativa e per quanto grati dobbiamo essere al movimento hospice, il pensiero dell'avvicinarsi dell'ultima ora sarà confortante solo quando i medici potranno prestare aiuto caritatevole alle persone in condizioni disperate come Vincent Humbert, senza per questo essere puniti". Con "aiuto caritatevole" si fa riferimento alla morte ossia all'eutanasia.

E' evidente che notizie del genere, anche in virtù della modalità di presentazione, influenzano l'opinione pubblica: sempre più persone in Europa sono a favore della legalizzazione dell'eutanasia sul modello dei Paesi Bassi e del Belgio.

1 Cfr. Jans, Walter, Küng, Hans, Menschenwürdig sterben. Ein Plädoyer für Selbstverantwortung, Piper V., München-Zürich 1995

Ma chiariamo alcuni concetti:

2) Chiarimenti terminologici

E' difficile trovare un altro termine concettualmente nebuloso ed equivoco come quello di **eutanasia**, parola di origine greca che letteralmente significa bella morte. Per bella morte si intendeva la morte indolore e dignitosa ("felici vel honesta morte mori"). Il poeta Svetonio nel suo "Vita dei Cesari" del 120 d.C. descrisse una simile morte parlando dell'imperatore Augusto. Nell'antichità tuttavia nessuno metteva in relazione l'eutanasia con la soppressione, né tantomeno con l'abbandono dei figli o l'aiuto al suicidio proibito dal giuramento di Ippocrate.

L'eutanasia scompare nel latino medievale per tornare a far a parlare di sé solo nel 1623 attraverso Francis Bacon che nel suo "De dignitate et augmentis scientiarum" fa un distinguo tra "euthanasia interior" ossia la preparazione psicologica alla propria morte ed "euthanasia exterior" intesa come l'intervento della medicina atto a facilitare il trapasso e in primis a lenire il dolore.

Bisognerà attendere la fine del XIX secolo per arrivare al significato odierno dell'accezione, inteso come l'atto di porre fine ad una vita che ha perso di significato. In questo contesto hanno rivestito un ruolo fondamentale il socialdarwinismo e il sostegno alla libertà di porre fine alla propria vita propugnata da alcuni filosofi. Anche in altri Paesi europei si annoverano pubblicazioni che si esprimono a favore di una morte senza dolore per i malati inguaribili, in particolare per i malati psichici. Il nazionalsocialismo mise in pratica questa filosofia durante la guerra uccidendo più di 70.000 persone. Il processo di Norimberga del 1946/47 se ne è occupato ampiamente.

In Germania lo shock per le atrocità perpetrate ha interrotto la discussione sull'eutanasia fino agli anni '70 mentre in altri Paesi dell'area anglosassone il dibattito è stato portato avanti con una certa continuità. Già nel 1935 negli Stati Uniti fu costituita una società per l'eutanasia; dopo la guerra sodalizi analoghi sorsero anche in Inghilterra e in Francia. Successivamente alla diffusione di singoli casi spettacolari, il dibattito sull'eutanasia vive una nuova fase negli anni '70 e viene ripreso anche nei Paesi dell'area germanofona dove tuttavia, per assumere distanza dalle pratiche del nazionalsocialismo, al termine "Euthanasie" si preferì quello di "**Sterbehilfe**" (letteralmente "aiuto a morire").

Ma anche questo è un concetto poco chiaro che impone una distinzione:

1. Eutanasia intesa come aiuto nel momento della morte: in questo contesto potremmo parlare di accompagnamento o assistenza al morente. Oltre al sostegno umano e spirituale, il termine include anche tutti gli interventi medici e di cura che aiutano il malato a

morire. L'eutanasia intesa in questi termini diventa espressione una solidarietà che la morale cristiana non solo consente, ma comanda.

2. Eutanasia come terapia antalgica accettando un possibile accorciamento della vita. In questo caso si parla di eutanasia *indiretta*. Il problema qui nasce per il fatto che alcuni antidolorifici in particolare le preparazioni a base di morfina, se somministrati in certe dosi, possono avere come effetto collaterale l'accorciamento della vita. La questione fu posta all'attenzione di Papa Pio XII che, alla luce della teologia morale tradizionale, la risolse affermando che si doveva accettare un'azione con duplice effetto qualora l'obiettivo fosse il lenimento del dolore: l'effetto collaterale di un possibile accorciamento della vita è cosa consapevole, ma non intenzionale. Nel frattempo la terapia antalgica e la medicina palliativa hanno fatto passi da gigante. Oggi gli effetti sedativi e stabilizzanti sull'organismo umano di una terapia personalizzata di norma allungano e non accorciano la vita. Resta comunque vero che la morfina somministrata in certi dosaggi, riduce l'aspettativa di vita. L'enciclica "Evangelium vitae" di Papa Giovanni Paolo II pubblicata nel 1995, canta le lodi della medicina palliativa facendo riferimento alla distinzione operata da Pio XII, sottolineando tuttavia che non si dovrebbero privare i morenti della loro coscienza senza validi motivi. "Con l'avvicinarsi della morte bisognerebbe poter provvedere ai propri impegni morali e familiari e soprattutto prepararsi in piena consapevolezza all'incontro con Dio" (EV n° 65).

3. Aiuto alla morte inteso come *lasciar morire*. In questo contesto si fa riferimento alla rinuncia agli interventi artificiali atti a prolungare la vita o all'interruzione di una terapia quando non sortisce l'effetto inizialmente voluto.

Qui entrano in gioco il rifiuto all'accanimento terapeutico e la questione relativa alla rinuncia o all'interruzione della terapia (per farlo tuttavia è necessaria un'accurata analisi dei singoli casi).

L'enciclica "Evangelium vitae" riassume i precedenti pareri cattedratici con le seguenti parole: "Da essa (l'eutanasia) va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto "accanimento terapeutico" ossia a certi 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 la sua famiglia. In queste situazioni, 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 casi simili. Si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e farsi curare, ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte". (EV N° 65).

4. La quarta e più reale accezione dei concetti di aiuto alla morte e di eutanasia è quella che intende l'aiuto diretto alla morte ossia il provocare attivamente la morte o l'anticiparne il sopraggiungere ad esempio con un'iniezione letale. Di norma questo tipo di eutanasia presuppone il desiderio di morte da parte del paziente. Ma la situazione nei Paesi Bassi è preoccupante: il 1° aprile 2002 è entrata in vigore la legge sul "Controllo della fine della vita su richiesta e l'aiuto al suicidio" e, sulla base dei dati comunicati dal governo, in un quarto dei casi l'eutanasia è stata praticata senza espressa richiesta del paziente.

5. Quale ultima forma di eutanasia andrebbe ricordata anche l'assistenza al suicidio che nei Paesi Bassi, in Belgio e in Svizzera come l'eutanasia attiva non è passibile di pena. Talvolta questa forma di eutanasia viene erroneamente definita "indiretta": in realtà l'aggettivo "diretta" o "indiretta" si riferisce all'intenzione di chi agisce, "attiva" e "passiva" alla modalità dell'azione sempre da parte di una persona mentre l'assistenza al suicidio implica il coinvolgimento di due o più persone. Ai fini della correttezza sarebbe più giusto

parlare di cooperazione o intervento nell'ambito di un'azione che può assumere connotati formali o materiali a seconda dell'essere d'accordo o meno con l'attore principale.

3) Teorie etiche diverse

Queste differenziazioni sono state fatte in virtù della lunga tradizione etica della cosiddetta analisi degli atti secondo la quale le azioni di una persona vengono analizzate secondo i suoi elementi cioè secondo l'oggetto dell'analisi stessa (*finis operis*), secondo l'intenzione di chi opera (*finis operantis*) secondo le circostanze (*circumstantie*) e secondo le conseguenze dell'azione (*consequetiae*). Da questa tradizione è scaturito l'adagio "Bonum ex integra causa, malum ex quovis defectu". Affinché un'azione sia buona, tutti i suoi elementi devono essere buoni; al contrario è sufficiente che un solo elemento sia cattivo per rendere cattiva l'intera azione.

Fare l'elemosina ad esempio, oggettivamente una buona azione, diventa una cattiva azione se supportata da cattive intenzioni: ad esempio dare l'elemosina per circuire una persona. Il più importante di questi elementi è l'oggetto dell'azione stessa: certe azioni sono già fortemente determinate dal loro oggetto da essere sempre cattive. Mentire o uccidere sono sempre azioni cattive perché l'oggetto di queste azioni è intriso di una qualifica morale. Per esprimersi in termini neutri descrivendo l'azione solo oggettivamente senza darle una qualifica morale, dovremmo parlare di "dichiarazione falsa" o di "uccisione".

In virtù dell'esperienza morale è possibile circoscrivere l'oggetto di un'azione in maniera tale che l'azione possa essere considerata cattiva sotto tutti i punti di vista. Nella tradizione quindi il divieto di uccidere è stato circoscritto al punto tale da affermare "Non si uccide mai direttamente un innocente". In tal modo si esclude il concetto della legittima difesa in quanto l'aggressore è colpevole *eo ipso* e si escludono altresì i casi in cui l'intenzione fosse buona e si accetti la morte come conseguenza. Ad esempio l'asportazione dell'utero invaso da tumore in una donna in gravidanza è giustificata perché l'intenzione è quella di guarire la donna e salvarle la vita sebbene l'intervento possa avere come conseguenza diretta la morte del feto.

Tutte queste differenziazioni e definizioni concettuali sono basate su preconcetti di natura ontologica perché si presuppone in partenza che certe cose sono giuste e certe altre sbagliate perché contrastano con il benessere della persona umana³ nella sua interezza, dove si intende l'uomo rivolto alla cosa giusta, inserito in sistemi predefiniti della creazione.

³ "In definitiva è il **bene della persona umana** a decretare ciò che è bene e ciò che non è bene. E' il bene della persona umana che deve esprimere e motivare il diritto morale. E' giusto e quindi va fatto tutto quanto fa del bene alla persona umana, ciò che aiuta l'uomo, ciò che favorisce il suo essere uomo, ciò che lo rende migliore. Al contrario non si fa ciò che nuoce al bene della persona, ciò che ostacola, ritarda o riduce la sua crescita, ciò che è moralmente sbagliato. Che una cosa sia buona o cattiva dipende dagli effetti che ha sugli uomini. Tutto si misura sul fatto se e in quale misura consente agli uomini di crescere o quantomeno li protegga dall'intristimento", Helmut Weber, *Allgemeine Moraltheologie*, Graz: Styria 1991, 154.

Nei principi bioetici, ciò corrisponderebbe al principio supremo del "Primum nihil nocere", secondo il quale la cosa fondamentale è non arrecare danno al paziente. Il principio presuppone comunque che la soppressione volontaria di una persona innocente sia sempre un danno che nulla può mai giustificare. Nel giuramento di Ippocrate si legge "Non somministrerò a nessuno, neppure se chiesto, un farmaco mortale e non prenderò mai un'iniziativa del genere".

Il principio dell'utilità o del beneficio è legato a quanto espresso dal giuramento ippocratico: è compito del medico guarire il paziente o lenire il suo dolore seguendolo fino alla sua morte naturale in salute o in malattia. Questo atteggiamento non va affrettatamente giudicato paternalistico come fosse il medico a decidere da solo ciò che è bene per il suo paziente. Nell'ottica tradizionale medico e paziente si sentivano sottomessi ad un ordine morale. Ciò che non era etico era definito in partenza e all'azione venivano posti limiti assoluti.

Questa classificazione ontologica tra il vero (di un ordine da riconoscere) e il giusto fu messa in discussione nel tardo Medioevo dal nominalismo che faceva dipendere il giusto dalla volontà ("bonum quia iussum, malum quia prohibitum" Guglielmo da Ockham, 1290 - 1349). A partire dall'Illuminismo il giusto acquista un significato sempre più importante nell'autodeterminazione morale del soggetto, nella sua buona volontà.

Per Immanuel Kant questa autonomia fa sempre riferimento al principio dell'universalizzazione (cfr. il cosiddetto "imperativo categorico": "*La mia azione è morale nella misura in cui la mia massima soggettiva può diventare legge*"). Nella tradizione anglosassone dell'utilitarismo, tutto si orienta all'"Utilità" del soggetto. Un'azione viene considerata buona e giustificata quando, paragonata alle alternative, presenta il maggior numero di valori positivi fondamentalmente non morali come ad esempio la fortuna, la ricchezza, la salute, la bellezza, il sapere, ecc.

4) L'argomento dell'autonomia

Oggi nel contesto del dibattito bioetico, l'autonomia del soggetto è diventata il principio supremo: senza approvazione del paziente, senza il suo consenso informato, non è possibile sottoporlo ad alcuna terapia. Questo è giusto perché in definitiva sono in gioco la sua vita e il suo benessere. Qui siamo di fronte al diritto di veto del paziente maggiorenne con capacità di consentire.

La questione è se anche in senso positivo la volontà del paziente può essere determinante, se quindi il medico, nel rapporto medico-paziente, sia tenuto a rispettarne la volontà: concretamente la volontà di non vivere più, di porre fine alla propria vita. Per spiegare una tale scelta ci si appella al dolore insopportabile esprimendo un giudizio su una qualità della vita che nessuno potrebbe sopportare. Non si dovrebbe giudicare il paziente che in queste condizioni pone fine alla propria vita. Certamente ci si potrebbe chiedere se ciò sia chiara espressione dell'autonomia del paziente perché in molti casi la sua libertà è limitata.

Non possiamo escludere che in certi casi siamo di fronte ad un "suicidio-bilancio" quando dopo aver considerato tutte le ragioni, il paziente giunge alla conclusione che non avrebbe più senso continuare a vivere. Mi viene in mente l'esempio di un medico che di fronte alla diagnosi, consapevole di ciò che lo aspetta, decide di farla finita.

In questo contesto riveste un ruolo assai importante l'argomento della dignità che non concepisce l'idea di perdere totalmente l'autodeterminazione e il controllo sulla propria funzionalità fisica. Per molti diventa fondamentale la paura del dolore fisico che tuttavia può essere contrastato in buona misura dalla moderna terapia antalgica. Ma al dolore fisico si aggiunge il dolore dell'anima che può originare situazioni di grande complessità: mi riferisco all'abbandono, alle paure di ciò che verrà, alla difficoltà o impossibilità di parlare con gli altri delle proprie paure, al desiderio di non diventare un peso compromettendo la vita degli altri.

Sotto il profilo teologico potremmo controbattere affermando che il dialogo è intrinseco all'uomo. Il dialogo è di fatto uno dei fondamenti dei rapporti umani: nella fase iniziale della sua vita l'uomo è inserito in un dialogo e il dialogo dovrebbe essere l'elemento

fondamentale quando la fine si avvicina e l'autonomia va progressivamente riducendosi. E soprattutto esiste il dialogo tra Dio e l'uomo. La teologia intende l'esistenza umana supportata dalla benevolenza del Creatore e Salvatore che rimane e che dà conforto anche nelle dimensioni più buie del dolore e dell'abbandono, perché il Salvatore ci è solidale anche in questi momenti.

Per molti però le risposte della religione cristiana sulla vita e sulla morte non sono più un fondamento di vita. Gran parte della persone crede in qualche modo ad una vita dopo la morte o, seppur nel dubbio, tiene in considerazione questa eventualità senza riuscire ad immaginarsi nulla di concreto. Spiegazioni come l'anima che lascia il corpo, l'idea di un giudizio supremo dell'incontro col Creatore sono poco tangibili. Anche l'idea del cielo, dell'inferno, del purgatorio, della resurrezione ci lasciano interdetti. E' pur vero che nelle prediche se ne parla troppo poco e che i contenuti dogmatici dell'etica teologica che si occupano della fine della vita rivestono un'importanza marginale.

Ma non possiamo sfuggire all'interrogativo che l'uomo si pone spontaneamente nel momento in cui sente vicino il sopraggiungere della morte: che ne sarà di me? E' una domanda alla quale nessuno può rispondere perché nessuno è mai tornato dopo la morte. Rimane quindi il buio assoluto, un buio che fa paura.

La vita umana è una corsa verso la morte. La morte ci attrae e al contempo ci fa paura.

Tra vita e morte è un continuo gioco a rimpiattino fino al momento in cui sopraggiunge.

Filosofi e teologi ci hanno riflettuto per spiegare che cosa accade. E' certamente sbagliato e sarebbe un dualismo insopportabile dire: la morte interessa solo l'involucro fisico che si dissolve, l'anima immortale non è coinvolta. No, la morte interessa anche l'anima. L'uomo muore nella sua interezza. Subisce la morte e mentre la subisce è attivo, ma in che modo?

La risposta più plausibile, quella che rimanda a Sant'Agostino o al filosofo moderno Lévinas, mi sembra quella fondata sui rapporti ⁴. Se con una persona ho un rapporto di amore molto profondo e la persona muore io percepisco fortemente la sua scomparsa.

Insieme a lei muore una parte di me. So che non sentirò più la sua voce, che non incontrerò più il suo sguardo, che non la percepirò più fisicamente. E divengo consapevole del fatto che anch'io morirò. Ma al contempo so che questa relazione non è finita, ma continua: io parlo con la persona anche se se ne è andata. E da qui ha origine la convinzione di tutte le religioni e dei popoli primitivi che i morti in qualche modo continuano a vivere.

Se il mio rapporto si inserisce in un dialogo vivo con Dio, so che la persona che mi ha lasciato è con Dio e che quando morirò la raggiungerò. Insieme resusciteremo anche se ora non riusciamo ad immaginare come.

⁴ Cfr. C: ZUCCARO, op, cit. 76

La comunione tra gli uomini e con Dio continuerà. E' sintomatico che le preghiere per i defunti, cui Kübler-Ross fa riferimento, parlino di questa dimensione nell'inno che cantiamo ai funerali "Ti accompagnino gli Angeli e i Santi ti accolgano". Quale conclusione possiamo trarre da queste riflessioni? Capire che la paura della morte viene meno se il paziente terminale è inserito in un contesto di relazioni familiari ben salde, se ha attorno a sé persone sensibili che lo accompagnano alla soglia dell'ultima dimora, se può parlare di ciò che lo opprime, se c'è posto per la riappacificazione e il recupero del rapporto umano. Era certamente espressione di questa consapevolezza il fatto che nel medioevo si usasse e si desiderasse più di ogni altra cosa morire tra le persone care. Tutti avevano accesso al letto del morente per unirsi ai parenti in preghiera. Una delle rappresentazioni più diffuse sui nostri altari è quella della Madre Vergine Maria morente circondata dai 12 apostoli. In questo senso, la richiesta sempre crescente di eutanasia da parte della nostra società può essere interpretata come fallimento, il fallimento di una società incapace di creare questa comunione, una società che abbandona il morente alla sua solitudine e alle sue paure.

5) L'argomento della giustizia

Quanto trattato fino a questo punto riguarda la situazione del paziente solo che vorrebbe porre fine alla propria vita: la problematica del suicidio. L'aiuto al suicidio e l'eutanasia attiva implicano sempre due attori e due intenzioni. Oltre alla volontà autonoma del paziente c'è anche la volontà del medico con la sua coscienza, i suoi principi etici e la sua deontologia.

Non è una soluzione etica ammissibile per il medico sottomettere la propria competenza e il servizio che presta alla volontà del paziente rendendosi complice delle sue volontà. Se così fosse la medicina perderebbe la propria autonomia. Gran parte dei codici deontologici concedono al medico l'ultima decisione sia per quanto concerne l'inizio, l'interruzione o la rinuncia di una terapia, sia nell'interpretazione della presunta volontà del paziente secondo il suo livello di capacità di consentire.

Per quanto concerne le decisioni in termini etici, vedo tendenzialmente un approccio diverso tra il medico e la sua attività e l'etico.

Nella sua consapevolezza, quella che foggia il suo giudizio etico, il medico parte da casi isolati. Conosce il disagio del paziente, comunica con i parenti e vuole prestare aiuto concreto. Spesso anche le esperienze fatte in queste situazioni di emergenza lo influenzano fortemente. Il medico vive la pressione del dolore, deve prendere delle decisioni, in casi estremi non sempre gestibili facendo riferimento alle norme. La disciplina medica ha sempre ribadito che queste decisioni vanno prese secondo scienza e coscienza.

L'etico e il giurista partono invece da norme generiche e si interrogano sulle conseguenze sociali di norme e determinati comportamenti. L'etico è consapevole del fatto che leggi generiche non sono mai in grado di contemplare ogni singola situazione; al contempo intravede una certa problematica nel fatto che di fronte a certi casi limite, ciò possa essere strumentalizzato dai media per modificare le leggi.

Esiste infatti una forza morale delle norme e delle relative leggi dello stato. Succede inoltre che certe distinzioni, per quanto giuste possano essere nella teoria, non vengano recepite da larga parte della popolazione. L'esempio più eloquente è l'impunità per l'interruzione di gravidanza in particolari situazioni. Ciò che la legge non punisce viene rapidamente accettato moralmente e preteso come un diritto.

Una tendenza analoga potrebbe delinearsi in merito all'impunità dell'aiuto al suicidio e all'eutanasia attiva. Pertanto il pretesto dello slippery slope, la cosiddetta "china fatale", è

senz'altro convincente. Accettare gradualmente certe situazioni adducendo alle varie norme straordinarie previste in casi estremi, minerebbe la tutela della vita umana in tutte le situazioni della vita.

A ragione il bioetico si interroga sugli effetti che l'impunità dell'aiuto al suicidio e dell'eutanasia attiva possono avere sul rapporto medico – paziente, soprattutto dopo i casi di interruzione della vita senza espressa volontà del paziente verificatisi nei Paesi Bassi: il controllo di questa pratica presupposto dalla legge viene disatteso perché una cospicua percentuale di medici non provvede a fare la dovuta segnalazione⁵.

⁵ Nel 1990 solo il 18% e nel 1995 il 41% dei casi di eutanasia è stato segnalato alla procura. Ciò significa che in moltissimi casi sono state violate o negate le norme giuridiche sull'eutanasia. Neanche la nuova legge potrà migliorare la situazione. Stando alle cifre del 1995, il 59% dei medici ha falsificato le dichiarazioni di morte. Da uno studio si evince altresì che i medici che non hanno denunciato i loro casi, nell'82% dei casi non avevano consultato nessun collega violando così i doveri di diligenza previsti dalla legge. Il dato viene confermato dallo studio di Gerrit van der Wal e Paul J. Van der Maas: *Eutanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedures*, Den Haag 1996, cui fa ampio riferimento Fuat S. ODUNCU in „Begleiten statt töten“ su *Stimmen der Zeit* 219 (2001, 8), 520-532.

Tutto ciò genera nei pazienti anziani il timore diffuso che il medico, di comune accordo con i parenti sopraffatti da una situazione difficile, decida di porre fine alla loro esistenza perché non risponde più ai requisiti di qualità della vita ⁶. Sorge altresì spontanea un'altra domanda: se non esistono più limiti etici che regolino il suo operato in questa delicata fase della vita, anche il medico, sottoposto a pressioni sociali sempre più forti, non corre rischio di perdere la propria autonomia?

L'etico che in primis si occupa di questioni giuridiche, si chiede se uno stato, oltre a garantire ai cittadini la libertà di decisione quando questa non arreca danno a terzi, non abbia anche un dovere nei confronti del bene comune. Fino ad oggi il principio sovrano per il bene comune è sempre stato visto nella tutela della vita del cittadino come principio assoluto per non far prevalere il diritto del più forte. Stanno aumentando i costi per la cura di pazienti in fase terminale e sta aumentando il numero di persone determinate che non ammettono intromissioni nei loro progetti di vita e si rifiutano di occuparsi del dolore e della morte anticipatamente.

Sorge spontanea la domanda: che società vogliamo? Una società in cui prevale il diritto del più forte dove gli individui prestanti e in salute si impongono sugli altri, una società che condanna il debole perché diventa un peso e gli manca la qualità della vita? O vogliamo una società votata al rispetto per la vita e per la morte di ogni singolo individuo?

Una società consapevole che un atteggiamento come questo non si può imporre per legge, ma invece richiede un difficoltoso lavoro di educazione nel capire e nell'accompagnare le persone nella loro ultima fase della vita, una società fatta di individui capaci di occuparsi della morte del prossimo e della propria morte, una società che vuole fare proprio un atteggiamento etico di fondo, consapevole che esistono situazioni che ci mettono a dura prova e che la legge non è in grado di contemplare nella loro complessità? Il pericolo si cela dietro un atteggiamento che limita la discussione ai casi estremi e che partendo da essi, pretende di cambiare le leggi. Meglio sarebbe guardare ai tanti casi in cui l'assistenza al morente ha successo, alle situazioni che arricchiscono le persone e le fanno crescere, che insegnano loro a guardare la vita con altri occhi.

⁶ Più volte i vescovi olandesi hanno messo in rilievo questi casi, cfr. *Euthanasia and Human Dignity. A Collection of Contributions by the Dutch Catholic Bishops' Conference to the Legislative Procedure 1983-2001*, Utrecht/Leuven: Peeters, 2002.