

## II problema dell'eutanasia

*Evandro Agazzi*

### **La lotta contro la morte**

Qual è il fine della medicina? E' difficile rispondere a questa domanda perché la pratica medica persegue più di un fine (oggi si occupa anche dello sport e delle cure di bellezza, ad esempio). Tuttavia è importante cercare di indicare qualcosa che possa essere considerato come il fine «primario» della medicina, e sembra ovvio che questo consista nella lotta contro la morte. Probabilmente ciò sembra ovvio perché deriva direttamente dall'opinione popolare che «la morte è il peggiore di tutti i mali».

Dobbiamo renderci conto, tuttavia, che questa è un'opinione relativamente «moderna» e tipica della nostra cultura occidentale individualistica e secolarizzata. In certe culture orientali in cui si accetta la dottrina della reincarnazione, ad esempio, la morte è considerata in modo molto meno drammatico, e la stessa cosa era vera in Occidente, quando il comune modo di sentire era permeato dalla fede cristiana, secondo cui la morte è «passaggio» e una specie di porta attraverso cui si entra nella «vita eterna»: la preoccupazione era quindi quella di una «buona morte», intesa come una morte sopravvenuta «in grazia di Dio» e, quindi, premessa all'ingresso nel suo regno. Perduto, in generale, il riferimento al soprannaturale, l'uomo moderno considera la morte come un male, non soltanto perché in essa egli vede l'annullamento totale della sua esistenza individuale, ma perché essa è di solito l'esito di malattie più o meno dolorose.

Anche al di fuori di questo diretto riferimento al soprannaturale, la morte era considerata un prezzo accettabile da pagare in nome di alcuni valori supremi, come la testimonianza della propria fede religiosa, la difesa o la gloria della patria, la realizzazione di certi ideali di libertà e di giustizia. Oltre alla secolarizzazione e all'individualismo, la modernità ha indotto a privilegiare la lotta contro la morte tra i fini della medicina in seguito alla trasformazione di questa in senso scientifico e tecnologico. In una prospettiva del genere, infatti, diventa una sorta di imperativo assoluto quello di conseguire il fine che una determinata tecnologia persegue. Pertanto, nei casi di malattie il cui esito previsto fosse la morte, evitare o ritardare la morte diventava l'obiettivo supremo di ogni pratica terapeutica, e il non riuscire a raggiungere questo obiettivo veniva percepito come uno scacco e un fallimento.

In conseguenza di ciò, la preservazione della vita è stata vista come un fine per raggiungere il quale nessun prezzo è troppo alto e, in particolare, per il quale l'accettazione del dolore (anche di dolori molto intensi) è quanto ogni essere «ragionevole» dovrebbe esser disposto ad ammettere. Per esempio, l'amputazione di arti, la cauterizzazione e altre simili misure assai dolorose erano praticate in medicina anche quando non esistevano ancora prodotti anestetici, se ciò era considerato necessario per evitare la morte. I limiti erano posti solamente dal fatto che l'intensità del dolore fosse tale da stroncare la stessa vita, ed è per questo che, in Occidente, i progressi della chirurgia furono possibili solo dopo l'introduzione del cloroformio come anestetico, agli inizi dell'Ottocento. In tempi più recenti, questo atteggiamento ha ricevuto una giustificazione più «spirituale», presentandosi come

l'espressione della considerazione della vita come qualcosa di sacro, cosicché la difesa della vita può venire assunta come il valore più fondamentale dell'etica medica.

### **La considerazione della qualità della vita**

La situazione culturale è mutata negli ultimi decenni e quello della *qualità della vita* è diventato uno dei valori predominanti nelle nostre società (anche se tale concetto rimane definito in modo molto vago), con notevoli impatti anche sulla medicina e la sua etica. Anche se è falso asserire, come ha fatto qualche autore, che la «novità» della bioetica rispetto alla tradizionale etica medica è costituita dal fatto che, in essa, il principio della qualità della vita ha sostituito quello della sacralità della vita, è indubbio che nella bioetica attuale questi due principi sono venuti spesso a scontrarsi e ne alimentano i dibattiti.

La vera difficoltà di questi dibattiti riposa sul fatto che non è chiaro se questi due valori (sacralità della vita e qualità della vita) debbano essere posti sullo stesso piano; ciò ha ovviamente conseguenze di vasta portata nella discussione di quei casi in cui essi entrano in collisione e proprio di uno di questi passeremo ad occuparci. Prima di farlo vogliamo notare che proprio l'importanza assunta dal valore della qualità della vita ha dato grande impulso in medicina a quella «lotta contro il dolore» di cui abbiamo parlato nell'editoriale precedente, dal momento che l'assenza di dolore è indubbiamente una componente sostanziale di una buona qualità di vita. La medicina palliativa, e tutte le terapie messe in opera da quella che abbiamo chiamato la «tecnologia del dolore», sviluppano trattamenti medici il cui scopo non è più quello di evitare o procrastinare una morte inesorabile, ma di assicurare una migliore qualità a quel breve tratto di vita che resta ancora disponibile.

### **Che cos'è l'eutanasia**

L'etimologia greca del termine non è molto illuminante poiché, secondo questa, «eutanasia» significa «buona morte» e, per associazione di idee, saremmo indotti a pensare che ci riconduca al senso cristiano di «buona morte» ricordato in precedenza. Niente di tutto ciò: in senso molto lato, si può dire che per eutanasia si intende una morte provocata per compassione o «per il bene del paziente», intendendo per altro questo bene in modo molto vago e, concretamente, identificandolo con l'eliminazione di una situazione di grave dolore. In sostanza, si tratterebbe di «por fine» ai suoi dolori mediante la morte.

Già a questo punto si presenta una selva di problemi. Di quali dolori si tratta in concreto? Chi ha il diritto di valutare la loro gravità? Ha il paziente il diritto di decidere di porre fine alla sua vita per por fine ai suoi dolori? In tal caso spetta a lui il diritto di togliersi la vita, o può egli chiedere l'aiuto di altra persona? E questa è moralmente e legalmente autorizzata ad assecondarlo? O, addirittura, può esserci un obbligo morale ad eseguire la volontà del paziente, e per chi vale tale obbligo? È lecito far morire un paziente affetto da gravi dolori anche se egli non è in grado di chiedere l'eutanasia? C'è differenza morale tra l'uccidere direttamente il paziente sofferente e il «lasciarlo morire» sospendendogli i trattamenti?

Su ciascuna di queste domande si sono scontrate tesi opposte, che fanno appello a principi etici generali diversi assunti con valore assoluto e, pertanto, destinati all'inconciliabilità. Ad esempio, chi adotta come criterio morale assoluto la libera scelta individuale (secondo la concezione «libertaria» della dignità umana già analizzata in

precedenza) sosterrà che il paziente ha il diritto di decidere liberamente se porre o meno fine alla sua vita, e anche di porre in atto tale sua decisione. Ma chi sostiene la «sacralità» della vita come valore assoluto negherà una simile disponibilità di essa. Fin qui, comunque, si tratta soltanto di una ripresa di dibattiti morali e giuridici secolari circa il suicidio (poiché tale è in sostanza l'atto eutanasi compiuto dal paziente). Lo stesso si può dire circa il problema se sia o meno lecito «aiutare» il paziente a porre fine alla sua vita (problema morale e giuridico del «suicidio assistito»).

Questi dibattiti hanno condotto anche a distinzioni analitiche, ad esempio, fra eutanasia attiva e passiva, volontaria e involontaria, diretta e indiretta, sulle quali non ci interessa attardarci. Non vogliamo neppure prendere in considerazione alcune estensioni della nozione di eutanasia che si fondano sul concetto di «morte dignitosa», e nelle quali la dignità non viene più intesa come autonomia di scelta, ma piuttosto come uno stato «non degradante» della persona (dove la degradazione viene identificata con una sopravvivenza contrassegnata da forti dolori cronici, oppure da stati di inebetimento, afasia, incapacità di compiere anche le più semplici attività). In tali casi si afferma che è moralmente preferibile porre fine alla vita quando questa non è ancora giunta a un simile stato di degradazione. L'accettazione di questo punto di vista ha condotto ad una certa diffusione delle cosiddette «direttive anticipate», ossia di documenti (spesso depositati presso un notaio come se fossero un testamento) in cui un individuo, ancora sano e lucido, chiede che non lo si lasci sopravvivere in certe condizioni, ad esempio, in caso di una malattia entrata in fase «terminale» particolarmente dolorosa, oppure di un ictus che lo riduca a sopravvivere inebetito e sfigurato in volto su una seggiola a rotelle, e ciò anche se egli, giunto in quella situazione, non avesse la lucidità sufficiente per chiedere l'eutanasia.

### **Sacralità della vita e qualità della vita**

La ragione per cui non riteniamo proficuo entrare nei dettagli di simili discussioni risiede nel fatto che ci sembra più essenziale discutere la vera novità che sta alla base di esse, e che ha modificato i termini del relativo problema, e questa è costituita dalla forza crescente assunta dal valore della qualità della vita, che da molti viene ormai considerato superiore a quello della sua sacralità. Ad esempio, è vero che l'eutanasia è assimilabile al suicidio; tuttavia, mentre è molto generale la condanna morale e giuridica del suicidio (da cui discende anche quella del suicidio assistito), molti sono disposti a fare eccezione per quanto concerne l'eutanasia, e ciò perché questa viene vista come un atto «umanitario», soprattutto se è destinata ad abbreviare le sofferenze di una vita che sta ormai rapidamente volgendo al termine. Chi invece sostiene la sacralità della vita (da intendersi non necessariamente in senso religioso - ossia come conseguenza del fatto che la vita è dono di Dio che solo a lui spetta di dare e di togliere -, ma anche in un senso più profano - ossia come conseguenza del fatto che la vita è «indisponibile» in quanto costituisce il bene più alto per l'uomo, che non può essere sacrificato a nessun altro valore) non ammetterà una simile eccezione, né per ragioni umanitarie, né perché si pensi che ci possa essere una vita non «degnata» di essere vissuta.

La soluzione ci sembra consistere nel riconoscimento che entrambi i valori stanno sullo stesso piano, ossia che non si deve sacrificare l'uno all'altro. Quando si dà priorità assoluta al valore della sacralità della vita, si è condotti a quello che viene indicato come accanimento terapeutico, ossia a quella pratica in cui si fa «il tutto per tutto» al fine di prolungare al massimo la vita di un paziente ormai inesorabilmente condannato a morte prossima, infliggendogli dolori, sottoponendolo ad interventi chirurgici non risolutivi,

prolungando le sue sofferenze pur di prolungare di poco anche la sua vita. Questa pratica viene oggi generalmente condannata, ma è giusto far notare che essa lo era stata da tempo anche da parte del magistero cattolico, ossia da una fonte che forse più di ogni altra si è battuta per il rispetto della sacralità della vita. Basti ricordare che già Pio XII aveva dichiarato che è lecito somministrare a un paziente soggetto ad acuti dolori dei farmaci analgesici, anche se questi dovessero comportare un'abbreviazione della sua esistenza, il che è cosa ben diversa dal praticargli un'iniezione letale che lo uccide per non farlo ulteriormente soffrire (eutanasia). Quindi è lecito e doveroso battersi in nome della qualità della vita, senza con ciò violare il principio della sua sacralità.

Proprio i grandi sviluppi della terapia del dolore di cui abbiamo parlato consentono di realizzare in misura cospicua e crescente questa conciliazione. Infatti esistono farmaci che consentono di ridurre notevolmente i dolori del paziente terminale e di lasciargli vivere il breve segmento restante della sua vita in condizioni sopportabili. Purtroppo questo tipo di competenze non è ancora entrato sufficientemente nella preparazione dei medici, i quali non se ne servono ancora nella misura che sarebbe auspicabile. Aggiungiamo che una pratica da scoraggiare nella misura del possibile è quella di ridurre i dolori del paziente somministrandogli farmaci di tipo o in dosaggio tale da ridurlo in stato di incoscienza.

In tal modo si sopprime la sua percezione del dolore, ma a prezzo di una notevole riduzione della sua qualità di vita. Ciò può apparire di poca importanza agli occhi di una medicina «fisicalista», ma se teniamo presente la nostra distinzione fra dolore e sofferenza, possiamo comprendere che al malato terminale vanno lenite le sofferenze e che, a tal fine, possono essere di grande aiuto quei soccorsi e quelle presenze descritte nel precedente editoriale che presuppongono la sua conservazione di uno stato sia pur ridotto di coscienza. Solo in tale stato egli può «prepararsi a morire», sia psicologicamente che spiritualmente. In tal modo, accanto alle terapie palliative, prende corpo l'importanza di ciò che è stato chiamato l'«accompagnamento dei morenti» e che, per gli ammalati in stato terminale, significa in fondo proprio aiutarli a morire in modo «degnò», ossia come esseri umani che, pur soffrendo, non vengono uccisi, ma aiutati a morire ancora come *persone*.

(Nuova Secondaria n. 6/2002)