

**Pag. 254** L'eutanasia

1

«Eutanasia» è una parola greca e letteralmente vuol dire «la bella morte». Dove troviamo una parola, in genere troviamo anche la realtà a cui quella parola rimanda. L'eutanasia era infatti ammessa e praticata nel mondo greco-romano.

**Un persuasore di morte**

Già nel IV secolo a.C. il filosofo Egesia sosteneva che, non potendo essere felice, all'uomo non resta che difendersi dal dolore. Siccome neppure questo è sempre possibile, l'uomo, secondo Egesia, ha il diritto di suicidarsi per liberarsi dai mali e dalle sofferenze della vita. Il pessimista Egesia doveva essere molto convincente perché molti suoi discepoli si toglievano la vita, dopo averlo ascoltato o aver letto il suo libro *Colui che si lascia morire di fame*. Meritò per questo il soprannome di «persuasore di morte» che non doveva essere, neppure allora, un buon biglietto da visita, tanto che Tolomeo I gli proibì di insegnare ad Alessandria d'Egitto.

**La scelta del saggio**

Questa posizione favorevole alla «buona morte», in Grecia e più tardi a Roma, non era diffusa solo tra i discepoli di Egesia e non era frutto solo di una visione pessimistica della vita.

L'eutanasia era infatti anche la morte serena del saggio che preferiva morire, darsi la morte, quando non era più possibile vivere con dignità, quando continuare a vivere significava rinnegare i valori su cui aveva fondato la propria vita.

L'eutanasia era un gesto pubblico, una scelta di coerenza con la propria vita e, per questo, non era nascosta, ma partecipata agli altri, discussa, celebrata e ricordata con ammirazione.

Si pensi a Socrate che si avvelena con la cicuta circondato dai suoi discepoli o anche a Petronio che si fa svenare da uno schiavo nel corso di una cena con gli amici, in un'atmosfera conviviale e serena.

Intesa in questo modo l'eutanasia è scomparsa dalla cultura occidentale, la ritroviamo invece, ancora oggi, in alcune culture orientali.

### **Se la vita è un dono...**

Nella cultura europea l'eutanasia vissuta come valore, come un atto di coerenza, è scomparsa con il Cristianesimo che considera la vita un dono di Dio. Secondo questa concezione religiosa della vita, non l'uomo, ma Dio è padrone della vita, solo Dio e non l'uomo può disporre della vita e della morte.

L'eutanasia e il suicidio sono entrambi condannati dalla morale cristiana ed equiparati all'omicidio. La morte procurata non è mai «buona» per il Cristianesimo e il suicidio, segno evidente del venir meno della fede e della speranza in Dio, è per la Chiesa un peccato gravissimo che comporta la perdizione eterna.

Con termini giuridici, si dice che per i cattolici la vita è un bene "indisponibile", un bene di cui il singolo individuo può godere ma non disporre.

### **Vita artificiale, morte artificiale**

Negli ultimi anni l'eutanasia non è più oggetto di discussione tra filosofi, ma ha coinvolto l'opinione pubblica trovando largo spazio sui mezzi di comunicazione di massa.

Non si tratta però di una discussione filosofica o religiosa sul senso o sul valore della vita, ma di un problema molto pratico originato dalla crescente efficacia delle terapie per mantenere in vita i malati terminali e dalla sempre maggiore efficienza delle apparecchiature per la respirazione artificiale. Infatti, il dibattito sull'eutanasia è molto vivo e aspro soprattutto nei paesi europei, negli Stati Uniti d'America e in Australia, cioè nei paesi che dispongono di un sistema sanitario efficiente e ricco di risorse finanziarie, scientifiche e tecniche.

Le terapie e le tecniche di intervento praticate in questi sistemi sanitari sono oggi in grado di spingere sempre più lontano nel tempo la fine dei pazienti terminali e di mantenere in vita organismi che, privi del supporto delle macchine e dei medicinali, non avrebbero che pochi istanti di vita. Le scienze, quelle mediche e biologiche in particolare, intervengono sempre più incisivamente nei ritmi biologici, facendo diventare sempre più scelte umane quelle che un tempo erano eventi naturali.

## La nozione di morte è cambiata

D'altra parte i progressi della medicina e l'uso di nuovi strumenti diagnostici hanno cambiato la stessa nozione di morte, di quando cioè possiamo considerare morto un organismo.

«Esalare l'ultimo respiro», si diceva per indicare una volta il momento estremo, il momento del passaggio tra la vita e la morte. La «*morte respiratoria*» certificava la fine dell'individuo.

L'uso dello stetoscopio ha spostato più avanti l'evento di morte, perché questo strumento permetteva di percepire il più lieve battito cardiaco, anche in assenza di un'attività respiratoria evidente. Dalla nozione di morte respiratoria si passava a quella di «*morte cardiaca*». La possibilità di sostituire temporaneamente con una macchina o di sostituire permanentemente il cuore con un nuovo organo ha reso obsoleta anche la nozione di morte cardiaca.

Attualmente la possibilità di rilevare anche la più lieve attività elettrica del cervello, ha cambiato ancora una volta le modalità di accertamento diagnostico e, quindi, la percezione stessa che abbiamo di ciò che dobbiamo considerare morto. La nozione di morte cardiaca è stata superata da quella di «*morte cerebrale*».

Oggi per morte si intende la cessazione di tutte le funzioni del cervello, l'organo da cui dipendono le varie funzioni dell'organismo e non sostituibile per la sua complessità. Oggi la nostra nozione di morte è del tutto artificiale ed è legata all'immagine di un impulso elettrico che disegna su un monitor una traccia sempre più piatta e a un bip che diventa sempre più fiavole. Il contesto è una stanza di ospedale o una sala di terapia intensiva in cui i corpi sembrano più morti che vivi e si prolungano in un groviglio di fili e di tubi per monitorare e aiutare le funzioni vitali dell'organismo.

## Vite artificiali e perplessità vere

Entriamo in un reparto di terapia intensiva e osserviamo un paziente: apparentemente sembra un cadavere, non c'è niente che segnali un'attività vitale. Una macchina fa battere il cuore e fa circolare il sangue artificialmente: può continuare a svolgere la sua funzione per anni. Un'altra macchina continua a registrare gli impulsi elettrici provenienti dal cervello e ci dice che quell'organismo è vivo. Una goccia che scende lentamente da una flebo ci tranquillizza: quell'organismo viene nutrito; altre borse che lentamente si riempiono ci dicono che sono attive anche altre

funzioni vitali. Spesso passano giorni, settimane, mesi, anni senza che la situazione muti...

È a questo punto che si affollano le domande. Che fare? Se una persona in coma irreversibile è tenuta in vita solo da una macchina, non sarebbe giusto staccare la spina? E quando? Come si fa a stabilire che ci si trova di fronte veramente a un coma irreversibile?

A questo punto anche le risposte della scienza scarseggiano. D'altra parte la cronaca sembra spesso voler smentire facili certezze. Così leggiamo del ragazzino che si sveglia dal coma dopo 41 giorni stimolato dalla canzone del suo cantante preferito o della nonnetta di 85 anni che si sveglia per una dose di Valium somministrata per sbaglio e ricomincia a vivere gagliardamente...

Come si fa a staccare la spina di fronte a sorprese di questo genere che dimostrano come anche la più sofisticata scienza moderna non sa ancora spiegare tutto dei delicati meccanismi che presiedono alla vita dell'organismo?

Le sale di rianimazione ospitano sempre più spesso esseri semi-viventi tenuti in vita da macchine che non si sa se prolungano la vita o impediscono la certificazione della morte. Solo negli Stati Uniti ci sono oltre diecimila persone in coma da lungo tempo, mantenute in vita artificialmente.

Oltre alla cautela dettata dal rispetto che si deve per la vita umana, interviene anche la cautela dettata da interessi economici. Se si stacca la spina, le assicurazioni possono rifiutarsi di pagare il premio, facendo sostenere ai loro avvocati che non si tratta di morte naturale, e i medici ospedalieri temono di essere coinvolti in controversie legali e di essere condannati al risarcimento dei danni...

### **Accanimento terapeutico ed eutanasia passiva**

Di fronte a questo groviglio di problemi si fa strada sempre più l'idea di riconoscere allo stesso paziente il diritto di decidere della propria sorte e di rifiutare interventi terapeutici che non comportano la guarigione ma solo il prolungamento artificiale della vita. Si parla in questo caso di «eutanasia passiva». Per eutanasia *passiva* si intende la sospensione delle cure o dell'ali-

mentazione artificiali, quando ci si trovi di fronte a un male incurabile o un coma irreversibile.

Molti sostengono che in questo caso non si dovrebbe parlare affatto di eutanasia. Se i medici continuano a intervenire con palliativi, magari prolungando o accentuando le sofferenze del paziente, ci troviamo di fronte a un «accanimento terapeutico» da sempre escluso dalla pratica medica corretta, perché un prolungamento delle cure inutili è dannoso per l'organismo. Il rifiuto dell'accanimento terapeutico è comune alle legislazioni di tutti i paesi, che riconoscono al paziente il diritto di rifiutare un trattamento terapeutico o di richiedere cure che allievinano il dolore, anche quando abbreviano la vita. Il codice di deontologia medica italiano afferma che «in presenza di un esplicito rifiuto del paziente capace di intendere e di volere, il medico deve desistere

da ogni atto diagnostico o curativo, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà del paziente».

### Eutanasia attiva

Il sì all'eutanasia passiva e il no all'accanimento terapeutico sono condivisi ormai da tutti, anche dalla Chiesa cattolica (v.

#### L'eutanasia nel catechismo

**2277** Qualunque ne siano i motivi e i mezzi, l'eutanasia diretta consiste nel mettere fine alla vita di persone handicappate, ammalate o prossime alla morte. Essa è moralmente inaccettabile.

Così un'azione oppure un'omissione che, da sé o intenzionalmente, provoca la morte allo scopo di porre fine al dolore, costituisce un'uccisione gravemente contraria alla dignità della persona umana e al rispetto del Dio vivente, suo Creatore. [...]

**2278** 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. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente.

**2279** Anche se la morte è considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata non possono essere legittimamente interrotte. 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.

riquadro sul nuovo catechismo nella pagina precedente).

Il dibattito sull'eutanasia si è però spinto ben oltre e si sta diffondendo sempre più un'opinione favorevole a considerare la morte un diritto che lo Stato non può negare o comprimere. Nei Paesi occidentali, anche in Italia, sono ormai numerose le associazioni che si battono perché il diritto di scegliere la propria morte sia considerato un diritto costituzionale.

Non si tratta più di eutanasia passiva, ma di *eutanasia attiva*. Con questa espressione si intende la morte procurata per mezzo della somministrazione di farmaci in dosi mortali, per evitare l'agonia di un malato terminale o per alleviarne le sofferenze. L'aggettivo *attivo* sottolinea che è un intervento esterno a provocare la morte.

Altri preferiscono l'espressione «*suicidio assistito*», in cui il sostantivo sottolinea la scelta del paziente e l'aggettivo evidenzia che in questa scelta viene coinvolta attivamente un'altra persona, il medico.

Mentre l'eutanasia passiva è ormai largamente condivisa, il giudizio e la legislazione sull'eutanasia attiva sono molto controversi.

Negli USA solo uno Stato su cinquanta, l'Oregon, con una legge del 1994, ha consentito ai medici di prescrivere farmaci letali a malati cui restino meno di sei mesi di vita. Il suicidio assistito è invece vietato per legge in 35 Stati e, attraverso sentenze e regolamenti, in altri 14. Anche nell'Oregon, d'altra parte, la legge non è mai diventata operativa perché è stata bloccata da due ricorsi alla Corte suprema. La Corte si è espressa nell'ottobre del 1997 e ha sentenziato che il ricorso al suicidio non è un diritto costituzionale, ma che può essere permesso e regolamentato dai singoli Stati.

In Europa il paese più tollerante è l'Olanda: il Parlamento ha votato una legge che autorizza i medici ad acconsentire alla richiesta di eutanasia dei pazienti, praticando due iniezioni a distanza di mezz'ora una dall'altra. La prima provoca il sonno, la seconda la morte con un veleno naturale, il curaro.

In Belgio – e la cosa ha suscitato scalpore – l'eutanasia è ammessa in alcuni casi anche per i bambini.

In Italia l'eutanasia è equiparata all'omicidio volontario e come tale punita, magari con attenuanti. Il codice italiano di deontologia medica vieta qualsiasi trattamento diretto a provocare la morte.

## Legalizzazione dell'eutanasia?

Ci avviamo verso una legalizzazione dell'eutanasia, riconoscendo da una parte la libertà del cittadino a scegliere la propria fine e dall'altra l'obbligo del medico a sostenerlo nella realizzazione di questa scelta? Sembra che il dibattito nell'opinione pubblica si muova velocemente in questa direzione.

Nel giugno 1991 la Commissione sanità del Parlamento europeo ha votato una risoluzione in cui si invitano i paesi membri – quindi anche l'Italia – a legalizzare l'eutanasia. La commissione propone che venga stabilito l'obbligo dell'eutanasia, cioè che il medico non possa rifiutare l'eutanasia al paziente che ne faccia richiesta.

È significativo a questo proposito quanto è successo in USA negli ultimi venti anni. In occasione delle elezioni presidenziali, nel novembre del 1992, nello Stato di Washington si è votato anche un referendum che prevedeva la possibilità da parte dei medici di prescrivere farmaci letali o di iniettare veleni a malati terminali. Il referendum è stato respinto: il 54% degli elettori ha risposto di no. A soli cinque anni di distanza, nell'ottobre 1997, si è svolto un referendum su un tema analogo nello Stato dell'Oregon. Ha votato a favore il 60%!

Sul *Western Journal of Medicine* di giugno 1997 i medici statunitensi hanno tracciato una specie di protocollo da rispettare in caso di richiesta di suicidio assistito. È un documento importante per capire in quale direzione potrebbe muoversi la futura legislazione su questo problema.

I medici delineano un protocollo che prevede:

- a) una pausa di riflessione di 48 ore dopo la richiesta di suicidio assistito;
- b) una domanda scritta firmata in presenza di testimoni;
- c) un consulto con altri specialisti per accertare che si prevede la morte entro sei mesi;
- d) una visita neurologica che escluda che il paziente terminale sia clinicamente depresso;
- e) che il paziente sia perfettamente lucido e in grado di intendere e di volere;
- f) che veramente non ci siano alternative mediche di alcun tipo.

Nonostante questa evoluzione dell'opinione pubblica a favore

dell'eutanasia attiva, la prospettiva di regolare per legge il ricorso al suicidio assistito solleva dubbi, perplessità, angoscia. È veramente in grado la medicina, una scienza indiziaria, di valutare quanto tempo resta da vivere a una persona affetta da una grave malattia? È possibile stabilire che un paziente che chiede di essere aiutato a morire non sia clinicamente depresso? Chi garantisce che nella decisione dei medici non influiranno le pressioni dei familiari, i problemi assicurativi, la possibilità di recuperare organi da trapiantare?...

La scienza e la tecnologia segnano sempre nuovi confini alla vita e, inevitabilmente, segnano anche nuovi confini alla morte. La morte è il più naturale degli eventi: è scritta nell'organismo già al momento in cui viene concepito. Forse è giusto sottrarla alla codificazione fredda delle leggi e all'intervento troppo invadente della scienza e lasciare che ognuno, nel segreto della coscienza, l'accetti in base ai propri valori e alle proprie convinzioni.



### Lavoriamoci su

1. La parola e il concetto di *eutanasia* nascono nell'antica Grecia: spiega l'etimologia della parola e il significato di questa pratica presso gli antichi.
2. Oggi in quale Paese del mondo il dibattito sull'eutanasia è più acceso? Perché?
3. Cos'è la morte *respiratoria*? E la morte *cardiaca*? E quella *cerebrale*?
4. Quando e perché si parla di *vita artificiale*?
5. Cosa si intende per eutanasia *passiva*? Come viene considerata dalla maggioranza dei medici di tutto il mondo? Perché? È accettata dalla Chiesa cattolica? Perché?
6. Cos'è l'eutanasia *attiva*? Quali problemi e discussioni ha suscitato nell'opinione pubblica e nell'ambiente medico?
7. Cosa prevede il *protocollo medico* dei medici statunitensi in caso di eutanasia attiva?
8. Come le motivazione religiose, a cominciare da quelle del Cristianesimo, influenzano il giudizio sull'eutanasia?



### Dibattito

1. Dividete la classe in due gruppi, uno a favore e l'altro con-



trario a legiferare sull'eutanasia attiva. Confrontatevi e poi sintetizzate le conclusioni in cinque punti condivisi

**2.** Ricercate tra gli articoli dei giornali una vicenda che vi ha particolarmente impressionato e che riguardi un episodio relativo ai casi di vita artificiale. Discutetene poi in classe, cercando di arrivare a una posizione condivisa sul caso concreto.

**3.** Discutete su questo caso concreto riportato in un trafiletto di cronaca su *La Repubblica* del 9 giugno 2014.

## IL COSTUME LA LEGGE

### Il testamento biologico

Di fronte alla possibilità di prolungare artificialmente la vita, spetta quindi al paziente in condizione di intendere e di volere il diritto di decidere se accettare o rifiutare il trattamento terapeutico, in ultima analisi il diritto di decidere se continuare a vivere o lasciarsi morire.

Questo diritto è garantito anche dalla Costituzione italiana, quando stabilisce che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Ma come può il paziente in coma esprimere il proprio parere? Come può farlo il paziente affetto da demenza senile o da Alzheimer?

Una risposta a questo problema può essere individuata nel cosiddetto «*testamento di vita*», quello che nei paesi anglosassoni chiamano «*Living will*».

Si tratta di un documento, vincolante per i medici, in cui il cittadino può disporre di non essere sottoposto a determinate procedure terapeutiche quando i medici ritengano che la morte interverrà dopo breve tempo o quando la sopravvivenza si accompagnerebbe a conseguenze invalidanti che lo condannerebbero alla morte civile.

In pratica, la persona esprime per iscritto la propria volontà quando è ancora in grado di intendere e di volere perché possa valere quando, per un malaugurato accidente, non sarà più in grado di farlo.

Nel documento la persona può rifiutare di essere sottoposto a eventuali interventi chirurgici, di essere alimentato artificialmente, di essere mantenuto in vita con l'intervento di macchine in grado di sopperire alla mancanza di funzioni vitali.

Nonostante siano stati depositati molti disegni di legge, il Parlamento italiano non è ancora stato in grado di approvare una legge sul testamento biologico. Molti Comuni hanno istituito dei registri per permettere ai cittadini di esprimere le loro volontà sul fine vita.

## WEB Percorso di ricerca

L'Olanda è il Paese europeo più *tollerante* nei confronti dell'eutanasia. Fai una ricerca sulle condizioni storiche e socioculturali che hanno portato questo paese a essere così *aperto* nella sua legislazione su temi scottanti come aborto, eutanasia, droga ecc.