

# EUTANASIA E SACRE SCRITTURE

Etica, suicidio e morte medicalmente assistita

Tesi di laurea presentata alla Facoltà Biblica  
in adempimento dei requisiti per l'ottenimento di  
**Diploma di Biblista**

**Relatore:** Dott.ssa Elena Moriondo      **Laureando:** Germinal Gilli

**Facoltà di Scienze Bibliche – Facoltà Biblica**



**2022**



## Indice generale

EUTANASIA E SACRE SCRITTURE .....	1
Introduzione .....	4
1. Storia e Eutanasia.....	7
1.1 Nel 1939, nella Germania nazista, Hitler ordinò: sopprimete per “pietà”!.....	10
1.2 Gli attori del “dramma”.....	12
1.3 Autocommiserazione e “vergogna”.....	15
1.4 La possibilità dell'eutanasia come un accorciamento della sofferenza.....	15
2. L'Eutanasia è un tema Etico? .....	17
3. In cosa consiste “l'azione pratica” dell'eutanasia? .....	22
3.1 Vediamo ora cosa non è definibile come una procedura di eutanasia.....	22
3.2 Il punto di vista della Chiesa Cattolica.....	25
3.3 Psicologia ed Eutanasia.....	26
3.4 Fattori che influenzano la formazione di un atteggiamento corretto verso l'eutanasia, il suicidio e la morte medicalmente assistita.....	27
4. Perché ancora sono un uomo (poesia).....	30
4.1 Una prima opinione.....	31
4.2 consapevolezza che il passato non torna e lo stato di salute che vivono i malati terminali è irreversibile.....	34
5. Esiste una prospettiva cristiana per l'eutanasia? .....	37
5.1 Testamento biologico e peccato.....	40
5.2 Associazionismo, teorie e leggi sull'eutanasia.....	45
5.3 Il Testamento biologico.....	47
5.4 Piccola indagine sul concetto di morte.....	48
5.5 La morte “percepita”.....	50
6. Il suicidio medicalmente assistito è legittimo?.....	53
6.1 Linee guida in caso di morte assistita da parte di un medico incaricato.....	55
6.2 Differenza tra eutanasia e suicidio assistito.....	58
6.3 Differenza tra eutanasia e sedazione palliativa (definizione).....	60
7. Ricostruzione di casi “emblematici” di morte dignitosa.....	61
7.1 Ragazzo di 12 anni a cui il supporto vitale viene ritirato contro la volontà dei genitori: storia di “J”.....	65
7.2 Cronaca di un'eutanasia.....	66
7.3 Ricostruzione del caso di Paula Diaz.....	67
7.4 Ricostruzione Caso di Karen Ann Quinlan.....	69

7.5 Ricostruzione del caso di Nancy Cruzan.....	69
7.6 Ricostruzione del caso Colleen Rice.....	70
7.7 Ricostruzione del caso di Samantha D'Incà.....	71
7.8 Analisi e approfondimento delle definizioni utilizzate per indicare l'eutanasia, il suicidio e il suicidio assistito medicalmente.....	72
7.8.1 Definizione.....	72
7.8.2 Realismo.....	72
7.8.3 Ragione.....	72
7.8.4 Empatia.....	73
8. Cosa succede all'estero?.....	75
8.1 La "distorsione di prospettiva".....	76
8.2 Statistiche sul suicidio di malati inguaribili.....	81
8.3 Eutanasia: dove si può fare.....	82
8.4 Chi si batte per legalizzare l'eutanasia in Italia.....	83
8.5 Svalutare la vita: un rischio su cui riflettere.....	84
8.6 Il Protocollo di Groningen. Eutanasia per i neonati gravemente malati.....	85
8.7 Di fronte ad un paziente della "terza categoria" è fondamentale che l'equipe medica abbia una prognosi il più possibile accurata e che ne discuta con i genitori.....	87
8.8 Due processi, svolti negli anni 90, riguardano l'eutanasia infantile in Olanda e servono da guida per i giudici ed i medici.....	88
8.9 Legittimazione morale e possibile legalizzazione giuridica del suicidio assistito. ....	91
9. Bilancia, diorama del pensiero, punta dell'iceberg: suggestioni su cui riflettere.....	94
9.1 Investighiamo il concetto di morte!.....	97
9.2 Quali e quante informazioni abbiamo ottenuto con questa ricerca? .....	99
9.3 Ultimi accenni sulle cure palliative.....	100
9.4 Il "libero arbitrio".....	102
9.5 Etica cristiana, considerazioni finali.....	103
9.6 La parola a Piergiorgio Welby.....	104
Epilogo.....	108
10. Linkografia.....	109
11. Riferimenti.....	111
12. Schede informative.....	113
13. Cronologia : .....	114
14. Bibliografia.....	122

## Introduzione

Scegliere di porre fine alla propria esistenza, anticipatamente e consapevolmente, a causa di una malattia, di menomazioni o condizioni psichiche, in grado di compromettere la qualità e la dignità della propria vita diviene, per la persona coinvolta, una condizione estrema di ricerca salvifica orientata, non nel futuro, ma ripiegata in se stessa, nel presente. In tale scenario, si prefigura il significato profondo dell'eutanasia. Il concetto di eutanasia, detiene una sua serie di regole, capaci di trasformarsi in "condizioni significanti", ai fini dell'opinione pubblica, ben diverse da termini dolci quali "sedazione palliativa" e "sospensione dei trattamenti". Su tali aspetti è opportuno soffermarsi, per evitare confusione, fraintendimenti e interpretazioni pregiudizievoli. Decidere di ridefinire, alla luce della Bibbia, il concetto di eutanasia, di suicidio e di morte medicalmente assistita, pone da subito in rilievo l'importanza della "prospettiva" da cui si intende partire, per raggiungere il proprio obiettivo, quello di investigare quanto e quando, il gesto eutanasi, si renda comprensibile, nonché accettabile, alla luce delle Sacre Scritture. In questo caso, mi piace pensare di essere "laico" nell'approccio, grazie ad alcuni eventi dirimenti, intervenuti nel corso della mia vita. In gioventù, conducevo ambulanze d'emergenza per la Croce Rossa. Con questa Agenzia governativa allora, feci esperienza di missione in Bosnia, Serbia, Croazia e in Albania a fine anni novanta. Poi, un evento drammatico, ha messo fine a queste dinamiche di vita, per introdurmi ad altro modo d'operare. Un infarto a cui sono sopravvissuto, ha impedito il continuare a spendermi in attività, per me importanti, come quelle del soccorso. Questo è stato il mio primo incontro con una esperienza di morte, diverso da quello a cui spesso sono stato testimone nel lavoro, perché questa volta, ad essere salvato in extremis dai colleghi, sono stato io! In forza di ciò, ho potuto assistere al matrimonio di mia figlia e negli anni, alla nascita di una nipote. È valsa la pena vivere, anche se con limitazioni evidenti? Sì! Ed è una prima risposta al quesito sulla scelta. Se allora, avessi dovuto decidere se essere salvato o lasciato nelle mani del cosiddetto "Destino", avrei sottoscritto la prima ipotesi. Nel 2004 mio padre, allora settantottenne, mentre viaggiava in sella alla sua bicicletta da corsa, come faceva da tutta la vita, ebbe un incidente gravissimo rimanendo del tutto paralizzato. Siamo stati più volte interpellati dai medici in merito alle cure a cui sottoporlo. Io stesso, scelsi di inviarlo in un Centro Specializzato per la cura di questo tipo di infermità, previo un lungo iter amministrativo, soddisfatto il quale mio padre non poté essere trasferito dato che, in un uggioso e triste giorno di novembre, ci lasciò spezzandoci il cuore. Avrei fatto qualsiasi cosa per assicurarmi che mio padre vivesse? Certo che sì! Lo avrebbe voluto lui, potendo decidere? Una domanda terribile da porsi, come figlio. La risposta è no! Mio

padre, non avrebbe voluto vivere in quelle condizioni, senza una speranza di guarigione. Nel 2019, io e i miei fratelli, ci siamo occupati dell'assistenza domiciliare di mia madre novantenne. Personalmente mi sono fatto carico, per esperienza professionale, di curarne l'igiene personale e sanitaria. Mia madre, nei rari barlumi di lucidità, sembrava implorarmi di lasciarla andare, capendo quanto la sua dignità fosse messa in costante discussione, agli occhi dei propri figli. Si aggravò, al punto da dover essere ricoverata in ospedale. Alla domanda della Commissione Medica preposta, circa le cure da approntare per la mamma, chiesi a quel punto, caricandomi di ogni possibile responsabilità e supportato dai fratelli, di non esercitare nessun accanimento terapeutico sulla mamma. E, così avvenne! La mamma si spense circa due mesi più tardi senza aver mai sofferto alcun dolore, perché in regime di cure palliative. Era la sua espressione di volontà? Certamente, mi sento di affermare di sì! In questi tre casi personali, ma tremendamente diffusi all'interno della società civile, sono stato costretto a riflettere migliaia di volte su quanto, le decisioni prese, possano turbare l'animo e l'intimo stesso, di chi sceglie. E, ancora, quanto sia realistico chiedersi, interrogarsi, sulla qualità della vita delle persone che amiamo, quando sia giusto tenerle strette al nostro cuore e quando farlo sanguinare, affinché possano, esse stesse, liberarsi dal dolore.

Con questa tesi, affronteremo il tema dell'eutanasia, il suicidio e la morte medicalmente assistita, cercando,(e lo faremo!), alla luce delle Scritture, di rispondere ad alcune domande. Lo scopo, è quello di informarci e comprendere le alternative alla morte naturale, divenendo persone pronte ad intervenire costruttivamente, in linea costante con la propria fede o, laicamente, facendosi carico delle vertenze del familiare. Non penso, sia possibile compiere uno studio esaustivo su un argomento che ancora viene dibattuto, sia a livello di Leggi che di ideologie etico-politiche ma, la tensione emotiva di questa scelta, chiede fortemente, a noi tutti una risposta coraggiosa! Certamente, i principi su cui si basano le Scritture sono inalienabili ma, l'essere vivente tende a manifestare se stesso, tramite una miriade di filtri che coinvolgono concetti, depauperati del proprio contenuto, onde divenire, a quel punto, seme e frutto di ipocrisie profonde, di scuse, da sempre latenti, nell'animo umano. La società, l'opinione pubblica, le persone, hanno necessità e bisogno di sentire, attorno alle proprie scelte, il beneplacito della comunità e, ancor di più, ne fanno precetto quando, queste scelte, coinvolgono la religione, la scienza e l'etica. Le Sacre Scritture, non deve mai essere dimenticato, che rappresentando il Verbo di Dio, sono "rivoluzionarie" proprio per questo motivo, perché implicano una scelta di campo, capace di segnare il destino personale di ogni persona. Dio, ci lascia liberi di scegliere la nostra identità, di essere chi decidiamo di essere ma, propugna l'idea che noi si sia capaci

di rinunziarvi e di accettare il Suo progetto di salvezza. Dio, pur esprimendo le proprie Leggi, le condizioni e gli ampi spazi di manovra, in cui possiamo muoverci, fissa i limiti consentiti e i confini dell'essere che sono in assoluto di Sua proprietà, perché Lui stesso ne è creatore, forma e sostanza. Da queste considerazioni, proviamo a muovere a dritta, verso una navigazione non semplice e non scontata, ma che si preannuncia affascinante.

“La parola di Dio infatti è vivente ed efficace, più affilata di qualunque spada a due tagli e penetra fino alla divisione dell'anima e dello spirito, delle giunture e delle midolla, ed è in grado di giudicare i pensieri e le intenzioni del cuore. E non vi è alcuna creatura nascosta davanti a lui, ma tutte le cose sono nude e scoperte agli occhi di colui al quale dobbiamo rendere conto. Avendo dunque un gran sommo sacerdote che è passato attraverso i cieli, Gesù, il Figlio di Dio, riteniamo fermamente la nostra confessione di fede. Infatti, noi non abbiamo un sommo sacerdote che non possa simpatizzare con le nostre infermità, ma uno che è stato tentato in ogni cosa come noi, senza però commettere peccato. Accostiamoci dunque con piena fiducia al trono della grazia, affinché otteniamo misericordia e troviamo grazia per ricevere aiuto al tempo opportuno.” (Ebrei 4:12-16, NR).

Concludo informando il lettore circa la scelta delle traduzioni bibliche adottate. In linea prioritaria utilizzerò la versione **NR (Nuova Riveduta)** e in seconda battuta, brani tratti dalla **ND (Nuova Diodati)**.

**Germinal Gilli**

## 1. Storia e Eutanasia.

Il concetto diffuso nell'antichità pagana sull'argomento, si fondava su quella che potremmo definire come una forma di "eutanasia sociale". Vale a dire l'abbandono dei malati incurabili e dei deformati, per fini d'utilità collettiva. **Platone**, nel IV secolo avanti Cristo, nella sua opera sulla Repubblica ideale, affermava:

"Instaurerai nello Stato una disciplina ed una legislazione che si limitino a stabilire i compiti per i cittadini sani di corpo e di anima, quanto a coloro che non sono sani di corpo li si lascerà morire".

In contrapposizione, un suo contemporaneo **Ippocrate**, il più illustre medico dell'antichità, nel suo famoso giuramento che ancora oggi i medici pronunciano quando iniziano la loro professione e che inserisco nella formula originale antica, diceva tra l'altro:

« Regolerò il tenore di vita per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, mi asterrò dal recar danno e offesa. Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo. Con innocenza e purezza io custodirò la mia vita e la mia arte. Non opererò coloro che soffrono del male della pietra, ma mi rivolgerò a coloro che sono esperti di questa attività. In qualsiasi casa andrò, io vi entrerò per il sollievo dei malati, e mi asterrò da ogni offesa e danno volontario, e fra l'altro da ogni azione corruttrice sul corpo delle donne e degli uomini, liberi e schiavi. Ciò che io possa vedere o sentire durante il mio esercizio o anche fuori dell'esercizio sulla vita degli uomini, tacerò ciò che non è necessario sia divulgato, ritenendo come un segreto cose simili. E a me, dunque, che adempio un tale giuramento e non lo calpesto, sia concesso di godere della vita e dell'arte, onorato degli uomini tutti per sempre; mi accada il contrario se lo violo e se spergiuro. »

Ippocrate era favorevole o contrario all'eutanasia sociale? La risposta è difficile, perché il mondo pagano aveva una concezione diversa del valore e del rispetto della persona umana. In contrasto con il concetto pagano, gli ebrei ed i cristiani condannarono l'omicidio sotto qualsiasi forma venisse perpetrato, fondandosi sul principio biblico che soltanto **Dio** ha il diritto di disporre della vita e della morte.

"L'Eterno fa morire e fa vivere" (I Samuele 2:6, ND); "io solo son Dio, e che non v'è altro dio accanto a me. Io faccio morire e faccio vivere, ferisco e risano, e non v'è chi possa liberare dalla mia mano" (Deuteronomio 32:39, NR).

Nel secolo XII, il primo a porsi il problema morale dell'eutanasia fu il medico e teologo ebreo **Mosè Maimonide** (Cordova, 30 marzo 1135 – Il Cairo, 12 dicembre 1204).

Bisognerà attendere però, fino al XVI secolo, quando **Francesco Bacone**, filosofo e guardasigilli del re Giacomo I d'Inghilterra, sosterrà il concetto moderno che:

“la missione del medico è quella di restituire la salute e di lenire le sofferenze del paziente non soltanto in vista della guarigione ma anche allo scopo di procurare al malato inguaribile una morte serena e tranquilla”.

In quest'ultima istanza, c'era chi si opponeva a Bacone e all'idea che un uomo, anche se medico, avesse il diritto, sia pure per compassione, di interrompere la vita di un malato. Al giorno d'oggi sentiamo spesso parlare di eutanasia, ma solo pochi si interrogano su quale sia la sua origine, dove e quando sia stata concepita e quali mutamenti abbia subito nel giungere sino a noi. Nella società attuale il termine “**eutanasia**”, da intendere come “buona morte” dal greco **εὐθανασία εὖ** - “bene” e **θάνατος** “morte”, è utilizzato per indicare *la* “morte veloce e senza dolore di un paziente che la chiede espressamente” (eutanasia volontaria). Come viene declinata tale volontà di morte? Normalmente essa viene causata da una dose letale di un definito farmaco (eutanasia attiva), oppure dalla sospensione delle terapie di supporto vitale (eutanasia passiva). L'utilizzo di tale parola, lo ribadisco, risale a tempi antichissimi, tempi in cui il suo significato era molto diverso da quello appena descritto. Per questo vale la pena di conoscere qualche nozione accessoria relativa alla storia dell'eutanasia, un concetto ormai ben radicato nel nostro patrimonio culturale. Il termine di eutanasia è stato coniato nell'antichità, ma questa “dolce morte” lirica a cui si riferiva il poeta **Kratinos** (519 avanti Cristo, Atene, Grecia - 422 avanti Cristo) fu riformulata, come abbiamo già chiarito precedentemente, dalla penna di **Francis Bacon** (28 ottobre 1599, Dublino, Irlanda - 28 aprile 1626, Madrid, Spagna) e divenne il termine con cui oggi si chiede esplicitamente e volontariamente alla comunità “l'interruzione del ciclo vitale naturale”, allo scopo di rinunciare a una sofferenza insopportabile, usando tecniche medico-scientifiche di annientamento della vita. Il paziente, in estrema analisi, fa appello ad una uccisione che si basi sulla pietà. Se, nuovamente riflettiamo sulle origini dell'eutanasia, scopriamo che sono profondamente radicate nella mitologia. In tal senso, si può ritenere che nella tradizione greca il “caso” di **Ercole** (Eracle) ne sia un esempio eloquente quale concetto moderno di “morte senza sofferenza” e quindi di “morte con dignità”. L'individuo:

“Dopo aver innalzato altari di marmo e consacrato un bosco al padre suo Zeus a Ceneo, Eracle si preparò a un grande sacrificio di ringraziamento per la conquista di Ecalia. Mandò dunque Lica a Trachine per chiedere a Deianira la bella camicia e il mantello che egli indossava sempre in simili occasioni. Deianira, che viveva tranquillamente a Trachine, si era ormai rassegnata all'idea che Eracle si prendesse delle amanti e quando riconobbe



in Iole l'ultima di costoro, provò più pietà che rancore per la fatale bellezza che aveva provocato la distruzione di Ecalia. Le parve tuttavia intollerabile che Eracle pretendesse di farla vivere con Iole sotto lo stesso tetto. Poiché non era più giovane, Deianira decise allora di servirsi del supposto talismano d'amore datole da Nesso per assicurarsi l'affetto del marito. Già gli aveva intessuto una nuova camicia per celebrare i sacrifici e, dissuggellata in segreto l'anfora, bagnò un panno di lana nel miscuglio che conteneva e lo strofinò sulla camicia. Quando Lica giunse a palazzo, Deianira chiuse la camicia in un cofanetto e glielo consegnò dicendo: «Per nessuna ragione esporrai questa camicia alla luce o al calore finché Eracle non la indosserà per il sacrificio». Lica era già partito a tutta velocità sul suo cocchio quando Deianira, guardando il panno di lana che aveva gettato nel cortile, lo vide ardere come paglia mentre una schiuma rossastra ribolliva tra i ciottoli. Resasi conto che Nesso l'aveva ingannata, mandò un messaggero per avvertire Lica e, maledicendo la sua follia, giurò che se Eracle fosse morto non gli sarebbe sopravvissuta. Il messaggero giunse troppo tardi al promontorio Ceneo. Eracle aveva già indossato la camicia e sacrificato dodici tori candidi come il fior fiore del suo bottino: in tutto egli aveva portato presso gli altari una mandria di cento capi. Stava versando vino da una coppa e gettando incenso sulle fiamme allorché si lasciò sfuggire un grido, come se fosse stato morso da un serpente. Il calore aveva fatto sciogliere il veleno contenuto nel sangue di Nesso che si diffuse sulle membra di Eracle corrodendogli la carne. Ben presto il dolore divenne lancinante e insopportabile, e Eracle ululante cominciò a correre travolgendo gli altari. Cercò di strapparsi la camicia di dosso, ma questa aderiva alla sua pelle così tenacemente che lacerandosi mise a nudo le ossa. Il sangue sgorgò sibilando e ribollendo come l'acqua di fonte quando si temprava il metallo arroventato. Eracle si tuffò nel fiume più vicino, ma il veleno bruciò ancora più violento. Da allora le acque di quel fiume sono sempre ribollenti e vengono chiamate Termopili, ossia «passaggio caldo». Lanciandosi su per la montagna e sradicando gli alberi al suo passaggio, Eracle piombò sull'atterrito Lica che se ne stava rannicchiato nel cavo di una roccia, le mani intrecciate attorno alle ginocchia. Invano Lica cercò di discolarsi: Eracle lo agguantò, lo fece girare tre volte sopra la sua testa e lo scaraventò nel mare Eubeo. Colà Lica si trasformò in una roccia di forma umana, che emerge dalle onde a breve distanza dalla riva. Dall'esercito, che stava a guardare da lontano, si alzò un grande grido di corruccio, ma nessuno osò avvicinarsi finché, contorcendosi negli spasmi dell'agonia, Eracle chiamò Ilio e chiese di essere portato via per morire in solitudine. Ilio lo condusse ai piedi del monte Età, nella Trachinia, regione famosa per il suo bianco elleboro, poiché l'oracolo delfico l'aveva già indicato a Licinnio e a Iolao come il luogo destinato ad accogliere la morte del loro comune amico. Atterrita dalla notizia, Deianira si impiccò o, altri dicono, si trafisse con una spada sul letto

nuziale. Il pensiero dominante di Eracle, prima di morire, fu di punire Deianira, ma quando Ilio gli assicurò che era innocente, come il suo suicidio dimostrava, sospirò perdonandole ed espresse il desiderio che Alcmena e tutti i suoi figli si riunissero attorno a lui per ascoltare le sue ultime parole. Ma Alcmena si trovava a Tirinto con alcuni dei suoi figli mentre molti altri si erano stabiliti a Tebe. Così Eracle poté rivelare soltanto a Ilio la profezia di Zeus, ormai avveratasi: «Nessun uomo vivente ucciderà mai Eracle; ma un nemico morto segnerà la sua fine». Ilio allora chiese istruzioni e gli fu detto: «Giura sulla testa di Zeus che mi trasporterai sul più alto picco di questa montagna e lassù mi brucerai, senza lamentazioni, su una pira di legno di quercia e di tronchi di oleastro. Parimenti giura di sposare Iole non appena avrai raggiunto la maggiore età». Benché scandalizzato da tali richieste, Ilio promise di rispettarle. Quando tutto fu preparato, Iolaos e i suoi compagni si ritirarono a breve che vi fosse appiccato il fuoco. Ma nessuno osò obbedire, finché un pastore eolio che passava di lì per caso, un certo Peante, ordinò a Filottete suo figlio di fare ciò che Eracle gli chiedeva. In segno di gratitudine Eracle lasciò la sua faretra, il suo arco e le sue frecce a Filottete e, quando le fiamme cominciarono a lambire la pira, stese la pelle di leone sulle fascine e vi si sdraiò sopra, il capo appoggiato alla clava: pareva sereno come un ospite inghirlandato seduto a banchetto. Fulgori allora caddero dal cielo e ridussero la pira in cenere». (Tratto da i *“Grandi Miti Greci”*, Volume 15: *Eracle – L’eroe più popolare*)

## **1.1 Nel 1939, nella Germania nazista, Hitler ordinò: sopprimate per “pietà”!**

Se dovessimo tornare ad un passato oscuro dell'umanità, davvero neppure troppo lontano, vedremmo esempi scioccanti di eutanasia, tali da rimanerne con l'animo affranto. Nel **1939**, nella Germania nazista, (1) **Hitler** ordinò di uccidere per pietà i colpiti da malattie su larga scala e, in particolare, malati cronici e disabili. Il programma di eutanasia nazista per i denominati "indegni della vita", nome in codice **Aktion T4**, inizialmente era rivolto a neonati e bambini piccoli. Alle madri e ai medici era richiesto di registrare i bambini fino a 3 anni di età che mostravano segni di ritardo mentale, deformità fisiche o altri sintomi inclusi nel questionario del Ministero della Salute. Hitler ampliò rapidamente il programma, includendo in esso gli adulti. L'eutanasia venne usata, sotto il regime nazista, per declinare, con eufemismo, l'annientamento di vite giudicate da loro come senza valore. Sappiamo che poi divenne lo sterminio degli handicappati fisici e mentali. Oggi, chi è a favore di un dibattito appassionato sull'eutanasia, preferisce usare il termine **Sterbehilfe** (aiuto alla morte) per non rigirare il coltello nella ferita, non così curata, dei crimini nazisti contro l'umanità. In queste condizioni, la società umana potrebbe muoversi verso la comunità utopica della **Repubblica di Platone**, che sottolinea il primato della società

sull'individuo. Grazie ai media, le informazioni sull'eutanasia circolano così rapidamente e si diffondono in aree così vaste che molte riviste europee prendono acriticamente articoli o notizie e li riproducono o li giudicano in base alla loro mentalità, spesso creando confusione e disinformazione tra un campione mirato di popolazione, troppo impreparata a sopportare lo shock informativo ed etico di un grave problema come l'eutanasia. Le Sacre Scritture non danno indicazioni specifiche in merito all'eutanasia (termine nato solo nel XVII secolo in ambito medico e che letteralmente significa “buona morte”, dal greco εὐθανασία εὖ- “bene” e θάνατος “morte”), ma danno moltissime indicazioni riguardo il fatto che sia il dono prezioso della vita, a cui l'arrivo inesorabile della morte, porta immediatamente, per il credente, al Giudizio Divino. Il termine iniziò ad avere risonanza solo a partire dalla fine del XIX secolo, indicando un intervento medico tendente a porre fine alle sofferenze di una persona gravemente malata. Infatti ad oggi è solo grazie all'ausilio dei moderni macchinari medici che situazioni cliniche disperate riescono a mantenere i pazienti in “vita”, ma in passato il termine “buona morte” coniato dal filosofo inglese Francis Bacon (nel saggio *“Progresso della conoscenza” “Of the Proficiency and Advancement of Learning”*, 1605), invitava semplicemente i medici a non abbandonare i malati inguaribili e ad aiutarli a soffrire il meno possibile. Bacon attribuiva il significato etimologico di “buona morte” (morte non dolorosa) allo scopo etico e morale del medico, ovvero far sì che la morte, sopraggiunta in modo “naturale”, fosse non dolorosa. Ad oggi, paesi diversi hanno diverse legislature riguardo l'eutanasia. Il comitato selezionato sull'etica medica della “House of Lords” britannica, definisce l'eutanasia come: “Un intervento deliberato intrapreso con l'intenzione esplicita di porre fine a una vita, per alleviare la sofferenza intrattabile”. Nei Paesi Bassi e in Belgio l' eutanasia è intesa come “interruzione della vita operata da parte di un medico, su richiesta di un paziente”, mentre la legge olandese non usa il termine “eutanasia” ma include il concetto nella definizione più ampia di “suicidio assistito e cessazione della vita su richiesta”. In Italia (siamo nel 2021), da pochi giorni si è votato una serie di linee guida, dove è ritenuto: Non punibile chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

---

(1) Fonte: ASSOCIAZIONE FIGLI DELLA SHOAH <https://www.figlidellashoah.org/>

---

## 1.2 Gli attori del “dramma”.

La questione dell'eutanasia viene formulata a partire dai due attori del dramma: l'individuo e la società. Interrogare e concordare le parti è spesso difficile, poiché questi due elementi sono interdipendenti. L'individuo richiederebbe l'eutanasia se non fosse a conoscenza dell'esistenza dell'atto legalizzato? Gli stati voterebbero leggi in grado di sostenere l'uccisione di persone economicamente inutili se le proteste della popolazione fossero più pressanti? Viene da domandarsi, dove può portare la legalizzazione e la successiva adozione dell'eutanasia in seno ad uno Stato Sovrano? Nessuno stato, attraverso le leggi democratiche che emette, può essere complice nell'uccidere (per pietà o per altri motivi) dei suoi cittadini disabili o alienati, categorie di persone coinvolte in toto in una legge sull'eutanasia medica. L'eutanasia può divenire una legalizzazione della pena di morte per persone inadatte alla normalità, la cui unica colpa è quella di essere portatori di malattie che richiedono cure di scarso successo, troppo costose per una comunità efficiente? D'altra parte, quella che viene definita “tortura da accanimento terapeutico terminale” o moderna “**crocifissione**”(con due tubi di ossigeno nel naso, con un dispositivo di supporto del cuore, con un'infusione nel braccio destro e una trasfusione nel braccio sinistro, etc.) posta in essere da una parte dell'opinione pubblica, mette in discussione i limiti o le frontiere umane della scienza in grado di coinvolgere la **bioetica**, ponte tra scienza e teosofia, al fine di dare risposte risolutive o convincenti. L'uomo ha il diritto di decidere il suo destino (volontà biologica)? Il concetto di diritti umani, come nuova ideologia etica, secondo la quale la vita è inalienabile, sacra, unica e inviolabile, sia fisicamente che spiritualmente, condiziona anche il punto di vista giuridico sull'eutanasia. Dovremmo chiederci da dove viene il sostegno all'eutanasia così evidente nei sondaggi? Perché l'individuo durante la sua vita chiede che, nel caso in cui diventi dipendente da dispositivi o dalla cura di altre persone, la sua vita venga soppressa piuttosto che essere curata da persone vicine o da specialisti? L'individuo non è più un individuo se è in uno stato di sofferenza? Non ha una vita altrettanto dignitosa o un diritto alla vita non meno dignitoso di quello delle persone sane? Cosa ci spinge a discutere il tema dell'eutanasia per accelerare la nostra morte, piuttosto che discutere un argomento di tecniche riabilitative? Sono domande a cui ciascuno di noi risponde in modo personale, perché non c'è “teoria della vita”, né “teoria della morte” e quindi nemmeno dell'eutanasia. Le cosiddette persone “in grado di intendere e di volere”, decidono che l'eutanasia è la soluzione più appropriata per la loro malattia. Del resto, sono per lo più malati terminali e appartengono ad una fascia definibile “anziana” della popolazione. Spesso, la loro libertà di azione è molto limitata e lo spazio cosiddetto “intimo” viene invaso da estranei (medici,

infermieri, badanti). È un fatto: per quanto naturale possa sembrare questa situazione, per un malato di cui è normale curarsi, prolungare questo tormento diventa un peso. Chi sostiene l'eutanasia chiede quindi la fine di questo tipo impietoso di sopravvivenza, portando come argomento principe la libertà individuale di decidere sulla propria vita.

**In campo europeo** dal 2000 gli olandesi possono chiedere di essere uccisi con i documenti giusti, oppure possono scegliere di suicidarsi consci così di non infrangere alcuna legge. Credo sia chiaro quanto l'eutanasia sia divenuta uno dei temi principali di questo inizio millennio. Tutti hanno diritto a un'opinione ma è essenziale che venga espressa in conoscenza della causa. E tutti dovremmo pensare che le conseguenze di un simile gesto, sicuramente l'unico che non può più essere corretto, sono ancora tutt'altro che conosciute.

**L'uomo moderno** vuole avere autorità sulla propria evoluzione e in questo senso ritiene di essere libero di disporre della propria vita. I sondaggi mostrano che gli occidentali sono più aperti all'eutanasia sebbene il tenore di vita, in questi paesi, sia molto buono e in costante aumento e le assicurazioni sociali e sanitarie abbiano vaste aree di penetrazione. Tuttavia, la valutazione esatta del momento della morte è ancora praticamente impossibile. A proposito di incurabile, il medico deve cercare fino all'ultimo momento di fare tutto il possibile per il suo paziente, per prolungare la sua vita e lenire il dolore. Il prolungamento della vita è particolarmente importante: un uomo, prima di morire, deve lasciarsi alle spalle molte cose disposte. In questo caso, la domanda è: cosa estendiamo? Vita o sofferenza? Allargando la portata del problema, potremmo anche chiederci fino a che punto la società riesce a garantire un mantenimento ottimale a questi pazienti. Supponiamo che per un paziente, con una sofferenza estremamente grande, il medico ponga il problema **assistenziale e finanziario**. In questo caso il medico deve dire al suo paziente, in tutta sincerità, che non può più essere salvato e, ovviamente, chiedere la sua approvazione al cosiddetto "fine vita" (termine di uso comune ma non corretto, dato che il fine (scopo) non è la stessa cosa "della fine" che invece risulta corretto), il che equivale a un'esortazione al suicidio assistito, non troppo diverso dalla vera e propria "eutanasia". Se il paziente si trova in una situazione in cui non può più reagire con pieno giudizio, spetta al medico decidere, insieme ad altri colleghi, che il paziente non è più recuperabile. In questo caso la pratica dell'eutanasia non viene necessariamente invocata dal paziente. Ma se decide che non può più togliersi la vita e chiede l'eutanasia, le cose cambiano. La resistenza della vita non riguarda solo il dolore, ma anche gli altri "sentimenti" aggiuntivi. E in questo caso, il medico è obbligato a valutare con la massima responsabilità la condizione biologica, ma anche quella mentale del paziente. Vi è anche una opinione moderatamente diffusa,

secondo cui esistono altre due opzioni a cui possono ricorrere i malati terminali: o muoiono lentamente soffrendo di gravi complicazioni, oppure scelgono l'eutanasia. Ma esiste una terza opzione tra spegnersi lentamente in una sofferenza con gravi complicazioni e l'eutanasia, una via di mezzo: quella di una cura piena di compassione emotiva e con effetti di miglioramento della condizione fisica. Gli individui chiedono la morte anche se oggi ci sono così tanti modi per fermare il dolore o almeno alleviarlo. Per questo ci sono casi in cui il gesto di eutanasia non è giustificato. Vi sono forti opposizioni all'eutanasia da parte della Chiesa e di congregazioni, alcune di esse evangeliche, secondo cui dolore, umiliazione e sofferenza sono modi per purificare l'anima, spesso implementate secondo l'esempio di Gesù che si è immolato per la salvezza degli uomini e ha sofferto sulla croce. Tuttavia, la sofferenza di Gesù era "volontaria", mentre molte persone non sono disposte a subire tali sofferenze. Va anche notato che le richieste per l'atto di eutanasia sono solo in poche occasioni volontarie e in stato di pieno discernimento. Un paziente malato terminale finisce per essere vulnerabile. Il suo scrupolo decisionale è alterato dalla paura del futuro. Spesso i pazienti che hanno gridato "Lasciatemi morire!" dopo aver consumato il momento di crisi, sono grati a coloro che non hanno esaudito il loro "desiderio". Per evitare questa tensione, è previsto che durante la vita una persona decida per il proprio destino se diventa disabile, incosciente o dipendente da un sistema di cure mediche alternativo. La possibilità di ricorrere a questo sistema sanitario può essere fatta in due direzioni: da un lato c'è il problema dell'assicurazione medica a cui un cittadino contribuisce per tutto il periodo di stipendio, quindi l'individuo, indipendentemente dai costi di mantenimento che comporterebbero le cure, ha il diritto di chiedere il prolungamento artificiale della vita. Allo stesso tempo, grazie a questo contributo, può anche chiedere l'aiuto del sistema per la soppressione della sofferenza (e più precisamente della vita), in nome della stessa assicurazione che paradossalmente si chiama assicurazione sulla vita e non assicurazione sulla morte, il che complica ulteriormente la situazione. Il problema dell'eutanasia volontaria, mina moralmente la ricerca medica. Uno dei vettori della ricerca medica è senza dubbio il desiderio di trovare nuove cure per curare malattie incurabili, stadi difficili della malattia e per prolungare la vita. La ricerca medica deve andare avanti. L'obiettivo è porre fine alla sofferenza, superare la malattia. Ma quando, invece di cercare una cura, i medici stessi uccidono i pazienti, il processo cambia. Una nuova domanda ci coinvolge:

“se l'eutanasia sarà legalizzata, l'umanità vedrà l'espansione di un campo nei prossimi decenni di quella che possiamo definire come la scienza dell'uccisione?”

Per il momento i limiti di questo processo non sono noti e non si possono fare anticipazioni ma il percorso che stiamo seguendo non sembra essere quello giusto, il più delle volte.

### **1.3 Autocommiserazione e “vergogna”.**

L'autocommiserazione e la vergogna di dipendere dagli altri possono far pensare a molti alla morte come soluzione, come necessità per sfuggire ai tormenti (non necessaria tra l'altro) e la morte come possibilità di non essere dipendenti. Sebbene per tutta la vita dipendiamo da un sistema o da un altro, da una persona o da un'altra, i prodotti, le abitudini, la salute e la piena possibilità di movimento fanno la differenza cruciale nel processo decisionale sull'eutanasia. Si potrebbe pensare che ogni libertà e indipendenza risieda solo nel fatto che possiamo muoverci liberamente, possiamo lavarci, possiamo mangiare, dormire, amiamo con le nostre forze, non avendo bisogno di un aiuto esterno vitale. Nel caso di pazienti irrecuperabili, tutti questi elementi non hanno più applicabilità e davvero la dipendenza totale disumanizza. Ma c'è anche il problema delle persone incoscienti, bloccate in mezzo a un intero sistema di cavi, siringhe, dispositivi per sostenere il cuore o per produrre la respirazione artificiale, per i quali la vita è solo questione di elettricità o cibo artificiale. Qui la questione dell'eutanasia viaggia su un terreno pericoloso. I dispositivi sono realizzati proprio per sostenere la vita nelle condizioni in cui ci sono squilibri nel corpo umano che portano alla cessazione temporanea o permanente delle funzioni vitali. Ma per quanto tempo si protrae l'innaturale prolungamento della vita e chi decide di fermare questi dispositivi? Il paziente non può! A quel punto, soggetti divengono i parenti o i medici, spesso le persone che potrebbero avere interesse ad auspicare la morte di un familiare. Può l'individuo decidere della propria morte quando è circondato da così tanta incertezza riguardo all'eutanasia? Le convinzioni personali, possono essere più forti della legislazione, quindi legalizzare l'eutanasia potrebbe destabilizzare considerevolmente il sistema della società umana che non sa più per cosa combattere: il diritto alla vita o il diritto alla morte?

### **1.4 La possibilità dell'eutanasia come un accorciamento della sofferenza.**

La possibilità dell'eutanasia come un “accorciamento della sofferenza”, deve essere vista con cautela dove il relativo testamento biologico offre solo una vaga idea di libertà. Essere in grado di decidere la nostra fine non è più un atto così utopico. Poche righe scritte quando siamo lucidi, con le quali ricordiamo ai dottori il desiderio di accorciare i nostri tormenti. Ma se sapessimo che, uscendo di casa, potremmo non tornare vivi, perché abbiamo firmato l'atto della nostra condanna a morte quando abbiamo chiesto di

interrompere qualsiasi supporto vitale artificiale in caso di incidente, questo testamento biologico lo avremmo ugualmente sottoscritto? La situazione, anche se ipotetica, è inquietante, perché anche i medici non si sforzerebbero troppo nel riabilitare e tanto meno di dedicare il proprio lavoro a una vita ormai destinata solo a vivere su un letto. Probabilmente l'individuo che vive nella grande massa di coloro che ignorano la sua esistenza, a sua volta vuole ignorare, a un certo punto, anche la possibilità della società di sostenere e mantenere in vita un perfetto sconosciuto. Poniamoci la domanda: viviamo in una società solidale che conosce le sue debolezze e può combattere le malattie, la morte ma soprattutto l'indifferenza? C'è dunque morte e morte, una per i buoni e una per i cattivi? Vale la pena rileggere il libro della Sapienza che ci offre Intensità, Luce e Speranza:

“Le anime dei giusti, invece, sono nelle mani di Dio, nessun tormento le toccherà. Agli occhi degli stolti parve che morissero; la loro fine fu ritenuta una sciagura, la loro partenza da noi una rovina, ma essi sono nella pace. Anche se agli occhi degli uomini subiscono castighi, la loro speranza è piena di immortalità. Per una breve pena riceveranno grandi benefici, perché Dio li ha provati e li ha trovati degni di sé: li ha saggiati come oro nel crogiuolo e li ha graditi come un olocausto. Nel giorno del loro giudizio risplenderanno; come scintille nella stoppia, correranno qua e là. (Sapienza 3:1-7).

L'eutanasia sociale è un concetto sfruttato dalla maggior parte dei paesi del mondo, ma è più visibile nei paesi poveri o nelle classi inferiori della piramide sociale. La mancanza di medicinali vitali, senza i quali centinaia di migliaia di persone muoiono ogni anno, è un chiaro esempio di eutanasia attiva volontaria, non discussa; o l'acuta mancanza di cibo in vaste popolazioni, dove scompaiono non solo anziani o malati terminali, ma anche giovani sani, bambini e adulti, lasciati morire senza rivendicare il diritto di morire; l'elenco può continuare con persone in zone di conflitto che muoiono uccise, in quanto “danni collaterali”. Piuttosto che tormentarsi, in luoghi dove la morte è onnipresente e senza speranza di riabilitazione medica e sociale, forse a un certo punto potrebbero chiedere il diritto a morire con dignità o il diritto di essere ucciso per pietà, morire e di una nobile morte, al fine più umana. È doloroso dirlo ma l'eutanasia ha molte facce. Eppure, al di là di tutti questi argomenti contrari all'eutanasia, il più importante resta il carattere inviolabile della volontà umana. Non è possibile combatterla nemmeno con le leggi sul tavolo, perché la volontà umana fa la legge e la applica anche. E se l'individuo desidera morire, la società compassionevole gli offre questa possibilità, soddisfacendo l'ultimo desiderio “*pre-mortem*”.



---

Nota: Parti del capitolo sono tratte da un articolo pubblicato per la prima volta nel volume: "*Dimensioni fondamentali dello sviluppo della comunità: istruzione, economia e ambiente sociale* ", Volume accademico, pubblicato sotto la tutela dell'Istituto Delphy, presso la casa editrice Argonaut, Cluj-Napoca.

Bibliografia: GALSTON, Arthur (2005), *Ampliare gli orizzonti della bioetica*, Springer Science and Business Media, Dordrecht BUTA, Mircea Gelu (2004).

*Qualità della vita nell'uomo sofferente* FUKAYAMA, Francis (2004).

*Il nostro futuro postumano* MITU, Alexandru (1983).

*Le leggende dell'Olimpo*, Casa editrice Ion Creanga, Bucarest TRIF, Bela (2002).

*Eutanasia. Suicidio assistito*. Eugenia, Ed. Info Medica, Bucarest TRIPODINA.

Chiara (2004), *Il diritto nell'era della tecnologia: il caso dell'eutanasia*, Jovene, Napoli KACZOR, Cristopher (2005).

*Il bordo della vita: dignità umana e bioetica contemporanea*. Filosofia e medicina. Studi cattolici in bioetica, Springer Science and Business Media 2. 3. 4. 5. 6. 7. 15.

---

## 2. L'Eutanasia è un tema Etico?

“Nessuno di noi vive per se stesso e nessuno di noi muore per se stesso. Se viviamo, viviamo per il Signore, e se moriamo, moriamo per il Signore; quindi, sia che viviamo o che moriamo, siamo del Signore "(Romani 14:7-8, NR).

Tutti coloro che, in modo diverso, sono chiamati a vivere vite fragili, rese difficili da malattie o limitazioni maturano, nei confronti di società capaci di definirsi civili, un virtuale credito, se non di attenzioni particolari, certamente di tutte le tutele possibili in termini sia sanitari che spirituali.

Epistola di Giacomo 5:10-16, recita parole inequivocabili sul tema della sofferenza:

“Prendete fratelli, per esempio di sofferenza e di pazienza i profeti che han parlato nel nome del Signore. Ecco, noi chiamiamo beati quelli che hanno sofferto con costanza. Avete udito parlare della costanza di Giobbe, e avete veduto la fine riserbatagli dal Signore, perché il Signore è pieno di compassione e misericordioso. Ma, innanzi tutto, fratelli miei, non giurate né per il cielo né per la terra, né con altro giuramento; ma sia il vostro sì , sì , e il vostro no, no, affinché non cadiate sotto giudizio. C'è fra voi qualcuno che soffre? Preghi. C'è qualcuno con animo lieto? Salmeggi. C'è qualcuno fra voi infermo? Chiami gli anziani della chiesa, e preghino loro su lui, ungendolo d'olio nel nome del Signore; e la preghiera della fede, salverà il malato, e il Signore lo ristabilirà; e se egli ha commesso dei peccati, gli saranno rimessi. Confessate, dunque i falli gli uni agli altri, e pregate gli uni e per gli altri, onde siate guariti; molto può la supplica del giusto, fatta con efficacia”.

L' Epistola I di Pietro 3:17-18, ci raccomanda:

“Perché è meglio, se pur tale è la volontà di Dio, che soffriate facendo il bene, anziché facendo il male. Poiché anche Cristo ha sofferto una volta per i peccati, egli giusto per gli ingiusti, per condurci a Dio; essendo stato messo a morte, quanto alla carne, ma vivificato quanto allo spirito;”

Le persone malate o handicappate dovrebbero essere aiutate a condurre una vita il più normale possibile. Possiamo dire con certezza che, qualsiasi siano le motivazioni o il mezzo utilizzato, l'eutanasia è motivata e diretta da un unico risultato finale che altro non è che il porre fine alla vita di persone handicappate, malate o morenti. La letteratura al riguardo, in particolare quella che si impegna a fondo sulle problematiche spirituali, tende a ricordarci alcuni principi fondamentali dell'uomo:

L' Epistola I di Pietro 4:1-2 raccomanda:

“Poiché dunque Cristo ha sofferto nella carne, anche voi armatevi di questo stesso pensiero, che cioè, colui che ha sofferto nella carne ha cessato dal peccato, per consacrare il tempo che resta da passare nella carne, non più alle concupiscenze degli uomini, ma alla volontà di Dio”.

E, ancora nel seguito della narrazione al verso 4:5 :

“Renderanno ragione a colui ch'è pronto a giudicare i vivi ed i morti”.

E, ai versi 4:12-19:

“Diletti, non vi stupite della fornace accesa in mezzo a voi per provarvi, quasi che vi avvenisse qualcosa di strano. Anzi in quanto partecipate alle sofferenze di Cristo, rallegratevene, affinché anche alla rivelazione della sua gloria possiate rallegrarvi giubilando. Se siete vituperati per il nome di Cristo, beati voi! Perché lo Spirito di gloria, lo spirito di Dio, riposa su voi. Nessuno di voi patisca come omicida, o ladro, o malfattore, o come ingerendosi nei fatti altrui; ma se uno patisce come Cristiano, non se ne vergogni, ma glorifichi Iddio portando questo nome. Poiché, è giunto il tempo in cui il giudizio ha da cominciare dalla casa di Dio; e se comincia prima da noi, quale sarà la fine di quelli che non ubbidiscono al Vangelo di Dio? E, se il giusto è appena salvato, dove comparirà l'empio e il peccatore? Perciò anche quelli che soffrono secondo la volontà di Dio, raccomandino le anime loro al fedele Creatore, facendo il bene.”

Vivere per il Signore significa anche riconoscere che la sofferenza, pur essendo essa stessa un male e una prova, può sempre diventare fonte di bene. Diventa tale se è sperimentata per amore e con amore attraverso la condivisione, per il dono di grazia di Dio e per la propria scelta personale e libera, nella sofferenza di Cristo crocifisso.

Leggiamo, nella Lettera Apostolica Salvifici Doloris; Giovanni Paolo II. 8:

“La sofferenza umana costituisce in se stessa quasi uno specifico “mondo” che esiste insieme all'uomo, che appare in lui e passa, e a volte non passa, ma in lui si consolida ed approfondisce. Questo mondo della sofferenza, diviso in molti, in numerosissimi soggetti, esiste quasi nella dispersione. Ogni uomo, mediante la sua personale sofferenza, costituisce non solo una piccola parte di quel mondo, ma al tempo stesso quel mondo è in lui come un'entità finita e irripetibile. Di pari passo con ciò va, tuttavia, la dimensione inter-umana e sociale. Il mondo della sofferenza possiede quasi una sua propria compattezza. Gli uomini sofferenti si rendono simili tra loro mediante l'analogia della situazione, la prova del destino, oppure mediante il bisogno di comprensione e di premura e forse soprattutto mediante il persistente interrogativo circa il senso di essa. Benché dunque il mondo della

sofferenza esista nella dispersione, al tempo stesso contiene in sé una singolare sfida alla comunione e alla solidarietà”.

E, in Familiaris Consortio n. 27:

“L’attività pastorale della Chiesa deve aiutare tutti a scoprire e valorizzare il ruolo degli anziani all’interno della comunità civile ed ecclesiale, in particolare all’interno della famiglia”.

Evangelium Vitae n. 47:

“Mettono la volontà dell’uomo prima di quella di Dio, il Maestro assoluto del fatto che viviamo o moriamo e Colui in cui "viviamo, ci muoviamo e abbiamo il nostro essere". (Atti 17:28).

Il brano di Atti pone l’accento circa una accusa implicita, rivolta a coloro che desiderano porre fine alla propria vita. Il tema del dibattito è quello di rendere prioritaria la propria volontà, stremata nel bisogno pietoso di dismettere la sofferenza, di salvaguardare la propria dignità, di alienarsi al mondo. L’intenzione verte quindi al ridefinire le circostanze responsabili di tale decisione, quella di sottoporsi all’eutanasia o al suicidio medicalmente assistito, aprendo una questione di gravità e di resistenza personale al dolore terminale. Citare Atti in questo caso, è corretto ma le parole di Gesù in Giovanni 5:30 (NR):

“Io non posso fare nulla da me stesso; come odo, giudico; e il mio giudizio è giusto, perché cerco non la mia propria volontà, ma la volontà di colui che mi ha mandato”.

chiariscono che non la nostra volontà deve essere fatta ma la volontà di Dio. Lui ama i suoi figli tanto da essere mosso a compassione. Il Padre, non dobbiamo dimenticarlo, ha pietà per Caino, il primo figlio vivente capace di compiere un omicidio e dissuade con severità chiunque dal farle del male:

In Genesi 4:15 (NR) leggiamo:

“Ma il Signore gli disse: «Ebbene, chiunque ucciderà Caino, sarà punito sette volte più di lui». Il Signore mise un segno su Caino, perché nessuno, trovandolo, lo uccidesse”.

In ultima analisi, anche per questo, ritengo vivo e interessante il ragionamento in cui si afferma che Dio si dispera, si arrabbia con i suoi figli, li punisce ma che il Suo perdono, a certe condizioni, le quali non devono superare i canoni della malvagità seriale, scende come un velo leggero sul capo di ognuno di noi figli terreni. Questo avviene sia che crediamo in Lui, quindi salvati in Cristo, sia che non crediamo in Lui. In questo caso vale, come per Abramo, l’essere salvati perché ritenuti Giusti.

In Evangelium Vitae n. 66 leggiamo:

“La sofferenza, specialmente la sofferenza durante gli ultimi momenti della vita, ha un posto speciale nel piano salvifico di Dio; è infatti una partecipazione alla passione di Cristo”.

E, ancora:

“Mettere fine alla propria vita o alla vita di un altro è falsa misericordia, una inquietante perversione della misericordia.

Abbiamo introdotto alcune nozioni sul come l'eutanasia possa non prestarsi ad una soluzione cristiana e biblica se rapportate ad una malattia incurabile. L'alternativa esiste ed è quella di prendersi cura del malato grave dal punto di vista spirituale e morale. Troppo spesso la scienza dimentica che in quel corpo sofferente, colpito da una malattia irreversibile, c'è uno stato d'animo che deve essere consigliato, consolato e confortato. Per questo tutte le cure mediche, anche le più efficaci, non avranno grande effetto se non si riesce a riempire la solitudine che troppo spesso afferra i malati, soprattutto quelli più gravi. Quante volte i congiunti nascondono pietosamente all'infermo la realtà di una malattia incurabile e quest'ultimo, pur essendone edotto, la nasconde per dignità o per pietà ai propri cari. Così, talvolta, si raggiunge l'ora estrema senza alcuna preparazione spirituale. Qualsiasi persona che ha esperienza nel campo dell'assistenza medica, morale o spirituale potrà confermare che anche i pazienti più lucidi e con la capacità di esprimersi, tentano di non parlare della propria condizione in termini realistici. Allora occorre, con tanta delicatezza e tatto, parlare in modo che il malato si confidi e si apra. Se non ha incontrato Gesù come proprio personale Salvatore, anche in questo caso, può deporre ai piedi di Cristo la propria angoscia spirituale e la propria disperazione per la vita che vede sfuggirgli di mano. Se invece è un “salvato”, che pone la propria fiducia in Cristo, allora potrà liberarsi del proprio segreto e gioire nella gloriosa speranza cristiana della vita eterna con Dio. La vita dell'uomo ha un'altra dimensione oltre a quella terrena e visibile: la vita eterna. Gesù ha detto:

“Io son la risurrezione e la vita; chi crede in me, anche se muoia, vivrà; e chiunque vive e crede in me, non morrà mai” (Giovanni 11:25-26, NR).

La compassione cristiana ci spinge a consolare gli afflitti e a consigliare gli incerti, ad annunciare l'amore e la misericordia di Dio in Cristo Gesù. Il perdono, la salvezza, la gioia della presenza del Signore, la lettura della Parola di Dio, la preghiera umile e fervida rivolta a Dio, sono le cure spirituali appropriate per i più sofferenti, i quali scopriranno il

segreto dell'intervento diretto di Dio e della consolazione dello Spirito Santo. Allora, i malati incurabili andranno incontro all'eternità sereni, con gioia, certi che:

“Esser con Cristo, è cosa di gran lunga migliore” (Filippesi 1:23, NR).

Vittoriosamente, con Paolo apostolo, potranno sussurrare:

“Il tempo della mia dipartenza è giunto. Io ho combattuto il buon combattimento, ho finito la corsa, ho serbata la fede”.

La documentazione raccolta e l'analisi, non disgiunta da una profonda riflessione sui contenuti, pongono un quadro in cui si evidenzia di quanto l'Etica svolga un ruolo “significante”, sia all'interno della confessione evangelica, sia a livello della dottrina cattolica. L'Etica si afferma come un necessario passaggio di “approfondimento” e “testimonianza”, assolutamente “sostanziale” e del tutto “imprescindibile”.

### 3. In cosa consiste “l’azione pratica” dell’eutanasia?

L’ Eutanasia è “l’azione pratica” che determina l’uccisione intenzionale, per atto o omissione, di un essere umano dipendente in forza di un suo presunto beneficio. La parola eutanasia ricordo che è composta dal greco “eu” che significa buono e “thanatos” che è equivalente alla morte. Si riferisce a una morte indolore, tranquilla e facile.

Per **Antonius Maria Johannes Ten Have**, professore emerito presso il *Center for Healthcare Ethics* presso la *Duquesne University di Pittsburg USA*, di cui è Direttore dal 2010, si tratta di:

“Cessazione intenzionale procurata da parte di un medico, della vita di un paziente, su sua richiesta”.

**L’Eutanasia volontaria:** si esplica quando la persona uccisa, in fasi diverse della esistenza, ha chiesto o chiede, di essere uccisa.

**L’Eutanasia involontaria o non volontaria:** avviene se la persona, in predicato di essere uccisa, non ha fatto richiesta e non ha dato il suo preventivo consenso alla Eutanasia stessa.

**Esiste poi il suicidio assistito:** si concretizza nel momento stesso in cui vengono fornite a un individuo le informazioni, la guida e i mezzi per togliersi la vita, con l'intenzione di usarli per questo scopo. Nel caso sia un medico che aiuta un'altra persona ad uccidersi si parla di "suicidio assistito dal medico".

**Eutanasia per azione:** procurare intenzionalmente la morte di una persona eseguendo un'azione, come per esempio una iniezione letale da farmaco.

**Eutanasia per omissione:** causare intenzionalmente la morte non fornendo le dovute cure necessarie e ordinarie (usuali e consuete) o non somministrando cibo e acqua.

#### 3.1 Vediamo ora cosa non è definibile come una procedura di eutanasia.

Deve essere chiaro a tutti che non esiste eutanasia a meno che la morte non sia intenzionalmente causata da ciò che è stato fatto o non fatto. Pertanto, alcune azioni mediche che sono spesso etichettate come "eutanasia passiva" non sono una forma di eutanasia, poiché manca l'intenzione di togliere la vita. Questi atti, includono il mancato inizio di un trattamento che non fornirebbe un beneficio al paziente, la sospensione del trattamento che si è dimostrato inefficace (troppo oneroso o indesiderato) e la somministrazione di alte dosi di antidolorifici, che possono mettere in pericolo la vita, ritenute come assolutamente necessarie. Tutto ciò fa parte di una buona pratica medica,

avallata dalla legge quando correttamente svolta. Quindi abbiamo capito che l'eutanasia ha dinamiche predefinite. Intanto, deve essere una azione del tutto intenzionale a prescindere che avvenga per atto o omissione, di un essere umano dipendente, allo scopo di fornire allo stesso individuo un presunto beneficio. Vi sono un numero indefinito di argomentazioni a favore dell'eutanasia. Proviamo a riflettere su alcuni di queste:

- Fornisce un modo per alleviare il dolore estremo.
- Fornisce un modo di recare sollievo quando la qualità della vita di una persona è dolorosa e fortemente compromessa.
- Rientra in una sorta di ottimizzazione dei costi sanitari, che possono poi essere distribuiti su altri ammalati.
- È comunque alla fine una azione ottemperata allo scopo di difendere la libertà di scelta da parte del cittadino.

Argomentazioni contrarie alla procedura di eutanasia:

- L'eutanasia svaluta la vita umana.
- L'eutanasia può diventare un mezzo di contenimento dei costi sanitari.
- I medici e gli altri operatori sanitari non dovrebbero essere coinvolti nella causa diretta della morte.
- Sanzionare la soppressione di vite umane innocenti significa contraddire uno scopo primario della legge in una società ordinata.

Una legge o una decisione giudiziaria che autorizza il suicidio assistito sminuirebbe la vita di pazienti vulnerabili. Una simile politica potrebbe corrompere la professione medica, il cui codice etico chiede ai medici stessi di servire la vita e di non uccidere mai? I senza voce o gli emarginati nella nostra società, i poveri, gli anziani fragili, le minoranze razziali, milioni di persone, prive di assicurazione sanitaria (in molti Paesi non esiste tale tutela), sarebbero i primi a sentire la pressione su se stessi e a decidere per una rapida accettazione di morte. Sorge spontanea una domanda del tutto legittima: i malati terminali competenti che dicono di volere davvero il suicidio assistito, cosa devono aspettarsi?

Proviamo a rivolgerci a Matteo 22:15-22 (NR). Egli risponde, anche se solo in parte, alla disputa fra legge, stato, culto e tradizione allora vigente. Narra infatti che:

“Allora i farisei si ritirarono e tennero consiglio per vedere di coglierlo in fallo nelle sue parole. E gli mandarono i loro discepoli con gli erodiani a dirgli: «Maestro, noi sappiamo



che sei sincero e insegna la via di Dio secondo verità, e non hai riguardi per nessuno, perché non badi all'apparenza delle persone. Dicci dunque: Che te ne pare? È lecito, o no, pagare il tributo a Cesare?» Ma Gesù, conoscendo la loro malizia, disse: «Perché mi tentate, ipocriti? Mostratemi la moneta del tributo». Ed essi gli porsero un denaro. Ed egli domandò loro: «Di chi è questa effigie e questa iscrizione?» Gli risposero: «Di Cesare». E Gesù disse loro: «Rendete dunque a Cesare quello che è di Cesare e a Dio quello che è di Dio». Ed essi, udito ciò, si stupirono e lasciatolo, se ne andarono».

Leggiamo ancora in Matteo 6:24 (NR):

“Nessuno può servire due padroni; perché o odierà l'uno e amerà l'altro o avrà riguardo per l'uno e disprezzo per l'altro. Voi non potete servire Dio e Mammona”.

Esiste quindi una netta distinzione che Yeshùà proclama, consistente nella non ingerenza dei precetti spirituali, inviati dal Padre, con i precetti di uomini, di cui latori erano persone legate al potere politico, oppure appartenenti alla casta sacerdotale dei Farisei. Nel brano, gli erodiani si avvicinano a Yeshùà in modo subdolo, per interrogarlo circa il problema improntato su quello che potremmo definire come un terreno ambiguo e scivoloso, se connesso al Suo pensiero, riguardante la predominanza di Dio sulla tradizione e sulla politica. Lo scopo dichiarato è quello di coglierlo in fallo. In questo vedo molte analogie con le modalità proposte dagli attivisti più radicali, da medici e politici, sostenitori di una “liturgia dell'eutanasia” e del “suicidio medicalmente assistito”, contrapposti a coloro che hanno una visione oggettivamente “laica” del problema. Non rilevo alcuna fattiva sinergia con la dottrina cattolica la quale è incondizionatamente contro l'eutanasia, mentre indiscutibili sono le sensazioni, diverse fra coloro che vivono la realtà evangelica, riformata e/o protestante. L'enigma riveste un contenuto di merito. Lo stato deve incidere sulle scelte del paziente terminale? Si può servire Dio e Mammona, dove quest'ultima è rappresentata dalla corrente, e presumibilmente corretta, espressione della politica? La sua manifestazione di volontà, si intende del paziente, deve essere irregimentata in un nucleo di regole formali o può essere esercitata con una seria proposta di intenzioni, relative alla sospensione delle cure, delle terapie o lo spegnimento di un macchinario per respirare in modo automatico? La volontà del Creatore ha la precedenza sulle convenienze sociali? Proviamo però a tirare le fila del ragionamento. I desideri suicidi tra i malati terminali non sono meno dovuti alla depressione curabile, rispetto agli stessi desideri tra i normodotati. Quando vengono affrontati, recependo il loro dolore, la loro depressione e altri problemi generali, non si parla più di suicidio. Se rispondiamo a un desiderio di morte in un gruppo di persone, con consulenza e prevenzione del suicidio, e

rispondiamo allo stesso desiderio in un altro gruppo, offrendo loro farmaci letali, abbiamo fatto la nostra tragica scelta come società. Decidendo che la vita di certe persone ha più o meno valore rispetto ad altre, si viene a sdoganare un concetto di arbitrarietà etica e politica, nonché spirituale. Ma viene da chiedersi, ad esempio, se i costi assistenziali sono davvero “un problema”? In un'era di controllo dei costi e cure gestite, i pazienti con malattie persistenti possono essere etichettati come una “responsabilità economica” e le decisioni, per incoraggiare la morte, possono essere guidate dai costi? Come ha avvertito Walter Dellinger, procuratore generale in carica negli Stati Uniti, esortando la Corte Suprema a sostenere le leggi contro il suicidio assistito:

“Il trattamento meno costoso per qualsiasi malattia è il farmaco letale. Molte persone con disabilità hanno una lunga esperienza di atteggiamenti pregiudizievole da parte di persone abili, compresi i medici, che presumono che preferirebbero essere morti che disabili. Tali pregiudizi potrebbero facilmente portare le famiglie, i medici e la società a incoraggiare la morte per le persone che sono depresse ed emotivamente vulnerabili mentre si adattano alla vita con una grave malattia o disabilità”.

Parlare qui di "libera scelta" per il suicidio è un'astrazione pericolosamente fuorviante. *L'American Medical Association* sostiene infatti che:

"Il suicidio assistito medico è fondamentalmente incompatibile con il ruolo del medico come guaritore".

**L'AMA**, insieme alle infermiere americane di “*American Psychiatric Association*” e dozzine di altri gruppi medici, hanno sollecitato la **Corte Suprema nel 1997** a sostenere le leggi contro il suicidio assistito, sostenendo che il potere di assistere o togliere la vita ai pazienti è:

"Un potere che la maggior parte degli operatori sanitari non vuole e non può controllare".

### **3.2 Il punto di vista della Chiesa Cattolica.**

La Chiesa Cattolica afferma che la tradizione morale in essere sostiene la vita umana come dono fondamentale di un Dio amorevole, un dono su cui abbiamo amministrazione ma non dominio assoluto. In qualità di amministratori responsabili della vita, non possiamo mai direttamente causare la nostra morte o quella di qualcun altro. L'eutanasia e il suicidio assistito sono sempre gravemente sbagliati. Un'attenta gestione della vita non richiede che usiamo sempre tutti i mezzi possibili per prolungare la vita. Il trattamento può essere rifiutato da un malato terminale quando i suoi oneri superano i benefici per quel paziente.

In questi casi, le cure di base dovute a ogni essere umano dovrebbero comunque essere fornite. Possiamo rifiutare trattamenti particolari perché i trattamenti sono troppo onerosi ma non dobbiamo mai distruggere una vita umana sulla base del fatto che è un peso. L'intento della moderna gestione del dolore è controllare il dolore dei pazienti, non uccidere il paziente. Raramente esiste il rischio che i farmaci antidolorifici riducano la vita di un paziente, sopprimendo la respirazione, anche come effetto collaterale, perché i pazienti che ricevono regolarmente morfina per il controllo del dolore, sviluppano rapidamente una resistenza a questo effetto. Con i moderni metodi di controllo del dolore è possibile modulare e contenere la sofferenza fisica per tutti i pazienti in fin di vita, quasi sempre senza ricorrere alla sedazione. Come ha detto **Papa Giovanni Paolo II**, la gestione del dolore e altre cure di supporto sono:

"La via dell'amore e della vera misericordia che dovremmo offrire a tutti i pazienti morenti, invece di offrire assistenza ai loro suicidi".

### **3.3 Psicologia ed Eutanasia.**

Affronto con dovuta prudenza l'argomento relativo alla interazione presente fra scienza psicologica ed eutanasia. Una prima considerazione si lega indissolubilmente alla esperienza personale esercitata, in qualità di Operatore d'ambulanza, prima per l'Ente di Croce Rossa poi nel 118 in Azienda Sanitaria Locale. Mi sono più volte interrogato sul come mantenere un approccio sensibile e corretto nel momento di arrivo su un evento, sia esso di grave incidente o di malattia terminale con prognosi infausta. Professionalmente, maturai quindi nel tempo, un insieme di regole basate sull'etica, serenità e distacco emozionale declinato ad un pragmatismo operativo efficiente, non disgiunto da empatia e preparazione sulle cognizioni basilari della psicologia applicata al servizio. In base alle esperienze fatte e alle riflessioni scaturite, posso dire che la percezione del "laico", riguardo alla morte, si pone più sulla sponda dell'empatia, permettendo quindi una concreta visione di imparzialità, ma che non può, in nessun modo, affermarsi rispetto alla lucida verifica di una indagine scientifica psicologica. Mi spiego meglio: se l'empatia, la condivisione del dolore mediata dalla simpatia, viaggia nella direzione della psicologia, questo non avviene in alcun caso, dalla direzione opposta. La psicologia non viene mai "manipolata" dall'empatia, pur integrandone in essa alcune discriminate percezioni. Questa scelta di campo, che si affaccia al proselitismo che sta alla base della mia personale conoscenza esperienziale divulgata da psicologi tramite corsi di aggiornamento continui, mi induce in ordine alla tesi che andremo a discutere, ad una sobrietà di opinione, mai disgiunta da una condizione umile di discussione, proprio della materia per soddisfare la quale in termini di domande, ci si può esclusivamente rivolgere ad accreditati

professionisti. Gli studi psicologici riportati, ai quali ho rivolto l'attenzione, sono dedicati ai rapporti e alle condizioni di acquisizione di alcuni ben definiti temi in ordine all'eutanasia, vagliati non solo in forma teorica, ma innanzi tutto pratica. Mi piace pensare che, seppur semplici, possano nutrire la tesi di una linfa nuova e fuori da schemi onnipresenti come quelli politici e sociali.

### **3.4 Fattori che influenzano la formazione di un atteggiamento corretto verso l'eutanasia, il suicidio e la morte medicalmente assistita.**

“(1) Analizzando gli atteggiamenti verso l'eutanasia, bisogna anche considerare l'individuo che detiene questi atteggiamenti. Sono state riscontrate, infatti, differenze nel trattare gli atteggiamenti di medici, infermieri e familiari, vale a dire le persone più coinvolte nella decisione e nella pratica dell'eutanasia o, comunque, quelle più a stretto contatto con essa e con i pazienti che la (2) richiedono. È necessario anche valutare i fattori che influenzano la formazione di un atteggiamento positivo o negativo verso questo delicato tema, tra cui troviamo le caratteristiche socio-demografiche, il paese di appartenenza e la (3) religione. Oltre a questi fattori si considera, nell'analisi della formazione degli atteggiamenti verso l'eutanasia, il ruolo della persuasione, attuata attraverso i mass media, che fa leva sulle credenze etiche e morali dell'individuo. Infatti, come sostiene il modello di probabilità dell'elaborazione di Petty e Cacioppo (1983), un individuo è motivato ad elaborare il messaggio persuasivo quando esso porta ad un cambiamento di atteggiamento corretto (Maio, *Haddock & Verplanken*, 2018). Trattando gli atteggiamenti è importante analizzare quali sono i fattori che ne influenzano la direzione e la forza; per quanto riguarda la formazione degli atteggiamenti verso l'eutanasia essa risulta influenzata dalla religione, dalle caratteristiche socio-demografiche e dal paese di appartenenza. Infatti, una delle ragioni di tensioni e conflitti tra credenti, atei e gruppi religiosi riguarda la questione di chi abbia la legittimità di stabilire la fine dell'esistenza; in quest'ambito si possono differenziare i vari tipi di religioni e le varie credenze individuali rispetto ai dogmi della propria religione. All'interno del cristianesimo la chiesa cattolica e ortodossa si pongono nettamente contro l'eutanasia, mentre i protestanti sono più favorevoli; per quanto riguarda il buddismo, esso accetta l'eutanasia in casi particolari (Shin, Lee, Kim, Nam & Seh, 1995). Anche la frequenza con cui ci si reca in chiesa e l'interpretazione della Bibbia influenzano la formazione degli atteggiamenti; infatti, da uno studio di Sharp (2019) risulta che chi pratica con frequenza e ritiene che la Bibbia sia la reale parola di Dio e non solo un'ispirazione ad essa, ha un atteggiamento più negativo verso l'eutanasia. Per quanto riguarda invece le caratteristiche socio-demografiche si analizza l'età, il genere, l'etnia e il livello di scolarizzazione. Risulta che l'età ha una correlazione inversa con la positività

dell'atteggiamento verso l'eutanasia, che le donne sono meno favorevoli degli uomini, che le persone di colore hanno un atteggiamento più negativo rispetto ai caucasici e che il livello di scolarizzazione è direttamente proporzionale alla positività dell'atteggiamento (Miccinesi et al., 2005; Sharp, 2019). Infine, è stato analizzato il ruolo della persuasione, date le varie campagne promozionali a favore o contro la legalizzazione dell'eutanasia. Essendo l'eutanasia una questione morale, risulta importante che nel messaggio persuasivo sia sottolineata la correttezza dell'atteggiamento, che risulta essere basilare per la motivazione all'elaborazione del messaggio (Petty e Cacioppo, 1983). D'Aprile e Pensieri (2018) hanno voluto analizzare come sono stati riportati i dati relativi alla vicenda di **Dj Fabo**, andato in Svizzera per ottenere un suicidio assistito. Ecco, di seguito, un estratto dal loro studio”.

“In molte testate giornalistiche si è creato un forte impatto emotivo attraverso l'uso prevalente di alcune parole, passando dall'analisi oggettiva della morte realizzata con un suicidio assistito al vissuto di un sentimento di pietà e di solidarietà, in questo modo è venuta meno la possibilità di una valutazione etica di ciò che si definisce eutanasia”.

“(4) Un nuovo studio della *University of British Columbia*, dimostra che il pensiero analitico, un tipo di pensiero che aiuta a comprendere le diverse parti di una situazione, può far diminuire temporaneamente il livello di fede e credo religioso anche nei fedeli più devoti. La ricerca è stata pubblicata su *Science* il 27 aprile scorso. Il livello di fede religiosa è stata misurata attraverso una serie di questionari *self-report*. I risultati hanno evidenziato che la credenza religiosa diminuiva significativamente, almeno nel momento immediatamente successivo alla fase in cui i soggetti erano stati impegnati in compiti analitici, in cui credenze inizialmente intuitive venivano messe in discussione da una modalità di pensiero analitico. Gli autori si riferiscono a un modello psicologico che vede la combinazione di due sistemi cognitivi distinti ma interdipendenti: un sistema intuitivo che si basa su scorciatoie euristiche (nell'ambito di una scienza, la metodologia di ricerca di fatti o verità, ovvero di fonti e documenti, preliminare allo studio specifico) per portare a risposte veloci ed efficaci e un sistema più analitico, che favorirebbe risposte più deliberate e razionali. Secondo tale ipotesi esplicativa quindi l'attivazione del sistema cognitivo analitico, potrebbe minare il supporto del sistema cognitivo intuitivo alla fede religiosa, almeno temporaneamente. Future ricerche dovranno indagare più precisamente se la diminuzione della fede religiosa sia realmente temporanea oppure a lungo termine, così come la generalizzazione di tali risultati in culture non occidentali. Le convinzioni religiose spirituali sono comunque l'esito di una molteplicità di fattori psicologici e culturali che possono fluttuare nel tempo e nelle situazioni, tra cui evidentemente anche la tipologia di

pensiero intuitivo o analitico che si attiva in specifiche contingenze”.

---

Fonte: *State of minds*. (1) Sofia Puglia *Il giornale delle scienze psicologiche*; Pubblicato il: 13 marzo 2020

(2) (Swarte, Van Der Lee, van der Bom, Van Den Bout, & Heintz, 2003; Vézina-Im, Lavoie, Krol & Olivier-D'Avignon, 2014).

(3) (Miccinesi et al., 2005; Sharp, 2019; Swarte, Van Der Lee, van der Bom, Van Den Bout & Heintz, 2003).

Bibliografia: Will M. Gervais, Ara Norenzayan (2012). *Analytic Thinking Promotes Religious Disbelief*. *Science* 27 April 2012: Vol. 336 no. 6080 pp. 493-496

Per saperne di più: <https://www.stateofmind.it/2020/03/eutanasia-atteggiamenti/>

Fonte: *State of minds* – (4) Linda Confalonieri *Il giornale delle scienze psicologiche*; Università e centri di ricerca: University of British Columbia

---

#### 4. Perché ancora sono un uomo (poesia).

Ho visto il mostro  
Immondo parassita  
Corrodere il Corpo caro  
Di chi ho amato.  
Ho visto lo sguardo dolce  
Guidarmi compagno  
Sin da bambino  
Diventare acqueo  
Fisso,  
gli occhi a perdere una lacrima  
in favore di una dignità perduta  
senza futuro, senza speranza.  
Carezzare quel viso  
Prima roseo, ora scavato  
Solcato come un campo  
Pronto per una semina  
Che abortirà nella immane  
Straziante, inutile odiosa  
Sofferenza di chi la morte  
Non attende come  
Evento fulmineo ma  
Come acido che  
A poco a poco  
Rende quel corpo  
Di cui è prigioniero  
Da orgoglio di uomo,  
o donna,  
A involucro immondo e tenero  
Che però lascia spazio  
Alla lucida mente.  
Il godimento del ricordo  
Che non può ... accidenti!  
Non può nemmeno nell'illusione  
Mai più ritornare:

No, niente, mai più!  
Meglio morire, figlio mio  
- hai detto  
- prima che l'odore del mio corpo che cambia  
ti induca a distorcere il naso  
ad impietrirti il volto  
a far esitare le tue mani  
che da bambino mi cercavano  
e che ora mi mancano  
mi mancano  
mi mancano  
mi mancano!  
Come le mie  
A proteggerti  
So che,  
Anche tu le rimpiangi  
Fammi lasciare l'attimo  
il mio Intervallo nell'eterno correre del mondo  
ora! Adesso!  
perché sono pronto  
e perché mi ami ancora  
E ... perché ancora sono un uomo  
E non un inutile sacco di stracci  
Che finalmente  
Toglie il disturbo!

---

( Tratto dalla Raccolta "*Istanti eterni*" di Germinal Gilli - Pontevecchio Editore Cesena – 2001)

---

#### **4.1 Una prima opinione.**

Che cosa dice la Bibbia riguardo a un cristiano che si suicida? Io non credo che un cristiano che si suicidi perda la sua salvezza e vada all'inferno. La Bibbia insegna che dal momento in cui una persona crede davvero in Cristo è eternamente al sicuro (Giovanni 3:16, NR). Secondo la Bibbia, i cristiani possono sapere, al di là di ogni dubbio, di possedere la vita eterna, a prescindere da cosa accada:



“Vi ho scritto queste cose perché sappiate che avete la vita eterna, voi che credete nel nome del Figlio di Dio” (1 Giovanni 5:13, NR).

Nulla può separare un cristiano dall'amore di Dio!

“Infatti sono persuaso che né morte, né vita, né angeli, né principati, né cose presenti, né cose future, né potenze, né altezza, né profondità, né alcun'altra creatura potranno separarci dall'amore di Dio che è in Cristo Gesù nostro Signore” (Romani 8:38-39).

Se nessuna “cosa creata” può separare un cristiano dall'amore di Dio e anche un cristiano che si suicida è una “cosa creata”, allora nemmeno il suicidio può separarlo dall'amore di Dio. Gesù è morto per tutti i nostri peccati e se un autentico cristiano, in un momento di attacco o di debolezza spirituale, dovesse suicidarsi, quello sarebbe un peccato per cui Gesù è morto. Questo non significa che il suicidio non sia un peccato serio contro Dio. Secondo la Bibbia, il suicidio è omicidio ed è sempre sbagliato. Avrei dei seri dubbi riguardo alla genuinità della fede di chiunque affermasse di essere cristiano eppure si suicidasse. Non c'è alcuna circostanza che possa giustificare qualcuno, specialmente cristiano, che si prenda la propria vita per mettersi fine. I cristiani sono chiamati a vivere la loro vita per Dio: la decisione su quando morire spetta a Dio e a Lui soltanto. Forse un modo buono per illustrare il suicidio per un cristiano, potrebbe essere quello del libro di Ester. In Persia c'era una legge secondo cui chiunque si presentasse davanti al re senza essere stato invitato avrebbe potuto essere messo a morte a meno che il re non stendesse il suo scettro verso quella persona, per indicare di volerle usare misericordia. Per un cristiano, il suicidio sarebbe come volersi fare largo per vedere il Re, anziché aspettare che sia Lui a convocarlo.

“Egli punterà il Suo scettro verso di te, risparmiando la tua vita eterna, ma non significa che sarà contento di te”.

Sebbene non stia descrivendo il suicidio, il versetto biblico di 1 Corinzi 3:15 (NR) è probabilmente una buona descrizione di cosa succeda a un cristiano che si suicida:

“Egli stesso sarà salvo; però come attraverso il fuoco.”

Nell'Antico Testamento viene citato il caso di un “suicidio assistito”, quello di Re Saul (2 Samuele 1:6-10, NR), dove un soldato uccide Saul in ottemperanza ad una sua esplicita richiesta; ma Davide, in seguito, emetterà una condanna di morte per quell'uomo, non per aver assecondato il moribondo ma perché, quel moribondo, era l'unto del Signore (Messia), e uno straniero (amalekita) avrebbe dovuto temere di “stendere la mano” su un consacrato (2Sam 1:1-18, NR).

Altri passaggi Biblici riguardano esclusivamente l'importanza della vita e il rispetto per la morte, ma mai, direttamente, troviamo passaggi chiari in merito alla condanna dell'eutanasia:

Genesi 9:6 (NR): "Chiunque spargerà il sangue di un uomo, il suo sangue sarà sparso per mezzo di un uomo, perché Dio ha fatto l'uomo a Sua immagine".

Ecclesiaste 8:8 (NR): "Non c'è uomo che abbia potere sullo Spirito per poterlo trattenere, o che abbia potere sul giorno della morte. Non c'è congedo in battaglia, e l'iniquità non può salvare chi la commette".

Ecclesiaste 8:12-13 (CEI 2008): "Il peccatore, anche se commette il male cento volte, ha lunga vita. Tuttavia so che saranno felici coloro che temono Dio, appunto perché provano timore davanti a lui"

Lettera agli Ebrei 9:27 (NR): "E come è stabilito che gli uomini muoiano una sola volta, e dopo ciò viene il Giudizio".

Giobbe 1:21 (NR): "Nudo sono uscito dal grembo di mia madre e nudo vi ritornerò. Dio ha dato e Dio ha tolto. Sia benedetto il Nome dell'Eterno".

Salmo 39:4 (NR): "O Dio, fammi conoscere la mia fine e quale sia la misura dei miei giorni; fai che io sappia quanto sono fragile".

Giudici 9:53-54 (NR): "Ma una donna gettò giù la parte superiore di una macina sulla testa di Abimelek e gli spezzò il cranio. Egli chiamò subito il giovane che gli portava le armi, e gli disse: Tira fuori la spada e uccidimi, perché non si dica: "L'ha ucciso una donna!"». Così il giovane lo trafisse, ed egli morì".

1 Samuele 31:3-5 (NR): "La battaglia si fece aspra contro Saul; gli arcieri lo raggiunsero ed egli fu gravemente ferito dagli arcieri. Saul disse al suo scudiero: "Sfodera la tua spada e trafiggimi con essa, non vengano questi incirconcisi a trafiggermi e a farsi beffe di me". Ma il suo scudiero non volle, perché era tutto spaventato. Allora Saul prese la spada e vi si gettò sopra. Quando lo scudiero vide che Saul era morto, si gettò anch'egli sulla propria spada e morì con lui".

#### **4.2 consapevolezza che il passato non torna e lo stato di salute che vivono i malati terminali è irreversibile.**

«L'eutanasia è un'altra cosa, nella chiesa e nella tradizione cristiana non si approva. Ma io non la giudico, non la condanno e ho grande misericordia verso quelli che la praticano.

Credo anzi che sarebbe giusto l'accompagnamento religioso durante le ultime fasi della vita anche per chi la sceglie». «Io penso» dice Bianchi «che si debba far di tutto perché le persone che soffrono vivano, non si sentano sole, non si disperino. Ma se proprio il desiderio di vita non c'è più a causa del dolore, a causa del peso di una sofferenza che non riescono a portare, io posso solo usare compassione, comprensione, senza giudicare».

**(Enzo Bianchi. : “La sofferenza rende cattivi” del 5 luglio 2021.)**

Ho citato questo brano di Enzo Bianchi per la sua profonda considerazione della sofferenza, percepita come scala di valori a cui rifarsi, nel demandare alcune importanti decisioni che siamo chiamati a prendere nel corso della vita. Mi interrogo sulla Passione di Gesù, sul travaglio patito nelle ore prima di essere tradito, ingannato e condannato a morire sulla croce per noi, affinché Dio potesse donarci, con lo Spirito Santo di Pentecoste (paráklētos) una “aspettativa” di vita eterna, condizione subordinata al nostro credere in Lui per fede e non per opere. Gesù, mentre prega nell'imminenza della sua Crocifissione, è in preda a forti paure, disperazione, angoscia. Si narra della (1) **ematidrosi** di cui è vittima. Il suo sudore si tramuta in sangue, un fenomeno di scienza medica comprovato in varie occasioni e studiato dagli esperti al fine di capirne il meccanismo. Gesù, a quel punto, potrebbe invocare il Padre affinché, grazie a legioni di Angeli, possa ottenere la liberazione dalla malvagità che il suo popolo e le genti stavano per perpetrare a suo danno. Ma non si sottrae, dimostrando la sua forza interiore e la sua essenza quale figlio unigenito di Dio, del tutto votato al divenire “capro espiatorio” al posto dell'uomo peccatore. Vuole compiere la missione di cui Dio lo ha investito, mantenendo però la sua attualità esperienziale di “uomo” a tutti gli effetti. Ed è così che si consegna ai suoi aguzzini, sapendo di quanto sarà terribile il suo cammino verso la morte. Ne è conscio e sceglie questa sorta di “suicidio volontario” che appare, se vogliamo politico e civile. In qualche modo Gesù stesso compie un gesto di lealtà verso il Padre e gli uomini e donne, che diviene “omicidio” da parte di chi ha scelto la liberazione di Barabba alla sua. Sulla croce Gesù, chiede al Padre di perdonare i suoi giustizieri, perché non sanno quello che fanno ma poi, in un momento di terribile ma formidabile e dolcissima debolezza umana, chiede a Dio Padre Onnipotente il perché l'abbia abbandonato:

“Quando fu mezzogiorno, si fece buio su tutta la terra fino alle tre del pomeriggio. Alle tre, Gesù gridò a gran voce:

**“Eloì, Eloì, lemà sabactàni?”**

(ηλει ηλει λεμα σαβαθανει)

**Dio mio, Dio mio, perché mi hai abbandonato?** (Marco 15:34)

Gesù si spegne e dalla ferita nel suo petto fuoriesce (2) **sangue e un liquido simile ad acqua di sorgente**. Diviene così il nuovo Adamo, l'uomo nuovo che risorgerà e salirà in gloria in cielo per sedere alla destra del Padre. Non intendo ventilare la tesi che Gesù abbia accettato di scegliere una forma di morte vicina al suicidio, assolutamente no! Intendo parlare del coacervo di condizioni venutesi a creare nel contesto della sua morte e di come si possa adombrare la presenza di qualche componente vicina alla eutanasia. Egli è sempre conscio che morrà e non fa nulla per declinare questa condizione, questo è un fatto. Il suo popolo, quello ebraico, lo rinnega e contestualmente si macchia del reato di omicidio, contravvenendo così ai comandamenti divini. "Viene da domandarsi: quanto ruolo "significante" ha una scelta fatta da parte di un semplice essere umano il quale deve decidere fra più opzioni e quando veramente si sceglie fra la vita e la morte?". Per questo, personalmente mi ritrovo con le parole di Enzo Bianchi quando dice:

"Posso solo usare compassione, comprensione, senza giudicare".

---

(1) L'ematidrosi (chiamata anche sudorazione sanguigna) è segnalata come una condizione molto rara in cui un essere umano "suda sangue." L'ematidrosi è presumibilmente causata dalla rottura dei capillari che alimentano le ghiandole sudoripare inducendole a includere elementi del sangue nel sudore secreto. La condizione più frequentemente sembra verificarsi nei momenti di forte stress fisico o emotivo e paura. Nella fede cristiana, si dice che Gesù abbia subito una ematidrosi prima della crocefissione, durante, "l'Agonia nel Giardino" (Nuovo Testamento; Luca 22:44, NR). L'ematidrosi è stata proposta da alcuni scienziati, come spiegazione possibile per le "stimate". Fonte: (Emmanuel J. Favalaro e Giuseppe Lippi. *Dipartimento di Ematologia, Sydney Centers for Thrombosis and Haemostasis, Institute of Clinical Pathology and Medical Research, Westmead Hospital, Westmead, New South Wales, Australia. Section of Clinical Biochemistry, Università di Verona, Verona, Italia*).

(2) "Giovanni scrive che «uno dei soldati con un colpo di lancia gli colpì il fianco e subito ne uscì sangue e acqua» . In gergo medico si chiama sangue "dessierato", quindi non vitale, perché il fenomeno si realizza solo dopo la morte. L'alone acquoso intorno alla ferita, che è lunga 4,5 centimetri e larga 1,5, è punteggiato da macchie scure: la prova dell'avvenuta separazione del sangue nelle sue componenti, globuli rossi e siero". Fonte:(*Baima Bollone: il medico che ha fatto l'autopsia sul corpo di Gesù* di Stefano Lorenzetto - il Giornale del 02/09/2001)

## 5. Esiste una prospettiva cristiana per l'eutanasia?

Vorrei esordire in questo capitolo, ponendo sul tavolo della nostra indagine sull'eutanasia alcune nuove "chiavi di lettura". La prima, verte sulla differenza che intercorre fra condizione "ordinaria di sofferenza" e stato di "straordinaria sofferenza". Mi avvarrò di un esempio:

«Allora Sansone invocò il Signore e disse: «Signore mio Dio, ti prego, ricordati di me! Dammi forza per questa volta soltanto, o Dio, perché io mi vendichi in un colpo solo dei Filistei, per la perdita dei miei due occhi». Sansone tastò le due colonne di mezzo, che sostenevano la casa; si appoggiò a esse: all'una con la destra, all'altra con la sinistra e disse: «Che io muoia insieme con i Filistei!» Si curvò con tutta la sua forza e la casa crollò addosso ai principi e a tutto il popolo che c'era dentro; così quelli che uccise mentre moriva furono di più di quanti ne aveva uccisi durante la sua vita».

(Giudici 16:28-30, NR).

Sansone invocò Dio e Dio lo rigenerò in forza e determinazione ma non è scritto che Dio approvò l'azione distruttiva di Sansone. Dio può, in alcuni casi, usare azioni sbagliate per compiere i suoi buoni propositi. In questo caso probabilmente Dio approvò e benedisse l'opera di Sansone valutando che non si trattasse di un suicidio ma di un sacrificio. Sia in un suicidio sia in un sacrificio si mette fine alla propria vita. Il punto di discriminazione, la differenza sostanziale è che un suicidio è "per sé stesso" mentre un sacrificio è per salvare altri (Gv 15:13, NR). In precedenza, ho parlato della morte di Gesù. La riflessione conclusiva era che quello di Gesù non fosse un suicidio, ma un sacrificio per dare vita eterna a noi (Gv 10:11,17, NR). Nello stesso modo, la morte di Sansone non era un suicidio, ma un sacrificio per salvare gli Israeliti dai Filistei al prezzo della propria vita. A questo punto, si configura una seconda "chiave di lettura". Consta nel determinare se l'evento rientri nella categoria del suicidio, quindi voluto per compiacere "se stessi" o in quella del sacrificio, a salvezza di altri. Esprimo la mia opinione nel ritenere che il voler giudicare le persone in sofferenza, incapaci quindi di svolgere il loro ruolo nella società in modo attivo e veicolare l'idea che per questo, non meritino di essere curate dalle stesse istituzioni, sia proditorio, insensibile e sbagliato, assimilando il tutto, di fatto, ad una eutanasia pur se involontaria. Il motivo risiede nel proponimento da parte della società civile di una presa in carico diversa, in termini di valore, da quanto la persona si aspetta. Una procedura quindi, totalmente lontana da quanto si propone, poiché la morte dignitosa deve essere basata sulla richiesta espressa dalla persona stessa. A questo punto della tesi, vorrei fare una escursione su alcuni contenuti letterari storici.

Nel cristianesimo e per molti secoli, l'eutanasia implicitamente veniva condannata dato che per fede Dio era l'unico a poter disporre delle vite e di affrettarne la morte, indipendentemente dal dolore. Dal XIV secolo, cambia l'atteggiamento verso questa percezione. Si è pensato di nuovo alla "morte facile" come opzione. Il termine eutanasia, lo abbiamo già sostenuto, venne introdotto dal filosofo Francis Bacon allo scopo di aiutare coloro che malati, in prossimità della morte, desideravano trascorrere il loro ultimi giorni tranquilli. Nella prima metà del XX secolo, i problemi di eutanasia e la sua legalizzazione derivavano dalle associazioni che difendevano il diritto a una morte dignitosa, riprendendo ed esasperando concezioni di eugenetica sviluppatesi in Europa e in Germania a partire dal primo decennio del Novecento:

«Il nazismo educò progressivamente all'idea di "vite inutili", (*Lebensunwertes Leben*, "vite che non valgono la pena di essere vissute), dannose per molti aspetti, da quello economico a quello razziale, alla collettività» (Fonte: *Associazione Figli della Shoah*).

Nel 1935 fu fondata in Inghilterra la "Società per l'eutanasia volontaria" che iniziò a raccogliere idee sulla gestione personale della vita. Nel 1938 la "*Euthanasia Society of America (ESA)*" ha richiesto l'inclusione del diritto di morire nella "Carta dei diritti fondamentali dell'uomo".

Nel 1957 **Papa Pio XII** parlò dell'idea di rifiutare le cure, nonostante: "Possa questo accorciare la tua vita".

Una terza "chiave di lettura" emerge dal processo "evoluzionista", accettato dalle società moderne e dal cattolicesimo secolare, in contrapposizione con la teoria definita "creazionista", da molti sostenuta a livello del mondo evangelico e protestante in genere. In base a queste tre "chiavi di lettura" tenterò di approntare una personale e modesta teoria basata sull'evento di cui protagonista risulta lo "stereotipo" del malato disabile o terminale ma in condizione di estremo dolore. Partiamo dal domandarci se il malato possa richiedere che il suo disagio, il suo dolore, la sua psiche provata da farmaci e depressione, vengano rapportati ad una non ipotetica ma scientificamente definita "**scala del dolore**" precedentemente accettata dalla scienza medica. Di "scale del dolore" ne esistono di due tipi diversi:

- Scala unidimensionale del dolore
- Scala multidimensionale del dolore

La prima viene utilizzata spesso perché molto intuitiva e semplice. Misura esclusivamente l'intensità del dolore e viene detta per questo unidimensionale. La seconda invece risulta

essere molto complessa e scientificamente precisa. Verte alla misurazione tridimensionale del dolore, basandosi quindi su altre “dimensioni” del dolore percepito dal paziente e precisamente dall’area sensoriale-discriminativa, quella motivazionale affettiva, e infine sul combinato disposto cognitivo-valutativo. In fase di digressione, interrogiamoci sui punti dichiarati come “ordinari” o “straordinari”. Abbiamo constatato la possibilità di affermare alcune evidenze scientifiche che qualificano come “ordinario” un tipo di dolore, quando non coinvolge aspetti profondi del corpo, dell’animo umano e dello spirito, mentre “straordinario” risulta un dolore che per essere valutato richiede un ambito specifico approfondito in campo medico per essere misurato e ridefinito. Il paziente in preda ad un dolore “straordinario”, misurato a fronte di una scala multidimensionale di valutazione, ci propone un individuo vittima di un cambiamento radicale, sia in termini di valori che di forza morale esprimibile. A questo punto, la richiesta di eutanasia da parte diretta del soggetto può essere ritenuta come espressa non per egoismo, non per se stesso, ma per rispetto della persona che era in origine, prima dell’evento infausto. Diviene legittimo chiedersi se stiamo dimostrando che richiedere la “dolce morte” divenga un sacrificio in nome di “quell’altro da me” che in noi già si è estinto data l’irreversibilità della acquisita condizione vitale. Come Sansone, come Gesù, il paziente diviene fratello che si sacrifica per altri, siano i parenti addolorati che quel “lui che lui stesso era”. Può apparire una teoria estrema, ma di fatto chi di noi non è convinto che, ad esempio, un dipendente da droga o da alcol possa compiere gesti che sono “altro da sé” generalmente diversi del tutto da come altri lo riconoscono in condizione di sobrietà? Questa teoria supera anche quella del principio di “falsificabilità”, traducibile più correttamente come “possibilità di confutazione”, secondo il quale una teoria è scientifica solo se è in grado di suggerire quali esperimenti e osservazioni potrebbero dimostrarla falsa. Il filosofo contemporaneo **sir Karl Raimund Popper**, filosofo della scienza (Vienna 1902 – Croydon 1994), lo utilizzò per separare l’ambito delle teorie controllabili, che appartiene alla scienza, da quello delle teorie non controllabili, identificabili con la **metafisica**. Mi piace pensare che questa dimostrazione provi che l’eutanasia può essere ritenuta, anche se richiesta personalmente ed esplicitamente dal paziente, come un sacrificio, non un suicidio e che come tesi divenga un “supporto scientifico” in aggiunta nel momento in cui applichiamo una “scala del dolore che variando il grado di intensità, cambia e annulla, quindi falsifica in qualche modo, i criteri di scientificità primaria e originale della diagnosi in essere”. “Nessuno ha amore più grande di quello di dare la sua vita per i suoi amici” (Giovanni 15:13, NR). “Io sono il buon pastore; il buon pastore dà la sua vita per le pecore. Il mercenario, che non è pastore, e al quale non appartengono le pecore, vede venire il lupo, abbandona le pecore e si dà alla fuga (e il lupo le rapisce e disperde), perché è mercenario e non si cura delle pecore. Io

sono il buon pastore, e conosco le mie, e le mie conoscono me, come il Padre mi conosce e io conosco il Padre, e do la mia vita per le pecore. Ho anche altre pecore, che non sono di quest'ovile; anche quelle devo raccogliere ed esse ascolteranno la mia voce, e vi sarà un solo gregge, un solo pastore. Per questo mi ama il Padre; perché io depongo la mia vita per riprenderla poi. Nessuno me la toglie, ma io la depongo da me. Ho il potere di deporla e ho il potere di riprenderla. Quest'ordine ho ricevuto dal Padre mio» (Giovanni 10:11-18, NR).

La conclusione del ragionamento ci permette di dire che la scelta di vita o di morte rimane quindi legittimamente nelle more del malato disabile o terminale. Questo vale sia per chi si erga a difensore dell'evoluzione della specie, gli "evoluzionisti", parimenti a molte società moderne e a gran parte dei cattolici, sia per chi si renda apologeta della teoria "creazionista", che difende la Genesi e la Sacra Scrittura, con in prima linea gli evangelici e i protestanti. In base agli argomenti trattati in questa sperimentazione empirica, per evangelici e protestanti può configurarsi un argomento in più di riflessione, prima di condannare o meno la coorte dei protagonisti del procedimento eutanasi quali sono il paziente, il medico, l'infermiere e i parenti stretti coinvolti in un doloroso processo di "accompagnamento alla morte".

## 5.1 Testamento biologico e peccato.

Nel 1967 l'avvocato **Luis Kutner** (Chicago 9 giugno 1908 – Chicago 1°marzo 1993), ha redatto un documento sul rifiuto di prolungare la vita, noto come **primo testamento biologico**. Da allora ci sono stati casi che hanno avuto un forte impatto sulla società, sia negli Stati Uniti che in Europa e nel mondo: il caso di (1) Karen Quinlan, quello di (2) Elizabeth Bouvia, (3) Tony Bland e (4) Nancy Cruzan.

---

(1) Fonte: [Julia Duane Quinlan, \*My Joy, My Sorrow: Karen Ann's Mother Remembers\*](#), Servant Books.

Karen Ann Quinlan (29 marzo 1954 - 11 giugno 1985) è stata una donna che, a seguito di abuso di alcol, farmaci e di una dieta drastica è andata in coma ed è rimasta in stato vegetativo per 10 anni. I suoi genitori adottivi, Joseph e Julia Quinlan, hanno chiesto più volte l'eutanasi per Karen Ann, fino alla sua morte per cause naturali nel 1985.

(2) Fonte: Kane Fl., *Keeping Elizabeth Bouvia alive for the public good*, Hastings Cent Rep.1985 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2933368/>, Elizabeth Bouvia (USA 1958) è una figura del movimento per morire. Il suo caso è centro di attenzione a livello nazionale in questo settore e nell'etica medica.

(3) Fonte: *Wikipedia*. Anthony David Bland (21 settembre 1970, West Yorkshire, Regno Unito - 3 marzo 1993, Steeton, Regno Unito). Era un sostenitore del Liverpool Fondazione Calcio, ferito nel disastro di Hillsborough. Subì un grave danno cerebrale che lo lasciò in uno stato vegetativo persistente.



(4) Fonte: *La Repubblica* 27/12/1990. Nancy Cruzan, 33 anni, da otto in coma per un incidente stradale, è morta al Missouri Rehabilitation Center, (Missouri) dodici giorni dopo la disattivazione della macchina che la alimentava automaticamente. La sua vicenda aveva suscitato polemiche e battaglie legali. I genitori si sono battuti per tre anni per porre termine alla vita della figlia, definita dai medici ormai in stato vegetativo.

---

Sono in tanti a credere che Dio perdoni i “peccati minori” come le bugie, la rabbia e i pensieri impuri ma che non perdoni i “peccati assoluti” come l’omicidio, l’adulterio, il crimine organizzato. Questo non credo sia vero. Personalmente immagino non esista alcun peccato troppo grande per Dio. Quando Gesù morì sulla croce, egli morì per pagare per tutti i peccati del mondo intero (1Giovanni 2:2). Quando un credente ripone la sua fiducia in Gesù Cristo per la salvezza, esprimo una personale opinione, tutti i suoi peccati vengono perdonati. Questo include peccati passati, presenti e futuri, minori o assoluti. Gesù è morto per pagare il prezzo di tutti i nostri peccati e una volta che sono perdonati, sono tutti perdonati.

“Non regni dunque il peccato nel vostro corpo mortale per ubbidire alle sue concupiscenze” (Romani 6:12, NR).

Si delinea, a seguito del mio convincimento circa la non esistenza di alcun peccato troppo grande per Dio, una condizione precipua contraria invece al perdono di alcune tipologie di peccati. Dai testi sinottici sappiamo che il peccato o la bestemmia contro lo Spirito Santo non sarà perdonata:

“Perciò io vi dico: Qualunque peccato e bestemmia sarà perdonata agli uomini, ma la bestemmia contro lo Spirito non sarà perdonata. A chiunque parlerà male del Figlio dell'uomo sarà perdonato; ma la bestemmia contro lo Spirito, non gli sarà perdonata né in questo secolo, né in quello futuro”. ((Mt 12:31-32, NR).

“In verità vi dico: ai figli degli uomini saranno perdonati tutti i peccati e qualunque bestemmia avranno proferita; ma chiunque avrà bestemmiato contro lo Spirito Santo, non ha perdono in eterno, ma è reo di un peccato eterno». Egli parlava così perché dicevano: «Ha uno spirito immondo»”. (Mc 3:28-30 NR).

“E chiunque parlerà contro il Figlio dell'uomo, sarà perdonato; ma chi avrà bestemmiato contro lo Spirito Santo, non sarà perdonato”. ( Lc 12:10, NR).

Con l’espressione “bestemmia contro lo Spirito Santo” credo non si debba intendere l’atto in sé di dire alcune parole contro lo Spirito Santo né di fare azioni particolari, ma piuttosto

il tenere un atteggiamento interiore di opposizione allo Spirito, che può condurre conseguentemente a compiere gesti malvagi o a dire parole menzognere nell'ambito delle nostre vite. Molto spesso, questa condizione si configura in persone davvero molto distanti da Dio, cresciute in una sorta di "pedagogia del male estremo". Questo avviene in Italia e nel mondo. Si concretizza nella criminalità organizzata, dove ai bambini si insegna il culto del potere tramite l'agire con mano armata. Non di rado, tali pratiche, si declinano in culti o rituali di appartenenza a bande, a cosche o in forma estrema, nel reclutamento armato trasformando bambini in età scolare in bambini soldato. Prendendo questi ultimi come esempio sappiamo che in Sierra Leone e in alcune regioni della Somalia, il rito di affiliazione per divenire soldati, si consuma con l'uccisione del proprio fratello o del migliore amico. Una prova di fedeltà terribile, in grado di corrompere profondamente la psiche di bambini che poi diverranno prima adolescenti e poi uomini e che non smetteranno mai di considerare del tutto semplice il porre fine alla vita di altri esseri umani. La ragione della mia espressione circa il perdono di Dio, che confermo, risiede proprio nel fatto che bestemmiare lo Spirito Santo per l'essere umano, può anche o solo provenire da forti aberrazioni legate a tradizioni intrise di ignoranza diffusa e potente, quasi istituzionalizzata. Il peccato (la concupiscenza) è nascosta nel corpo. Il peccato contro lo Spirito non è solo degli uomini che vivono immersi nella mentalità materialistica ed edonistica del mondo, ma anche di coloro che, incamminati sulla strada dell'impegno cristiano, restano impigliati nella propria auto - gratificazione e non sentono più la necessità di purificarsi e di rinnovarsi incessantemente, oppure che incappando nel peccato, non hanno il coraggio e l'umiltà di tendere la mano a Dio per ottenere la sua amorosa misericordia. La tentazione suscita il peccato, ma noi non dobbiamo mai permettergli di regnare. Non appena siamo consapevoli di una concupiscenza, dobbiamo fare conto di essere **"morti e indisponibili al peccato"**. È così che possiamo vivere sempre una vita vittoriosa. Ogni persona è tentata quando viene attratta e sedotta dalla propria concupiscenza, come ci conferma Giacomo 1:14. Tuttavia, essere tentati non è peccato. Come dice Pietro:

"Perciò voi esultate anche se ora, per breve tempo, è necessario che siate afflitti da svariate prove, affinché la vostra fede, che viene messa alla prova, che è ben più preziosa dell'oro che perisce, e tuttavia è provato con il fuoco, sia motivo di lode, di gloria e di onore al momento della manifestazione di Gesù Cristo." (1Pietro 1:6-7, NR).

In Colossesi 1:13-14 (NR) si dice che:

“Dio ci ha liberati dal potere delle tenebre e ci ha trasportati nel regno del suo amato Figlio. In lui abbiamo la redenzione, il perdono dei peccati”.

In Atti 10:43 (NR) leggiamo:

“Di lui attestano tutti i profeti che chiunque crede in lui riceve il perdono dei peccati mediante il suo nome”.

Romani 3:23-24 (NR) dichiara:

“Tutti hanno peccato e sono privi della gloria di Dio, ma sono giustificati gratuitamente per la sua grazia, in virtù della redenzione realizzata da Cristo Gesù”.

Meritiamo sempre e comunque la punizione eterna? Romani 6:23 (NR) ci dice:

“Perché il salario del peccato è la morte, ma il dono di Dio è la vita eterna in Cristo Gesù, nostro Signore”.

“Gesù è morto per noi, per pagare per il nostro peccato” (Romani 5:8, NR).

“Chiunque creda in Gesù Cristo per la salvezza è perdonato, non importa quale peccato abbia commesso” (Giovanni 3:16, NR).

È pur vero che un assassino o un appartenente al crimine organizzato, probabilmente affronteranno delle serie conseguenze a causa delle loro azioni malvagie, molto più di qualcuno che è “solamente” un bugiardo. Ma, i peccati di un assassino o di un criminale comune, vengono completamente e permanentemente perdonati nel momento in cui egli crede e ripone la sua fiducia in Cristo? Credo che tale condizione si misuri in base al valore che definisce non l'entità del peccato ma l'entità del sacrificio d'espiazione in Cristo e il grado, la misura del pentimento raggiunto dall'individuo, prima della morte. Se il sangue versato dell'Agnello di Dio senza peccato è stato sufficiente a coprire tutti i peccati di tutti i milioni di persone che hanno creduto in Lui allora si può azzardare che non può esserci limite all'entità o al tipo di peccato coperto. Quando Egli disse: “È compiuto” il peccato andò incontro alla sua fine, venne completamente espiato e pagato, ottenendo il perdono completo. Fu fatta pace e ottenuta la redenzione da tutti i peccati. La salvezza divenne sicura, resa certa e completa. Ho sentito dire che Dio dimentica i nostri peccati, ma in realtà non è così, perché dimenticare è un difetto e Dio non ha difetti. Egli ha scelto di non ricordare più:

“Tutti mi conosceranno, perché perdonerò la loro iniquità e non mi ricorderò più del loro peccato” (Ger. 31:34, NR).

Sul perdono, un intervento di Papa Francesco, durante una omelia durante la Messa del mattino celebrata a Casa Santa Marta, mi trova profondamente in sintonia. Egli comunica ai cristiani:

«La Quaresima, “ci prepari il cuore” al perdono di Dio e a perdonare, a nostra volta, come Lui cioè “dimenticando” le colpe altrui. La perfezione di Dio ha un punto debole esattamente dove l'imperfezione umana tende invece a non fare sconti: la capacità di perdonare senza memoria».

Il desiderio di perdono da parte di Dio, configura la Sua stessa “natura”. Dio è infinito data la Sua infinita potenza. Tale diviene, è mia opinione, anche il Suo perdono. Dio è infinito perché, perdonandoli, permette agli umani di rompere i confini della morte e di risorgere sempre a nuova vita. Egli infatti afferma: Vi perdonerò «per mille generazioni». Sappiamo trattarsi di una espressione idiomatica ebraica usata per dire “senza numero”, quindi all'infinito. Gesù risponde al proprio discepolo Pietro, a proposito del perdono: «Signore, quante volte perdonerò se un fratello pecca contro di me? Fino a sette? Gesù gli rispose: non ti dico fino a sette ma fino a settanta volte sette» (Mt 18:21-22, NR), vale a dire: per sempre! Il perdono è l'amore quando raggiunge le sue vette più alte tanto che solo da lì si può guardare l'infinito, solo impegnandosi ad assurgere nella Misericordia si potrà riempire ogni vuoto dentro noi stessi.

Isaia 1:18 (NR): “Poi venite, e discutiamo”, dice il Signore; “anche se i vostri peccati fossero come scarlatto, diventeranno bianchi come la neve; anche se fossero rossi come porpora, diventeranno come la lana.”

Isaia 43:25 (NR): “Io, io, sono colui che per amor di me stesso cancello le tue trasgressioni e non mi ricorderò più dei tuoi peccati”.

Isaia 55:7 (NR): “Lasci l'empio la sua via e l'uomo iniquo i suoi pensieri; si converta egli al Signore che avrà pietà di lui, al nostro Dio che non si stanca di perdonare”.

Michea 7:18-19 (NR): “Quale Dio è come te, che perdoni l'iniquità e passi sopra alla colpa del resto della tua eredità? Egli non serba la sua ira per sempre, perché si compiace di usare misericordia. Egli tornerà ad avere pietà di noi, metterà sotto i suoi piedi le nostre colpe e getterà in fondo al mare tutti i nostri peccati”.

## **5.2 Associazione, teorie e leggi sull'eutanasia.**

Negli anni ottanta sono sorte associazioni per la gestione di una morte dignitosa in tutto il mondo. Negli ultimi decenni del XX secolo ci sono stati importanti progressi nel settore della tecnologia medica, che hanno cambiato i concetti sul come morire in modalità auto -

inflitta, rispetto a quella gestita dalle strutture sanitarie. L'aumento costante di malattie come il cancro, l'AIDS e le condizioni mediche neuro-degenerative, così come le persone che hanno vissuto in uno stato di incoscienza, hanno generato un ampio dibattito sulla ricerca di soluzioni al fine di soddisfare determinati presupposti. L'eutanasia volontaria è stabilita nel rapporto medico-paziente. Quest'ultimo chiede al professionista sanitario di porre fine alla sua vita e lui soddisfa la sua richiesta. L'eutanasia non volontaria implica in un certo modo un'estensione del volontariato poiché interpreta la volontà del paziente, comprendendo che non può esprimerla per qualche circostanza specifica. L'eutanasia involontaria porta nella sua struttura una grande contraddizione, poiché la fine della vita è contro la volontà del soggetto, protagonista principale della procedura, non potendosi lui stesso esprimere con la sua personale volontà. Nell'eutanasia attiva si dice: "L'abbreviazione di vita si ottiene attraverso gli atti positivi volti ad accorciare o sopprimere il suo corso". In parole semplici il medico dispiega il suo agire per porre fine alla vita del paziente che ha richiesto l'eutanasia. L'eutanasia passiva è più accettata in ambito religioso e legale e in società, dato l'assunto che è la natura stessa a produrre la morte del paziente in chi ha rifiutato un trattamento, ed evita la dolorosa morte causata dall'uso eccessivo di trattamenti medici. A questo proposito, **James Rachels** (Columbus 30 maggio 1941 – Birmingham 6 settembre 2003), filosofo statunitense, sondando il tema nell'ottica della morale, campo in cui era considerato una fra le più alte autorità contemporanee, sottolinea: "Una volta che la decisione di non prolungare un'agonia è presa, diventa preferibile applicare l'eutanasia attiva, piuttosto che passiva, perché in questo modo la morte viene raggiunta più rapidamente e senza dolore". La decisione dei pazienti e il rispetto per la loro libertà, autonomia, libero sviluppo della personalità, adempimento della garanzia di divieto di trattamenti inumani o degradanti, si concretizza nel riconoscere il diritto a una morte dignitosa. Un ulteriore principio da analizzare è quello dell'indisponibilità della vita da parte del suo proprietario, individuabile nel paziente, ma anche dal credo religioso prevalente in uno Stato qualsiasi, fino ad arrivare alla società stessa. A seconda del tipo di causa, analizzare il divieto alla morte inflitta dell'individuo, può essere inteso come indisponibilità teologica, indisponibilità morale e/o indisponibilità legale, divenendo quindi un ulteriore problema etico. Le radici della posizione cattolica, molto sentite in Italia, avverse alla eutanasia, risiedono nel Vecchio Testamento più correttamente definito come Scritture Ebraiche.

In Esodo 20:13 è menzionato: "Non uccidere".

In Deuteronomio 22:8: “Se costruisci una casa, devi fare un muretto attorno al tetto. Di quella quindi se qualcuno cade da lì, quelli nella tua casa non saranno colpevoli di spargimento di sangue”.

In 1Samuele 31:3-4 (NR) si afferma: “Il peso della battaglia gravò contro Saul; gli arcieri lo raggiunsero ed egli si trovò in grande difficoltà a motivo degli arcieri. Saul disse al suo scudiero: «Sfodera la spada e trafiggimi, affinché questi incirconcisi non vengano a trafiggermi e a farmi oltraggio». Ma lo scudiero non volle farlo, perché aveva paura. Allora Saul prese la propria spada e vi si gettò sopra”.

(1) **Tommaso d'Aquino**, nella “Somma teologica”, riferendosi all'indisponibilità teologica, sottolinea: “La vita è un dono divino dato all'uomo e soggetto al suo potere divino, che dà morte e vita. E quindi chi si priva della vita pecca contro Dio, come chi uccide un servo straniero pecca contro il signore di cui è servitore perché solo a Dio appartiene il giudizio di morte e vita”.

Le idee delineate sono chiare poiché viene riconosciuto l'essere supremo, il Dio cristiano, come il detentore della vita e della morte di tutte le persone, essendo l'unico che ha potere sull'esistenza di chi si uccide e che attacca lui e le sue decisioni. Tommaso ha anche considerato che è totalmente illegale suicidarsi per tre ragioni: “La prima perché la persona ama se stessa (naturalmente), quindi la persona preserverà la sua vita e resisterà a ciò che può distruggerla. Il suicidio, continua, è contro l'inclinazione naturale e la carità, essendo un peccato mortale. La seconda indica che l'uomo fa parte di un tutto, di una comunità, che le appartiene e suicidandosi danneggia la società. E terza perché la vita è un dono divino concesso all'uomo. Chi uccide un altro o uccide se stesso, pecca contro il Dio (cristiano), si arroga quindi una facoltà che non gli è affidata. Solo a Dio il giudizio appartiene così tanto quanto la morte e la vita”. Ricordiamo che il sangue di tori e agnelli copriva i peccati del popolo, mentre il sangue di Cristo, l'Agnello di Dio, toglie (cancella) il peccato dalla nostra vita. Bella l'immagine che Isaia propone in 44:22: “Ho cancellato le tue trasgressioni come una densa nube, e i tuoi peccati come una nuvola; torna a me, perché io ti ho redento”.

Come dopo la pioggia, il grigiore delle nuvole viene sostituito da un bel cielo sereno, così il nostro rapporto con Dio torna a splendere nella pace e nella serenità.

---

(1) Tommaso d'Aquino. Fonte: Enciclopedia Treccani; *Somma teologica (Summa theologiae)*, opera di Tommaso d'Aquino composta fra 1265 e 1273. È divisa in tre parti (la seconda suddivisa a sua volta in due parti) e contiene l'esposizione della teologia destinata a chi intraprende lo studio della «sacra doctrina». La trattazione è svolta mediante il metodo della quaestio. L'impianto scientifico, di matrice prettamente

aristotelica, viene esteso compiutamente alla teologia, la quale, pur non fondandosi su verità e principi evidenti (a differenza della scienza razionale o della metafisica), può assumere come tali gli articoli di fede, non quanto alla loro evidenza, ma quanto al loro essere rivelati da Dio, fonte della verità.

---

### **5.3 Il Testamento biologico.**

(1) Nel dicembre 2017 è stata approvata al Senato italiano la legge sul “Testamento biologico”. Essa riconosce le volontà del malato tramite un documento testamentario, nel quale il malato stesso enuncia quelli che sono i propri orientamenti sulla “fine della vita”. Tutto questo, nell’ipotesi in cui sopravvenga, da parte del malato, una perdita importante e irreversibile della capacità di intendere e volere. Indubbiamente è uno strumento di grande rilievo, anche per il cristiano, dato che concede un’ottima occasione per trasmettere i valori che vengono dalla fede. Si tratta al fine, di testimoniare una incrollabile speranza che alberga in tutti noi, derivante dalla conoscenza della Parola di Dio. La fiducia in Dio e nelle sue promesse ci porta a considerare le problematiche della “fine vita” nell’ambito della nostra relazione con lui. Dio decide i tempi del nostro vivere e morire. Il valore della vita è indiscutibile ed è costantemente presente nella Scrittura dove il comandamento chiede a chiunque di rispettarla, di non uccidere. Il cristiano ama la vita, la sua al pari di quella del suo prossimo e la rispetta. Il cristiano è contrario alla soppressione deliberata della vita di una persona o anche di se stesso. Eutanasia e suicidio assistito quindi, non sono pratiche che un cristiano dovrebbe esercitare, in quanto sono disapprovate da Dio. Una approfondita riflessione ci induce però ad individuare un assunto che trova la sua massima espressione nel considerare la vita del corpo non come bene supremo. Ovviamente, tutti noi siamo destinati a lasciare la vita terrena, per una vita migliore se giudicati idonei, dopo la morte. Lo sperare in questa ricompensa, induce il cristiano a non avere un attaccamento morboso alla vita, ma ad accettare che essa debba finire. Affrontando una malattia terminale o la morte, il nostro comportamento in riferimento a cure, terapie varie, interventi, supporto di macchinari di bio-ingegneristica, deve essere adeguato e sostenibile, senza ricorrere a pratiche mediche estreme se non addirittura a pratiche non mediche che propongono risultati improbabili. Il cristiano pertanto di fronte ad una malattia inguaribile ed all’inevitabilità della morte non si rifugia nell’inutilità “dell’accanimento terapeutico”, in grado di portare solo ad un prolungamento della data di decesso, della morte stessa e spesso a delle indicibili sofferenze. Il pensiero laico ed in genere scientifico ritiene che essi siano da considerare dei “trattamenti sanitari”, in quanto sono trattamenti prescritti dal medico i quali possono essere rifiutati e sospesi. Anche la legge di cui parliamo ha questo orientamento. Malgrado ciò, molti pensano che nutrizione artificiale e idratazione siano “trattamenti vitali”, cioè trattamenti che, se vengono sospesi, portano alla

morte del paziente e quindi inaccettabili, come lo è spegnere il respiratore. La nutrizione artificiale, l'idratazione, così come la respirazione artificiale sono pratiche che derivano spesso da scelte sbagliate, nel senso di un accanimento terapeutico, eseguite molto prima e che non avrebbero mai dovuto essere intraprese. Quando una terapia non permette nessuna possibilità terapeutica, aggravando la sofferenza del paziente, può e deve essere rifiutata. Rimane il fatto che per prendere una decisione in questo senso necessita una adeguata informazione. Penso che per il credente il rapporto con la verità dovrebbe essere fondamentale perché può trasformare il periodo della malattia e della morte in una grande testimonianza e benedizione. Credo, e sono in molti a sostenere questa tesi, sia importante per ognuno di noi, acquisire una cultura delle "cure palliative". Il perché è evidente, dato che mirano più ad affrontare bene la nostra fine vita, piuttosto che accanirsi per raggiungere improbabili guarigioni. Esistono in tutti i nosocomi reparti e medici dedicati a queste pratiche e dobbiamo imparare a percorrere anche queste strade, affinché ci aiutino a vivere serenamente la nostra fine vita. Condividiamo con Paolo: "Dio dimostra il suo amore verso di noi nel fatto che, mentre eravamo ancora peccatori, Cristo è morto per noi (Romani 5:8, NR).

E da Giovanni: "In questo sta l'amore: non siamo stati noi ad amare Dio, ma è lui che ha amato noi e ha mandato il suo Figlio come vittima di espiazione per i nostri peccati" (1Giovanni 4:10).

Come si legge nel Rito della Penitenza: "Il peccatore che, mosso dalla grazia di Dio misericordioso, intraprende il cammino della penitenza, fa ritorno al Padre che per primo ci ha amati".

---

(1) Fonte: Associazione Vidas Milano; [www.vidas.it](http://www.vidas.it)

---

## 5.4 Piccola indagine sul concetto di morte.

Dice Stefano Allievi, professore ordinario di Sociologia all'Università di Padova, docente presso Istituto per la Formazione al Giornalismo (IFG), laureato in Scienze politiche:

(1) Certo, colui che è vicino alla morte è una figura atipica. Ma la medicina ha sempre avuto, fin dalle origini, due aspetti. **Il primo** concerne (2) **il guarire**, che implica, come si evince anche dall'etimologia della parola, il "difendere", o di provarci almeno, dall'aggressione della malattia. (3) **Il secondo è il curare**. E curare significa precisamente prendersi cura, proprio nello stesso senso in cui il curato è colui che si prende cura delle anime. La medicina occidentale si è forse troppo orientata sul primo aspetto, il guarire,



mettendo eccessivamente in ombra, quando non dimenticando il secondo, il curare. Certo, se si può bisogna guarire, cioè combattere e vincere la malattia e ristabilire la salute. Ma non sempre è possibile e tipicamente non è possibile per i malati che già si sanno terminali. Ma quando il malato non può essere guarito, ha ancora bisogno di essere curato, di essere aiutato a vivere la sua ultima malattia. Combattendo il dolore fisico che comporta, per esempio, quel dolore che è già in certo modo un'anticipazione della morte, che ce ne anticipa in qualche modo l'esperienza, e intorno al quale c'è spesso una sorprendente sottovalutazione, sottolineata ormai da molti studi, come se ormai non valesse quasi più la pena di approntare un trattamento analgesico adeguato. Il problema non è più di 'vincere', di prolungare all'infinito una lotta senza senso, quello che si è imparato a chiamare accanimento terapeutico. A proposito, anche qui troviamo un paradosso, l'ennesimo, proposto dal dottor **Zygmunt Bauman** (Poznań 19 novembre 1925 - Leeds 9 gennaio 2017) è stato un sociologo, filosofo e accademico polacco:

“Nel tentativo di prolungare la vita si prolunga involontariamente il processo del morire. L'escatologia è stata trionfalmente dissolta nella tecnologia”.

Ma questo trionfo apre più problemi di quanti non ne risolva; e non solo dal punto di vista etico, ma anche da quello pratico, della governabilità e in definitiva della stessa utilità di alcune pratiche medicali. L'accanimento terapeutico produce un ulteriore tempo di vita. Ma che vita? È vita? E chi lo decide? Lungi dal voler semplificare eccessivamente un dibattito complesso, alcune domande, anche radicali, è bene che comincino ad essere poste apertamente.

---

(1) Fonte: Allievi S. (2007), La morte oggi, in “*Servitium*”, III, n.171, maggio-giugno 2007, pp.33-44; issn 1123-931X.

(2) Fonte: *Enciclopedia Treccani*. L'etimologia della parola guarire è riconducibile all'antico germanico warjan = mettere al riparo, difendere, proteggere, a sua volta, dalla radice var- = guardare o anche coprire (entrambi nel senso di curare, proteggere). Identica radice si trova nell'inglese *to ware* = curare, proteggere. Il termine guarire che è sinonimo di remissione (in salute) del malato, all'analisi etimologica rivela il più originario significato di cura del malato: ecco che guarigione e cura sono quasi sempre correlate fra loro, fatto salvo per le cosiddette guarigioni spontanee, ove alla cura provvede la stessa natura attraverso le difese dell'organismo.

(3) Fonte: *Enciclopedia Treccani*. L'etimologia della parola curare, derivato di cura, prendersi cura, per esempio, di un malato, prescrivergli i rimedi opportuni e sottoporlo alle cure mediche e chirurgiche necessarie per la sua guarigione.

## 5.5 La morte “percepita”.

Apro la discussione su un argomento certamente poco dibattuto, quello della morte e di come l'individuo o il paziente, disabile o terminale, riesce a “percepirla”.

Uso il termine “percepire” non a caso, dato che non sono interessato tanto a definire la morte in quanto tale, un'idea che sin dall'inizio della vita ci accompagna costantemente, ma del momento di **prossimità alla morte** così come viene testimoniato da chi, a vario titolo, si è ritrovato in una condizione che ha poi derubricato come infausta. La letteratura in proposito è piena di testimonianze edulcorate, quando non proprio surreali: una luce improvvisa calda e intensa, uno stato di serenità mai provato in precedenza, una scissione fra corpo e anima dove quest'ultima riveste un ruolo di osservatorio spirituale privilegiato sull'evento di premorte, risoltosi poi in una sedicente resurrezione. Sia chiaro che non nutro alcun pregiudizio nei confronti di queste testimonianze che reputo sentite e sicuramente riportate in buona fede. Della morte non ne ignoriamo solo il giorno e l'ora, il perché e il come, ma ne ignoriamo l'essenza profonda, i veri e controversi confini. In pratica, non sappiamo davvero cosa sia, e tanto meno, quindi, come affrontarla. Dove inizia infatti la morte? Dove finisce veramente la vita? L'odierno dibattito bioetico, e la difficoltà di una definizione giuridica (ma anche religiosa) che sia da tutti condivisa di vita e morte, è in fondo tutta qui. La morte, per quanto ce lo nascondiamo, sappiamo che c'è e riguarda proprio noi tutti singolarmente. Eppure, raramente accettiamo di considerare la morte come naturale. Dal punto di vista psicologico, non è questo il nostro atteggiamento prevalente perché la morte ci sorprende e ci stupisce, tanto è vero che di fronte a una persona che muore, anche se molto anziana, ci domandiamo ingenuamente: chi l'ha uccisa? Di cosa è morta? Come se fosse impossibile e inaudito pensare che si possa morire di morte naturale semplicemente perché si è cessato di vivere, perché ‘era ora’. Nell'introduzione, ho accennato al mio lavoro d'ambulanza in seno al 118. Inutile ribadire che, per molti anni, evitare conseguenze letali alle persone sia stata la mia occupazione principale, fino a quando in un malaugurato giorno, non sono diventato io stesso un involontario protagonista di tali eventi. Vorrei quindi dare testimonianza di questo mio vissuto. In linea preliminare, devo ammettere di essere stato poco rispettoso nei confronti del mio corpo: troppo stress, molto fumo e cibi abbondanti. Può sembrare una informazione risibile ma non è così. Quando avvertii i primi dolori al petto e allo sterno, diffusisi poi a livello retro-sternale, ero in sella alla mia bicicletta. Pedalavo tranquillamente e non ho considerato questo dolore, se non dovuto ad un momento di sforzo eccessivo. Non fu così. Quando iniziai a faticare con il respiro, fui stupidamente incredulo e non ritenni plausibile, io che ero del mestiere, identificare questo evento come un infarto. Non

poteva capitare proprio a me! La mia esperienza di morte “percepita” iniziò proprio in quel frangente, nell’istante stesso in cui il mio fisico iniziò a far confluire tutto il sangue periferico verso il sistema cuore-polmoni, preavvisandomi di quello che stava per capitare: stavo per morire! Lo sentii come un fatto prorompente e ricordo di aver tentato diversi ragionamenti, su cui richiamerei l’attenzione del lettore. Il primo, lo definirei come una situazione “percepita” di morte imminente e questo a livello fisico. La seconda condizione, fu di “estraniazione” dalla realtà cosciente. Iniziai a ragionare come se non ci fosse, non un domani, ma non più un “ora o un minuto”. Niente più! I miei pensieri razionali si proiettavano su un futuro che percepivo inesistente. Eppure respiravo, il mio fisico stava tentando di reagire ma la mia mente sembrava essere entrata in una forma di “stallo”. Pensai che in futuro mi sarei occupato con maggiore sensibilità e destrezza del mio fisico. Poi prepotentemente si fece largo una domanda: di quale futuro stavo facendomi carico? Nessuno, dato che mi stavo congedando dal mondo! Improvvisamente smisi di avere paura, **manipolato** dalla mente in modo serrato e incalzante. Meditavo di quanto fosse ormai diventato inutile ogni pensiero, tenendo conto che si generava per poi schiantarsi impietosamente contro l’evidenza della morte ormai prossima. Credetemi, non ho visto luci, né immagini edulcorate e tanto meno Dio, anche se lo sentivo molto più vicino e disperato che mai per ciò che stava accadendo a me, un suo figlio, uno degli otto miliardi di figli di cui si occupa costantemente ogni attimo. La morte “percepita” divenne l’unica compagna dei miei pensieri, di desideri inespressi, del sapere e della constatazione che altri avrebbero pianto la mia scomparsa. Mi interrogavo su cosa avrebbero visto i miei occhi, quale sarebbe stata l’ultima immagine che mi avrebbero trasmesso, l’ultima recepita in vita. Sentivo che non avrei più baciato il dolce viso di mia moglie, da cui non sarei mai più ritornato e non sarei stato più accarezzato dalla sublime voce di mia figlia. Dicevo a me stesso: è dunque tutto qui, è così che finisce una esistenza? I miei occhi tradivano non una ma mille lacrime inesprese. Inutile dire che tutto è finito bene. I miei colleghi, devo ammetterlo, hanno fatto un ottimo lavoro ma quella sensazione continua a configurarsi con forza in presenza di eventi difficili e mi rende empatico nei confronti dei malati che per disabilità o perché terminali, si dichiarano pronti alla morte. Il loro confronto quotidiano, istante per istante, con la morte “percepita” immagino sia un continuo morire e vivere ad ogni scansione di un respiratore automatico, ogni volta che un cibo viene rifiutato e rigettato in *ab-ingestis* da soffocamento, allo schiantarsi della propria esistenza contro l’impotenza della scienza medica, fino a giungere ad ogni lacrima trattenuta, ad ogni lamento sopito, ad ogni strazio celato per non affliggere chi si ama!

“Mettimi come sigillo sul tuo cuore,  
come sigillo sul tuo braccio;  
perché forte come la morte è l'amore,  
tenace come gli inferi è la passione:  
le sue vampe son vampe di fuoco,  
una fiamma del Signore!”.

Cantico dei Cantici 8:6

## 6. Il suicidio medicalmente assistito è legittimo?

In Siracide 30:17 si legge: «Meglio la morte che una vita amara, il riposo eterno che una malattia cronica». Quindi si può dedurre da queste parole che la letteratura ebraica non biblica fosse favorevole al suicidio? Decisamente rispondiamo che in quanto al suicidio vero e proprio, dovuto a motivi personali o legati ad un disagio sociale, le Scritture ci impongono di vivere e mai di morire. In Galati 2:20 (NR) leggiamo:

“Sono stato crocifisso con Cristo e non sono più io che vivo, ma Cristo vive in me. Questa vita nella carne, io la vivo nella fede del Figlio di Dio, che mi ha amato e ha dato se stesso per me”.

In 1 Giovanni 4:9 cogliamo la testimonianza dell'amore di Dio per noi affinché affrontiamo il cammino che ci è assegnato in vita con vigore e temperanza:

“In questo si è manifestato l'amore di Dio per noi: Dio ha mandato il suo unigenito Figlio nel mondo, perché noi avessimo la vita per lui”.

Vi sono versi che seppur non rivolgendosi direttamente alla pratica del suicidio, ne definiscono comunque i contorni. Il versetto biblico di 1 Corinzi 3:15, ne rappresenta una buona descrizione, dato che si può paragonare alla condizione di un cristiano che si suicida: “Egli stesso sarà salvo; però come attraverso il fuoco”. Su questo punto è giusto essere chiari. La nostra vita è in prestito ed è a noi indisponibile. Accettato questo snodo fondamentale del ragionamento, non ci resta che discernere allargando la pletora delle ipotesi. Una questione particolare è la dimensione del dolore, della sofferenza patita dalla persona direttamente o indirettamente a seconda della malattia o della disabilità. In aggiunta vanno considerate le motivazioni inderogabili a cui il paziente si appiglia nel tentativo di non soccombere alla morte, se non nel momento in cui capirà di non poter tener testa al suo tragico futuro. Una questione diversa è pensare di poter disporre a piacimento della propria vita senza dover renderne conto a Dio Padre Onnipotente e a Gesù Cristo nostro Signore, morto sulla croce per redimerci da ogni peccato passato, presente e futuro. Dimenticare determinati passaggi durante un accurato ragionamento, può voler dire discernere improvvidamente e divenire responsabili di un tentato “avvicendamento”: quello nostro nei confronti del Creatore! Rifacendoci dunque a Siracide 30:17 sempre restando in tema di letteratura ebraica, rinveniamo espressioni non dissimili. Penso al libro di Giobbe che raccoglie l'urlo di dolore dell'uomo in particolari situazioni di sofferenza fisica e morale. Ed è lo stesso urlo di angoscia che emana dalla croce di Cristo. Se il senso dell'esistenza e il suo compimento fossero solo in questa vita terrena, come in

molti casi dell'Antico Testamento viene ritenuto, allora le espressioni riportate risulterebbero più che legittime. Ma il messaggio del Nuovo Testamento, delle Scritture Greche, ed il pensiero cristiano, con il loro riferimento alla vita ultraterrena quindi eterna, ci suggeriscono che l'uomo non può ritenersi signore della vita e della morte e quindi non può mettersi al posto di Dio per stabilire se, quando, come nascere e successivamente morire. Personalmente mi sento di riconoscere agli esseri umani il compito di mettere in atto ogni mezzo per alleviare le proprie e le altrui sofferenze, specie quando queste dovessero risultare insopportabili. Non è vero infatti che come spesso si dice, «siamo nati per soffrire», ma siamo nati invece per realizzare noi stessi in pienezza ed essere felici. La sofferenza è un passaggio e una prova, ma non il nostro legittimo approdo. La morte suicida mette a nudo il problema stesso del senso della vita. La vita, per quello che dice la Bibbia, è un dono. E proprio perché è un dono allora può essere cassato a proprio piacimento? L'uomo è l'autore e il padrone della propria vita o si trova invece posto in essa come chi ne deve rendere conto?

Atti 17:25 recita: "Dio non è servito dalle mani dell'uomo, come se avesse bisogno di qualcosa; lui che dà a tutti la vita, il respiro e ogni cosa".

Quindi anche da questo apprendiamo che la vita è un dono di Dio, come tanti altri doni che Dio ci ha fatti. Ma, mentre su tutte le altre cose, strettamente "materiali", collegate cioè esclusivamente alla nostra carne, possiamo in qualche modo avere una sorta di potere e di libero arbitrio, sulla vita terrena, che sancisce il periodo stabilito da Dio perché Egli riesca a portare "Suo" figlio a casa, non può esistere alcuna riserva da parte nostra. Tale condizione non può essere disattesa, perché arrecherebbe uno stravolgimento al piano di Dio nella vita di colui che si suicida. Costituirebbe una opposizione a ciò che Dio vuole fare per se stesso rispecchiandosi nel tuo percorso di vita. Non dimentichiamoci mai che Dio vuole la salvezza di ogni Suo figlio, di ognuno degli otto miliardi di figli e figlie abitanti il pianeta Terra. Figli e figlie di cui si occupa costantemente, ad ogni sussurro di respiro o battito di cuore. In Pietro 3:8-9 (NR) troviamo scritto: «Ma voi, carissimi, non dimenticate quest'unica cosa: per il Signore un giorno è come mille anni, e mille anni sono come un giorno. Il Signore non ritarda l'adempimento della sua promessa, come pretendono alcuni; ma è paziente verso di voi, non volendo che qualcuno perisca, ma che tutti giungano al ravvedimento».

E in I Timoteo 2:3-7 (NR): "Esorto dunque, prima di ogni altra cosa, che si facciano suppliche, preghiere, intercessioni, ringraziamenti per tutti gli uomini, per i re e per tutti quelli che sono costituiti in autorità, affinché possiamo condurre una vita tranquilla e quieta in tutta pietà e dignità. Questo è buono e gradito davanti a Dio, nostro Salvatore, il quale

vuole che tutti gli uomini siano salvati e vengano alla conoscenza della verità. Infatti c'è un solo Dio e anche un solo mediatore fra Dio e gli uomini, Cristo Gesù uomo che ha dato se stesso come prezzo di riscatto per tutti; questa è la testimonianza resa a suo tempo, e della quale io fui costituito predicatore e apostolo (io dico il vero, non mento), per istruire gli stranieri nella fede e nella verità”.

## **6.1 Linee guida in caso di morte assistita da parte di un medico incaricato.**

Riflettiamo su un aspetto particolare della eutanasia, rivolgendo la nostra attenzione ad un campo specifico del sociale. Possiamo dire che la nostra società è così prigioniera della nozione di “controllo” che immaginiamo di dover controllare perfino le nostre stesse morti? Quindi il suicidio assistito dal medico non è altro che una cooperazione nata nella società moderna dal desiderio di assicurarsi il "miglior risultato finale"? La fede nell'autonomia umana, piuttosto che la fede in Dio, è alla base della convinzione di fondo che rende possibile una descrizione positiva del suicidio o dell'eutanasia? Sono domande a cui siamo tenuti ad offrire risposta. Il decadimento morale ed etico delle società basate su criteri a base finanziaria, propugnano valori inaffrontabili per i credenti e in particolare, per coloro che si definiscono cristiani attivi. In Matteo 6:25-34 (NR) leggiamo:

«Perciò vi dico: non siate in ansia per la vostra vita, di che cosa mangerete o di che cosa berrete; né per il vostro corpo, di che vi vestirete. Non è la vita più del nutrimento, e il corpo più del vestito? Guardate gli uccelli del cielo: non seminano, non mietono, non raccolgono in granai, e il Padre vostro celeste li nutre. Non valete voi molto più di loro? E chi di voi può con la sua preoccupazione aggiungere un'ora sola alla durata della sua vita? E perché siete così ansiosi per il vestire? Osservate come crescono i gigli della campagna: essi non faticano e non filano; eppure io vi dico che neanche Salomone, con tutta la sua gloria, fu vestito come uno di loro».

Gesù lancia un monito preciso, quello di non preoccuparsi di questioni risibili, a cui il Creatore ha già provveduto nel dare senso sin dalla genesi del mondo. Ma sembra voler allungare il tiro per porre fine ad altre situazioni vissute tradizionalmente dal popolo. E a questo punto il Vangelo diviene, ancora una volta, attualissimo nel condannare precetti d'uomini, egoismo e tornaconto personale, spacciati per valori ineludibili della società, del vivere comune. Se prendiamo come esempio l'autonomia, essa è diventata un imperativo; ciò che non possiamo controllare, la nostra “fede” nell'autonomia ci insegna a odiare. Così impariamo a odiare i nostri corpi che invecchiano; e impariamo a odiare quegli altri che

sono malati e stanno morendo. Impariamo persino a odiare coloro che definiremmo “permanentemente dipendenti”, proprio perché avranno sempre bisogno delle nostre cure. Tutto questo è terribile e andrebbe definitivamente abrogato, iniziando dalla filosofia di pensiero sociale. Apriamo ora il discorso sulla (1) Morte Volontaria Medicalmente Assistita (M.V.M.A.). Definiamo in essa il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e sotto il controllo del Servizio Sanitario nazionale. L'atto rappresenta dunque il risultato di una volontà attuale, libera e consapevole di un soggetto pienamente “capace di intendere e di volere”. Come tracciato dalla Legge 219/2017, anche per la richiesta di “Morte Volontaria Medicalmente Assistita” vi è previsione di forme alternative all'atto pubblico e alla scrittura privata autenticata. Tra queste è inclusa la videoregistrazione, nei casi in cui le condizioni del paziente non consentano la forma scritta. La richiesta è indirizzata al Medico di Medicina Generale o al Medico curante, ai quali sono deputati il compito di prospettare conseguenze e alternative, nonché l'attivazione di forme indirizzate al sostegno psicologico. Inoltre, spetta al Medico ricevente anche la compilazione di una relazione sulle condizioni cliniche e psicologiche della persona richiedente, avvalendosi della eventuale collaborazione di altri specialisti. Il Medico potrà rigettare motivatamente la richiesta in caso di assenza dei presupposti e condizioni esplicitate. La richiesta del paziente e la relazione sanitaria sono quindi sottoposte al vaglio del Comitato per la Valutazione Clinica territorialmente competente. Tali Comitati, disciplinati con regolamento del Ministero della Salute, da adottare entro 180 giorni dall'approvazione della Legge, dovranno essere multidisciplinari, autonomi e indipendenti. Saranno costituiti da medici specialisti, ivi compresi da quelli delle cosiddette cure palliative, e da professionisti con competenze cliniche, psicologiche, giuridiche, sociali e bioetiche. Entro 30 giorni dalla ricezione del fascicolo, il Comitato esprime un parere motivato e lo trasmette al richiedente ed al Medico. In caso di parere favorevole, la Direzione Sanitaria Territoriale o Ospedaliera attiva le verifiche necessarie a garantire il rispetto della procedura di M.V.M.A. L'articolo 8 della proposta di Legge, quindi, esclude l'applicabilità al medico, nonché a chiunque abbia agevolato il malato nella procedura, di specifiche fattispecie penali (art. 380 c.p. istigazione al suicidio). In caso di rigetto della domanda da parte del Medico o del Comitato è prevista la possibilità di ricorso al Giudice competente entro 60 giorni. Il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'assistenza alla M.V.M.A. (obiezione di coscienza). Detto questo, tuttavia, non si esonera il personale sanitario dall'assistenza antecedente all'intervento. Gli enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dal provvedimento in esame. La Proposta di Legge, giunta alla discussione dopo un



travaglio di oltre 8 anni, aggiunge poco alla giurisprudenza già esistente sul tema e derivante dalla cogente interpretazione della Legge 219 e delle Ordinanze della Corte Costituzionale. Uniche novità degne di nota la imprescindibilità da un tentativo di Cure Palliative per il richiedente e la previsione di Obiezione di Coscienza per i sanitari. Sulla proposta di Legge, pesa poi il tema caldo della eutanasia attiva legata alla richiesta di referendum abrogativo, volta a escludere la rilevanza penale dell'omicidio di persona consenziente (art. 579 c.p.) che, dopo il deposito in Cassazione delle firme (più di un milione e duecentomila), secondo gli organizzatori (Fonte: [vedi il sito Eutanasia Legale](#)) dovrebbe andare rapidamente verso il voto che sarebbe previsto per i mesi di aprile e giugno 2022.

Possibili criteri clinici in applicazione alla M.V.M.A.:

1. Il paziente deve di sua volontà e di sua iniziativa, richiedere chiaramente di morire, condizione ripetutamente manifestata prima di continuare a soffrire.
2. La capacità di giudizio del paziente non dovrebbe essere affatto compromessa.
3. Il paziente deve essere in uno stato fisico incurabile che causa una sofferenza acuta tale da rendere impossibile ogni possibile terapia del dolore, divenendo quindi insopportabile per il paziente.
4. Il medico si assicurerà che la sofferenza del paziente e la sua richiesta non siano una conseguenza di un'assistenza tecnica e umanamente inadeguata.
5. Il suicidio medicalmente assistito può essere eseguito solo se esiste una relazione significativa tra medico e paziente.
6. Sarà necessario consultare per un secondo parere un altro medico esperto.
7. Sarà necessario sviluppare documenti chiari che supportino ciascuna delle condizioni che precedono la procedura di morte medicalmente assistita.

---

Fonte: (1) S.I.M.L.A: Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni.

<https://www.simlaweb.it/morte-medicalmente-assistita/>

---

## **6.2 Differenza tra eutanasia e suicidio assistito.**

“Nella mia malattia ormai giunta in fase terminale, quando ho dei dubbi parlo con i chirurghi. So che sapranno cosa fare. Sembrano così sicuri. Una volta ho parlato con un

chirurgo. Ha detto che quando è nel dubbio parla con i sacerdoti. I sacerdoti sapranno cosa fare. I sacerdoti sembrano così sicuri. Una volta ho parlato con un prete. Ha detto che quando ha dei dubbi parla con Dio. Dio saprà cosa fare. Dio sembra così sicuro. Una volta ho parlato con Dio. Ha detto che quando ha dei dubbi pensa a me. Dice che saprò cosa fare. Sembro così sicuro". (1) Jason Goroncy.

Il "suicidio assistito" è l'atto del porre fine alla propria esistenza in modo consapevole mediante l'auto-somministrazione di dosi letali di farmaci da parte di un soggetto che viene appunto "assistito" da un medico (in questo caso si parla di suicidio medicalmente assistito) o da un'altra figura che rende disponibili le sostanze necessarie. Di regola avviene in luoghi protetti dove soggetti terzi si occupano di assistere la persona per tutti gli aspetti correlati all'evento morte (ricovero, preparazione delle sostanze, gestione tecnica e legale post mortem). Per quanto le due pratiche siano accomunate dalla volontarietà della richiesta e dall'esito finale, ci sono almeno due sostanziali differenze tra eutanasia e suicidio assistito:

1. L'eutanasia non necessita della partecipazione attiva del soggetto che ne fa richiesta, mentre il suicidio assistito sì, perché prevede che la persona malata assuma in modo indipendente il farmaco letale;
2. L'eutanasia richiede un'azione diretta di un medico, che somministra un farmaco di regola per via endovenosa, mentre il suicidio assistito prevede che il ruolo del sanitario si limiti alla preparazione del farmaco che poi il paziente assumerà per conto proprio.

Come abbiamo già visto in entrambi i casi, queste richieste vengono sottoposte alla valutazione di commissioni di esperti e al parere di più medici, diversi da quelli che hanno in cura il paziente. Solo dopo un'accurata analisi delle sue condizioni cliniche, della compromissione della qualità della sua vita e della sua piena libertà decisionale, gli viene data la possibilità di accedere agli interventi, solo nei paesi in cui sono consentiti (l'Italia non è tra questi). Una riflessione sulla eutanasia volontaria e attiva rispetto alla teologia, credo vada fatta. Teologicamente la parte più difficile della difesa dell'eutanasia volontaria attiva, sulla base della condizione precipua della creatura basata sulla vita e per la vita è che tale condizione venga esercitata non solo davanti a Dio ma anche in favore di altri. In Galati 6:2 (NR) leggiamo: "Portate i pesi gli uni degli altri e adempirete così la legge di Cristo". Eppure, per la comunità spirituale denominazionale, l'eutanasia volontaria attiva non è mai un affare "privato" e non lo è neppure se considerato come diritto di un paziente. Diviene spesso una questione pubblica e sociale! Prescindendo dalla comunità cristiana in quanto tale, per un individuo rivendicare di morire come atto individuale di diritto può divenire il cercare una forma di giustificazione "personalizzata", strappando qualcosa dal

tessuto più intrecciato e profondo della vita umana. In ultima analisi viene percepito come fosse innocente solo nella sua forma “corporativa” prima che nel Corpo di Cristo crocifisso che è l'unico luogo deputato in cui l'umanità può assumere la sua vera forma. In tal caso, l'eutanasia volontaria attiva offre l'opportunità di morire accompagnati dalla preghiera, dal culto e dalle confessioni di coloro che già da molti anni provano per questo momento, attraverso il sacramento del battesimo quale “simbolo di morte virtuale” con cui inizia il cammino cristiano, una liturgia eucaristica dove si ricorda e si anticipa che la tragedia della tomba non è un territorio che Dio non conosce. Di più e meglio è dove ricevere l'amaro calice, esercizio che ci impegna a pratiche di pazienza e di cura e ci offre la facoltà e la responsabilità di vivere e morire per il Signore. Questo non potrebbe essere un modo più "cristiano" di morire? Non è proprio questo ciò a cui la vita cristiana ci ha preparato da sempre? La chiesa non deve essere ciò che (2) **Stanley Hauerwas** definisce come una parte fondamentale "nel business della morte". La chiesa non deve essere mai coinvolta nella responsabilità della comunità dottrinale nell'adempiere a quel compito terribile di “aiutare le persone a imparare a morire”.

1 Pietro 2:13-17, NR insegna: “State sottomessi ad ogni istituzione umana per amore del Signore: sia al re come sovrano, sia ai governatori come ai suoi inviati per punire i malfattori e premiare i buoni. Perché questa è la volontà di Dio: che, operando il bene, voi chiudiate la bocca all'ignoranza degli stolti. Comportatevi come uomini liberi, non servendovi della libertà come di un velo per coprire la malizia, ma come servitori di Dio. Onorate tutti, amate i vostri fratelli, temete Dio, onorate il re”.

---

(1) Jason Gorency Whitley College, Università della Divinità, Australia. *Pacifica* 2016; Vol. 29(3) 221 – 243

(2) Stanley Hauerwas (Dallas, 24 luglio 1940): Dopo aver insegnato per lungo tempo all'Università di Notre Dame, attualmente insegna dal 1984 alla Duke University etica teologica con nomina congiunta alla Duke University School of Law. Considerato da molti tra i teologi viventi più influenti, è stato nominato "*America's Best Theologian*" dal "*Time Magazine*" nel 2001. È stato anche il primo statunitense a partecipare alle prestigiose conferenze "*Gifford Lectures*" per oltre 40 anni.

---

### 6.3 Differenza tra eutanasia e sedazione palliativa (definizione)

(1) La **sedazione palliativa** è la riduzione intenzionale della vigilanza con mezzi farmacologici, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente, nonostante siano stati messi in opera i mezzi più adeguati al controllo del sintomo che risulta quindi refrattario. Ci sono almeno tre

elementi che differenziano la morte medicalmente assistita dalla sedazione palliativa profonda.

**1. I farmaci.** Nella sedazione palliativa si impiegano benzodiazepine e neurolettici, di regola in associazione con oppioidi; in caso di morte assistita si usano in genere i barbiturici ad alte dosi.

**2. Il tempo** che intercorre tra la somministrazione del farmaco e il decesso: pochi minuti nel caso dell'eutanasia, massimo mezz'ora nel suicidio assistito, alcuni giorni nel caso della sedazione palliativa profonda.

**3. L'intenzione.** Nell'eutanasia e nel suicidio assistito l'intenzione è di porre termine alla vita, nel caso della sedazione palliativa è di dare sollievo dalla sofferenza.

Nel suo documento intitolato (2) "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito", il (3) Comitato nazionale di bioetica ha ribadito l'impossibilità di assimilare le due pratiche, ma anzi ha evidenziato il ruolo delle cure palliative in termini di alternativa alla scelta di percorsi eutanasi, sottolineando che, prima di considerare per chiunque l'accesso a interventi di anticipazione del morire, debbano essere offerti specifici percorsi palliativi, che ogni paziente è libero di accettare o rifiutare. In questo modo si potrebbe impedire che scelte di morte medicalmente assistita siano la conseguenza di un abbandono o comunque di un'inadeguata assistenza sanitaria, specie riguardo al sollievo della sofferenza. Infine, la sospensione dei trattamenti viene spesso equiparata ad una forma di **eutanasia passiva**, come se la scelta di rinunciare al trattamento implicasse sempre la volontà implicita di morire. In realtà porre attivamente fine alla propria vita è assai diverso rispetto a scegliere di rinunciare ad un trattamento, che è infatti è consentito in tutti i paesi europei, a differenza dell'eutanasia.

---

Fonte: (1) Istituto Superiore Sanità; [www.iss.it](http://www.iss.it)

Fonte: (2) Contenuto tratto dal sito: [www.vidas.it](http://www.vidas.it)

Fonte: (3) Comitato di bioetica.governo.it

---

## 7. Ricostruzione di casi “emblematici” di morte dignitosa.

Quando veniamo a conoscenza tramite un giornale o i social-media della morte di una persona per eutanasia, per morte medicalmente assistita o per suicidio noi non conosciamo quella persona ma in quanto cristiani, siamo mossi da sentimenti profondi. Sappiamo che il giudizio è di Dio ma noi possiamo provare compassione, provare empatia per quel fratello che non conosciamo, possiamo comprendere le ragioni della sua scelta, perfino giustificarla. Ma non dobbiamo ingannarci pensando di essere bravi cristiani per questo perché in realtà se ci poniamo come protagonisti di queste virtù, chiediamoci poi se non diveniamo altro che altezzosi predicatori di precetti per uomini, oltre che semplici e sterili opinionisti. Probabilmente la risposta è affermativa. Ragionando, possiamo capire che anche la compassione è di Dio, come lo è il perdono, il giudizio. Noi dobbiamo imparare ad essere sempre e solo strumenti di Dio. In questo ruolo operiamo portando conforto, compassione, comprensione, empatia solo se fungiamo da collettore di sentimenti e istanze poi rivolte a Dio. Non dobbiamo mai defraudare il ruolo del Padre con alterigia, parlo in secondo piano quasi non esistesse, ora e adesso, sulla terra. Il nostro ruolo consiste nella preghiera rivolta a Dio in nome di Gesù. Con umiltà e modestia, non comportandoci come farisei che si innalzano fra la folla in cerca dell'ammirazione degli uomini, ma come poveri di spirito, servi dei servi, affinché sia fatta non la nostra volontà ma quella di Dio Padre Onnipotente. Per questo ho tentato la ricostruzione di alcuni casi di eutanasia basandomi su fonti giornalistiche, con uno scopo preciso: comprendere il grado di empatia o rifiuto della descrizione dell'evento morte o del dibattito che ne scaturisce da parte del cittadino medio, in termini di distacco e quindi senza coinvolgimenti personali. Il motivo è quello di offrire tramite questo semplice test, uno strumento efficace al lettore in grado di sollecitarne quella che potrebbe poi divenire una riflessione importante sull'argomento eutanasia conferendo ad essa peso, misura e forma. Designare i limiti propri della compassione che può essere emotiva o spirituale, istintiva e più o meno profonda. Ci sono molti versetti della Bibbia che parlano di una tipologia di compassione che va oltre noi stessi e si estende a quelli che ci circondano:

Marco 6:34 (NR): “Come Gesù fu sbarcato, vide una gran folla e ne ebbe compassione, perché erano come pecore che non hanno pastore; e si mise a insegnare loro molte cose”.

Efesini 4:32 (NR): “Siate invece benevoli e misericordiosi gli uni verso gli altri, perdonandovi a vicenda come anche Dio vi ha perdonati in Cristo”.

Colossesi 3:12-13 (NR): "Vestitevi, dunque, come eletti di Dio, santi e amati, di sentimenti di misericordia, di benevolenza, di umiltà, di mansuetudine, di pazienza. Sopportatevi gli uni gli altri e perdonatevi a vicenda, se uno ha di che dolersi di un altro. Come il Signore vi ha perdonati, così fate anche voi".

Galati 6:2 (NR): "Portate i pesi gli uni degli altri e adempirete così la legge di Cristo".

Matteo 7:1-2 (NR): "Non giudicate, affinché non siate giudicati; perché con il giudizio con il quale giudicate, sarete giudicati; e con la misura con la quale misurate, sarà misurato a voi".

Romani 8:1-2 (NR): "Non c'è dunque più nessuna condanna per quelli che sono in Cristo Gesù, perché la legge dello Spirito della vita in Cristo Gesù mi ha liberato dalla legge del peccato e della morte.

In Romani 12:20 (NR) le Scritture dicono anche: "Anzi «se il tuo nemico ha fame, dagli da mangiare; se ha sete, dagli da bere; poiché, facendo così, tu radunerai dei carboni accesi sul suo capo»".

Esiste poi, molto più importante, la compassione di Dio verso di noi! Non siamo solo noi ad essere compassionevoli. Dio è l'ultimo e irreprensibile esempio di compassione e misericordia. Ci ha mostrato, istruendoci ad essa, la più grande compassione, quella universale, ed è l'esempio che dovremmo seguire servendolo esattamente come anche Gesù ha fatto.

Giovanni 4:8-16 (ND): "Chi non ama non ha conosciuto Dio, perché Dio è amore. In questo si è manifestato l'amore di Dio verso di noi, che Dio ha mandato il suo Figlio unigenito nel mondo, affinché noi vivessimo per mezzo di Lui. In questo è l'amore: non che noi abbiamo amato Dio, ma che Lui ha amato noi e ha mandato il Suo Figlio per essere l'espiazione per i nostri peccati. Carissimi, se Dio ci ha amato in questo modo, anche noi ci dobbiamo amare gli uni gli altri. Nessuno ha mai visto Dio; se ci amiamo gli uni gli altri, Dio dimora in noi e il Suo amore è perfetto in noi. Da questo sappiamo che dimoriamo in Lui ed Egli in noi, perché Egli ci ha dato del Suo Spirito. E noi stessi abbiamo visto e testimoniato che il Padre ha mandato il Figlio per essere il Salvatore del mondo. Chiunque riconosce che Gesù è il Figlio di Dio, Dio dimora in lui ed egli in Dio. E noi abbiamo conosciuto e creduto all'amore che Dio ha per noi. Dio è amore, e chi dimora nell'amore dimora in Dio e Dio in lui".

Matteo 14:14 (NR): “Egli, sceso dalla barca, vide una grande folla e sentì compassione per loro e guarì i loro malati”.

Geremia 1:5 (NR): «Prima che io ti avessi formato nel grembo di tua madre, io ti ho conosciuto; prima che tu uscissi dal suo grembo, io ti ho consacrato e ti ho costituito profeta delle nazioni».

Giovanni 16:33 (NR): “Vi ho detto queste cose, affinché abbiate pace in me. Nel mondo avrete tribolazione; ma fatevi coraggio, io ho vinto il mondo”.

1 Giovanni 1:9 (NR): “Se confessiamo i nostri peccati, egli è fedele e giusto da perdonarci i peccati e purificarci da ogni iniquità”.

Giacomo 2:5 (NIV): “Ascolta, miei cari fratelli e sorelle: Dio non ha scelto quelli che sono poveri agli occhi del mondo per essere ricchi di fede e per ereditare il regno che ha promesso a coloro che lo amano?”

Lamentazioni 3:22-23 (NLT): “L'amore fedele del Signore non finisce mai! Le sue misericordie non cessano mai. Grande è la sua fedeltà; la sua misericordia ricomincia da capo ogni mattina”.

Così come succede anche all'estero, il tema dell'eutanasia attira l'attenzione dell'opinione pubblica quando i media portano con fin troppa dovizia di particolari, alcuni casi in primo piano. Dalla primavera del duemila ad oggi tre sono stati i casi particolarmente dibattuti sulle pagine dei giornali italiani. Il 23 maggio 2000, un giovane di Viareggio ha aiutato il suo amico Stefano del Carlo a farla finita, con una dose di insulina. Nonostante i genitori stessi del defunto abbiano definito il suo gesto «un grande atto di amore», è arrivata la condanna a quattro anni di reclusione. Negli stessi giorni un uomo di Monza veniva condannato a sei anni e mezzo per avere, due anni prima, staccato i fili che pompavano aria ai polmoni della moglie. Il 24 aprile 2002 il marito è stato però assolto in appello dall'accusa di omicidio volontario premeditato. I giudici hanno infatti stabilito che Ezio Forzatti, ingegnere monzese di cinquant'anni, staccando la spina del respiratore al quale era attaccato il corpo della moglie in realtà non la uccise in quanto a loro avviso, la donna era già morta. Nel maggio 2001 gli ultimi giorni di Emilio Vesce, storico militante radicale, infiammarono la campagna elettorale per via delle dichiarazioni del figlio contro il nutrimento artificiale, «non più attuato come terapia ma come accanimento terapeutico». Nel settembre 2006 è scoppiato il caso di Piergiorgio Welby, affetto da distrofia muscolare

e oramai incapace di muoversi, che ha chiesto al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano di poter ottenere l'eutanasia. Il Presidente ha subito invitato le Camere a discutere del problema ma è rimasto inascoltato. Il successivo 21 dicembre Piergiorgio Welby è morto scatenando una forte ondata di commozione in tutto il Paese. Nel luglio 2007 è morto Giovanni Nuvoli che aveva a sua volta chiesto che gli fosse staccato il respiratore. Per impedire che un medico rispettasse le sue volontà erano stati inviati i carabinieri. Nuvoli è stato così costretto, per porre fine alle sofferenze, a non assumere più né cibo né bevande, "lasciandosi morire" di fame e di sete. Il caso di Eluana Englaro, completamente immobile e priva di coscienza dal 1992, ha tenuto banco per molti anni. Il padre, stanco di vederla tenuta in vita da un cannello naso-gastrico (e contro la stessa volontà della figlia) ha intrapreso diverse iniziative legali per sospendere le cure senza alcun successo e per molti anni. Finalmente, nell'ottobre 2007, la Corte di Cassazione, nel rinviare la questione alla Corte d'Appello di Milano, ha stabilito che l'interruzione delle cure può essere ammessa quando il paziente si trova in uno stato vegetativo irreversibile e se, in vita, aveva manifestato la propria contrarietà a tali cure. La Corte d'Appello, nel luglio 2008, ha autorizzato il padre di Eluana a interrompere i trattamenti di idratazione e alimentazione forzata: contro il provvedimento è stato presentato un ricorso da parte del procuratore generale di Milano, ricorso poi bocciato dalla Corte di Cassazione. Eluana si è spenta nel febbraio 2009 in una clinica di Udine, dopo che il governo, allora presieduto dall'onorevole Silvio Berlusconi, aveva tentato di emanare un decreto legge *ad hoc* per impedire il compimento della volontà di Eluana. Nel novembre 2010, il noto regista Mario Monicelli, affetto da malattia terminale decise di lanciarsi dal quinto piano dell'ospedale in cui era ricoverato. Esattamente un anno dopo è stato l'ex parlamentare Lucio Magri a scegliere il suicidio assistito in Svizzera. Nel 2013 a far notizia è il caso di Piera Franchina, a sua volta recatasi in Svizzera per spegnersi tramite eutanasia. In ottobre è ancora un regista, Carlo Lizzani, a togliersi la vita lanciandosi dal terzo piano: aveva detto che avrebbe voluto l'eutanasia insieme alla moglie come Romeo e Giulietta. Nel 2016, il giudice tutelare del tribunale di Cagliari ha accolto la richiesta di Walter Piludu, ex presidente della Provincia malato di Sla che chiedeva l'interruzione delle cure. Il magistrato ha stabilito che «è un diritto rifiutare le cure e andarsene senza soffrire: sedati per non sentire ansia o dolore». Il 27 febbraio 2017 è morto in Svizzera Dj Fabo, il 13 aprile Davide Trentini, l'11 ottobre Loris Bertocco. Tutti e tre sono ricorsi al suicidio assistito. Per il primo caso è stata disposta l'imputazione coatta per il dirigente radicale Marco Cappato che l'aveva accompagnato a Zurigo. Nel 2018 la vicenda è finita davanti alla Corte costituzionale che ha rinviato la decisione di un anno invitando il parlamento a intervenire. Questi casi se sono strazianti dal punto di vista di chi ne è coinvolto



direttamente, finiscono quanto meno per dimostrare come la legislazione sia assolutamente inadeguata ai tempi. L'eutanasia attiva non è assolutamente normata in Italia dai codici del nostro Paese, ragion per cui essa è assimilabile all'omicidio volontario (articolo 575 del codice penale). Nel caso si riesca a dimostrare il consenso del malato, le pene sono previste dall'articolo 579 (omicidio del consenziente) e vanno comunque dai sei ai quindici anni. Anche il suicidio assistito è considerato un reato, ai sensi dell'articolo 580. Va tuttavia precisato che nel novembre 2017, il tribunale di Milano ha stabilito che non si può ostacolare la volontà di chi vuole recarsi all'estero per ottenere il suicidio assistito. Nel caso di eutanasia passiva, pur essendo anch'essa proibita, la difficoltà nel dimostrare la colpevolezza la rende più sfuggente a eventuali denunce.

### **7.1 Ragazzo di 12 anni a cui il supporto vitale viene ritirato contro la volontà dei genitori: storia di "J".**

Un giudice inglese ha stabilito che un ragazzino di 12 anni in vita sarà ritirato dalle cure contro la volontà dei suoi genitori, devoti cristiani. Il ragazzo, identificato solo come "J" per motivi legali è stato trovato impiccato nella sua camera da letto ad aprile. Si dice che soffrisse di "lesioni neurologiche profonde" a causa della lunga mancanza temporale di ossigeno al cervello. Successivamente ha contratto il Covid-19 in ospedale. I medici del *"Birmingham Women's and Children NHS Foundation Trust"* hanno chiesto all'Alta Corte inglese di decidere quale linea di condotta fosse nel migliore interesse del ragazzo. Il giudice Hayden ha definito la situazione:

«Un caso di tristezza quasi insopportabile ma che c'è un completo consenso tra tutti i consulenti sul fatto che continuare il trattamento non sarebbe nel migliore interesse del ragazzo. L'ultima scansione cerebrale di J, eseguita a luglio, ha mostrato "un netto deterioramento nei mesi in cui J è stato in ospedale". Il Giudice ha aggiunto che il trattamento continuato prolunga la morte di J e non gli salva la vita».

---

Fonte: <https://bwc.nhs.uk/>

---

### **7.2 Cronaca di un'eutanasia.**

Dichiarazione di Piera Franchini rilasciata il 3 Maggio 2013 alla giornalista di *La Repubblica* Valeria Pini:

“Sono morta il 13 aprile, quando il chirurgo mi ha detto per la prima volta che non c’era nulla da fare”. Per Piera la fine è arrivata qualche mese dopo, per eutanasia, lontana dal suo paese, dalla sua casa. La cronaca di un suicidio assistito in una clinica svizzera. Pensieri e sentimenti di chi ha già scelto il suo ultimo viaggio.

"Sono morta il 13 aprile, quando il chirurgo mi ha detto per la prima volta che non c’era nulla da fare. Perché devo soffrire fino alla morte? Chi può arrogarsi il diritto di fare questo, se non io?". Poche parole che riaprono la discussione sul tema del “fine vita”. Una questione che l’*Associazione Luca Coscioni* ripropone con un video che racconta gli ultimi momenti di Piera, malata terminale.

L’articolo della Pini continua raccontando di altri eventi legati alla scelta di eutanasia. La giornalista cita il suicidio assistito di Pietro D’Amico, sostituto procuratore di Catanzaro: “Anche lui ha lasciato l’Italia per la Svizzera per entrare in una clinica e morire. Prima di lui l’aveva fatto Lucio Magri, fondatore del giornale *Il Manifesto*. Ed è di ieri 25 marzo 2013 la notizia di un’altra persona che ha fatto la stessa. Daniela Cesarini, 66 anni, ex assessore ai servizi sociali del *Comune di Jesi* sindaco del *partito di rifondazione comunista* e candidata alle elezioni amministrative del 2012”.

Secondo l’Istituto Mario Negri, sono 80/90 mila i malati terminali, in gran parte di cancro, che muoiono ogni anno. Fra questi il 62% si fa aiutare dai medici con eutanasia clandestina. In un filmato di tre minuti sono raccolti i pensieri e sentimenti di Piera che descrive la sua malattia, un tumore al fegato in fase terminale:

"Ora il mio fegato è impazzito, finché non diventerò nera, color acciaio, poi ci saranno i dolori". Poi l’attesa per l’appuntamento nella clinica Svizzera, dove è attesa alle 18 del giorno prescelto, per la visita medica e gli ultimi dettagli.

"Da quel momento l’equipe di medici è a disposizione, spiega Piera, dandomi da bere una bibita per poi «addormentarmi» e basta". In Italia secondo l’*Associazione Luca Coscioni*, negli ultimi anni, migliaia di malati terminali si suicidano per la negata eutanasia e altrettanti tentano il suicidio. Che si scelga di chiamarla eutanasia o “dolce morte”, la questione riguarda migliaia di persone che spesso non hanno voce. Proprio Piera qualche tempo fa aveva risposto alla campagna "*A.a.a. malato terminale cercasi*" per raccogliere testimonianze da parte di malati terminali. Si è fatta accompagnare in Svizzera da Marco Cappato, appartenente al partito radicale e alla *Associazione Luca Coscioni*. Si è offerta di farsi riprendere in un filmato e di parlare del suo ultimo viaggio. In una località vicina a Lugano, accudita dal personale specializzato in questo tipo di servizio, è arrivata al suicidio con una forte dose di sonnifero. Aveva comunque deciso di rifiutare ogni forma di

accanimento terapeutico. Sono una trentina in tutto gli italiani che, come Piera, ogni anno vanno in Svizzera per non fare più ritorno. Nel nostro paese è vietata ogni forma di eutanasia e nel 2009 fece discutere la morte di Eluana Englaro, dopo 17 anni in stato vegetativo. La Svizzera ha legalizzato il suicidio assistito e l'eutanasia attiva, con farmaci che inducono alla morte somministrati dal medico. Questo è possibile anche in Olanda, Belgio e Lussemburgo, mentre in Svezia e Germania è ammessa solo l'eutanasia passiva, il blocco delle cure. In Francia invece per la prima volta il Consiglio etico dell'Ordine dei medici ha detto "Sì" alla "sedazione terminale" nel caso di pazienti sottoposti a lunga agonia o a dolori insopportabili.

---

(Fonte: Valeria Pini - *La Repubblica* del 3 maggio del 2013).

---

### **7.3 Ricostruzione del caso di Paula Diaz.**

Paula, una giovane donna cilena, ha sofferto dal 2013 di una strana condizione medica mai adeguatamente diagnosticata. Dopo un percorso diagnostico e terapeutico definito dai testimoni come insopportabile è morta nel gennaio 2019 senza che la sua richiesta di eutanasia fosse accettata. Sua sorella dice che era una ragazza completamente sana. Tutto ha avuto inizio nel 2013 quando è stata ricoverata in ospedale per una tosse convulsa. Dopo essere stata dimessa la giovane donna aveva strani sintomi come movimenti involontari, perdita di forza negli arti e proprio per questo è stata nuovamente ricoverata. Da qui è iniziato il suo incubo passando per cliniche e ospedali senza che nessuna malattia fosse diagnosticata. È stata curata da diversi medici e sottoposta a diversi test. Per effetto della malattia le sue gambe, braccia, mani, piedi hanno cominciato a contrarsi e rimpicciolirsi. È stata operata chirurgicamente, essendole diagnosticata una serie di problemi neurologici, psichiatrici, con sindrome della corea e sindrome di conversione. Ha subito un numero imprecisato di ricoveri per brevi e lunghi periodi tra gli anni 2013, 2014 e 2015. Sua sorella ha affermato in un'intervista nel 2018 : "Paula al momento non ha una vita dignitosa e trascorre il suo tempo costretta a letto, chiusa in quattro mura perché non può nemmeno uscire nel patio di casa nostra." La richiesta di Paula: "Chiedo solo riposo e prego di essere sottoposta ad eutanasia perché non posso più sostenere il mio corpo. Non posso sopportare di non essere in grado di sostenerlo. Il mio corpo è lacerato, da nessuna parte posso sostenerlo senza ferirmi, come possono le Istituzioni non capire che non ne posso più di attendere. Ho fatto tutto quello che mi è stato imposto. Ho preso tutto e niente ha calmato il mio dolore, ed ora non ne posso più.

Prego di ricevere finalmente riposo”. Durante l’ultima intervista ha detto: “Da tempo chiedo riposo ed è difficile. Chiedo che mi portino a “dormire” per non soffrire più perché le crisi che la malattia mi dà sono terribili e le sofferenze permanenti. Mantengo sempre la tranquillità, l’armonia ma il dolore è così tanto che non lo sopporto più e mi stanco. Continuo a litigare con mamma Evita giorno e notte perché non dormo e cerco di sopportare questa infinita sofferenza che è in tutto il mio corpo. Se sono qui è perché mamma Evita mi ha salvato ma il mio corpo non resiste più alla sofferenza e non riesco a riposare. Mi dispiace tanto che le leggi debbano essere promulgate da persone che potrebbero anche non sapere cosa sia la sofferenza permanente e infinita. Voglio che capiscano che chiedere la morte non è facile, ma spero che mi capiscano e che mi concedano il mio tanto desiderato riposo”.

---

Fonte: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-43041684>

---

## **7.4 Ricostruzione Caso di Karen Ann Quinlan**

Nel 1975 questo caso ha avviato un ampio dibattito sulla morte dignitosa negli Stati Uniti. Karen Ann Quinlan era in coma permanente e viveva con un respiratore artificiale e i suoi genitori avevano firmato un protocollo per autorizzarne la disconnessione. I medici rifiutarono di eseguire questa azione a causa della possibilità di essere sottoposti a un processo giudiziario per omicidio. I genitori sono ricorsi ad un tribunale del New Jersey. La Corte Suprema del New Jersey ha però annullato la decisione considerando che i cittadini godono del diritto alla morte riconosciuto dalla Common-Law. Il tribunale stabilì anche il test di “bilanciamento” per valutare gli interessi fra lo stato e la persona, considerato che preservare il diritto alla vita indebolisce quello individuale quando le condizioni del paziente peggiorano. La legge deve accompagnare i cambiamenti in medicina, in particolare in casi come questi che designano il diritto di morire in pace e tranquillità da parte dei malati terminali se lo desiderano. Questo caso ha dato luogo ad una serie di pronunciamenti sul diritto di rifiutare trattamenti e decisioni prese dal disabile .

---

Note bibliografiche:

Lewin T. *Nancy Cruzan Dies, Outlived by a Debate Over the Right to Die*. December 27, 1990 The New York Times.

Allsopp M. E., MA, STD. *From Quinlan to Cruzan: patterns in the fabric of us “right-to-die”. case law. Humane Medicine: a journal of the art and science of medicine*, vol 8, Number 2, April 1992.

## **7.5 Ricostruzione del caso di Nancy Cruzan.**

Questo è stato il primo caso ad essere impugnato dinanzi al Tribunale federale degli Stati Uniti. Nancy, a seguito di un incidente stradale nel 1983, fu ridotta allo stato vegetativo (nessuna risposta cognitiva) ma il suo cuore e i suoi polmoni funzionavano autonomi, tanto che i medici ritenevano che potesse avere una aspettativa di vita di più di trent'anni. Dopo sette anni in quello stato, i suoi genitori hanno chiesto l'autorizzazione giudiziaria al fine di cessare il cibo parenterale. Il giudice del processo ha accettato la richiesta, ma il pubblico ministero ha impugnato la decisione considerando che non vi erano prove della volontà della giovane di sospendere il trattamento e che tale richiesta non era nella legge del Missouri. La Corte del Missouri ha dato ragione al pubblico ministero ribaltando la sentenza, appellandosi ai genitori in Cassazione Federale. Il tribunale ha riconosciuto il diritto di morire, ma ha chiarito che non viene dal diritto alla privacy ma dalla all'autonomia, secondo il Quattordicesimo Emendamento della costituzione. Riconoscendo come diritto fondamentale la possibilità di rifiutare trattamenti, la corte ha chiarito che è obbligo dello Stato proteggere la vita ma entrambi gli interessi (Stato e persona) devono essere valutati in ogni caso specifico per determinare quale ha più peso. Dopo questo, la famiglia della giovane donna è andata dal giudice di primo grado per presentare prove costituite da testimonianze di amici della donna e per dimostrare che sospendere la dieta sarebbe stata la decisione che avrebbe preso, se fosse stata in grado di formulare la richiesta. Il giudice ha accettato il petizione.

---

Note bibliografiche:

1- Lewin T. *Nancy Cruzan Dies, Outlived by a Debate Over the Right to Die*. December 27, 1990 The New York Times

---

## **7.6 Ricostruzione del caso Colleen Rice.**

Colleen Rice ha vissuto in Oregon e, dopo molte sofferenze, un giorno ha deciso di morire tramite suicidio medicalmente assistito (è morta nel 2000). Ha sofferto di un cancro ai polmoni insopportabile, perché gli è stato diagnosticato in stato molto avanzato, dandole solo sei mesi di vita. La donna ha deciso di non sottoporsi alla chemioterapia, sapendo che l'avrebbe comunque resa incapace di guarire. Ha ricevuto da parte del Medico morfina

e ossigeno per calmare la sensazione continua di soffocamento. In forza della sua condizione di lucidità, ha scelto di sottoporsi ad un suicidio assistito. Il giorno programmato la donna si è truccata per avere un bell'aspetto, ha preso una medicina per prevenire la nausea e un possibile rischio di vomito durante la deglutizione dei barbiturici. Uno dei medici della *"Compassion in Dying of L'Oregon"*, una associazione di supporto alla morte con dignità, molto conosciuta nello stato dell'Oregon, ha accompagnato la paziente il giorno della sua morte, aiutandola a preparare la medicina. Quando l'ebbe preparata, le chiese se voleva continuare con quella procedura. La donna ribadì la sua volontà, bevve il preparato e cadde svenuta, morendo dopo due ore. La figlia fa notare che se sua madre non fosse morta a causa di quella procedura, forse sarebbe ricorso alla Corte di Washington per rivendicare il proprio diritto a morire con dignità.

### **7.7 Ricostruzione del caso di Samantha D'Incà.**

“I genitori di Samantha D'Incà, dopo molti mesi di impegno, hanno ottenuto di poter interrompere i trattamenti che mantengono in vita la giovane feltrina, che da quasi un anno si trova in stato vegetativo all'ospedale di Belluno. Si tratta di una vicenda tragica, che ricorda da vicino quella di Eluana Englaro, che nel vicino Friuli visse 17 anni in stato vegetativo, dopo un incidente stradale. Samantha, 31 anni, è in coma dall'inizio del dicembre scorso a causa delle complicazioni, con danni neurologici, dopo un intervento chirurgico a una gamba, fratturata in seguito a una caduta. La giovane, terzogenita di mamma Genzianella e papà Giorgio, non aveva lasciato un testamento biologico («non sono certo cose cui si pensa alla sua età», sottolineano i familiari) ma in passato, parlando ai genitori, aveva fatto riferimento proprio a Eluana Englaro per spiegare che lei non avrebbe mai voluto finire nelle stesse condizioni. Perciò, una volta certificato dalle perizie mediche che lo stato di Samantha è ormai da considerarsi irreversibile, i genitori, travolti da un dolore immenso, si sono impegnati in una battaglia legale per cercare di esaudire l'ultimo desiderio della figlia in coma, con rigidità muscolare e costretta a una posizione fetale. «È evidente che soffre, per noi è uno strazio vederla così», ripetono i genitori. Circa sei mesi fa un primo pronunciamento del tribunale di Belluno aveva risposto negativamente alla richiesta di fermare i trattamenti che riceve Samantha, negli ultimi mesi in una RSA (Residenza Sanitaria Assistita) del capoluogo dolomitico. Ma il mese scorso sono arrivati, invece, due pareri favorevoli: prima il comitato etico dell'Ulss 1 Dolomiti e poi la Procura della Repubblica, esaminato il quadro clinico, si sono espressi contro l'accanimento terapeutico. A questo punto c'erano le basi affinché il giudice tutelare del Tribunale di Belluno potesse assumere una deliberazione per rendere possibile quell'ultimo gesto d'amore per Samantha, richiesto dai genitori affranti, travolti da una

vicenda infinitamente drammatica. In un decreto di ben 12 pagine, che potrebbe rappresentare un importante precedente nella giurisprudenza italiana, il giudice ha nominato il papà di Samantha amministratore di sostegno, conferendogli il potere di prestare, in nome e per conto della figlia, anche il consenso informato all'eventuale interruzione delle terapie e trattamenti di mantenimento in vita nell'attuale stato vegetativo. Giorgio D'Incà è atteso domani, 10 novembre, dal giuramento come amministratore di sostegno della figlia. «Finalmente è stata riconosciuta la dignità delle persone», ha commentato sulla stampa locale, dopo la notizia del decreto. E ora, dunque, papà Giorgio potrà prendere la decisione, insieme pesante e tristissima ma anche drammaticamente liberatoria. Dovrà farlo, però, di concerto con i medici cui spetterà formalmente la proposta di sospensione dell'alimentazione artificiale. Medici che peraltro hanno già certificato il fallimento delle terapie riabilitative escludendo qualunque possibilità di miglioramento dello stato clinico. Quando quel giorno arriverà, forse molto presto, «Samantha sarà libera», come da mesi ripetono i genitori. Ma prima di staccare la spina e dare l'addio alla loro amata figlia, Giorgio e Genzianella dedicheranno un altro atto d'amore a Samantha: «Prima di lasciarla andare la porteremo a vedere il mare, che tanto amava».

---

**Fonte:** *"I genitori di Samantha potranno lasciarla andare: la decisione per la ragazza in coma da quasi un anno"* [www.ladige.it](http://www.ladige.it) di Zenone Sovilla del 09/11/2021

---

## **7.8 Analisi e approfondimento delle definizioni utilizzate per indicare l'eutanasia, il suicidio e il suicidio assistito medicalmente.**

### **7.8.1 Definizione.**

«Morte dolce» è il significato della parola eutanasia che indica il «dare la morte a un soggetto con prognosi infausta»; il dare la morte è un atto dirompente per il corpo sociale, a differenza della sospensione delle cure inutili da cui deve essere distinta.

### **7.8.2 Realismo.**

Letteralmente vuol dire «morte dolce» mentre nell'accezione comune vuol dire «morte provocata» (al fine di evitare gravi sofferenze) che mal si distingue moralmente dal suicidio assistito di una persona consenziente. Nel quadro dell'eutanasia rientra la sospensione delle cure mediche salva - vita cioè il decreto di non rianimare o di togliere le medicine e addirittura l'idratazione e l'alimentazione quando però non ci troviamo di fronte a un paziente in fin di vita. Esiste dunque un'eutanasia attiva e una passiva (o omissiva).

### **7.8.3 Ragione.**

L'eutanasia preserva realmente la dignità della persona? Scopo dichiarato dell'eutanasia è duplice: evitare la sofferenza ed evitare una possibile diminuzione della dignità della persona. Ma per contrastare la sofferenza ci sono ottimi farmaci, mentre il discorso si fa più complesso per quanto riguarda la dignità. Davvero c'è qualcosa che intacchi la dignità di una persona cioè la diminuisca realmente? Morire di vecchiaia è più dignitoso che morire di tumore? La dignità umana è un tratto intrinseco della persona in qualunque stato sia, in qualunque età o stato di salute o socio-economico. Si può definire un falso mito dover creare delle situazioni per preservarla dato che nulla ce la toglie, nemmeno il peggior nemico o il peggior aguzzino, mentre è un obbligo morale di tutti rispettarla. È un falso mito perché deriva dall'idea che essere dipendenti dagli altri, talora in modo estremo, possa non essere «degno dell'essere umano» definizione che nella società postmoderna si riassume nell'avere una principale e sovrana caratteristica: l'autonomia e in essa l'indipendenza. Tutto ciò che toglie l'autonomia è considerato oggi un attacco allo stesso status dell'essere umano che addirittura perde il titolo di «persona» quando bambino o embrione o malato di mente o vecchio, si trova a dipendere dagli altri. Semmai bisogna garantire in tutti i modi che la persona riceva tutte le cure, tra cui quelle palliative cui ha diritto e che possa vivere il fine-vita nella maniera più serena e con la migliore assistenza. Il problema è far morire bene, che non significa «decidere il quando» ma il «come», cioè nel miglior ambiente con le migliori cure e la compagnia migliore. L'eutanasia è solo una scorciatoia per gli stati per non affrontare il problema dei veri diritti del morente. Tuttavia non si deve ammettere che il fine vita sia una condanna straziante: sospendere le cure è giusto se le cure sono insopportabili o se non sono efficaci. Con l'attenzione al fatto che «insopportabili» significa non una generica avversione, spesso superabile con l'aiuto di analgesici o di cure psicologiche; e «non efficaci» non significa «inefficaci a far tornare normali» ma «inefficaci a curare la particolare malattia che si vuole curare». E che si tratti di cure (cioè di qualcosa che interferisce con la malattia) non di pura alimentazione.

### **7.8.4 Empatia.**

Non si può parlare di eutanasia «a tavolino» supponendo che qualcuno decida a priori cosa vorrà quando starà male. Non si può neanche pensare che non ci debbano essere limiti all'intervento medico quando questo diventa troppo invasivo. Ma c'è un punto sociale da sollevare: la cura alle persone gravemente malate deve essere un obbligo statutario degli enti locali e dello Stato che devono agevolare in tutti i modi le famiglie e i singoli in questo campo. Ipocrisia è parlare contro l'eutanasia senza al contempo pretendere che la persona depressa o l'anziano non siano abbandonati dalla società.



---

Riferimenti Bibliografici:

Giovanni Paolo II, *Lettera enciclica Evangelium Vitae 2*.

C. Cowley, *Euthanasia in Psychiatry Can Never Be Justified*.

A Reply to Wijsbek, in *Theoretical Medicine and Bioethics* 34 (2013) 227-238. W.J. Stronegger, N.T. Burkert, F. Grossschädl.

W. Freidl, *Factors Associated with the Rejection of Active*.

---

## 8. Cosa succede all'estero?

**AUSTRALIA:** in alcuni Stati le direttive anticipate hanno valore legale. I Territori del Nord avevano nel 1996 legalizzato l'eutanasia attiva volontaria, provvedimento annullato due anni dopo dal parlamento federale.

**BELGIO:** il 25 ottobre 2001 il Senato ha approvato, con 44 voti favorevoli contro 23, un progetto di legge volto a disciplinare l'eutanasia. Il 16 maggio 2002 anche la Camera ha dato il suo consenso, con 86 voti favorevoli, 51 contrari e 10 astensioni.

**CANADA:** una legge che autorizza il suicidio assistito è stata approvata il 17 giugno 2016.

**CINA:** una legge del 1998 autorizza gli ospedali a praticare l'eutanasia ai malati terminali.

**COLOMBIA:** la pratica è legale dal 2015.

**DANIMARCA:** le direttive anticipate hanno valore legale. I parenti del malato possono autorizzare l'interruzione delle cure.

**FRANCIA:** dal marzo 2015 la legge consente, se richiesta dal paziente, una «sedazione profonda e continua» ottenuta con medicinali che possono accorciare la vita.

**GERMANIA:** il suicidio assistito non è reato, purché il malato sia cosciente delle proprie azioni.

**LUSSEMBURGO:** l'eutanasia è stata legalizzata nel marzo 2009.

**PAESI BASSI:** forse il caso più famoso. Dal 1994 l'eutanasia è stata depenalizzata: rimaneva un reato, tuttavia era possibile non procedere penalmente nei confronti del medico che dimostrava di aver agito su richiesta del paziente. Il 28 novembre 2000 il Parlamento ha approvato (primo Stato al mondo) la legalizzazione vera e propria dell'eutanasia. A partire dal 1° aprile 2002 la legge è entrata effettivamente in vigore.

**SPAGNA:** Il suicidio assistito non è punito.

**SVIZZERA:** ammesso il suicidio assistito, con limiti che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha messo in discussione ma che è accessibile anche a stranieri (vedi sopra). Il medico deve limitarsi a fornire i farmaci al malato.

**U.S.A:** la normativa varia da Stato a Stato. Le direttive anticipate hanno generalmente valore legale. Nell'Oregon, nel Vermont, nel Montana, in California e nello stato di Washington il suicidio assistito è legale.

**SVEZIA:** l'eutanasia è depenalizzata.

## 8.1 La “distorsione di prospettiva”.

“Nessuno si illuda. Se qualcuno tra voi si crede un sapiente in questo mondo, si faccia stolto per diventare sapiente, perché la sapienza di questo mondo è stoltezza davanti a Dio. Sta scritto infatti: Egli fa cadere i sapienti per mezzo della loro astuzia. E ancora: Il Signore sa che i progetti dei sapienti sono vani”(1 Corinzi 3:18-20).

Vi è una suggestione che vorrei condividere con il lettore: afferisce ad una lettura diversa dell'eutanasia, più intima e a tratti psicologica. Uso il termine psicologica con riserbo, dato che non avendo una formazione conseguente, non mi avventurerò in diagnosi personali del tutto risibili. Semplicemente, la considererò come parte di una “condizione particolare” con cui il paziente vulnerabile e l'ammalato grave si ritrovano a dover far di conto. Cosa penso in proposito? Che non puoi abbandonare, nella malattia, la tua strada tralasciando i tuoi innumerevoli pensieri. Per liberarti da questa lunga teoria di pensieri, non necessariamente peccaminosi e dalle cattive abitudini, devi combattere il combattimento della fede contrastando in esso anche l'ipocrisia che spesso alligna in chi deve porre in atto una scelta. Paolo di Tarso nelle sue lettere, parla in più occasioni dei suoi pensieri distorti di cui lamenta il non volersi assoggettare alla sua volontà e al suo controllo:

“In me (cioè nella mia carne) non abita alcun bene. Infatti il bene che voglio, non lo faccio; ma il male che non voglio quello faccio. Mi trovo dunque sotto questa legge: quando voglio fare il bene, il male si trova in me.” Romani 7:18-21 (NR).

Sempre Paolo afferma:

“Infatti le armi della nostra guerra non sono carnali, ma hanno da Dio il potere di distruggere le fortezze, poiché demoliamo i ragionamenti e tutto ciò che si eleva orgogliosamente contro la conoscenza di Dio, facendo prigioniero ogni pensiero fino a renderlo ubbidiente a Cristo” (2 Corinzi 10:4-5).

In Matteo 23:25-26 (NR) leggiamo una critica all'apparire in modo superficiale e all'ipocrisia farisaica, rea di ridurre il senso di spiritualità profonda e la sincerità d'animo:

“Guai a voi, scribi e farisei ipocriti, **perché pulite l'esterno del bicchiere e del piatto**, mentre dentro sono pieni di rapina e d'intemperanza. Fariseo cieco, pulisci prima l'interno del bicchiere e del piatto, affinché anche l'esterno diventi pulito”.

Dio perdonerà abbondantemente se noi, in tutta onestà, vorremo abbandonare ogni cattiva via e i pensieri malvagi al fine di essere veramente convertiti. Mi domando: cosa può avvenire, o avviene davvero, nella mente conscia e inconscia del malato senza diagnosi

certa se non con sicuro esito negativo? Quali sono i pensieri, i tormenti, i bisogni, le “intrusioni” mnemoniche di percezioni in grado di funzionare come traino ad una volontà di morte? Immagino che tutto questo possa innescare un meccanismo a domino potenzialmente fuorviante, capace di portarci ad una successiva riflessione e ad un'altra ed ad un'altra ancora, in un caleidoscopio di emozioni e ragionamenti complicatissimi e capaci di disorientare il malato e la sua stessa famiglia. Viene ancora da domandarsi come vengano censiti da Dio i pensieri di colui che vivendo una fase di malattia terminale conclamata, prova una “distorsione di prospettiva”, nel senso del venir meno, di accantonare davvero certezze spirituali a cui poteva essersi dedicato durante la propria esistenza e che mai avrebbe pensato di rinnegare. Le risposte a questo dedalo di domande non sono affatto semplici! Vorrei portare alcuni esempi di come può essere distorta la visione terrena e spirituale di un malato senza alcuna aspettativa di vita futura, sottoposto quindi ad un forte stress emotivo. Scrive il Dr. Michele Giannantonio: “Esiste ormai una vasta e sufficientemente consolidata letteratura che conferma che in presenza di alcune situazioni traumatiche, specie se estreme e ripetute nel tempo (come, ad esempio, lo stato di guerra e l'abuso sessuale intra-familiare), si possano rilevare alterazioni neurologiche e biochimiche, la cui reale implicazione non è ancora pienamente compresa. Molte ricerche testimoniano alterazioni nel volume dell'ippocampo destro in reduci di guerre, in donne soggette ad abusi sessuali prolungati nel tempo, in persone sottoposte ad abuso fisico e psicologico protratto (Bessel A. van der Kolk, et al., 1997; Bremner, 1998; Krystal, et al., 1998; Bremner et al., 1998)”. Per esempio, il Vietnam è stato un terribile “esperimento” in materia di “eutanasia per suicidio”. Durante il conflitto infatti è accaduto che fra i soldati statunitensi morti "per effetto della guerra" (*war-related effects*) **50 mila** siano stati quelli morti in azioni militari e **60 mila** per suicidio. Molti fra i reduci del Vietnam hanno presentato traumi simili alle vittime di un abuso sessuale protratto o di stress psico-fisico prolungato. Questo assunto è dirimente per comprendere la **trasformazione** di un pensiero tragico in un altro, ancor più definitivo. Le analogie con la guerra e le violenze famigliari ci inducono a riflettere. Quelli infatti che si sono suicidati (60 mila) sono stati più dei morti in battaglia (50 mila). Le ricadute del suicidio, come quelle dell'eutanasia, sono spesso drammatiche: “Il suicidio è un atto spesso personale, come lo è del resto l'eutanasia richiesta e ottenuta, ma tutti ne sentono gli effetti, anche i cari del paziente”. Secondo le stime elaborate dagli istituti demoscopici nazionali in U.S.A., ogni anno 180.000 individui divengono *survivors*, ossia individui che hanno perso un caro per suicidio o per eutanasia o per suicidio medicalmente assistito. Il termine *survivor* o sopravvissuto è dunque utilizzato per descrivere le difficoltà che devono affrontare quotidianamente le persone che hanno perso un loro caro a causa di una scelta di morte

sia essa eutanasia, M.V.M.A (morte volontaria medicalmente assistita) o vero e proprio suicidio. L'impatto è sulle famiglie, sulla comunità e sulla società nella sua interezza. Ogni suicidio, eutanasia o M.V.M.A priva, chi rimane in vita, di un potenziale di affetti, di creatività e di contributi che arricchiscono i vari aspetti della vita. Non si tratta solo della perdita della vita di un individuo, ma soprattutto del vuoto che esso lascia nelle molteplici attività dei viventi. I sopravvissuti sono la più grande comunità di vittime nell'area della salute mentale connessa al suicidio. *L'American Psychiatric Association* ([www.psychiatry.org](http://www.psychiatry.org)), considera il trauma derivante dalla perdita di un caro per suicidio "catastrofico", **come un'esperienza in un campo di concentrazione**. Coloro che hanno perso un caro per suicidio, eutanasia o morte medicalmente assistita, affrontano molte emozioni tipiche del lutto ma in più provano una gamma di sentimenti unici per la loro condizione. A differenza di altri decessi, in cui la responsabilità dei cari non è messa in discussione, in quanto la morte sopraggiunge per malattia, incidente o per vecchiaia, nel caso della eutanasia, M.V.M.A o del suicidio vero e proprio, le persone che avevano anche un minimo contatto con il paziente continuano a domandarsi se avrebbero potuto in qualche modo evitare, ostacolare e quindi prevenire l'atto letale. Una ulteriore riflessione imprescindibile, consiste sul come il l'eutanasia rappresenti una sorta di "terra di mezzo", un confine territoriale neutro dove prende forma e si configura uno status mentale "flessibile" più o meno votato al suicidio. Ci rendiamo conto dai numeri in statistica, di come la pratica suicidaria possa divenire non più una sofferta "opzione programmata" per il malato ma addirittura una pura, ordinaria e semplice "soluzione di un problema". Come entra in tutto questo sconcertante proscenio la sempre ricordata volontà di Dio, spesso citata in forma sprezzante dai pazienti e dai loro cari? Deduco possa configurarsi come un sintomo più usuale del previsto. Io credo che Dio, in tutto questo davvero non c'entri per nulla! Mi spiego per non apparire blasfemo. Dio, se posso dire, immagino veda quella parte di esistenza dove noi operiamo, come un mondo i cui confini non sono "illimitati" ma definiti da Dio stesso. A differenza di noi Lui, come si evince dalle Scritture, vive nel tempo "vero" e non nella nostra "temporalità". Il Creatore dispiega la sua spiritualità da infinito passato a infinito presente a infinito futuro, in una linea del tempo senza soluzione di continuità. Sono poche ancora le scoperte che Lui ha già creato e che noi, umili esseri umani, abbiamo rese visibili tramite l'intuito e il genio della sperimentazione. Questa parte di mondo in cui noi viviamo quindi è minima e risibile rispetto alla totalità della grandezza di Dio, una grandezza per noi impossibile da definire, perché assoluta e seconda solo a Dio stesso. A Dio piacendo, vorrei azzardare una tesi che si riallaccia all'Etica delle Scritture. I precetti affrontati da queste ultime, legandosi agli spazi di riferimento e di interazione spirituale propri di Dio, si fermano inequivocabilmente nel momento in cui,

l'essere umano, è chiamato direttamente a vivere la propria temporalità, legittimamente sprofondato nella realtà e libero di fare le proprie scelte. Come coerentemente Dio ha mandato suo Figlio Gesù Nostro Signore a vivere sulla terra e a compiere un cammino non di revoca, ma di compimento del volere del Padre, tanto da eticamente rinunciare alla salvezza del Figlio dalla crocifissione pur di soddisfare addirittura i tempi concertati per garantirci la vita eterna, Dio valuti nel complesso ogni vivente ma interferendo solo sulla "spinta spirituale" e non su quella del "reale vissuto", a quel tempo trasformato in precetti di uomini e quindi sociali. Il risultato è di come sia assurdo accusare Dio per le malattie, gli incidenti e tutti gli eventi drammatici che ci capitano. Semplicemente Dio è con noi in ogni istante e la sua grandezza permette a Lui di essere contemporaneamente con ognuno dei suo otto miliardi di figli e figlie per amare, soffrire, ridere e piangere, dare sostegno. Ma non interviene se non dal punto di vista spirituale, per aiutarci con la potenza dello Spirito Santo, esimendosi di porre soluzioni forzate, se posso così dire, al vissuto personale di ognuno. Mi piace pensare che Dio consideri le nostre vite individuali come "vettori" o "segmenti" del proprio disegno universale, dove appunto ci lascia liberi di scegliere come amministrare la spiritualità in contrasto con la pressante realtà. Lui vede la totalità del Disegno e a noi tocca capire come muoverci per Grazia e Fede, affinché esso si compia. In ultima analisi, penso che Dio ci ami in modo assoluto sin dalla genesi, tanto da volerci vedere abitare l'Eden senza porci di fronte al dramma della morte. Ma l'uomo è decaduto nel peccato originale e la Sua sofferenza è divenuta pregiudizio e poi di nuovo amore con la venuta del Suo Figlio prediletto, di cui si è compiaciuto, Gesù Cristo. Credo guardi alle nostre "piccole miserie" con occhio critico in un "alveo" definito e provi molta compassione nei nostri confronti. Questa compassione di Dio, credo ci assolvano in toto, se non nel rinnegamento di un individuo sprezzantemente intriso e gioioso nel compiere il peccato. Noi siamo solo una parte componente la totalità della Creazione, testimonianza della grandezza di Dio, ma non ci è dato di avere una visione d'insieme, di tale grandezza, in questa vita. Il motivo può stupire nella sua semplicità: la Verità assoluta è un "giogo" troppo pesante da portare a cui la nostra comprensione non può e forse non deve ambire. Ritengo, ai fini dello studio riportare il seguente passo:

"Figlioli miei, vi scrivo queste cose perché non pecciate; ma se qualcuno ha peccato, abbiamo un avvocato presso il Padre: Gesù Cristo giusto. Egli è vittima di espiazione per i nostri peccati; non soltanto per i nostri, ma anche per quelli di tutto il mondo" (1Giovanni 2:1-2).

Perché è importante? Il verso si riferisce al Paracleto o paraclito, voce greca di παράκλητος, (chiamato presso qualcuno, come assistente, avvocato), passata in latino

(*paraclitus*), e di qui in italiano. Si tratta in origine, di un termine del linguaggio giuridico: il verbo παρακαλέω significava letteralmente "chiamare vicino", ed il participio passato aveva come equivalente latino *l'ad - vocatus*, cioè "avvocato", inteso come "difensore" o "soccorritore", per estensione "consolatore". Il contesto in cui si usa questo termine nei testi laici è quello del processo e indica "colui che sta al lato dell'accusato" per difenderlo. Oggi il termine è praticamente sinonimo di Spirito Santo (Istituto della *Enciclopedia Italiana* fondata da Giovanni Treccani). Abbiamo già assunto che secondo la Chiesa cattolica la vita è stata donata da Dio e solo lui può disporne: ragion per cui l'eutanasia è un omicidio. È al massimo ammessa la fine delle terapie, qualora queste ultime venissero ritenute sproporzionate. È chiaro che una posizione del genere, si pone esclusivamente dal punto di vista del medico e mai dal punto di vista del paziente sofferente. In passato talvolta questa sofferenza era ritenuta un modo di "partecipare" alla passione di Gesù. Non tutte le chiese cristiane la pensano così: diverse chiese protestanti hanno assunto posizioni più liberali e alcune chiese minori riconoscono apertamente il diritto dell'individuo di disporre della propria vita. Per i valdesi l'eutanasia «è un diritto che va riconosciuto». Per questo è importante il ruolo di "avvocato", svolto presso il Padre, di Gesù Cristo Nostro Signore al fine di essere noi tutti rappresentati e difesi di fronte alle nostre responsabilità.

## **8.2 Statistiche sul suicidio di malati inguaribili.**

Ogni anno si compiono in Italia 700 suicidi di malati inguaribili che non possono trovare, con l'eutanasia, una "morte degna" e ventimila casi di eutanasia clandestina. Quasi due al giorno, più o meno quanti sono i troppo numerosi morti sul lavoro. Nel triennio 2011-2013, nel nostro Paese sono stati registrati 12.877 suicidi (10.065 uomini e 2.812 donne): in 737 di questi casi è stata ufficialmente certificata la presenza di patologie fisiche rilevanti che potrebbero aver influenzato una scelta estrema come quella di togliersi la vita. Questo è il dato più allarmante che proviene dal nuovo studio Istat, (Istituto di statistica nazionale), sulla relazione tra malattia e suicidio. Questa indagine seppure in modo indiretto, si inserisce con forza nell'ambito dell'acceso dibattito che in questi tempi sta animando la politica e l'opinione pubblica italiane, quello relativo alla delicata questione del biotestamento. Dai risultati dello studio emerge che su un numero totale di 12.877 suicidi, 2.401 casi (circa 1 su 5) appaiono essere correlati a morbosità rilevanti sia di carattere fisico che mentale. In 1.664 casi sono state esclusivamente segnalate malattie di tipo mentale (principalmente depressione e ansia) mentre negli altri 737 è stata riscontrata la presenza di malattie fisiche. Considerando questi ultimi suicidi 299 sono stati associati a forme di tumore, mentre 288 presentavano patologie mentali aggiuntive (soprattutto depressione). In una recente dichiarazione, i membri dell'*Associazione Luca Coscioni*,

impegnati in prima linea affinché in Italia si giunga all'approvazione della legge sulle "Disposizioni Anticipate di Trattamento" (DAT), hanno immediatamente commentato i dati dell'Istat, confermando che i suicidi in Italia sono più di due al giorno, uno ogni 12 ore. Come già detto, lo stesso numero delle «morti bianche» che si verificano fra i lavoratori e le lavoratrici dei cantieri edili e delle fabbriche". Il disegno di legge sulle DAT, comunemente definite come "testamento Biologico" o "bio-testamento" è stato votato dalla Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati. Il passo successivo è stata la discussione del DDL, sempre in aula alla Camera. "Segnaliamo questi dati ai deputati che con migliaia di emendamenti hanno bloccato per un intero anno una proposta di legge che finalmente introduce nel nostro ordinamento un istituto di cui solo l'Irlanda e l'Italia non si sono ancora dotati" hanno aggiunto gli esponenti dell'*Associazione Luca Coscioni*. "Si tratta di norme equilibrate che potrebbero almeno evitare a tanti malati, gravissimi o terminali, sofferenze prolungate e inutili. Specie se includessero la sedazione profonda continua che in Francia ha risolto felicemente il contrasto fra chi voleva legalizzare l'eutanasia e chi vi si opponeva. E potrebbero ridurre il numero dei malati costretti a cercare nel suicidio un'uscita di sicurezza".

### **8.3 Eutanasia: dove si può fare.**

In Italia non è possibile effettuare né eutanasia né suicidio assistito, mentre la diffusione di queste pratiche nel resto del mondo è molto varia. In Olanda l'eutanasia è legale dal 2002 e il suicidio assistito dal 2004. Questo vale anche per i minori di età comunque superiore ai 12 anni. Il consenso dei genitori è imprescindibile fino al compimento dei 16 anni. Nei Paesi Bassi, devono sussistere una serie di condizioni, tra cui la piena e consapevole volontà di porre fine alla propria vita e la sussistenza di sofferenze insopportabili, nonché l'assenza di un'alternativa ragionevole. Anche negli USA l'aiuto a morire è consentito, ma solo in alcuni stati come *New Jersey, Washington State e Oregon*. Nella vicina Svizzera è consentito esclusivamente il suicidio assistito. Va ricordato che le richieste sono almeno quintuplicate dai primi anni 2000 ad oggi, a causa della vicinanza geografica con l'Italia. Questo avviene in linea con la relativa accessibilità della pratica che ha indotto anche molti nostri connazionali a scegliere questo territorio per l'assunzione del farmaco letale. In Italia praticare l'eutanasia costituisce un reato, pertanto è punibile ai sensi dell'articolo 579 (Omicidio del Consenziente) e dell'articolo 580 (Istigazione o aiuto al suicidio), confermate tali anche dal successivo riesame avvenuto in occasione della convalida del referendum il 16 febbraio 2022. Al contrario il suicidio assistito, inteso come assistenza di terzi nel porre fine alla vita di una persona malata, è legittimato ma non praticato. La sentenza 242/2019



della Corte Costituzionale ha infatti individuato quattro requisiti che possono giustificare un aiuto al suicidio:

1. Riferimenti circa la presenza di una patologia irreversibile;
2. Una grave sofferenza fisica e psichica;
3. La piena capacità di prendere decisioni libere e consapevoli;
4. la totale e assoluta dipendenza da trattamenti di sostegno vitale;

Invece, la sospensione delle cure è un diritto sancito dall'art. 1 della legge 219/2017 il quale stabilisce che "nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge"

#### **8.4 Chi si batte per legalizzare l'eutanasia in Italia.**

Il concetto di legalizzazione (rendere legale un atto), si scontra spesso con quello di depenalizzazione (rendere non punibile un atto). Il Comitato Nazionale di Bioetica, costituito presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, dovrebbe produrre dei pareri volti ad aggiornare la legislazione italiana. Alla prova dei fatti, per diversi anni, si è rivelato un organismo soggetto a pesanti ingerenze vaticane, estensore di sterili documenti in cui viene riproposta la strada delle cure palliative (importante, ma ovviamente non sufficiente). Il parere del 18 luglio 2019 denominato "*Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*", visti anche i precedenti, può essere considerato una svolta, un'apertura al diritto al suicidio medicalmente assistito. Nel 1989 nacque la *Consulta di Bioetica* che si propose di discutere sui temi della vita e della morte, promuovendo in generale lo sviluppo del dibattito laico e razionale sui problemi etici, nel campo della medicina e delle scienze biologiche. Del 1996 è invece la costituzione di *Exit-Italia*, battagliera associazione che promuove, all'interno dell'opinione pubblica, diverse campagne per la legalizzazione dell'eutanasia. Del 2001 è *Libera-uscita*, associazione per la depenalizzazione dell'eutanasia, promotrice di un disegno di legge volto a normare la materia. Molto impegnata su questi temi risulta essere *l'associazione radicale Luca Coscioni*. *L'Uaar (Unione degli Atei e degli Agnostici Razionalisti)* rivendica il diritto all'eutanasia e al suicidio medicalmente assistito all'interno della campagna *Liberi di scegliere*. La rivista *L'Ateo* si è occupata più volte del tema tanto che, nel numero 2/2003, si possono consultare diversi interessanti articoli sull'argomento. Il 9 settembre 2019 *l'Uaar* e la *Consulta di Bioetica*, hanno organizzato presso la sala *ISMA del Senato della Repubblica* il convegno: "Per il diritto al suicidio medicalmente assistito: un'urgenza non più

rimandabile". Nelle giornate del 14 e 15 settembre 2019 si è svolta una mobilitazione dei circoli territoriali per il diritto all'autodeterminazione a morire da parte dei malati terminali, vulnerabili e sofferenti. Il 19 settembre 2019 *l'Uaar* ha sostenuto e ha partecipato alla manifestazione-concerto organizzato *dall'Associazione Luca Coscioni*, con uno stand e con un intervento dal palco del segretario dell'Associazione stessa, Roberto Grendene. Tutti i sondaggi condotti negli ultimi anni attestano che la maggioranza degli italiani è favorevole alla legalizzazione dell'eutanasia. Secondo un sondaggio (1) Swg del 2019, i cittadini favorevoli a una legge sarebbero ormai il 93%.

---

(1) Fondata a Trieste nel 1981, SWG progetta e realizza ricerche di mercato, di opinione, istituzionali, studi di settore e osservatori, analizzando e integrando i trend e le dinamiche del mercato, della politica e della società.

---

## **8.5 Svalutare la vita: un rischio su cui riflettere.**

Lo scopo iniziale del suicidio assistito era fornire un mezzo per alleviare la sofferenza umana, accelerando la morte in presenza di una malattia terminale e/o dolore incessante. Nel tempo le categorie di persone idonee a tale scelta si sono costantemente ampliate. A seconda della giurisdizione, ora includono i malati cronici, i disabili, gli anziani "stanchi della vita" e quelli con malattie mentali. In pratica i tribunali ignorano o reinterpretano regolarmente le linee guida di protezione, in modo che ora offrano meno protezioni per i deboli e vulnerabili. Sfortunatamente, molti altri hanno concluso la loro vita senza un consenso espresso. Ci sono prove allarmanti che le giurisdizioni che legalizzano l'eutanasia, vedono un aumento delle morti per suicidio assistito anche fra coloro che non sono malati terminali. La crescita dell'eutanasia rispecchia la crescente attenzione della società verso la "realizzazione personale" e la "realizzazione individuale". Questa deificazione del sé si concentra sull'autonomia individuale, l'indipendenza, l'auto-realizzazione e il diritto di scegliere. I fautori ci dicono che l'eutanasia supporta l'indipendenza e l'individualità della persona e migliora i valori di autonomia, autodeterminazione e scelta. In verità, tuttavia, il suicidio assistito dal medico svaluta la vita dei nostri simili. Ciò è particolarmente vero per quanto riguarda gli aspetti comuni della società. L'Arcivescovo cattolico di Perth in Australia, (1) Timothy Costelloe, traccia una interessante distinzione fra "autonomia personale" e "autonomia personale assoluta" sottolineando che viviamo la vita come persone all'interno di una società. Lui dice: "Non esistiamo come persone completamente isolate, autonome, le cui decisioni non hanno

alcun impatto su nessun altro. Quindi penso che i nostri diritti debbano essere bilanciati dalle nostre responsabilità nei confronti della società di cui facciamo parte e verso la quale abbiamo determinati obblighi. Non parliamo di decisione privata e personale quando parliamo di eutanasia o morte volontaria assistita; stiamo parlando di una decisione che, fondamentalmente, altera un principio fondante su cui è stata costruita la nostra società. Quindi, non importa quanto privata possa essere la decisione in un certo senso che una persona potrebbe prendere per cercare l'eutanasia o la morte assistita, inevitabilmente, a causa della rete di relazioni che fanno parte dell'essere umano, ha impatti oltre la persona e la sua famiglia.”

---

(1) Timothy John Costelloe (Melbourne, 3 febbraio 1954), è un arcivescovo cattolico australiano, dal 20 febbraio 2012 arcivescovo metropolitano di Perth.

---

## **8.6 Il Protocollo di Groningen. Eutanasia per i neonati gravemente malati.**

Dei 200.000 bambini nati in Olanda ogni anno, circa 1.000 muoiono nel primo anno di vita. Per circa 600 di questi neonati, il decesso è preceduto da una decisione medica sul fine vita. Il dibattito sull'avvio o la continuazione del trattamento terapeutico nei neonati con gravi patologie costituisce uno degli aspetti più difficili della pratica pediatrica. Nonostante l'avanzamento tecnologico abbia messo a disposizione strumenti per affrontare le conseguenze di anomalie congenite e nascite premature, le decisioni che riguardano quando cominciare e quando sospendere il trattamento in casi specifici rimangono molto difficili da prendere. Ancora più difficili sono le decisioni che riguardano i neonati che soffrono di gravi disordini o deformità associate al dolore che non può essere alleviato e per i quali non esiste alcuna speranza di miglioramento. La sofferenza è una condizione soggettiva che non può essere misurata oggettivamente, sia negli adulti sia nei neonati. Ma accettiamo che un adulto possa indicare quando la sua sofferenza è insopportabile. I neonati non possono esprimere i loro sentimenti tramite la parola, ma lo fanno tramite modi diversi di pianto, movimento, e reazione al nutrimento. La misurazione del dolore nei neonati, basata sui cambiamenti dei segni vitali (pressione sanguigna, battito cardiaco, e respirazione) e del comportamento, può essere impiegata per determinare il livello di disagio e di dolore. In Olanda l'eutanasia per persone capaci con più di 16 anni è legale dal 1985. La domanda che dobbiamo porci è se siano accettabili procedure che portano deliberatamente alla morte anche per i neonati ed i bambini, anche se questi non possono

esprimere la loro volontà. O dobbiamo mantenere in vita bambini con malattie associate a sofferenza acuta e continuata quando questa non può essere alleviata? In Olanda, come in ogni altro Paese, terminare la vita di qualcuno, eccetto in condizioni estreme, viene considerato un omicidio. Un vita di sofferenza che non può essere alleviata potrebbe essere considerata come una di queste condizioni estreme. Il controllo legale sull'eutanasia neonatale ed infantile si basa sulle dichiarazioni di medici, seguite dalle indagini dei procuratori. Per fornire tutte le informazioni necessarie per l'indagine e per prevenire le interrogazioni della polizia, è stato sviluppato un protocollo, chiamato il *Protocollo di Groningen*, dirimente per quei casi in cui viene presa la decisione di terminare la vita di un neonato. I bambini ed i neonati per i quali potrebbe essere presa la decisione di fine vita, possono essere divisi in tre categorie. Nel primo gruppo ci sono i bambini senza alcuna speranza di sopravvivenza. Questo gruppo consiste in bambini che moriranno poco dopo esser nati nonostante i migliori e più avanzati trattamenti disponibili localmente. Questi bambini hanno malattie estremamente gravi quali la ipoplasia polmonare e renale. I bambini nel secondo gruppo, hanno denunciato una prognosi pessima e sono divenuti dipendenti dalle cure intensive. Questi pazienti possono sopravvivere dopo un periodo di cure intensive, ma le aspettative sul loro futuro sono infauste. Sono bambini con gravi anomalie cerebrali e danni estesi agli organi causati spesso da ipossiemia severa. Quando questi bambini sopravvivono oltre la degenza in terapia intensiva, hanno prognosi pessime ed una cattiva qualità della vita. Per ultimo ci sono i bambini con prognosi disperata. Vivono quello che i genitori e gli esperti di medicina considerano una sofferenza insopportabile. Anche se è difficile definirlo in astratto, questo gruppo include i pazienti che non sono dipendenti da terapia intensiva ma per i quali è prevista una pessima qualità della vita associata a continua sofferenza. Per esempio, un bambino affetto dalla più grave manifestazione di spina bifida, avrà una qualità della vita estremamente bassa, anche dopo molte operazioni. Questo gruppo include anche bambini che sono sopravvissuti grazie alla terapia intensiva, ma per i quali diviene chiaro che dopo il completamento delle cure intensive, la qualità della vita sarà misera e non vi sarà alcuna speranza di miglioramento. Decidere di non iniziare o di sospendere i trattamenti di sostentamento vitale nei neonati con nessuna speranza di sopravvivenza, viene considerata una buona pratica dai medici in Europa ed è accettabile anche per i medici statunitensi. La maggior parte di questi bambini, muoiono subito dopo l'interruzione del trattamento. I neonatologi in Olanda e la maggior parte dei neonatologi in Europa, sono convinti che la terapia intensiva non sia un fine di per se stesso. L'obiettivo non è solo la sopravvivenza del bambino ma anche la qualità della sua vita. La sospensione o il non avviare trattamenti di sostentamento vitale per i bambini del secondo gruppo è accettabile per questi

neonatologi se i medici ed i genitori sono entrambi convinti che il trattamento non è nel migliore interesse del bambino in quanto le previsioni sono estremamente negative.

---

Fonte: Eduard Verhagen, M.D., J.D., and Pieter J.J. Sauer, M.D., Ph.D. (*New England Journal of Medicine* 2005).

---

### **8.7 Di fronte ad un paziente della “terza categoria” è fondamentale che l'equipe medica abbia una prognosi il più possibile accurata e che ne discuta con i genitori.**

Tutti i provvedimenti per alleviare il forte dolore e disagio debbono essere presi. Ci sono però circostanze in cui, nonostante sia stato preso ogni provvedimento, la sofferenza non può essere alleviata e non è pensabile alcun miglioramento. Quando i genitori ed i medici sono convinti che ci sia una prognosi estremamente negativa, questi possono essere in accordo sul fatto che la morte è più umana della continuazione della vita. In circostanze simili una persona in Olanda, che abbia compiuto il sedicesimo anno di età, può richiedere l'eutanasia. Però i neonati questo non possono farlo e una simile richiesta dei genitori, che sono i tutori legali del bambino, viene considerata illegale dalla legge olandese. Questo vuol dire che l'eutanasia per i neonati è sempre proibita? Medici e legislatori pensano che misure di fine vita siano accettabili in questi casi ma solo a precise condizioni: i genitori devono essere pienamente d'accordo, sulla base di una spiegazione esauriente delle condizioni e della prognosi; una equipe di medici, incluso un medico che non sia direttamente coinvolto con il trattamento del paziente, deve essere d'accordo; e le condizioni e la prognosi devono essere molto ben definite. Dopo che la decisione è stata presa ed il bambino è morto, un apparato legale esterno dovrebbe determinare se la decisione presa era giustificata e se tutte le procedure necessarie sono state eseguite. Una indagine nazionale di neonatologi in Olanda, ha dimostrato che ogni anno ci sono dai 15 ai 20 casi di eutanasia di neonati che possono essere categorizzati nel terzo gruppo. Per la legge olandese, è dovere del medico compilare un certificato di morte quando un paziente è deceduto per cause naturali. Se la morte è dovuta all'eutanasia, non può essere certificata come "naturale". Il dottore deve informare il medico legale il quale esaminerà il corpo e che a sua volta, informerà il procuratore distrettuale, i cui uffici riesamineranno ogni caso, secondo il dettato legislativo e giurisprudenziale. Il procuratore distrettuale presenta il caso, insieme alla propria opinione, al Collegio dei Procuratori

distrettuali, i cui quattro membri gestiscono il dipartimento della procura e decidono se perseguire o meno il caso. La decisione finale è presa dal ministro della Giustizia.

## **8.8 Due processi, svolti negli anni 90, riguardano l'eutanasia infantile in Olanda e servono da guida per i giudici ed i medici.**

Nel primo caso, un medico pose fine alla vita di un neonato affetto da una forma acuta di (1) spina bifida. Nel secondo caso, un medico terminò la vita di un neonato che era affetto da (2) trisomia. Entrambi i casi riguardavano aspettative di vita molto limitate e di estrema sofferenza che non poteva essere alleviata. Nei loro verdetti, le corti hanno convalidato le procedure, giudicate in linea con gli obblighi della professione medica. Anche se queste sentenze hanno fornito qualche linea guida, molte organizzazioni hanno ripetutamente chiesto linee guida più chiare, sottolineando che una commissione con esperienza multidisciplinare (medica, legale, ed etica) potrebbe essere più competente dei giudici nel decidere su casi simili. Inoltre i medici si rivolgerebbero molto più volentieri ad una commissione del genere di quanto lo siano invece ora nel riportare tali procedure ad un procuratore distrettuale. Il governo olandese comunque non ha né creato una commissione né ha offerto ulteriori orientamenti nonostante abbia promesso di farlo ripetutamente dal 1997. Venti casi di eutanasia infantile sono stati denunciati presso gli uffici dei procuratori distrettuali in Olanda negli ultimi sette anni. Recentemente è stato dato il permesso di esaminare questi casi. Sono tutti casi di bambini con gravi forme di spina bifida. Nella maggior parte dei casi (17 su 22) è stata consultata una équipe multidisciplinare di specialisti di spina bifida. Negli altri cinque casi almeno altri due esperti medici esterni sono stati consultati. I medici hanno basato le loro decisioni sulla presenza di grave sofferenza senza speranze di sopravvivenza (vedi Tabella 1). Le decisioni sono sempre state prese in collaborazione e con il pieno consenso di entrambi i genitori. I procuratori hanno impiegato quattro criteri per esaminare ogni caso: la presenza di sofferenza disperata e insopportabile ed una qualità della vita molto bassa, il consenso dei genitori, la consulenza di un medico indipendente ed il suo consenso con il medico curante e l'attuazione della procedura secondo gli standard della professione medica. La conclusione in tutti e 22 i casi è stato il rispetto degli obblighi di legge. Nessun medico è stato accusato. Dato che l'indagine nazionale ha indicato che queste procedure sono seguite in soli 15-20 neonati l'anno, il fatto che una media di tre casi sono stati denunciati annualmente suggerisce che nella maggior parte dei casi non vi è stata alcuna denuncia. Si configura importante che tutti i casi debbano essere denunciati se il Paese vuole prevenire l'eutanasia incontrollata e ingiustificata e se si deve dibattere il tema

pubblicamente e quindi formulare norme riguardanti l'eutanasia neonatale. Con questo obiettivo, è stato formulato un protocollo nel 2002, con la stretta collaborazione di un procuratore distrettuale. Cinque obblighi devono essere rispettati dai medici; altri criteri sono di supporto, al fine di rendere più chiara la decisione e facilitare la valutazione (vedi Tabella 2). Anche seguendo il protocollo, non è scontato che il procuratore decida di non procedere con l'accusa. Da quando è stato adottato questo protocollo, il gruppo di lavoro ha denunciato quattro casi in cui sono state attuate deliberatamente procedure di fine vita per neonati. In nessun caso è stato istituito un procedimento legale. Il dilemma sulle decisioni di fine vita per i neonati con una qualità della vita molto bassa e presumibilmente con insopportabile sofferenza e senza alcuna speranza di miglioramento è condiviso da tutti i medici del mondo. In Olanda, la denuncia obbligatoria con l'aiuto di un protocollo e successivi riesami dell'eutanasia infantile, ci aiuta a chiarire il processo decisionale. Questo approccio è adatto alla cultura legale e sociale di molti società, ma non è chiaro fino a che punto sia trasferibile in altri Paesi.

### **Tavola 1**

Parametri usati per supportare la decisione di fine vita per i neonati in 22 casi:

- Considerazioni , numero di casi (%).
- Qualità estremamente bassa della vita (sofferenza) - 22 (100).
- in termini di disabilità motoria, dolore, disagio, cattiva prognosi, e mancanza di speranza - 22 (100).
- Previsione di non autosufficienza - 22 (100).
- Previsione di incapacità di comunicare - 18 (82).
- Previsione di dipendenza ospedaliera - 17 (77).
- Previsione di una vita lunga - 13 (59).
- Il peso di altre considerazioni è maggiore quando si prevede una lunga vita per un paziente che sta soffrendo.

### **Tavola 2**

Requisiti che devono esser soddisfatti:

- La diagnosi e la prognosi devono essere certe.
- Si deve essere in presenza di sofferenza insopportabile e disperata.
- La diagnosi, la prognosi, e la sofferenza insopportabile devono essere confermate da almeno un medico indipendente.

- Entrambi i genitori devono fornire il loro consenso informato.
- La procedura deve essere eseguita secondo gli standard accettati dalla professione medica.
- Informazione necessaria per supportare e chiarificare la decisione sull'eutanasia
- Diagnosi e prognosi.
- Descrivere tutti i dati medici rilevanti ed i risultati delle indagini diagnostiche su cui è basata la diagnosi.
- Elencare tutti coloro che hanno partecipato al processo decisionale, tutte le opinioni espresse, ed il consenso raggiunto.
- Descrivere come si è giunti alla prognosi a lungo termine sulla salute.
- Descrivere come sono stati valutati il grado di sofferenza e la speranza di vita
- Descrivere la disponibilità di trattamenti alternativi, metodi alternativi per alleviare il dolore, o tutti e due.
- Descrivere i trattamenti ed i risultati dei trattamenti che hanno preceduto la decisione sull'eutanasia.

#### Decisione sull'eutanasia:

- Descrivere chi ha per primo cominciato una discussione sulla possibilità di eutanasia e in quale momento.
- Elencare le considerazioni che hanno portato alla decisione.
- Elencare tutti i partecipanti al processo decisionale, tutte le opinioni espresse, ed il consenso raggiunto.
- Descrivere il modo in cui i genitori sono stati informati e le loro opinioni.

#### Consultazione.

- Descrivere il medico o i medici che hanno fornito una seconda opinione (nome e specializzazione).
- Elencare i risultati delle visite e le raccomandazioni fatte dai medici o specialisti.

#### Attuazione

- Descrivere la effettiva procedura eutanasica (ora, luogo, partecipanti, e somministrazione di farmaci).
- Descrivere le ragioni per le quali si è scelto quel metodo per l'eutanasia.

#### Dopo il decesso

- Descrivere la valutazione del medico legale.
- Descrivere come l'eutanasia è stata riportata al procuratore.
- Descrivere come i genitori vengono seguiti ed assistiti.



- Descrivere il piano di revisione, come il riesame del caso, l'esame post - mortem, e perizia genetica.

Termino con una citazione di papa Francesco, del 6 luglio 2019 in occasione di una sua visita all'Ospedale Gerolamo Gaslini di Genova:

«Nella mia visita a Genova non poteva mancare una tappa in questo Ospedale dove si curano i bambini. Perché la sofferenza dei bambini è certamente la più dura da accettare; e allora il Signore mi chiama a stare, anche se brevemente, vicino a questi bambini e ragazzi e ai loro familiari. Tante volte faccio e rifaccio la domanda: perché soffrono i bambini? Non trovo spiegazione, solo guardo il Crocifisso e mi fermo lì. Chi serve i malati con amore serve Gesù che ci apre il Regno dei cieli»

---

(1) La spina bifida è una malformazione congenita provocata da un difetto nello sviluppo della colonna vertebrale e del midollo spinale durante la vita embrionale. Provoca un'incompleta chiusura della colonna vertebrale.

(2) La trisomia 18 è causata da una copia supplementare del cromosoma 18.

- Tipicamente i neonati sono piccoli e presentano molte anomalie fisiche e problemi agli organi interni.
- Per confermare la diagnosi si possono eseguire vari esami prima o dopo la nascita.
- Non esistono trattamenti per la trisomia 18.

---

## **8.9 Legittimazione morale e possibile legalizzazione giuridica del suicidio assistito.**

«Da un punto di vista personale, mi sono sempre dichiarato favorevole alla liceità morale e alla possibilità di legalizzazione giuridica del suicidio assistito in casi eccezionali, cioè ben specifici e circoscritti, come per esempio alcune particolari condizioni di malattia. Naturalmente quali siano queste condizioni è qualcosa che deve decidere la politica. Ritengo comunque che la richiesta di essere aiutati a morire e l'accettazione di tale richiesta, in certi casi, possano essere giustificati moralmente e dovrebbero essere giuridicamente possibili».

Questo è quanto (1) Luca Savarino, coordinatore della Commissione bioetica delle chiese metodiste, battiste e valdesi in Italia e membro del Comitato nazionale di bioetica, ha dichiarato all'Agenzia NEV/[Riforma.it](http://Riforma.it) il 27 settembre 2019, a proposito della sentenza della Corte costituzionale federale di *Karlsruhe*, in Germania, che ha dichiarato incostituzionale un articolo di legge che proibisce il suicidio medicalmente assistito, presente in una norma approvata dal parlamento tedesco nel novembre 2015. Secondo

questo articolo l'assistenza organizzata al suicidio, era passibile di una pena fino a tre anni. La sentenza della Corte di *Karlsruhe* sostiene che ogni persona avrebbe il diritto di scegliere la propria morte e che questo diritto includerebbe la libertà di togliersi la vita e di richiedere assistenza a che ciò avvenga. Afferma inoltre che il diritto a scegliere la propria morte non dovrebbe essere limitato a certe fasi della vita e a particolari condizioni di malattia. Le indicazioni della Corte non sono vincolanti ma definiscono un quadro che offre al legislatore e quindi alla politica, un ventaglio di possibilità ampio per concepire una norma che sia compatibile sia con i principi enunciati sia con l'ordinamento vigente.

«Non intendo entrare nel merito della legittimità di una corte di giustizia tedesca, ha detto Luca Savarino, perché non ho una competenza specifica sul piano giuridico; la mia opinione quindi è di tipo etico e politico».

Ed è proprio da questo punto di vista che il coordinatore della Commissione bioetica delle chiese metodiste, battiste e valdesi in Italia si pronuncia a proposito della sentenza trovando fondate le preoccupazioni espresse dalla chiesa evangelica tedesca e dalla conferenza episcopale cattolica tedesca.

«Suscita in me perplessità l'idea secondo cui il suicidio medicalmente assistito dovrebbe essere una possibilità accessibile a tutti in base al diritto di poter decidere il modo e il momento della propria morte in corrispondenza alla propria idea della dignità umana, ha dichiarato Savarino. Questo tipo di posizione che fa leva su una sorta di assolutizzazione dell'autonomia individuale, a mio parere è pericolosa e non sostenibile perché esistono situazioni in cui l'autonomia individuale sembrerebbe essere presente ma nei fatti non è tale. Condivido l'idea espressa nel comunicato congiunto delle chiese secondo cui questo tipo di impostazione etico giuridica comporterebbe il rischio di una pressione eccessiva su categorie fragili di persone anziane o malate, o su categorie deboli della popolazione come coloro che sono svantaggiati economicamente, inducendo queste persone a mettere in atto delle scelte apparentemente autonome ma in realtà contingenti perché pesantemente condizionate dal contesto sociale in cui si trovano a vivere».

---

(1) Luca Savarino è coordinatore della Commissione Bioetica delle chiese battiste, metodiste e valdesi, nonché componente del Comitato nazionale per la Bioetica, sulla sentenza della Corte costituzionale.

---

## **9. Bilancia, diorama del pensiero, punta dell'iceberg: suggerimenti su cui riflettere.**

“L'eutanasia”, la “dolce morte”, la morte medicalmente assistita costituiscono un insieme di argomenti largamente dibattuti e in qualche modo, al centro di forti e insidiose polemiche che si animano di morale, etica, deontologia. Un coacervo disomogeneo di passioni unite a sensazioni, più che ad esperienze dirette e continuate. Spesso credo, ed è solo la modesta sensazione raccolta in diversi anni come operatore tecnico e come volontario estero anche in paesi toccati dalle guerre, che nel fervore e nella grande mole di informazioni dirette ed indirette forse troppo tecniche, difficili da decodificare, si cada nel disdicevole trabocchetto del togliere voce ai diretti interessati. Chi sono questi ultimi? Sono gli ammalati terminali, coloro toccati dall'AIDS o i troppi che riposano, da anni ormai, nel tragico sonno del coma. Penso spesso ad esseri umani che vedono cambiare, in seguito ad incidenti, il loro destino pieno di aspettative in una lunga, straziante agonia quando, ridotti a fagotti maleodoranti ma lucidi mentalmente, vivono il dramma della latente perdita di dignità. Un dramma, oltre che fisico, psicologico fatto di memoria, di ricordi e della consapevolezza che il passato non torna e lo stato di salute che vivono si configura come irreversibile. Percepisco il loro bisogno di autodeterminazione essendo prigionieri e ostaggi del male, del proprio corpo morente, nonché del dolore fisico che li tormenta e brucia, nella vana ricerca della morte come fine della sofferenza. Vorrei, a questo punto, rendere il lettore partecipe di un mio personale sentimento. Nel dover discernere circa le problematiche della eutanasia, del suicidio assistito, della morte medicalmente assistita o della scelta di cure palliative per il malato sofferente, fragile e vulnerabile, mi viene spontaneo pensare ad una bilancia la cui tara possa riferirsi alla integrazione in risposta a due quesiti specifici: Quanto credi nelle Sacre Scritture? Quanto credi nell'essere umano? Come detto, la negazione, l'interazione, la complementarietà, l'integrazione si configurano come variabili di approccio costante al problema. Di tara parliamo perché il bisogno di risposta deve essere al netto di qualsiasi pregiudizio di forma, sostanza o contenuto. La cernita parte da qui! Poi sui piatti, in equilibrio o meno, della bilancia vanno depositate le tesi, le emozioni, gli assunti pro e contro le pratiche eutanasiche. Riusciremo, a quel punto, a dare a noi stessi e agli altri, utilizzando questa procedura, una risposta oggettiva? Francamente penso di no! Ma aggiungo che, in campo spirituale, detta risposta non rivesta discriminazione di assunzione di responsabilità, perché il cristiano pensa in conformità al suo credo e in base ad una “ispirazione finale” divina che personalmente ritengo come un dolce controllo sul nostro operato, da parte di Dio. Rimane il fatto che grazie a questo dare peso e misura agli indizi e agli assunti sviluppati, si possa contribuire al formarsi di una

opinione sul tema dell'eutanasia, del suicidio assistito e della morte medicalmente assistita. Se posso dire, parlando a titolo personale in qualità di essere umano e senza volerlo fare per altri se non per me stesso, mi piace pensare che un giorno non lontano, chi deve giudicare possa farlo al di fuori delle mere questioni etico-morali- (1) religiose (ambito peraltro, quello afferente alla religione, di cui la Bibbia non parla affatto), perché esse appartengono spesso a precetti di uomini e non ubbidiscono alle reali "istruzioni" di Dio. Mi rendo conto di esprimere un concetto discutibile e argomentabile quale è quello che si basa sull'affermare il predominio dello Spirito e della Sua ispirazione su tutte le vertenze e i bisogni dei malati. Credo che sia giusto ad un certo punto ritrarsi, lasciando spazio di scelta ai sofferenti e concedendo loro, quando possibile, di percorrere serenamente il sentiero verso l'ultimo confine terreno raggiungibile. Desiderare che possano farlo anche se non con il cammino, pratica che il corpo forse non riesce più a concedere loro, ma lasciando posto alla mente, vivificata nello Spirito e nella volontà di Dio. Lui solo può e deve decidere, utilizzando da tramite Gesù, per ricadere infine su di noi, quali figli Suoi, affinché diveniamo "strumento ubbidiente" e di "umana compassione" nella succedanea operazione pragmatica. In Lui quindi, realizzeremo se vivere oltre i confini del dolore o addormentarci dolcemente per scelta, quando si è pronti e consci che comunque non ci sarà più un domani. Sarà il nostro cuore a dircelo, lo sentiremo come una sorta di Parola, inespressa ma cogente. Nel considerare il pensiero del malato terminale, vulnerabile e fragile sia nel corpo che nella mente, dovremmo tener presente anche quello che sento di poter definire come il (2) "diorama del pensiero", purtroppo in questo caso destinato a divenire il "diorama del pensiero eutanasiaco". Non è un pensiero presente solo nella mente dei malati terminali ma anche attivo in noi tutti in quanto esseri umani. Questo "diorama", per me rappresenta il "panorama" della nostra vita e a scalare, una vetrina mnemonica, emblematica ed "evidenziata" del nostro pensiero variabile e mutevole in una sorta di illusione prospettiva dei nostri sentimenti. Questi si dipanano minuto per minuto, in "ricaduta continua" di fronte a sentimenti, vicende umane, sofferenze personali o condivise, comportamenti empatici e solari oppure cupi e drammatici. Così nel malato senza speranza, ogni cambiamento diviene tassello nell'arredamento del "diorama" ma mentre per coloro che non vivono in malattia questa esperienza impietosa può divenire prospettiva di vita, per il paziente, soggetto protagonista della vicenda patologica, diviene una alterata prospettiva di morte. Una specie di realtà virtuale aumentata! Su questo punto val la pena riflettere. Ogni accadimento, sensazione, sogno, incubo o piacere, diviene deframmentazione del pensiero destinata ad allocarsi in un proprio spazio determinato della mente e destinato a non scomparire mai divenendo personale esperienza. Mi piace pensare anche ad un altro motivo di possibile perdono da parte di Dio, tramite Gesù nostro

Signore e mediatore, in quello che considero come il limite ultimo della conoscenza, non terrena, ma universale. A Dio piacendo, credo che la Sua grandezza reale sia per noi esseri umani, impossibile da immaginare. Leggiamo in 1Gv 3:20 (NR): “Se il nostro cuore ci condanna, Dio è più grande del nostro cuore e conosce ogni cosa”. Se poi consideriamo che il cuore è nella Bibbia la sede dei pensieri e della mente, vuol dire Dio sa andare molto al di là di ciò che elaboriamo interiormente. Fino a qui, nulla di nuovo! Ma se noi riuscissimo a concentrarci fortemente nel mettere insieme concetti di ogni tipo legati all’immensità del Creatore in connubio con valutazioni oggettive dell’estensione verso territori inesplorati che Lui ha già riempito con la soluzione di ogni nostra necessità e interpretazione puntuale del termine infinito, allora davvero avremmo la giusta percezione dell’illimitato potere di Dio. Di tutto questo noi abbiamo contezza solo della proverbiale “punta dell’iceberg”, l’unica conoscenza in grado di non travolgerci mutando la storia della vicenda umana così come la conosciamo. L’assunto finale su cui voglio esprimermi è questo: noi abbiamo una visione rivelata di Dio del tutto parziale. Impazziremmo se volessimo percepirla e capirla in toto, talmente credo sia maestosa e sorprendente in positivo e in termini di amore divino. La parte dell’iceberg sommersa rimarrà per noi misteriosa e insondabile fino al tempo in cui Dio deciderà di svelarla. Quello che noi conosciamo di Dio, un frammento se pur importante dell’universo divino, viene dagli umani vissuto secondo regole stringenti, alle quali Dio ha deciso di assoggettarci perché, come riportano le Scritture, l’uomo è decaduto e vive nel peccato. Dio conosce e ama i suoi figli ma li ritiene ancora troppo giovani e immaturi per prendere coscienza di alcune peculiarità della prossima Rivelazione e di quanto immensa e infinita essa sia. Non siamo pronti! In questa immensità, io ci vedo una opportunità “estensiva” del perdono di Dio, secondo precetti sublimi e canoni che per ora Lui solo può conoscere e applicare. A noi, rimane la speranza e la potenzialità di questo perdono, come scoglio a cui stringerci al fine di salvarci dalla furiosa tempesta che imperversa nel dolore e nel dramma delle nostre esistenze.

---

(1) Fonte: [www.biblistica.it](http://www.biblistica.it) .Nella Bibbia la parola “*religione*” non esiste neppure. Nell’ebraico moderno per “*religione*” si hanno due parole. La più usata è דת (*dat*), che significa “religione, legge, regola, culto”. Nella Bibbia compare 20 volte nel libro di Ester .La seconda parola nell’ebraico moderno per “religione” è אמונה (*emunàh*), che significa “*fede*”. Nella Bibbia questa parola compare diverse volte e ha il senso di “*fermezza*”.

(2) Diorama: Insieme di vedute dipinte che, per effetto di prospettiva e giochi di luce, danno allo spettatore l’illusione di un panorama naturale nelle varie ore del giorno. Vetrine nella quale elementi appartenenti al regno vegetale o al regno animale sono presentati in una ricostruzione dell’ambiente naturale.

---

## 9.1 Investighiamo il concetto di morte!

Il titolo di questo sottocapitolo può apparire provocatorio ma si configura assolutamente necessario per definire l'aspetto finale delle procedure di eutanasia, spesso derubricato a semplice effetto collaterale: l'istante ultimo del trapasso dalla vita alla morte! Vi sono alcune domande ancora a cui è giusto cercare di rispondere e sono: Come vediamo noi la morte? Come la vede il malato terminale vulnerabile e sofferente? Come la vede la Sacra Scrittura? Il tema è "spinoso" e assume una sua dimensione nel "razionale" che comprende la spiritualità dell'individuo e il "grado" di lucida riflessione che riesce a conservare nel corso dell'ultimo tratto di vita, durante il quale deve, se è possibile, rendere concreta la propria volontà di accedere o di non avvalersi dei diversi momenti di "realizzazione" della propria morte. Il decesso e la morte appartengono all'esistenza di noi esseri umani. Ma già nell'Antico Testamento si trova la speranza che Dio possa richiamarci a nuova vita. La Resurrezione di Gesù dai morti rimane alla base della nostra speranza di venire a nostra volta risvegliati e di essere riuniti a lui in eterna comunione. Che noi esseri umani dobbiamo morire è una delle constatazioni basilari dell'antropologia biblica (Salmi 90: 5-6). Può essere riconoscente chi, come Abramo, muore "vecchio e sazio di vita". Spesse volte però la morte giunge prima del "suo tempo definito", causando la fine precoce di bambini che invece avrebbero avuto una aspettativa di vita importante, imbastendo guerre che annientano vite non ancora pienamente vissute, generando malattie e fame che mietono vittime fra il nostro prossimo. La morte rappresenta quindi, secondo la Bibbia, l'interruzione di tutte le "relazioni", sia con gli altri esseri umani che, a volte, con Dio stesso. Il "peccato", inteso come distacco egoistico da Dio e dal nostro prossimo, conduce pertanto alla perdita della vita (Romani 6:23). Poiché Dio è giusto, ci sarà nel tempo un Giudizio dei vivi e dei morti (2 Corinzi 5:10). Dio allora subentrerà e ricomporrà tutto quello che nel mondo era andato fuori registro. Per tutti il Giudizio Universale sarà il riferimento di fronte al quale dovranno rispondere delle loro azioni. Il metro di valutazione, il vero e proprio Giudizio sulle loro azioni sarà l'amore con il quale essi si rapportheranno con i più deboli nell'ambito della società umana (Matteo 25: 31-46). Che Cristo, nel Giudizio, sarà ovviamente **non solo giudice ma soprattutto nostro intercessore e salvatore**, viene sottolineato in particolare dall'Apostolo Paolo in Romani 8:31-34 (NR):

"Che diremo dunque riguardo a queste cose? Se Dio è per noi chi sarà contro di noi? Colui che non ha risparmiato il proprio Figlio, ma lo ha dato per noi tutti, non ci donerà forse anche tutte le cose con lui? Chi accuserà gli eletti di Dio? Dio è colui che li giustifica. Chi li

condannerà? Cristo Gesù è colui che è morto e, ancor più, è risuscitato, è alla destra di Dio e anche intercede per noi”.

Sempre in Romani 14:8 (NR) leggiamo:

“Gesù le disse: «Io sono la risurrezione e la vita; chi crede in me, anche se muore, vivrà; chiunque vive e crede in me, non morrà in eterno. Credi tu questo?». Perché se noi viviamo, viviamo per il Signore, se noi moriamo, moriamo per il Signore. Sia che viviamo, sia che moriamo, siamo dunque del Signore”.

“Perché il Signore stesso, a un ordine, alla voce dell'arcangelo e al suono della tromba di Dio, discenderà dal cielo. E prima risorgeranno i morti in Cristo; quindi noi, i vivi, i superstiti, saremo rapiti insieme con loro tra le nuvole, per andare incontro al Signore nell'aria, e così saremo sempre con il Signore” (1 Tessalonesi 4:16-17, NR).

“Per me infatti il vivere è Cristo e il morire un guadagno” (Filippesi 1:21, NR).

“Certa è quest'affermazione: se siamo morti con lui, con lui anche vivremo; se abbiamo costanza, con lui anche regneremo; se lo rinnegheremo anch'egli ci rinnegherà; se siamo infedeli, egli rimane fedele, perché non può rinnegare se stesso (2 Timoteo 2:11, NR).

Ora, a stento si trova chi sia disposto a morire per un giusto; forse ci può essere chi ha il coraggio di morire per una persona dabbene. Ma Dio dimostra il suo amore verso di noi perché, mentre eravamo ancora peccatori, Cristo è morto per noi (Romani 5:7-8, NR).

Questo per ciò che afferisce alle Sacre Scritture. Il paziente terminale credo consideri, nel momento di una richiesta di eutanasia, questo ultimo istante con trepidazione e paura. Nessuno desidera morire accorgendosi di farlo e decisamente nessuno è intenzionato a soffrire in quell'ultimo afflato di vita. Uno dei due Comandamenti espressi in risposta alla domanda sul come comportarci nella vita, dichiara di offrire ai nostri simili, al prossimo quindi, un trattamento uguale a quello che vorremmo fosse fatto a noi. Noi che assistiamo dall'esterno alla procedura di eutanasia, dovremmo accorgerci di come sia diverso il nostro percepire la morte in confronto a colui che ha deciso di incontrarla. In questo mi piace pensare che la formula più indolore e veloce sia anche quella che più ci avvicina a Dio ma, temo, non al Suo perdono. Come abbiamo visto nel corso di questo studio, potenzialmente il perdono di Dio arriverà quando il tempo sarà giunto e la Sua compassione si trasformerà in lacrime per quell'uomo, o donna, di cui Lui porta tatuato il nome sul cuore. Per cancellarlo, Dio dovrebbe morire e noi sappiamo che questo è impossibile!

## 9.2 Quali e quante informazioni abbiamo ottenuto con questa ricerca?

I progressi della medicina hanno permesso di fare cose impensabili fino a pochi anni fa. Questo sviluppo ha presentato importanti vantaggi per le società in termini di salute pubblica. Tuttavia, ha anche portato con sé un allungamento della vita e della sofferenza nelle persone la cui condizione è irreversibile. Abbiamo detto quanto questo si riflette nelle condizioni inenarrabili in cui vivono questi pazienti. La sofferenza di queste persone è una realtà. Nel mondo, migliaia di persone si suicidano ogni anno a causa di una malattia terminale. Motivo per cui questo ha determinato il diritto a una morte dignitosa (che è incarnata attraverso eutanasia e suicidio medicalmente assistito) quale soluzione a questo problema. Il nostro ordinamento penale prevede l'ipotesi in cui venga commesso un omicidio nei confronti di un soggetto che abbia manifestato la volontà di voler essere ucciso, si tratta del caso del cosiddetto "omicidio del consenziente". Siffatta previsione è disciplinata dall'[art. 579 del codice penale](#). Non esistendo, ad oggi, una specifica normativa relativa alla eutanasia, spesso quest'ultimo istituto viene equiparato a quello dell'omicidio del consenziente. È stato anche dimostrato che il diritto a una morte dignitosa è implicito, quindi lo Stato ha obbligo di affrontare questa realtà garantendo il diritto fondamentale alla vita attraverso l'esercizio del diritto ad una morte degna. Dopo aver studiato i concetti di vita umana, dignità e qualità della vita che hanno permesso di comprendere l'intera persona, avendo sviluppato i diritti fondamentali per il riconoscimento della dignità nel processo di morte e la comprensione della sofferenza di malati terminali, risulta necessario riflettere circa un approccio alle procedure per l'esercizio della morte con dignità. L'eutanasia è una questione controversa, lo abbiamo detto, ma non ci risparmiamo di ricordarlo, è anche il contenuto principale di un intenso dibattito legale, religioso, bioetico, medico, che ha generato molteplici "detrattori" con altrettanti "difensori". L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia ad operare un «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. 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.

### **9.3 Ultimi accenni sulle cure palliative.**

Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate. C'è chi considera che il loro riconoscimento offre alla persona la libertà di decidere sulla fine della sua vita e di conseguenza della quota di dignità da reclamare in ordine alla sua morte. Tuttavia, la posizione antagonista sta nell'idea che nessuna persona ha il diritto di togliere la vita, sia essa la propria o quella di un'altra persona. Finora sono stati individuati tre elementi. Il primo si riferisce all'intenzionalità, rappresentata dall'azione del professionista a sua volta seguita dall'organizzazione sanitaria che tende a porre fine alla vita del paziente. Il secondo, verte sulla richiesta del paziente, ed è la giustificazione morale per portare a termine l'azione. Il terzo, coinvolge il medico che è il professionista qualificato a mettere in atto le sue azioni con tale obiettivo. Quando una persona, specialmente un membro della famiglia o un caro amico sta soffrendo per via di un dolore estremo, di una degenerazione mentale o di un'altra condizione avversa, il nostro istinto è quello di aiutarlo/a in ogni modo possibile. A volte, nel dottore o nel paziente, questo desiderio di alleviare il dolore può diventare tanto forte da superare l'istinto più profondo di conservazione della vita e della sopravvivenza. Questa battaglia tra il desiderio di terminare la sofferenza ed il desiderio di prostrarla, non è nuova nell'umanità. Abbiamo già parlato di una delle prime storie della Bibbia dove si parla del desiderio di Giobbe di morire di fronte alla sua sofferenza. Giobbe si lamenta, chiedendo a Dio persino di ucciderlo, piuttosto che permettere al suo dolore emotivo, fisico e spirituale di continuare ad esistere. (Giobbe 6:8-11, NR). In particolare, Giobbe dichiara:

“Oh, mi avvenisse pure quel che chiedo, e mi desse Dio quel che spero! Volesse pure Dio schiacciarmi, stendere la mano e tagliare il filo dei miei giorni! Sarebbe questo un conforto per me, esulterei nei dolori che egli non mi risparmia; poiché non ho rinnegato le parole del Santo. Che è mai la mia forza perché io spero ancora? Che fine mi aspetta perché io sia paziente?”

E in Giobbe 7:15-16 (NR):

“Io preferisco soffocare, a queste mie ossa preferisco la morte. Io mi sto consumando; non vivrò sempre; ti prego, lasciami stare; i giorni miei non sono che un soffio”.

La Bibbia concorda con le emozioni di Giobbe? Certamente riconosce che questi sentimenti esistono. Altri personaggi nella Scrittura hanno, in un momento di disperazione,

chiesto che Dio mettesse fine alla loro vita, inclusi Elia (1 Re 19:4) e indirettamente re Saul che chiese al suo scudiero di ucciderlo ma vedendolo titubante, si getta sulla spada suicidandosi (1Cronache 10:4). La Scrittura non disconosce che l'emozione e persino la logica possano sostenere una pratica simile alla "eutanasia." Tuttavia, non viviamo per emozione o logica bensì per fede. In Romani 1:17 (NR) leggiamo:

“Infatti non mi vergogno del vangelo; perché esso è potenza di Dio per la salvezza di chiunque crede; del Giudeo prima e poi del Greco; poiché in esso la giustizia di Dio è rivelata da fede a fede, com'è scritto: «Il giusto per fede vivrà»”.

Dio ha dei disegni ed una comprensione che non potremo mai afferrare del tutto. Egli è il Datore e il Sostenitore della vita (Neemia 9:6, NR) e non abbiamo il diritto di usurpare la Sua autorità. Quasi alla fine della storia di Giobbe, il suo amico Elihu lo avverte:

"Bada di non volgerti all'iniquità, perché tu hai preferito questa afflizione" (Giobbe 36:21, NR).

Non spetta a noi decidere il momento o il modo in cui morire. L'eutanasia potrebbe esser ritenuta un peccato contro il disegno ed il potere di Dio. **Dietrich Bonhoeffer (bònhöfër)**, (Breslavia 1906 - lager di Flossenbürg 1945) fu un teologo tedesco che aveva sperimentato personalmente la sofferenza. Fu imprigionato ed alla fine giustiziato dal *Terzo Reich*, durante la Seconda Guerra Mondiale. Mentre si trovava in prigione, scrisse nel suo *Ethics*, pubblicato postumo:

“L'azione responsabile, nel rapporto fra obbedienza e libertà, non può che muovere da un fondamento cristologico: la speranza stessa è «resistenza nei confronti dell'apparenza immediata; una resistenza fondata su di una comprensione cristologica della realtà» (pag. 147).

"Il diritto di porre fine ad una vita è riservato a Dio, perché solo Dio conosce l'obiettivo verso il quale essa è diretta. Dio desidera essere il solo a giustificare o respingere una vita”.

## **9.4 Il “libero arbitrio”.**

Il libero arbitrio è una concezione nello stesso tempo laica e cristiana. Laica perché si ispira al concetto di libertà, cristiana perché tutela la dignità dell'uomo, considerandolo Persona e ha fondamento nelle sacre scritture. Secondo questa concezione l'uomo ha la facoltà di scegliere il bene e il male per cui, l'uomo stesso, diventa coprotagonista della sua storia e nello stesso tempo anche della storia degli altri, essendo l'uomo in relazione

con il prossimo in un tessuto sociale nel quale essere si peculiare, ma in rapporto con gli altri, col mondo e con Dio. Una tale impostazione di pensiero, non limita l'onnipotenza di Dio perché allarga l'ambito decisionale dell'uomo rendendolo responsabile delle sue azioni grazie al suo operato. L'uomo è soggetto attivo della sua storia, delle sue vicende e sotto certi aspetti, diventa "padrone" della sua storia e libero di progettare il suo futuro. Il libero arbitrio non è il *deus otiosus* (Il Dio ozioso) di Aristotele che crea l'uomo e lo abbandona a se stesso e al suo destino ma è la massima espressione dell'amore gratuito di Dio. Egli ci ama al punto di rispettare in modo sacrale la nostra scelta. L'uomo è libero anche di rifiutare l'amore di Dio perché Dio lo lascia libero perché lo ama e rispetta la sua decisione. In ultima analisi, Egli vuole che noi liberamente scegliamo la strada del bene e non ci costringe comunque a farlo. Penso sia corretto affermare che se Dio ci costringesse a fare il bene, userebbe violenza e non sarebbe un Dio d'amore. **L'amore si propone, non si impone!**

In Romani 7:14-25 Paolo si esprime così circa le sue decisioni:

"Sappiamo infatti che la legge è spirituale, mentre io sono di carne, venduto come schiavo del peccato. Io non riesco a capire neppure ciò che faccio: infatti non quello che voglio io faccio, ma quello che detesto. Ora, se faccio quello che non voglio, io riconosco che la legge è buona; quindi non sono più io a farlo, ma il peccato che abita in me. Io so infatti che in me, cioè nella mia carne, non abita il bene; c'è in me il desiderio del bene, ma non la capacità di attuarlo; infatti io non compio il bene che voglio, ma il male che non voglio. Ora, se faccio quello che non voglio, non sono più io a farlo, ma il peccato che abita in me. Io trovo dunque in me questa legge: quando voglio fare il bene, il male è accanto a me. Infatti acconsento nel mio intimo alla legge di Dio, ma nelle mie membra vedo un'altra legge, che muove guerra alla legge della mia mente e mi rende schiavo della legge del peccato che è nelle mie membra. Sono uno sventurato! Chi mi libererà da questo corpo votato alla morte? Siano rese grazie a Dio per mezzo di Gesù Cristo nostro Signore! Io dunque, con la mente, servo la legge di Dio, con la carne invece la legge del peccato".

## **9.5 Etica cristiana, considerazioni finali.**

Alcuni possono effettivamente applicare l'etica cristiana alla loro vita quotidiana, altri possono fare a meno di auto o elettricità, preoccupandosi della conservazione di risorse naturali e della originaria purezza del Creato, ma la maggioranza prende la sua direzione morale dalle leggi dello stato, in particolare dal diritto penale e giudiziario. Pochi genitori cercano di dare ai propri figli valori morali superiori e al di là del consenso della loro

società, sia perché loro stessi non li provano come tali o perché si sentono incapaci di trasmetterli. Sperimentiamo una sorta di “schizofrenia” crescente in cui azioni che violano il diritto alla vita sono considerate sbagliate e anche illegali ma che non verranno punite. Dopo qualche tempo, questi stessi atti sono classificati come consentiti, poi incoraggiati e alla fine anche sostenuti finanziariamente dalla comunità. Le politiche di recupero dei tossico-dipendenti, degli alcolisti, perfino di coloro che rischiano la vita ogni giorno sui luoghi di lavoro, sulle strade e all’insegna di sport ardimentosi ed estremi, vengono censiti dalla società civile come adeguati alla modalità di comportamento propria di una era del tutto moderna e diversa dal recente passato. Ma queste persone, poniamoci la domanda, in fondo non rischiano, spesso inconsciamente e in buonissima fede, una sorta di lento e latente suicidio? Viene anche da chiedersi quanto è possibile procrastinare la morte drogandosi o ingerendo quantità esagerate di alcol? Quando in automobile si toccano velocità assurde immolandosi al tempio della fretta, dei tempi di guadagno contingentati, non si pone in essere una inconscia pratica di eutanasia, di sfida alla morte? Il fanatismo sportivo non celebra, in fondo, eroi che tali sono spesso quando perdono la vita, sapendo che facendo una predeterminata azione la reazione conseguente può essere la morte? Forse sono domande “eticamente e politicamente” scorrette ma Dio non credo giudichi in qualità di tifoso, di datore di lavoro, di riabilitatore in campo medico. Infatti mi piace pensare che non ne abbia bisogno alcuno e che il Suo perdono compassionevole, se pur imperscrutabile, sia il nostro tesoro più prezioso e per questo, sempre presente. Se noi prendiamo, ad esempio la legge olandese, essa considera ancora l'omicidio per misericordia in linea di principio sbagliato ma non lo registra né lo penalizza. Decide semplicemente che pazienti o medici hanno il diritto di prendere in mano le cose. La legge tedesca non è tanto diversa nel suo atteggiamento nei confronti dell'omicidio prenatale che, legalmente parlando, equivale a uccidere e moralmente parlando è sbagliato ma che è praticamente mai censurato, tanto che la società spesso lascia il diritto di decidere alla madre. Questa incoerenza ha gravi conseguenze non solo per l'attenuazione di sensibilità morali, ma anche per il nostro sistema di governo per legge. Dovremmo tutti chiederci quale linea di condotta è più dannosa per il riconosciuto diritto all'integrità: l'annuncio aperto, implicito nella liberalizzazione delle leggi contro l'eutanasia, ritenendo gli infermi come esseri non in grado di avere una vita degna di essere vissuta, o il mantenimento di leggi contro il deliberato fine di vita.”

## 9.6 La parola a Piergiorgio Welby.

Vorrei concludere mettendomi decisamente da parte, lasciando spazio alla testimonianza diretta di un uomo che ha trovato il coraggio di lottare e di portare davanti all'opinione pubblica il proprio disagio psicologico e fisico, divenuto dramma, quasi una crocifissione, un patimento a cui solo le macchine ponevano il limite della fine. Nel settembre del 2006, **Piergiorgio Welby**, di cui quest'anno ricorre il 15° anniversario dalla morte, inviò una lettera all'allora presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, invitandolo a riflettere sulla sua situazione e su quella di chi viveva nelle sue stesse condizioni. Ecco la lettera integrale, tratta dal sito della (1) "Associazione Luca Coscioni", che ringrazio anticipatamente per aver diffuso il documento, affinché ci fosse una presa di coscienza ad ampio respiro sul tema dell'eutanasia. Credo sia giusto leggerlo in silenzio, riflettendo sull'eutanasia, il suicidio e il suicidio medicalmente assistito:

«Caro Presidente, scrivo a Lei, e attraverso Lei mi rivolgo anche a quei cittadini che avranno la possibilità di ascoltare queste mie parole, questo mio grido, che non è di disperazione, ma carico di speranza umana e civile per questo nostro Paese. Fino a due mesi e mezzo fa la mia vita era sì segnata da difficoltà non indifferenti, ma almeno per qualche ora del giorno potevo, con l'ausilio del mio computer, scrivere, leggere, fare delle ricerche, incontrare gli amici su internet. Ora sono come sprofondato in un baratro da dove non trovo uscita. La giornata inizia con l'allarme del ventilatore polmonare mentre viene cambiato il filtro umidificatore e il *catheter mounth*, trascorre con il sottofondo della radio, tra frequenti aspirazioni delle secrezioni tracheali, monitoraggio dei parametri ossimetrici, pulizie personali, medicazioni, bevute di *pulmocare*. Una volta mi alzavo al più tardi alle dieci e mi mettevo a scrivere sul *personal computer*. Ora la mia patologia, la distrofia muscolare, si è talmente aggravata da non consentirmi di compiere movimenti, il mio equilibrio fisico è diventato molto precario. A mezzogiorno con l'aiuto di mia moglie e di un assistente mi alzo ma sempre più spesso riesco a malapena a star seduto senza aprire il computer perché sento una stanchezza mortale. Mi costringo sulla sedia per assumere almeno per un'ora una posizione differente di quella supina a letto. Tornato a letto, a volte, mi assopisco ma mi risveglio spaventato, sudato e più stanco di prima. Allora faccio accendere la radio ma la ascolto distrattamente. Non riesco a concentrarmi perché penso sempre a come mettere fine a questa vita. Verso le sei faccio un altro sforzo a mettermi seduto con l'aiuto di mia moglie Mina e mio nipote Simone. Ogni giorno vado peggio, sempre più debole e stanco. Dopo circa un'ora mi accompagnano a letto. Guardo la televisione aspettando che arrivi l'ora della compressa del *Tavor* per addormentarmi e non

sentire più nulla e nella speranza di non svegliarmi la mattina. Io amo la vita, Presidente. **Vita è la donna che ti ama, il vento tra i capelli, il sole sul viso, la passeggiata notturna con un amico. Vita è anche la donna che ti lascia, una giornata di pioggia, l'amico che ti delude.** Io non sono né un malinconico né un maniaco depresso, morire mi fa orrore, purtroppo ciò che mi è rimasto non è più vita è solo un testardo e insensato accanimento nel mantenere attive delle funzioni biologiche. Il mio corpo non è più mio è lì, squadernato davanti a medici, assistenti, parenti. Se fossi svizzero, belga o olandese potrei sottrarmi a questo oltraggio estremo ma sono italiano e qui non c'è pietà. Starà pensando, Presidente, che sto invocando per me una "morte dignitosa". No, non si tratta di questo. E non parlo solo della mia di morte. La morte non può essere "dignitosa"; dignitosa, ovvero decorosa, dovrebbe essere la vita, in special modo quando si va affievolendo a causa della vecchiaia o delle malattie incurabili e inguaribili. La morte è altro. Definire la morte per eutanasia "dignitosa" è un modo di negare la tragicità del morire. È un continuare a muoversi nel solco dell'occultamento o del travisamento della morte che scacciata dalle case, nascosta da un paravento negli ospedali, negletta nella solitudine dei gerontocomi, appare essere ciò che non è. Cos'è la morte? La morte è una condizione indispensabile per la vita. Ha scritto Eschilo: "Ostico, lottare. Sfacelo m'assale, gonfia fiumana. Oceano cieco, pozzo nero di pena m'accerchia senza spiragli. Non esiste approdo". L'approdo esiste, ma l'eutanasia non è "morte dignitosa", ma morte opportuna, nelle parole dell'uomo di fede (2) **Jacques Pohier**. Opportuno è ciò che "spinge verso il porto"; per Plutarco, la morte dei giovani è un naufragio, quella dei vecchi un approdare al porto e Leopardi la definisce il solo "luogo" dove è possibile un riposo, non lieto, ma sicuro. In Italia, l'eutanasia è reato, ma ciò non vuol dire che non "esista": vi sono richieste di eutanasia che non vengono accolte per il timore dei medici di essere sottoposti a giudizio penale e viceversa, possono venir praticati atti eutanasi senza il consenso informato di pazienti coscienti. Per esaudire la richiesta di eutanasia, alcuni paesi europei, Olanda, Belgio, hanno introdotto delle procedure che consentono al paziente "terminale" che ne faccia richiesta di programmare con il medico il percorso di "approdo" alla morte opportuna. Una legge sull'eutanasia non è più la richiesta incomprensibile di pochi eccentrici. Anche in Italia, i disegni di legge depositati nella scorsa legislatura erano già quattro o cinque. L'associazione degli anestesisti, pur con molta cautela, ha chiesto una legge più chiara; il recente pronunciamento dello scaduto (e non ancora rinnovato) Comitato Nazionale per la bioetica sulle Direttive Anticipate di Trattamento ha messo in luce l'impossibilità di escludere ogni eventualità eutanasi nel caso in cui il medico si attenga alle disposizioni anticipate redatte dai pazienti. Anche nella diga opposta dalla Chiesa si stanno aprendo alcune falle che, pur restando nell'alveo della tradizione,

permettono di intervenire pesantemente con le cure palliative e di non intervenire con terapie sproporzionate che non portino benefici concreti al paziente. L'opinione pubblica è sempre più cosciente dei rischi insiti nel lasciare al medico ogni decisione sulle terapie da praticare. Molti hanno assistito un familiare, un amico o un congiunto durante una malattia incurabile e altamente invalidante ed hanno maturato la decisione di, se fosse capitato a loro, non percorrere fino in fondo la stessa strada. Altri hanno assistito alla tragedia di una persona in stato vegetativo persistente. Quando affrontiamo le tematiche legate al termine della vita, non ci si trova in presenza di uno scontro tra chi è a favore della vita e chi è a favore della morte: tutti i malati vogliono guarire, non morire. Chi condivide, con amore, il percorso obbligato che la malattia impone alla persona amata, desidera la sua guarigione. I medici, resi impotenti da patologie finora inguaribili, sperano nel miracolo laico della ricerca scientifica. Tra desideri e speranze, il tempo scorre inesorabile e, con il passare del tempo, le speranze si affievoliscono e il desiderio di guarigione diventa desiderio di abbreviare un percorso di disperazione, prima che arrivi a quel termine naturale che le tecniche di rianimazione e i macchinari che supportano o simulano le funzioni vitali riescono a spostare sempre più in avanti nel tempo. Per il modo in cui le nostre possibilità tecniche ci mantengono in vita, verrà un giorno che dai centri di rianimazione usciranno schiere di morti-viventi che finiranno a vegetare per anni. Noi tutti probabilmente dobbiamo continuamente imparare che morire è anche un processo di apprendimento, e non è solo il cadere in uno stato di incoscienza. Sua Santità, Benedetto XVI, ha detto che "di fronte alla pretesa, che spesso affiora, di eliminare la sofferenza, ricorrendo perfino all'eutanasia, occorre ribadire la dignità inviolabile della vita umana, dal concepimento al suo termine naturale". Ma che cosa c'è di "naturale" in una sala di rianimazione? Che cosa c'è di naturale in un buco nella pancia e in una pompa che la riempie di grassi e proteine? Che cosa c'è di naturale in uno squarcio nella trachea e in una pompa che soffia l'aria nei polmoni? Che cosa c'è di naturale in un corpo tenuto biologicamente in funzione con l'ausilio di respiratori artificiali, alimentazione artificiale, idratazione artificiale, svuotamento intestinale artificiale, morte-artificialmente-rimandata? Io credo che si possa, per ragioni di fede o di potere, giocare con le parole, ma non credo che per le stesse ragioni si possa "giocare" con la vita e il dolore altrui. Quando un malato terminale decide di rinunciare agli affetti, ai ricordi, alle amicizie, alla vita e chiede di mettere fine ad una sopravvivenza crudelmente "biologica", io credo che questa sua volontà debba essere rispettata ed accolta con quella *pietas* che rappresenta la forza e la coerenza del pensiero laico. Sono consapevole, Signor Presidente, di averle parlato anche, attraverso il mio corpo malato, di politica, e di obiettivi necessariamente affidati al libero dibattito parlamentare e non certo a un Suo intervento o pronunciamento nel merito.

Quello che però mi permetto di raccomandarle è la difesa del diritto di ciascuno e di tutti i cittadini di conoscere le proposte, le ragioni, le storie, le volontà e le vite che, come la mia, sono investite da questo confronto. Il sogno di Luca Coscioni era quello di liberare la ricerca e dar voce, in tutti i sensi, ai malati. Il suo sogno è stato interrotto e solo dopo che è stato interrotto è stato conosciuto. Ora siamo noi a dover sognare anche per lui. Il mio sogno, anche come co-Presidente dell'Associazione che porta il nome di Luca, la mia volontà, la mia richiesta, che voglio porre in ogni sede, a partire da quelle politiche e giudiziarie è oggi nella mia mente più chiaro e preciso che mai: poter ottenere l'eutanasia. Vorrei che anche ai cittadini italiani sia data la stessa opportunità che è concessa ai cittadini svizzeri, belgi, olandesi».

Piergiorgio Welby

---

(1) *L'Associazione Luca Coscioni* è una associazione no profit di promozione sociale. Tra le sue priorità vi sono l'affermazione delle libertà civili e i diritti umani, in particolare quello alla scienza, l'assistenza personale autogestita, l'abbattimento della barriere architettoniche, le scelte sul come porre termine alla vita, la legalizzazione dell'eutanasia, l'accesso ai cannabinoidi medici e il monitoraggio mondiale di leggi e politiche in materia di scienza e auto-determinazione.

(2) Jacques Pohier (23 agosto 1926) teologo e scrittore è l'autore della *"Morte opportuna"*.

---

## Epilogo.

Il dottor Mario Riccio, anestesista che si occupò di somministrare i sedativi, ha confermato, durante una conferenza stampa tenutasi il giorno successivo la morte di Welby, di averlo aiutato a morire alla presenza della moglie Mina, della sorella Carla e dei compagni radicali dell'*Associazione Luca Coscioni*: Marco Pannella, Marco Cappato e Rita Bernardini. Il **1° febbraio 2007**, l'Ordine dei medici di Cremona ha riconosciuto che il dottor Mario Riccio ha agito nella piena legittimità del comportamento etico e professionale, chiudendo la procedura aperta nei suoi confronti. **L'8 giugno 2007** il giudice per le indagini preliminari ha comunque imposto al pubblico ministero l'imputazione del medico per omicidio del consenziente, respingendo la richiesta di archiviazione del caso ma il **23 luglio 2007** il GUP di Roma, Zaira Secchi, lo ha **definitivamente prosciolto ordinando il non luogo a procedere perché il fatto non costituisce reato.**



## 10. Linkografia.

<https://www.who.int/ethics/publications/ethical-framework-for-health-ageing/en/>

<http://assets.comitedebioetica.es/files/documentacion/Informe%20CBE-%20Priorizacion%20de%20recursos%20sanitarios-coronavirus%20CBE.pdf>

<https://rm.coe.int/inf-2020-2-statement-covid19-e/16809e2785>

[https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis\\_106.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_106.pdf)

[https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/reponse\\_ccne\\_-\\_covid-19\\_def.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/reponse_ccne_-_covid-19_def.pdf)

<https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Ad-hoc-Empfehlungen/deutsch/ad-hoc-empfehlung-corona-krise.pdf>

<https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/covid-19/1549-entscheidungen-ueber-die-zuteilung-intensivmedizinischer-ressourcen-im-kontext-der-covid-19-pandemie-klinisch-ethische-empfehlungen/file>

[http://bioetica.governo.it/media/3997/p136\\_2020\\_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carezza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf](http://bioetica.governo.it/media/3997/p136_2020_covid-19-la-decisione-clinica-in-condizioni-di-carezza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica.pdf)

[https://dev.bydas.com/cnecv2/files/1587396084\\_1586006035\\_posi%C3%A7%C3%A3o%20cnecv%20covid19\\_03\\_abril\\_2020.pdf](https://dev.bydas.com/cnecv2/files/1587396084_1586006035_posi%C3%A7%C3%A3o%20cnecv%20covid19_03_abril_2020.pdf)

<https://www.thehastingscenter.org/wp-content/uploads/HastingsCenterCovidFramework2020.pdf>

[https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/fichier\\_communiqués\\_presse/bulletin\\_de\\_veille\\_ethique\\_codid\\_19\\_ccne\\_23\\_mars\\_2020.pdf](https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/fichier_communiqués_presse/bulletin_de_veille_ethique_codid_19_ccne_23_mars_2020.pdf)

<https://www.bundeskanzleramt.gv.at/themen/bioethikkommission/publikationen-bioethik.html>

[https://www.oegari.at/web\\_files/cms\\_daten/gari\\_sop\\_triage\\_covid-19\\_arge\\_ethik\\_final\\_26.3.2020.pdf](https://www.oegari.at/web_files/cms_daten/gari_sop_triage_covid-19_arge_ethik_final_26.3.2020.pdf)

<https://www.assm.ch/fr/Ethique/Apercu-des-themes/Medecine-intensive.html>

<https://kennedyinstitute.georgetown.edu/wordpress/wp-content/uploads/2020/04/CovidEthicsPrinciples-Georgetown.pdf>

[http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID\\_19\\_ethical\\_E\\_rev3.pdf](http://www.siz.be/wp-content/uploads/COVID_19_ethical_E_rev3.pdf)

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-1738>

<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>

<http://www.biomedcentral.com/1472-6939/1/1>

[https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica\\_SEMICYUC-COVID-19.pdf](https://semicyuc.org/wp-content/uploads/2020/03/%C3%89tica_SEMICYUC-COVID-19.pdf)

<http://www.sanita.sm/on-line/home/bioetica/comitato-sammarinese-di-bioetica/pareri-csb.html>

<https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1509>

<https://www.thehastingscenter.org/why-i-support-age-related-rationing-of-ventilators-for-covid-19-patients/>

[http://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20su%20emergenza%20Covid-19\\_ITA\\_.pdf](http://www.academyforlife.va/content/dam/pav/documenti%20pdf/2020/Nota%20Covid19/Nota%20su%20emergenza%20Covid-19_ITA_.pdf)

<https://www.gov.ie/en/publication/dbf3fb-ethical-framework-for-decision-making-in-a-pandemic/>

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2763953>

## 11. Riferimenti.

[Commento sulla fornitura di nutrizione e idratazione ai pazienti in uno "stato vegetativo", Congregazione per la dottrina della fede \(2007\).](#)

Disponibile su <http://www.usccb.org/prolife/tdocs/anhcommentary.shtml>.

[Risposte ad alcune domande della Conferenza dei vescovi cattolici degli Stati Uniti sull'alimentazione artificiale e l'idratazione, Congregazione per la dottrina della fede \(agosto 2007\).](#)

Disponibile <http://www.academiavita.org/index.php>

[Discorso di Giovanni Paolo II ai partecipanti al Congresso Internazionale su "Trattamenti di sostegno alla vita e stato vegetativo: progressi scientifici e dilemmi etici" \(marzo2004\).](#) Disponibile:

[http://www.vatican.va/holy\\_father/john\\_paul\\_ii/speeches/2004/march/documents/hf\\_jp-ii\\_spe\\_20040320\\_congress-fiamc\\_en.html](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_en.html).

[Direttive etiche e religiose per i servizi sanitari cattolici, quarta edizione, Conferenza dei vescovi cattolici degli Stati Uniti \(2001\). Parte V: Problemi in cura per i morenti. Disponibile su <http://old.usccb.org/bishops/directives.shtml>](#)

[Rispetto per la dignità dei morenti, Pontificia Accademia per la Vita \(2000\). Disponibile su \[http://www.vatican.va/roman\\\_curia/pontifical\\\_academies/acdlife/documents/rc\\\_pa\\\_acdlife\\\_doc\\\_20001209\\\_eutanasia\\\_en.html\]\(http://www.vatican.va/roman\_curia/pontifical\_academies/acdlife/documents/rc\_pa\_acdlife\_doc\_20001209\_eutanasia\_en.html\).](#)

[Evangelium Vitae, Vangelo della vita, Papa Giovanni Paolo II \(1995\). Disponibile su \[http://www.vatican.va/holy\\\_father/john\\\_paul\\\_ii/encyclicals/documents/hf\\\_jp-ii\\\_enc\\\_25031995\\\_evangelium-vitae\\\_en.html\]\(http://www.vatican.va/holy\_father/john\_paul\_ii/encyclicals/documents/hf\_jp-ii\_enc\_25031995\_evangelium-vitae\_en.html\).](#)

[Disponibile su Dichiarazione sull'eutanasia, Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede\(1980\).](#)

[http://www.vatican.va/roman\\_curia/congregations/cfaith/documents/rc\\_con\\_cfaith\\_doc\\_19800505\\_euthanasia\\_en.html](http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_en.html).

[Disponibile su Salvific Dolores, On Salvific Suffering, Lettera Apostolica di Papa Giovanni Paolo II sul significato cristiano della sofferenza umana \(1984\). Disponibile su \[http://www.vatican.va/holy\\\_father/john\\\_paul\\\_ii/apost\\\_letters/documents/hf\\\_jp-ii\\\_apl\\\_11021984\\\_salvifici-doloris\\\_en.html\]\(http://www.vatican.va/holy\_father/john\_paul\_ii/apost\_letters/documents/hf\_jp-ii\_apl\_11021984\_salvifici-doloris\_en.html\).](http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/apost_letters/documents/hf_jp-ii_apl_11021984_salvifici-doloris_en.html)

[Richard M. Doerflinger e Carlos F. Gomez, M.D., Ph.D, "Killing the Pain, Not the Patient: Palliative Care v. Assisted Suicide". Disponibile su <http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/killing-the-pain.cfm>.](http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/killing-the-pain.cfm)

[F. Michael Gloth, III, MD, "Physician-Assisted Suicide: The Wrong Approach to End of Life Care." Disponibile: <http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/physician-assisted-suicide-wrong-approach.cfm>.](http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/physician-assisted-suicide-wrong-approach.cfm)

[Richard Doerflinger, "La qualità della vita: chi deve giudicare?" Disponibile su <http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/the-quality-of-life-who-is-to-Judge.cfm>.](http://www.usccb.org/issues-and-action/human-life-and-dignity/assisted-suicide/to-live-each-day/the-quality-of-life-who-is-to-Judge.cfm)

[ReligiousTolerance.org. Disponibile su "Eutanasia e suicidio assistito dal medico: tutti i lati del problema", ReligiousTolerance.org.: <http://www.religioustolerance.org/euthanas.htm>.](http://www.religioustolerance.org/euthanas.htm)

[Disponibile su "Eutanasia e suicidio assistito", LifeSiteNews.com \(2005\). Disponibile su <http://www.lifesitenews.com/ldn/2005/oct/05102603.html>.](http://www.lifesitenews.com/ldn/2005/oct/05102603.html)

["Come votare cattolico:" Eutanasia e suicidio assistito ", CatholiCity.com. Disponibile su <http://www.catholicity.com/vote/euthanasia.html>.](http://www.catholicity.com/vote/euthanasia.html)

[Consiglio per i diritti dei pazienti <http://www.internationaltaskforce.org/>](http://www.internationaltaskforce.org/)

## 12. Schede informative.

"Suicidio e suicidio assistito: il ruolo della depressione", Segretariato per la vita della Conferenza dei vescovi cattolici degli Stati Uniti (maggio 2011). Disponibile su <http://old.usccb.org/prolife/issues/euthanas/roleofdepression.pdf>.

"Q & A on Nutrition and Hydration for Patients in a 'Vegetative State'", Conferenza dei vescovi cattolici degli Stati Uniti (settembre 2007). Disponibile su [http://www.usccb.org/issues-and-action/human- vita-e-dignità / fine-vita / eutanasia / upload / qa-nutrizione-e-idratazione-pazienti-stato-vegetativo.pdf](http://www.usccb.org/issues-and-action/human-vita-e-dignità / fine-vita / eutanasia / upload / qa-nutrizione-e-idratazione-pazienti-stato-vegetativo.pdf).

"Decisioni della Corte Suprema degli Stati Uniti del 1997 sul suicidio assistito", Segretariato per la vita della Conferenza dei vescovi cattolici degli Stati Uniti (giugno 1998). Disponibile su <http://old.usccb.org/prolife/issues/euthanas/supremecourtfacts.pdf>.

"Suicidio assistito: cosa è in gioco?", Segretariato per la vita della Conferenza dei vescovi cattolici degli Stati Uniti (maggio 1998). Disponibile su:

<http://old.usccb.org/prolife/issues/euthanas/supremecourtfacts.pdf>.

**IRI della risorsa: [http://dati.camera.it/ocd/attocamera.rdf/ac18\\_3101](http://dati.camera.it/ocd/attocamera.rdf/ac18_3101)**

### 13. Cronologia :

**1988** N.Daniels, *“Justice between Age Groups: Am I my Parents’ Keeper?”* In *«Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society»*, 61 (1983), n.3, pp.489-522 e Id., *Am I my Parents’ Keeper? “An Essay on Justice Between the Young and the Old”* Oxford University Press, New York 1988. *“Giustizia tra i gruppi di età: sono io il custode dei miei genitori?”*

Fonte: *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. Salute e società, vol. 61, n. 3.

Problema: *“Invecchiamento: prospettive demografiche, sanitarie e sociali”* (estate 1983), pp. 489-522 Pubblicato da: Wiley per conto del Milbank Memorial Fund.

URL stabile: <http://www.jstor.org/stable/3349870> Norman Daniels è ringraziato insieme ad Alan Gibbard, nella Prefazione de *“Una teoria della giustizia”*, proprio per avere indicato a Rawls difficoltà presenti nella sua formulazione dell'utilitarismo «come base per i doveri e gli obblighi individuali» conducendolo «a eliminare buona parte di questo tema e a semplificare l'esposizione di questa parte della teoria» (J. Rawls, op. cit., p.19).

**1993** Togliendo un trattamento agli anziani in vista di un bene complessivo si assumerebbe la posizione utilitarista che «tratta le persone anziane come mezzi per un fine anziché fini in sé». E l'elemento della costrizione evoca il pendio scivoloso verso forme involontarie di eutanasia e immagini di totalitarismo. Cfr. R.W. Hunt, *“A critique of using age to ration health care”*, in *«Journal of Medical Ethics»*, 19 (1993) n.1, pp.19-23.

**1994** L'Oregon approva il *“Death with Dignity Act”*, legalizzando il suicidio assistito. La legge è entrata in vigore nel 1997. Da allora sono stati segnalati 401 decessi in base allo statuto.

**1994** «In tutte le società i ruoli sociali cambiano con l'età. Il giovane e spesso l'anziano, dipendono dal resto della società in termini di supporto fisico, emozionale, finanziario». Un anno di vita può così essere valutato in modo diverso, anche se ciò non significa che esso sia più o meno importante per l'individuo (cfr. C.J.L. Murray, *“Quantifying the burden of disease: the technical basis for disability-adjusted life years”* in *«Bulletin of the World Health Organization»*, 72 (1994), n.3, pp.434-5). Si può spiegare così, per esempio, una valutazione dell'utilità sociale basata sulla produttività e l'età lavorativa, spesso legate alla responsabilità per il mantenimento di una famiglia.

**1997** In *Vacco v. Quill*, 521 US 793 (1997) e *Washington v. Glucksberg*, 521 US 702 (1997), la Corte Suprema ha ritenuto costituzionali i divieti di New York e Washington sul suicidio assistito.

**2007** J. Rachels, *“Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell'eutanasia”* Ed.Sonda, Casale Monferrato (AI) 2007, p.73.

**2007** «Il diritto, dev'essere più simile a una scienza empirica che a una scienza formale: deve scoprire, attraverso l'attività di giuristi, giudici ed esperti, quali siano le condotte socialmente riconosciute da tradurre in norme giuridiche. Se il diritto venisse semplicemente inventato, e quindi imposto, le regole sarebbero o pregiudizievoli della libertà, oppure finirebbero con il non essere rispettate. In campo bioetico questo pericolo è assai concreto. Spesso le norme giuridiche corrispondono ad anacronistiche proibizioni di comportamenti comunque praticati dalla gran parte della popolazione, oppure, ove rispettate, sono una violazione dell'autonomia e del benessere fisico, psichico o economico degli individui interessati. Le soluzioni bioetiche sono infatti quasi sempre il risultato di un'applicazione deduttiva di problemi dell'etica o del diritto. Con la conseguenza di rinunciare alla misurazione della realtà individuale e sociale e, quindi, di privilegiare le dispute teologiche rispetto alla ricerca di soluzioni razionali fondate sulla conoscenza della realtà. Un approccio moralmente esecrabile quando si tratti della vita e della morte» ([Il Sole 24 ore](#), 20/2/2000, citato in [Rassegna SWIF - Sito Web Italiano per la Filosofia Archiviato](#) il 19 febbraio 2007 in [Internet Archive](#)).

**2008** I cittadini di Washington votano per legalizzare il suicidio assistito nell'ambito dell'Iniziativa “1000”.

**2008** Cfr. J. Rawls, *“Una teoria della giustizia”*, Feltrinelli, Milano 2008, p.47.

**2009** Cfr. D.B. White [et al.] *“Who Should Receive Life Support During a Public Health Emergency? Using Ethical Principles to Improve Allocation Decisions”*, in *«Annals of Internal Medicine»*, 150 (2009), p.135

**2009** Il 31/12/09 la Corte Suprema del Montana ha stabilito che i diritti concessi in base alla legge statale sul testamento biologico *“The Rights of the Terminally Ill Act”* costituiscono la base per il permesso del medico nella pratica di “aiuto a morire” (suicidio prescritto dal medico). La Corte ha affermato che i medici possono utilizzare il consenso del paziente come difesa se accusati di suicidio assistito per aver scritto una prescrizione di morte. Per le diverse forme che la discriminazione basata sull'età può assumere nel campo dell'assistenza sanitaria, sul lato dell'offerta di servizi ma anche della domanda (in termini, per esempio, di minori aspettative e maggiori difficoltà nel gestire le proprie esigenze di cura in un contesto complesso e burocratizzato), si veda M.F. Wyman, S. Shiovitz-Ezra e J. Bengel, *Ageism in the Health Care System: Providers, Patients, and*

Systems, in L. Ayalon e C. Tesch-Römer (ed.), *“Contemporary Perspectives on Ageism”*, cit., pp.193-212.

**2016** Cfr. P.G. Lloyd-Sherlock [et al.] *“Institutional ageism in global health policy”*, in *«British Medical Journal»* 2016, vol.354, n.8072, p.362: i4514 e P.G. Lloyd-Sherlock [et al.] *“A premature mortality target for the SDG is ageist”*, in *«The Lancet»*, 2015, vol.385, n.9983, pp.2147-2148.

**2018** M. Pruski, *“Experience adjusted life years and critical medical allocations within the British context: which patient should live?”* In *«Medicine, Health Care and Philosophy»*, 21 (2018), n.4, p.565.

**2020** Comité consultatif national d'éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale (Avis N° 106)*, 5 febbraio 2009, p.12. Questo testo è richiamato dal Comitato francese in quello su: *“La contribution du CCNE à la lutte contre COVID-19: Enjeux éthiques face à une pandémie”*, 13 marzo 2020 .

**2020** L. D'Avack, *Covid-19: criteri etici*, in *«BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto»*, Special Issue 1/2020: Un diritto per la pandemia, p.374

**2020** Cfr. *Deutscher Ethikrat, Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise. Ad-hoc Empfehlung*, 27 marzo 2020, pp.3-4 [link 7]. Per una riflessione sul quadro normativo tedesco, che precede di qualche anno la pandemia da Covid-19, cfr. T. Witte, *“Ressourcenknappheit und Verteilungsgerechtigkeit im Seuchenfall”*, in *«Medizinrecht»*, 33 (2015), n.7, pp.491-495.

**2020** Cfr. *Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Version 2*, 17 aprile 2020, pp.4-5 e 6 [link 8].

Un invito viene dal Comitato nazionale italiano per la bioetica: nel triage in emergenza pandemica, anche in relazione all'aggiornamento di eventuali liste d'attesa, va considerata l'intera «comunità dei pazienti», seguendo per quanto possibile l'evoluzione della patologia e tenendo conto di tutti coloro che hanno bisogno di un determinato trattamento a causa di altre. Cfr. CNB, *Covid-19: la decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del “trriage in emergenza pandemica”*, 8 aprile 2020, p.8 .

**2020** L'importanza della valutazione etica «caso per caso» e «in parallelo» a quella clinica è chiaramente indicata nel documento del *“Conselho Nacional de Etica para as Ciências da vida (de Portugal), Situação de emergência de saúde pública pela pandemia Covid-19.*



*Aspetos éticos relevantes*”, 3 aprile 2020, p.14. Questo richiamo è tanto più significativo nel contesto di un’epidemia, nel quale alla prospettiva centrata sul paziente che è ogni volta questo individuo concreto con i suoi bisogni e i suoi diritti, si sovrappone quella orientata alla tutela della salute pubblica cioè della popolazione nel suo insieme. Ne risulta in ogni caso una tensione non facile da gestire proprio dal punto di vista dell’etica clinica. Cfr. N. Berlinger [et al.], *Ethical Framework for Health Care Institutions Responding to Novel Coronavirus SARS-CoV-2 (COVID-19)*, *The Hastings Center*, 16 marzo 2020, p.2

**2020** Indicati insieme all’importanza di un forte sistema sanitario pubblico in UNESCO/IBC, COMEST: “*Statement on Covid-19: ethical considerations from a global perspective*”, 6 aprile 2020, § 3. Per il principio di utilità, quando si tratta della scelta sull’utilizzazione di risorse limitate l’OMS indica alcune opzioni che implicano priorità diverse: salvare il maggior numero di vite, di anni di vita o di anni di vita “*quality-adjusted*”. Il principio di equità (*equity*) richiede attenzione per la fair distribution dei benefici e degli oneri e dunque una considerazione particolarmente attenta dei bisogni dei segmenti più vulnerabili della popolazione. Non sempre purtroppo sarà possibile garantire la piena realizzazione di entrambi i principi. Cfr. WHO, “*Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks*”, WHO, Geneva 2016, p.21. WHO, *World report on ageing and health*, WHO, Geneva 2015, pp.94-95. Robert Butler, che coniò il termine, intendeva con esso «un processo di stereo tipizzazione sistematica e di discriminazione ai danni delle persone in ragione della loro età, così come accade con razzismo e sessismo in riferimento al colore della pelle e al genere» (cit. da WHO, *Developing an ethical framework for healthy ageing*, WHO, Geneva 2017, p.4. Una sintesi della storia di questo concetto, a partire appunto da Butler, si trova in L. Ayalon e C. Tesch-Römer, *Introduction to the Section: Ageism—Concept and Origins*, in L. Ayalon e C. Tesch-Römer (ed.), *Contemporary Perspectives on Ageism*, Springer, Cham 2018, pp.1-10.

**2020** Comitato nazionale per la bioetica Covid-19: la decisione clinica, cit., p.7. È evidente, per esempio, che ci sono persone di 70 anni e oltre che sono in ottime condizioni dal punto di vista fisiologico e possono dunque trarre da un trattamento di rianimazione un beneficio maggiore rispetto a persone più giovani ma rese fragili da altre patologie pregresse o immunodeficienze (cfr. *Comité consultatif national d’éthique pour les sciences de la vie et de la santé, Le CCNE, instance de veille éthique dans le contexte exceptionnel de la crise du Covid19*. Bulletin n° 1 du 23 Mars 2020, p.7

**2020** Cfr. *Bioethikkommission, Zum Umgang mit knappen Ressourcen in der Gesundheitsversorgung im Kontext der Covid-19-Pandemie*. Stellungnahme der Bioethikkommission, marzo 2020, pp.11-12.

**2020** Cfr. *Österreichische Gesellschaft für Anästhesiologie, Reanimation und Intensivmedizin*, ICU-Triage im Falle von Ressourcen-Mangel, 26 marzo 2020, p.1

**2020** Cfr. Accademia svizzera delle scienze mediche, *Pandemia Covid-19: triage dei trattamenti di medicina intensiva in caso di scarsità di risorse*, 24 marzo 2020 (seconda versione aggiornata), pp. 4-5. È possibile riconoscere che anche alcune forme di disabilità cognitiva o motoria possono incidere sulla valutazione clinica e al tempo stesso ribadire con forza la tesi che tutti i pazienti, in linea di principio, sono “degni” di essere trattati nello stesso modo, escludendo senz’altro criteri come il valore sociale delle persone o il principio di massimizzazione del totale degli anni di vita o del totale dei QALYs salvati (cfr. *Pellegrino Center for clinical bioethics, Ethical Principles of Resource Allocation In the Event of an Overwhelming Surge of COVID-19 Patients*, § 4). È vero però che quando età e disabilità si sovrappongono si crea una condizione di particolarissima fragilità e ci si muove su un crinale che richiede la massima attenzione. Gli anziani nelle case di riposo – si legge per esempio in un documento che sottolinea anche l’importanza di disporre di un piano terapeutico discusso preventivamente con gli interessati o le loro famiglie – soffrono spesso di forme severe di disabilità incompatibili con una vita indipendente nelle loro case e limitarsi a una terapia sintomatica in presenza di gravi deficit cognitivi può apparire in questo caso «un’opzione ragionevole e umana», prendendo in considerazione il trasferimento in ospedali già sovraffollati, almeno in linea di massima, solo quando ci sia uno scopo terapeutico realistico chiaramente definito: cfr. *Belgian Society of Intensive care medicine, Ethical principles concerning proportionality of critical care during the 2020 COVID-19 pandemic in Belgium*, 26 marzo 2020, pp.2-3

**2020** Cfr. A.H. Matheny Anton Maria (et al) *Ventilator Triage Policies During the COVID-19 Pandemic at U.S. Hospitals Associated With Members of the Association of Bioethics Program Directors*, in «*Annals of Internal Medicine*», 24 aprile 2020 .

**2020** la possibilità che si renda necessario porre un limite di età per l’ingresso in terapia intensiva viene considerata nelle “Raccomandazioni della Società italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva”. Cfr. SIAARTI, *Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione*, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili, 6 marzo 2020. La posizione della SIAARTI è stata citata come esempio della possibilità di dare priorità ai giovani per massimizzare i benefici ottenibili in E.J. Emanuel [et al.], *Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19*, in «*The New England Journal of Medicine*», 382 (2020), pp.2049-2055. L’articolo precisa però che questo non varrebbe quando si trattasse

di un vaccino e non di terapie, perché resta l'obiettivo di salvare il maggior numero possibile di vite e gli anziani si sono dimostrati più esposti al rischio di gravi conseguenze.

**2020** Comité consultatif national d'éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *“Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale”*, cit., p.14.

**2020** Sulla base dell'articolo 3 della Convenzione, che fissa il primato del superiore interesse del minore su qualsiasi altro interesse legittimo. Si ribadisce peraltro che l'età, come altri fattori, può incidere senz'altro, in generale, sulla prognosi clinica ma mai sostituirla. Cfr. *Comité de Bioética de España, Informe del Comité de Bioética, cit., pp.9-11*. Il riferimento, per quanto riguarda le persone con disabilità, è a Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC), *Recomendaciones éticas para la toma de decisiones en la situación excepcional de crisis por pandemia Covid-19 en las unidades de cuidados intensivos*. Sulla necessità di garantire la protezione e la sicurezza di queste persone nelle situazioni di rischio ed emergenze umanitarie (articolo 11 della relativa Convenzione) cfr. anche Comitato Sammarinese di Bioetica, *Risposta alla richiesta di parere urgente su aspetti etici legati all'uso della ventilazione assistita in pazienti di ogni età con gravi disabilità in relazione alla pandemia di Covid-19*, 16 marzo 2020, p.3 .

**2020** A. Da Re, *“Il dilemma del triage. La deliberazione medica tra apriorismo e giudizio clinico”*, in L. Napolitano e C. Chiurco (ed.), *Senza corona. A più voci sulla pandemia*, QuiEdit, Verona-Bolzano 2020, p.82. Per far questo servono naturalmente quelle che genericamente chiamiamo “tasse”. È significativo che durante un'emergenza sanitaria tenda ad affievolirsi la voce della posizione intransigentemente libertaria, ferma all'analogia proposta da Nozick fra la tassazione dei guadagni da lavoro e il lavoro forzato (cfr. R. Nozick, *Anarchia, stato e utopia*, il Saggiatore, Milano 2008, p.181).

**2020** Cfr. la conclusione di Caplan in D. Archard, A. Caplan, *Is it wrong to prioritise younger patients with covid-19?*, in *«British Medical Journal»*, 369 (2020), n.8242:m1509 [link 23] .

**2020** Cfr. per esempio F.G. Miller, *“Why I Support Age-Related Rationing of Ventilators for Covid-19 Patients”* in *«Hastings Bioethics Forum»*, 9 aprile 2020 [link 24]. Miller è consapevole che in questo modo potrebbe essere escluso. Ma accetta questa eventualità, perché ritiene di «aver vissuto una vita completa».

**2020** *“WHO, Guidance for managing ethical issues in infectious disease outbreaks”*, cit., p.21.

**2020** Cfr. Department of Health (of the Government of Ireland), *Ethical Framework for Decision-Making in a Pandemic*, 27 marzo 2020, p.17. Accompagnamento e cure palliative sono un presidio di dignità e solidarietà considerato irrinunciabile in gran parte dei documenti sul Covid-19. Il dovere di alleviare la sofferenza rimane intatto, a maggior ragione nei confronti di coloro ai quali non è stato possibile garantire un trattamento salvavita. Su questo punto si veda anche C. Furie, “*What do theories of social justice have to say about health care rationing? Well-being, sufficiency and explicit age-rationing*”, in A. den Exter e M. Buijsen (ed.) *Rationing Health Care. Hard Choices and Unavoidable Trade-offs*, Maklu, Antwerpen-Apeldoorn-Portland 2012, p.75.

**2020** Cfr. Federatie Medisch Specialisten en Artsenfederatie KNMG, *Draaiboek “Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 in de COVID-19 pandemie”* 16 giugno 2020, pp.11-14 . “*Il fair innings argument*” è indicato come criterio al quale ricorrere quando quelli medici non sono sufficienti, da soli, per giungere a una soluzione anche in un documento della Commissione etica dell’ospedale Catharina Ziekenhuis, nel Brabante del Nord (regione particolarmente colpita dalla pandemia). Cfr. *Ethische Commissie Catharina Ziekenhuis, Ethische onderbouwing crisisscenario fase zwart Covid-19*, 20 marzo 2020. Ringrazio Luca Valerio, oltre che per le informazioni sul dibattito in Olanda, per la traduzione di questo testo e di alcune parti di quello della Federazione dei medici specialisti e della KNMG.

**2020** Cfr. D.B. White e B. Lo, “*A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic*”, in «*Journal of American Medical Association*», 27 marzo 2020. Il punto è chiaramente evidenziato dal Comité de Bioética de España, Informe del Comité de Bioética, cit., p.5 (§ 9.2).

**2020** Sulla necessità di evitare che un'emergenza sanitaria diventi la premessa di dolorosi contenziosi giudiziari cfr. per esempio Comitato nazionale per la bioetica, Covid-19: la decisione clinica, cit., p.9 e “*Bioethikkommission, Zum Umgang mit knappen Ressourcen*”, cit., p.13.

**2022** No a eutanasia e cannabis, sì alla giustizia: cos’ha deciso la Corte costituzionale sui referendum:

“Il 15 e 16 febbraio la Corte costituzionale si è espressa sull’ammissibilità di otto quesiti referendari: sei sulla giustizia, uno sull’[eutanasia legale](#) e uno sulla [cannabis legale](#). Di questi, cinque sono stati approvati mentre tre sono stati ritenuti inammissibili. Vediamo per che cosa andremo molto probabilmente a votare nella prossima primavera, tra il 15 aprile e il 15 giugno. Intanto parliamo della bocciatura sull’eutanasia: Nella serata del 15 febbraio

la Corte costituzionale ha bocciato il quesito referendario sull'eutanasia, ritenuto «inammissibile». Il giorno successivo, in conferenza stampa, il presidente della Consulta Giuliano Amato [ha spiegato](#) (min. 1:00) che il referendum non riguardava tanto l'eutanasia quanto l'«omicidio del consenziente» e una sua approvazione avrebbe legittimato questa pratica «ben al di là dei casi nei quali ci si aspetta che l'eutanasia possa aver luogo» compresi potenzialmente quelli in cui la persona in questione non è malata. Il referendum sull'eutanasia legale [è stato promosso](#) da una lunga lista di organizzazioni, guidate dall'Associazione Luca Coscioni. Il loro obiettivo [era abrogare](#) una parte dell'articolo 579 del Codice penale che punisce, appunto, il reato di «omicidio del consenziente». In particolare, il referendum voleva eliminare la pena dai 6 ai 15 anni di carcere per chi uccide una persona con il suo consenso, a meno che quest'ultimo sia un minore, un infermo mentale, una persona sotto effetto di alcol o sostanze stupefacenti, o una persona il cui consenso è stato estorto con le minacce o con la forza”.

## 14. Bibliografia

Michele Aramini, *“Eutanasia. Spunti per un dibattito”*, [Milano, Ancora editrice](#) 2006.

Imbrogno Valeria, con Simona Voglino Levy, prefazione di Roberto Saviano “Prometto di perderti”, Baldini&Castoldi, 2018. Recensione di Angelo Ferracuti.

Marco Cavina *“Andarsene al momento giusto. Culture dell'eutanasia nella storia europea”*, Il Mulino, 2017.

Chiara Lalli *“Secondo le mie forze e il mio giudizio. Chi decide sul fine vita. Morire nel mondo contemporaneo”*, Il Saggiatore, 2017.

*“Sorella morte. La dignità del vivere e del morire”* di Vincenzo Paglia, Piemme, 2017.

Giuseppe Remuzzi *“La scelta. Perché è importante decidere come vorremmo morire”* Sperling & Kupfer, 2017.

Sergio Ramazzotti *“Su questa pietra”*, Arnoldo Mondadori Editore, 2019.

Filippo Maria Boscia, Giuseppe Gragnaniello *“Cure palliative e hospice. Aspetti medici, bioetici, religiosi e giuridici”*, Ed Insieme, 2020 - 160 pagine.

Alexis Carrel, *“L'uomo, questo sconosciuto”*. Milano, Luni Editrice 2006.

Lino Ciccone, *“Eutanasia. Problema cattolico o problema di tutti?”*, [Roma, Città Nuova Editrice](#) 1991.

Matteo Galletti, Silvia Zullo (a cura di), [La vita prima della fine. Lo stato vegetativo tra etica, religione e diritto](#) (PDF), Firenze, Firenze University Press, 2008, pp.188.

Ray Kluun, *“Love Life”*, [Roma, Fazi Editore](#) 2007.

Demetrio Neri, *“Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone”*, [Bari-Roma, Laterza](#) 1995.

Alessandra Sannella, *“Sulle orme di Endimione”*. Una riflessione sociologica sull'eutanasia, [Roma, FrancoAngeli](#) 2003.

Cesare Sposetti, *“Eutanasia e diritto penale: l'esperienza inglese”*.

[Umberto Veronesi](#), *“Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza”*, [Milano, Mondadori](#) 2005.

[Michela Murgia](#), *“Accabadora”*, Torino, Einaudi 2009.

[Paolo Flores d'Arcais](#), *“Questione di vita e di morte”*, Torino, Einaudi 2019.

Eduardo Savarese, *“Il tempo di morire”*. Breve esortazione per una cultura della morte, Wojtek, Napoli, 2019.

[Giovanni Fornero](#), *“Indisponibilità e disponibilità della vita: una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria”*, Torino, Utet 2020.