

Non che gli altri facciano di meglio. Neanche l'esercito inglese e la polizia nord-irlandese, responsabili di repressioni e massacri indiscriminati, come quello del Bloody Sunday, la domenica di sangue del 30 gennaio 1972, quando 14 civili cattolici furono uccisi a Londonderry dalle forze militari durante una pacifica dimostrazione. Una commissione di inchiesta del governo inglese che ha concluso recentemente i suoi lavori non ha portato a nessuna individuazione di responsabilità, né ha suggerito parole di scusa. Parole di scusa che Blair ha saputo pronunciare nel febbraio di quest'anno, almeno, per il caso delle famiglie Conlon e Maguire, la cui tragica storia è raccontata nel film *Nel nome del padre*, finite per anni in carcere per una strage di cui non erano colpevoli. La polizia inglese occultò le prove della loro innocenza. Papà Colon morì, innocente, in quel carcere.

Tutte le parti hanno da farsi perdonare qualcosa, e tante vittime o familiari delle vittime hanno una verità ancora da conoscere. Per questo si parla adesso di dar vita anche in Irlanda del Nord a una Commissione delle vittime (simile alla Commissione per la verità e la riconciliazione istituita da Mandela e Tutu in Sudafrica per far luce sui crimini avvenuti per colpa di tutte le parti durante il regime dell'apartheid e che concluse i suoi lavori nel 1998 dopo tre anni di intensa attività). Ci sono profonde e diffuse ferite umane da sanare anche in Irlanda del Nord, anche se tante persone, gruppi culturali e religiosi, vescovi, imprenditori, sindacati, politici, intellettuali tanto di parte cattolica che protestante hanno lavorato moltissimo in questi anni sul fronte del dialogo e della riconciliazione. "Sebbene la verità non possa sempre portare alla riconciliazione, non ci può essere genuina riconciliazione senza verità", diceva il vescovo protestante sudafricano Desmond Tutu.

Un altro capitolo si apre adesso nella storia dell'Irlanda.

E se ne chiude uno, tristissimo, nella storia dell'intera cristianità. Finalmente, dopo secoli. ■

## Eutanasia: fra vissuto psicologico e decisione etica

MICHELA PISONI

Com'è noto, "eutanasia" significa "buona morte". Nell'antichità il termine veniva usato, in aderenza alla sua etimologia, per indicare la morte naturale che giunge senza essere preceduta da dolore e sofferenza. L'introduzione del termine "eutanasia" nel linguaggio medico si deve a Francesco Bacone: egli afferma, infatti, che il compito del medico è anche quello di condurre ad un trapasso dolce ed indolore. Il vocabolo ha preso poi un'accezione diversa, quella che ha tutt'oggi: l'eutanasia è un atto che mette deliberatamente fine alla vita del malato. Il termine suscita emozioni negative, dovute all'associazione con l'uso che se ne fece durante il regime nazista quando venivano eliminate, contro il loro volere, persone come i malati mentali e fisici, e soprattutto persone di razza diversa come gli ebrei.

Attualmente, il termine eutanasia designa l'intervento programmato, indolore, compiuto solitamente da medici, ma anche da altre persone, volto ad abbreviare o porre fine all'agonia di un malato terminale, o di una persona la cui vita è ritenuta "inutile".

### Etica clinica

Ciò che è specifico della nostra epoca, e che spiega l'acutizzarsi del problema dell'eutanasia, è il profondo mutamento delle condizioni del morire. Tali condizioni hanno subito un profondo cambiamento a causa del progresso della medicina e, più in generale, del miglioramento delle condizioni e delle aspettative di vita. Negli ultimi cinquant'anni la pratica medica ha

mutato radicalmente fisionomia. Tali cambiamenti derivano dalla nascita e dal perfezionamento di nuove tecnologie, di nuove terapie mirate ed efficaci e di nuove capacità diagnostiche. Quest'evoluzione tecnologica e scientifica ha portato alla formazione di una medicina specializzata ad altissimo livello rendendo possibili interventi e terapie un tempo ritenuti impensabili. D'altro lato però quest'evoluzione della pratica medica ha portato alla dilazione della vita dell'individuo, conducendo a situazioni estreme inedite ed alla diffusione di situazioni di malati cronici o terminali con un'aspettativa di vita abbastanza lunga. Cosicché si è arrivati nella situazione in cui i confini fra vita e morte, salute e malattia diventano sempre più labili. Tutto ciò ha prodotto nuovi problemi che superano l'ambito scientifico per investire anche quello morale e giuridico. Nascono soprattutto dei problemi pratici che riguardano le persone operanti in medicina. Questi problemi fanno parte dell'*etica clinica*, ossia l'etica che riguarda il rapporto di cura del paziente e che si occupa delle questioni che nascono dinanzi al letto della persona malata.

Il rapporto di cura ha subito dei profondi mutamenti: gli operatori sanitari si trovano di fronte a reparti di terapia intensiva o di cure palliative che rendono possibili interventi una volta ritenuti impensabili. Nel momento in cui ci si trova di fronte ad un malato terminale si richiedono decisioni cliniche che la tradizione medico-deontologica non prevedeva. L'eutanasia è uno di quei problemi che possono sorgere nell'etica clinica, causata dalla nascita di nuove tecnologie e conoscenze per il mantenimento della vita. Nuovi problemi che superano l'ambito scientifico per investire quello morale e di conseguenza quello giuridico.

Bisogna anche dire, però, che nella nostra società contemporanea esiste un tabù di fronte alla morte. Per il singolo la propria morte è inimmaginabile, essa è un evento spaventoso, infatti egli vive come se non fosse mortale. Anche la lunga agonia che precede la morte contribuisce a caricare di significati altamente drammatici quest'ultima. Nella nostra società del consumismo e dell'attivismo l'individuo prova imbarazzo di fronte al moribondo e cerca di relegarlo lontano dalla vista. Il malato è ripugnante: egli mostra la morte a volte sotto forma di cadavere vivente, che viene relegato negli ospedali e la cui morte deve avvenire in silenzio. In questa situazione il malato terminale, in altre parole colui che presenta uno stato grave di malattia irreversibile e la cui morte è prevista a scadenza breve, si trova in una situazione drammatica. Egli si sente impotente, diverso dal mondo che lo circonda, che è permeato dall'attivismo, non riesce più ad interagire con gli altri come prima, non si riconosce più nel suo corpo.

Infatti i malati ed i morenti vengono relegati negli ospedali perché la sofferenza e la morte fanno paura: in tal modo essi vengono resi invisibili agli altri. Un'analisi delle condizioni mediche del morire rende più urgente la riflessione su questi temi. Ai giorni nostri la morte è un argomento che suscita imbarazzo e si cerca in ogni modo di occultarla.

### **Il vissuto psicologico del paziente terminale**

La lotta contro la malattia mortale è come una partita giocata a due. Da una parte sta il medico con il suo staff (che comprende infermieri e psicologi dell'*équipe* di cure palliative), dall'altra il paziente con la sua famiglia. Di fronte alla morte il paziente e la sua famiglia sono soli, come il medico ed il suo staff sono soli di fronte alla morte di un loro paziente. Il medico è obbligato a compiere delle scelte e fra queste vi è pure quella di ascoltare il paziente, che può chiedergli di porre termine alla sua vita.

Conoscendo meglio il vissuto psicologico del malato terminale, si può cercare di cogliere quali siano le condizioni che, alle volte, possono portarlo a formulare una richiesta di eutanasia. Elisabeth Kübler-Ross, psichiatra svizzera trasferitasi negli Stati Uniti, ha passato gran parte della propria vita a contatto con i malati terminali; ha elaborato una teoria secondo la quale i malati terminali dalla comunicazione della diagnosi alla conclusione della propria vita attraversano cinque fasi distinte. Tutti i malati, alla brutta notizia, reagiscono in modo pressoché identico, cioè con shock ed incredulità. La maggior parte rifiuta la notizia, anche se questa manifestazione di rifiuto non è mai totale. Dopo il rifiuto predomina la collera, che si esprime attraverso l'invidia per le persone sane. Essi attraversano, poi, un periodo di patteggiamento con Dio (se religiosi anche in modo superficiale), dove chiedono il prolungamento della loro esistenza attraverso determinati patti fatti con Dio stesso, per gettarsi in seguito nella depressione causata dal pensiero delle cose perdute e di quelle che perderanno. All'ultimo stadio della vita, i malati cadono nella *decathexis*, dove si chiudono in loro stessi e l'interferenza dall'esterno viene considerata con gran fastidio: questo è il segnale di morte imminente. Anche se ogni persona umana muore in modo diverso, afflitta da malattie diverse, solitamente attraversa i cinque stadi sopra descritti.

Questi stadi sono dei meccanismi di difesa per affrontare le situazioni difficili come quella della morte. Ogni persona li attraverserà in modo diverso; in alcuni casi ne attraverserà solo alcuni; in altri si fermerà in uno stadio

preciso; in altri ancora potrà regredire ad uno stadio anteriore. La cosa importante da segnalare è che, comunque, tali stadi sono una linea di riferimento della quale le persone che stanno accanto al malato non possono non tenere conto.

### Eutanasia e decisione etica

A questo punto ci si può chiedere: su che cosa va fondato il giudizio etico? Ci sono criteri per distinguere se le azioni sono moralmente buone, quindi accettabili, o cattive, quindi non accettabili? In base a quali sistemi etici possiamo articolare dei giudizi morali?

Per poter rispondere bisogna prendere innanzitutto in considerazione la figura del medico. Lo stesso medico è uno dei protagonisti di questo momento, assieme al malato terminale. L'etica deontologica è descritta nel *Codice Deontologico Medico*, che descrive le norme professionali della categoria e ribadisce esplicitamente il divieto per il medico di favorire trattamenti diretti a provocare la morte del malato e quindi l'eutanasia. Dal lato opposto vi è però anche il divieto dell'accanimento diagnostico e terapeutico, che ribadisce quanto detto nella Costituzione italiana riguardo il diritto del paziente di rifiutare trattamenti non desiderati. Si può capire così che oggi l'etica deontologica medica è improntata su quattro principi morali: autonomia, non-maleficenza, beneficenza e giustizia. Proprio il principio di beneficenza non permette al medico di togliere la vita al malato. Quindi l'etica medica vieta il provocare la morte intenzionalmente e direttamente al paziente: questo suggerisce che si debbano e vogliano invece cercare forme di cura e di accompagnamento delle fasi finali della vita, ad esempio promuovendo le cure palliative, come antidoto alla richiesta di eutanasia. Non differente dal Codice Deontologico Medico è quello dell'infermiere.

A questo punto bisogna definire le teorie etiche fondamentali. Una prima teoria rappresenta la tradizionale posizione occidentale, che è stata dominata dal paradigma della *sacralità della vita* che propone l'illiceità assoluta dell'eutanasia. Tale illiceità nasce dal fatto che l'uomo non è signore e proprietario della propria esistenza ma solo l'usufruttuario: l'esistenza è stata donata da Dio e solo lui ne è il proprietario assoluto. La vita umana però non ha valore assoluto: essa, infatti, non può essere soppressa per ragioni diverse rispetto a quelle della difesa della stessa vita umana (infatti l'uccisione per legittima difesa o la guerra difensiva sono tollerate; in questi

casi non si parla di uccisione di una vita umana innocente). I teorici della sacralità della vita distinguono l'eutanasia attiva da quella passiva, cioè sottolineano la differenza fra l'uccidere e il lasciar morire. Affermano la disonestà della prima ma la liceità della seconda riferendosi sempre alla sospensione di mezzi terapeutici sproporzionati e non a quelli proporzionati, che sono paragonati ad atti di cura. In tale ottica è l'intenzione a determinare la moralità di un atto. Infatti è lecita la somministrazione di analgesico per sedare il dolore, che però ha come effetto collaterale l'accorciamento, seppur minimo, della vita del paziente (questa affermazione si rifà alla dottrina del doppio effetto teorizzata da san Tommaso). Tale teoria è sposata dalla chiesa cattolica.

Vi sono diverse obiezioni che criticano la posizione tradizionale occidentale sull'eutanasia, cioè quella utilitaristica, e quella liberale; vi è inoltre una posizione, quella deontologico-contrattualista, che pur non andando contro il pensiero tradizionale occidentale muove argomenti di carattere laico contro la legalizzazione dell'eutanasia.

La tesi *utilitaristica* è basata sul principio di beneficenza e propone una posizione filoeutanastica fondamentale, considerando la giustezza morale di un atto in base al maggior beneficio che ne consegue. Essa guarda alla quantità delle conseguenze positive che derivano da un atto. Quello che conta infatti è la felicità individuale, il più possibile universalizzabile. L'eutanasia, se promuove gli interessi di tutti quelli che vi sono coinvolti, appare moralmente accettabile. Tale teoria osserva la norma di eliminare sofferenze inutili; infatti la pietà per una tale situazione impone un intervento per offrire sollievo. Secondo gli utilitaristi il valore della vita umana cambia: distinguono infatti fra "vita biografica" e "vita biologica" e ribadiscono che quest'ultima non è importante, è solo un "essere vivi". La persona che possiede solo vita biologica non è più valida in senso eticamente rilevante. Gli utilitaristi ribadiscono, inoltre, il principio di *simmetria morale*, secondo il quale un atto omicida diretto è eticamente equivalente al non accanirsi terapeutamente. Esiste così simmetria morale fra uccidere e lasciar morire perché il fine ed il risultato sono gli stessi, cambia solo la modalità. La tesi utilitaristica si basa sull'*etica della qualità della vita*. In base a tale etica le condizioni in cui versa una vita debbono essere in qualche modo misurabili (standard vitale).

La tesi *liberale*, invece, è basata sul principio di autonomia individuale. Ogni individuo, infatti, deve poter decidere della propria vita e della propria morte autonomamente, quindi può anche decidere per l'eutanasia. Ognuno può decidere per se stesso purché non interferisca nel pubblico sistema. Il

diritto di scegliere la propria vita implica anche la liceità all'eutanasia. Lo stesso paziente decide come agente morale autonomo se la propria qualità di vita è così diminuita da scegliere di morire. Per le persone incapaci di intendere e di volere si potrebbe ricorrere a forme di giudizio sostitutivo, cioè testamenti di vita (*living will*), o altresì ricorrere ad un tutore legale. Ovviamente nella pratica dell'eutanasia il medico non è obbligato a compierla perché esso è libero di avere opinioni etiche diverse.

La teoria *deontologico-contrattualista* propone l'illiceità dell'eutanasia basandosi su argomenti di carattere laico. Un atto possiede una caratteristica positiva perché è in *prima facie* corretto, anche se non in modo assoluto. Così uccidere è moralmente sbagliato a prescindere dalle conseguenze. Rispettando queste norme morali si tutela il contratto sociale al fine di evitare il ritorno allo stato di natura e mantenere la convivenza civile.

Per affrontare alcuni dei problemi importanti che nascono dal dibattito contemporaneo si ricorre all'*argomento del piano inclinato* o *china scivolosa* (*slippery slope*). Esso è una critica che i contro-eutanasi rivolgono ai pro-eutanasi. Infatti, l'obiezione più comune e forte che viene rivolta contro la legalizzazione dell'eutanasia è quella che, una volta che si consenta di uccidere determinate persone, si passi poi ad ucciderne altre senza particolari remore morali (l'incubo nazista). Gli utilitaristi dicono che sì, potrebbero verificarsi degli abusi, ma quelli sussistono tuttora e che comunque, se la legalizzazione dell'eutanasia volontaria portasse alla legalizzazione di quella non volontaria, questo non sarebbe un problema perché dove la vita biografica di una persona è finita non c'è scopo che si conservi quella biologica. Un tratto importante è che tutto ciò non conduce all'eutanasia involontaria (uccisione contro il volere del paziente), che è quella veramente equiparabile all'omicidio. La teoria liberale si difende invece affermando che gli individui autonomi che richiedono l'eutanasia devono essere degli individui competenti e quindi chi questa competenza non la possiede non corre alcun rischio. Coloro invece che sono impegnati nell'assistenza dei malati terminali temono che con la legalizzazione dell'eutanasia numerose richieste "d'aiuto" vengano equiparate a richieste di eutanasia e che le cure palliative non vengano più sviluppate.

Il dibattito è ancora aperto e non si arriverà presto ad una soluzione. Più che parlare dell'esistenza di un'etica "giusta" a fronte di una "sbagliata", ci si deve però richiamare alla responsabilità del singolo, che deve fare la sua valutazione personale, fondata razionalmente e non solo emotivamente sulla

linea da seguire e trarre, infine, le sue conclusioni: e questo si motiva all'interno di una prospettiva morale basata sul rispetto. ■

**Associazione Oscar Romero - rivista *Il Margine***

## **Bonhoeffer il resistente**

**Nel centesimo anniversario della nascita**

4 febbraio 2006

Trento, Centro Bernardo Clesio, via Barbacovi

Mattinata (dalle ore 9.00): conduce e coordina *Milena Mariani*

Un relatore dal mondo protestante italiano

*Marcello Farina*, La fede in un mondo divenuto adulto

*Michele Nicoletti*, Bonhoeffer e la politica

*Paolo Ghezzi*, Resistere al tiranno

Pomeriggio (dalle ore 15.00): introduce e coordina *Silvano Zucal*

*Alberto Conci*, Amicizia e resistenza

*Fabio Olivetti*, Fede e resistenza

*Emanuele Curzel*, Pregare e operare ciò che è giusto tra gli uomini. Quale Chiesa per resistere?

*Nicoletta Capozza*, Etica fedeltà alla terra in Bonhoeffer (un confronto con Nietzsche)

*Marco Morelli*, La poesia di Bonhoeffer

informazioni: Alberto Conci ([alberto.conci@libero.it](mailto:alberto.conci@libero.it)); Fabio Olivetti ([fabio.olivetti@libero.it](mailto:fabio.olivetti@libero.it))