

Una lunga sofferenza

A un anno dal caso Welby

LUCIA GALVAGNI

Abbiamo assistito, da un anno a questa parte, a una ripresa del dibattito sul morire, che si è all'improvviso trovato a dover affrontare pubblicamente questioni sino ad oggi poco discusse e approfondite: questa ripresa è stata motivata in particolare dalla richiesta che Piergiorgio Welby, un uomo affetto da sclerosi laterale amiotrofica, ha rivolto nel settembre dello scorso anno al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano.

Nella sua lettera, Piergiorgio Welby ha chiesto di essere aiutato a morire. Forte era la distinzione vita-morte che Welby tracciava nella sua lettera, quando scriveva «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»; «la morte non può essere "dignitosa"; dignitosa dovrebbe essere la vita»; e ancora: «che cos'è la morte? La morte è una condizione indispensabile per la vita». La richiesta specifica di Welby riguardava la sospensione dei trattamenti cui lui era sottoposto e dai quali dipendeva; in particolare chiedeva che venisse staccato il respiratore artificiale. «Morire mi fa orrore, purtroppo ciò che mi è rimasto non è più vita». Welby esprimeva il desiderio di compiere una scelta sulla propria vita:

«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 volontà debba essere rispettata ed accolta con quella *pietas* che rappresenta la forza e la coerenza del pensiero laico».

La richiesta di Welby è stata presa in considerazione anche da diversi giudici e la discussione si è accesa, attorno a questa situazione così complessa.

A dicembre Piergiorgio Welby è morto, dopo esser stato sedato da un medico anestesista, Mario Riccio, che gli staccò poi il respiratore che lo teneva in vita. Il 23 luglio 2007 il medico che ha praticato quest'intervento è stato dichiarato non imputabile di omicidio, in quanto avrebbe assecondato la volontà del paziente, riconoscendo il suo diritto a rifiutare le terapie.

L'intera vicenda ha assunto un notevole rilievo politico, dal momento che Welby ha scelto di esporre pubblicamente la propria storia; nel contesto italiano tale richiesta è stata fonte di un conflitto più o meno dichiarato, più o meno aperto, tra posizioni morali, politiche e culturali che si sono volute contrapporre.

Problemi aperti

Questa vicenda ha portato a ripercorrere alcune posizioni già presenti nel dibattito e a confrontarsi con questioni aperte, che sono rimaste tali perché non hanno ancora ricevuto una definizione, su di un piano scientifico, morale e giuridico.

Una prima domanda (molto tecnica, se vogliamo, ma di non facile soluzione) riguarda proprio la respirazione e l'alimentazione artificiali, rispetto alle quali ci si chiede se si possano caratterizzare come trattamenti vitali oppure no. Un trattamento vitale è indispensabile ai fini di mantenere in vita una persona: perciò, anche ammesso che un individuo possa rinunciare o rifiutare i diversi trattamenti o le diverse terapie, quello stesso diritto, generalmente indicato come diritto all'autodeterminazione, non gli potrebbe essere riconosciuto in questo caso particolare; respirazione e alimentazione artificiali non sarebbero allora tra le cure cui si ha il diritto di rinunciare.

Un altro scenario di non facile definizione e soluzione è quello che riguarda l'accanimento terapeutico. Generalmente si ritiene di esser di fronte ad una situazione di "accanimento terapeutico" quando le cure sono di «documentata inefficacia», e comportano «un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza» e sono ritenute sproporzionate rispetto ai benefici che da esse ci si può ragionevolmente attendere. Nel *Codice di Deontologia Medica* del 1998 (art. 14) si afferma: «Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita». La difficoltà che la realtà dell'accanimento terapeutico presenta è quella di individuarlo e definirlo, perché spesso quan-

do ci si trova in una situazione del genere è complesso capire o prevedere quali potrebbero essere gli esiti delle terapie e dei trattamenti somministrati ad una persona, dal momento che i margini di incertezza sono ampi.

Un principio di riferimento resta il riconoscimento di un diritto alla salute, sancito anche dalla Costituzione italiana, che all'articolo 32 recita: «Nessuno può essere obbligato a un trattamento se non per disposizione di legge». Ogni decisione in merito ai trattamenti sanitari spetta dunque alla libera e autonoma scelta della persona e il riconoscimento della centralità di questo principio viene confermato dalle più recenti evoluzioni dell'etica medica, che riconosce un ruolo centrale all'autodeterminazione e alla scelta libera del paziente. Il consenso e il rifiuto ai trattamenti diventano insomma veri e propri atti di natura morale e si caratterizzano come mezzi attraverso cui viene garantito il rispetto della dignità e della libertà personale.

Se per quanto riguarda le cure in genere tali principi forniscono un riferimento forte, quando si tratta però di decidere sulla morte e sulla vita la questione si complica decisamente.

I medici ad esempio mettono in rilievo il rapporto stretto che esiste tra le cosiddette "erosioni suicidarie", il suicidio e l'eutanasia, dal momento che anche se queste realtà sono diverse e quindi ricevono diverse definizioni, tra di esse esiste una sorta di continuità. La condizione affettiva del paziente sembra essere fondamentale al momento della decisione, dato che richieste formulate da persone che vivono in condizioni di grave prostrazione o di vera e propria depressione possono essere considerate come richieste d'aiuto e spesso in questi casi la domanda cambia o addirittura viene meno, nel momento in cui la condizione depressiva della persona viene curata. Anche la paura del dolore può giocare in maniera rilevante, quando si formula questo tipo di richiesta: le cure palliative sembrano aiutare anche perché permettono di affrontare la fase finale della vita sapendo che la sofferenza fisica, psichica e interiore verrà presa in carico con cura ed attenzione.

Un'ulteriore difficoltà è rappresentata dal bisogno di comprendere, da un lato, e di spiegare, dall'altro, l'eutanasia: la comprensione ci chiederebbe di entrare nel livello esistenziale, di metterci nei panni dell'altro, mentre la spiegazione ci porta a rimanere su di un piano più oggettivo. Nel caso di una richiesta di aiuto a morire da un lato possiamo andare in cerca della cause che inducono o hanno indotto questo tipo di domanda, dall'altro dovremmo sempre provare a comprendere le ragioni interiori che possono portare alla sua formulazione, nella difficoltà che questo tipo di comprensione comporta.

I nostri tabù

Molte sono le questioni più propriamente morali che questo tipo di realtà mette in discussione. Una prima riguarda la difficoltà di riconoscere come esistenzialmente e biograficamente rilevante una vita che sembri essersi ridotta quasi esclusivamente alla sua dimensione biologica.

Ci si può chiedere come i medici vivano questo tipo di situazioni, e se loro non si sentano un po' espropriati del loro ruolo, non si sentano esclusi da decisioni sulla vita e sulla morte che i pazienti hanno preso, a volte anche in mancanza di una comunicazione significativa con loro. Il vero rischio è quello di perdere l'abilità fondamentale di mettersi in relazione con l'altro, presi da altre dimensioni e dinamiche che sono oggi preponderanti nell'ambito sanitario, come quelle tecnologiche o quelle economiche e legali.

Se da un lato la medicina offre senza dubbio nuove, più accresciute abilità di guarire, dall'altro nelle nostre società c'è una dilazione della morte che è ben evidente: questa situazione pone in evidenza un problema antropologico più fondamentale del nostro tempo e del nostro contesto, dovuto al fatto che la morte e la vita sono un fatto naturale, ma insieme rimangono sempre anche un atto di libertà.

Il dibattito sul diritto di morire era stato riproposto all'attenzione da Umberto Veronesi, che in un testo breve, intitolato *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza* (Mondadori, Milano 2006) aveva esposto la propria posizione, fornendo alcune ragioni a favore del riconoscimento di questo diritto. Qual è la vita che va difesa, si chiede Veronesi, quella biologica o la vita consapevole di sé? È curioso rileggere questo passaggio, citato da Veronesi, di Francesco Bacone, che nel 1605 scriveva:

«il compito del medico non è solo quello di ristabilire la salute, ma anche quello di calmare i dolori e le sofferenze legati alle malattie; e di poter procurare al malato, quando non c'è più speranza, una morte dolce e tranquilla; questa eutanasia è una parte non trascurabile della felicità. Ma nel nostro tempo sembra che i medici ritengano loro dovere abbandonare i malati al momento della fine; contrariamente alla mia opinione, se essi fossero zelanti nell'adempiere il proprio dovere e di conseguenza rispettassero i propri doveri nonché le esigenze della propria professione, non risparmierebbero nessuna cura per aiutare gli agonizzanti a uscire da questo mondo con maggior dolcezza e facilità. Ora, questa ricerca la qualificiamo eutanasia esteriore, che distinguiamo da quell'altra eutanasia che si riferisce alla preparazione dell'anima, e che noi poniamo tra le nostre raccomandazioni».

Oggi, osserva Veronesi, è cambiata la valutazione che si dà del suicidio: sul piano giuridico esso ad esempio non è più considerato un reato. Il suicidio assistito, definito come l'atto mediante il quale un malato si procura una rapida morte grazie all'assistenza del medico, viene quindi considerato lecito in alcuni contesti. E si sta facendo strada una tendenza, sempre più diffusa, a praticare l'eutanasia senza però ammetterne ufficialmente la pratica: l'eutanasia rimane insomma un tabù. Veronesi ritiene che, se è stata la medicina ad aver creato il problema, è dovere della medicina cercare le possibili soluzioni: «Il filosofo latino Lucio Anneo Seneca scrive che "l'uomo saggio vive finché deve, non finché può", e forse questo ammonimento va girato alla medicina»¹.

Direttive anticipate, o testamenti di vita

Si è diffusa in questi ultimi anni la proposta di ricorrere alle direttive anticipate, o testamenti di vita (dall'inglese *advanced directives*, o *living will*), documenti nei quali la persona dichiara la propria volontà e le proprie preferenze per quanto attiene i trattamenti sanitari che la riguardano, in particolare nell'ipotesi che non le sia più possibile esprimere la propria volontà e far sentire la propria voce.

Questo documento ha valore legale in alcuni Stati. In Italia il Comitato Nazionale di Bioetica nel documento *Dichiarazioni anticipate di trattamento* (dicembre 2003), ha posto in evidenza la loro possibile utilità, considerando che da un lato essi permetterebbero di rispettare il principio di autodeterminazione e che si potrebbero leggere come forme di espressione dei desideri e della volontà del paziente, ma che d'altra parte queste dichiarazioni presentano anche alcuni – forti – limiti, quali ad esempio l'astrattezza, la genericità e la mancanza di informazioni rispetto alla situazione concreta che ci si troverà a vivere. In questo stesso documento il Comitato ammetteva la difficoltà che pratiche come la nutrizione e l'alimentazione artificiale possono a propria volta creare, e sottolineava che la loro particolarità ne richiederebbe una valutazione più specifica, ad esempio valutando le situazioni caso per caso.

Le proposte di legge sulle direttive anticipate sono state formulate in questi ultimi anni in versioni differenti ed in una delle più recenti sono state

¹ Citato in U. Veronesi, *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza*, Mondadori, Milano 2006, p. 102.

ricomprese tra i trattamenti sui quali ci si può esprimere anche la nutrizione e l'alimentazione artificiali². In questo testo si riconosce il valore delle direttive anticipate quale strumento per proteggere i pazienti in casi di accanimento terapeutico e si considera tale pratica come una prima fase di un processo decisionale che deve comunque coinvolgere il medico, nella sua responsabilità morale e deontologica e quindi anche lui a sua volta nella sua autonomia morale. Nel caso vi fosse una divergenza di vedute e di opinioni tra quanto il paziente ha espresso nelle direttive e quanto il medico ritiene opportuno fare, si auspica il coinvolgimento del comitato etico dell'ospedale, al quale spetterebbe il compito di ascoltare le motivazioni del medico, metterle a confronto con le indicazioni espresse nel testamento dal paziente e cercare di prendere una decisione che si avvicini e rispetti il più possibile i desideri e gli interessi del malato.

Non vengono sottovalutate, nelle premesse della proposta di legge, i rischi e le difficoltà legate ad un testamento biologico che può essere stato redatto in maniera poco chiara o riduttiva. Anche per questo si auspica per la verità che la premessa alla stesura di questi documenti sia un buon rapporto ed un buon dialogo tra medico, paziente e familiari e si considera l'utilità della presenza e della nomina di un garante.

Viene considerata con attenzione la possibile condizione psicopatologica che la persona sta vivendo e si sollecita che venga consultato comunque il medico curante e/o uno psichiatra.

Prospettive internazionali

Gli scenari internazionali in merito alle decisioni e ai trattamenti di fine vita presentano fisionomie molto diverse.

Per quanto riguarda l'Europa, la pratica dell'eutanasia è generalmente vietata. In Olanda l'eutanasia è stata legalizzata nel 2001: tre sono le condizioni necessarie alla considerazione della richiesta, ed esse prevedono una domanda espressa in maniera volontaria (competente, persistente e pienamente informata), una situazione di sofferenza intollerabile e irrimediabile, l'assenza di alternative da un punto di vista terapeutico e la consultazione di un altro medico. La richiesta di eutanasia può essere fatta anche dai minori,

² Si veda la proposta di legge in merito presentata dai senatori Ignazio Marino, Finocchiaro, Caforio, Emprin, Gilardini, Giabrone, Iovene e Ranieri: Senato della Repubblica, *Disegno di legge N. 687*, Roma, 27 giugno 2006.

in particolare se hanno più di 16 anni, in nome del loro diritto all'autodeterminazione, mentre se sono più giovani è necessario raccogliere il consenso dei genitori, del tutore e del ragazzo o del bambino stesso. Anche il Belgio, qualche anno più tardi, ha riconosciuto legalità alla pratica dell'eutanasia e la Svezia l'ha depenalizzata.

In Gran Bretagna l'eutanasia rimane illegale, così come il suicidio assistito: il 22 marzo 2002 è stata concessa l'autorizzazione da parte dell'Alta Corte di Giustizia inglese a staccare la spina del respiratore che teneva in vita Miss B., una donna di 43 anni affetta da una grave tetraplegia, mentre l'autorizzazione fu negata dalla medesima Corte e dalla Corte di Strasburgo a Diane Pretty, donna inglese malata di sclerosi laterale amiotrofica. Un caso recente riguarda una bambina nata con gravi malformazioni cerebrali, per la quale la Corte ha permesso il non intervento in caso di arresto respiratorio.

In Svizzera si è creato un movimento che afferma la legittimità del diritto al suicidio assistito, e si sono così consolidate associazioni e organizzazioni, quali *Exit* e *Dignitas*, che forniscono informazioni e assistenza ai malati che chiedono di morire in questo modo. Anche in Germania il suicidio assistito non è perseguibile. In Danimarca è vietata l'eutanasia attiva, ma il paziente può decidere sull'interruzione e la sospensione dei trattamenti: è possibile anche sottoscrivere il testamento biologico, che i medici devono poi rispettare.

In Francia si è tentato di formulare una legge sulla scia di un caso verificatosi alcuni anni fa e al momento è possibile interrompere la cosiddetta "ostinazione terapeutica".

In Spagna dal 1995 eutanasia e suicidio assistito non sono più considerati una forma di omicidio, in particolare è necessario che il malato abbia espresso una richiesta urgente e ripetuta, e che soffra di una malattia che gli induce dolori permanenti e non tollerabili.

Negli USA e in Canada è ampiamente diffusa la pratica delle direttive anticipate, che è stata individuata come soluzione a molte delle situazioni difficili che già negli anni Ottanta si erano venute a presentare nei reparti di rianimazione e che permette di evitare il proseguimento di cure sproporzionate. L'eutanasia non è legale, solo nell'Oregon è depenalizzato il suicidio assistito. Anche in Australia le direttive anticipate hanno validità legale. Negli Stati Uniti si utilizzano anche i *Do Not Resuscitate Orders* ("ordini di non rianimare"), che vengono sottoscritti in ospedale dal medico e dal pa-

ziente, o da un suo familiare delegato, quando le condizioni della malattia sono tali che non ci sarebbero possibilità di ripresa per il paziente.

“Accompagnare per mano sino alla fine”

In un documento preparato in questi ultimi anni, a seguito di un lavoro di audizione delle diverse *équipe* di cura che si trovano ad affrontare le fasi finali della vita (geriatria, cardiologia, oncologia, cure palliative, neurologia, rianimazione), la Commissione di Bioetica dell'Ordine dei Medici di Trento ha tracciato un'analisi dei cambiamenti occorsi nel modo di morire, mettendo in rilievo l'influenza che su di esso possono aver avuto i diversi cambiamenti sociali e culturali, quali i cambiamenti della famiglia, la mancanza di "ordinarietà" nei riguardi dell'evento della morte e la difficoltà di reperire nuove forme rituali di preparazione alla morte, una volta venute meno quelle più tradizionali del passato.

La comunicazione e la relazione in questi momenti della malattia e della vita giocano un ruolo centrale, perché buone dinamiche comunicative tra il paziente, i curanti e l'equipe di cura fanno una grande differenza sul modo di vivere questa fase della vita; è fondamentale provare a definire dei criteri e dei limiti per il ricorso alle cosiddette misure eccezionali, evitando il più possibile di incorrere in situazioni di accanimento terapeutico; sembra che le richieste esplicite di aiuto a morire, intese come domande deliberate di eutanasia o suicidio assistito, siano davvero poche, e che se le si analizza a fondo, parlando con la persona, spesso si tratti di domande diverse, ad esempio di sollievo dal dolore; anche rispetto a quest'ultimo scenario sembra che le direttive anticipate possano a propria volta essere d'aiuto, purché non vengano burocratizzate. Va riconosciuto inoltre il carico molto faticoso che anche i curanti, ed in particolare gli infermieri, devono affrontare quando lavorano intensamente e a lungo a contatto con persone che stanno per morire: da un punto di vista emotivo e psicologico queste figure di cura sono molto esposte e questo ci può far riflettere sulla difficoltà – che permane, al di là di tutto – del nostro rapporto con la morte.

La vita e la morte, gli affetti e i poteri

Ci sono in realtà molte dimensioni del discorso sul morire che in questa ripresa del dibattito sono rimaste in sottotono.

Si è parlato molto di vita e qualcuno si è chiesto: che ne è stato della vita ultraterrena, della dimensione trascendente, quando e dove ce le siamo dimenticate? Se da un lato ci sono la paura del dolore e della sofferenza, che le persone vivono in maniera così forte e che così di rado si riesce ad affrontare apertamente nei discorsi e nelle riflessioni quotidiane, dall'altro si è creata una sorta di idealizzazione della vita dell'aldilà, percepita e vissuta sempre meno come una realtà o come un orizzonte possibile. Nella stessa chiesa cattolica sembra essersi molto ridotto il discorso escatologico, perdendo così anche un immaginario o i riferimenti linguistici per parlare di una vita dopo la morte.

La sofferenza estrema è insensata, rimane uno scandalo da un punto di vista umano, per questo alle religioni e nel nostro contesto particolare alla Chiesa spetterebbe il delicato e fondamentale compito di dialogare con chi vede nella vita segnata dal dolore solo un evento negativo, che difficilmente può essere riletto o vissuto secondo un altro angolo visuale.

Lo scorso anno il cardinal Carlo Maria Martini e il chirurgo Ignazio Marino hanno scritto a quattro mani un dialogo sulla vita³: nelle considerazioni sulla fine della vita, l'accanimento terapeutico e l'interruzione delle terapie, i due concordano sulla necessità di sospendere trattamenti ormai inutili perché altrimenti si lederebbe la dignità della persona che è in cura. Martini ha di recente rimarcato, proprio a seguito della morte di Piergiorgio Welby e della discussione che su tale situazione si è sollevata, il fatto che anziché di "astensione dai trattamenti" si potrebbe parlare di "limitazione dei trattamenti". La questione, osserva Martini, potrebbe essere riformulata chiedendosi come si può vivere in modo umano la morte, e conclude il suo breve e incisivo intervento dicendo: «È soltanto guardando più in alto e più oltre che è possibile valutare l'insieme della nostra esistenza e di giudicarla alla luce non di criteri puramente terreni, bensì sotto il mistero della misericordia di Dio e della promessa della vita eterna»⁴.

Un racconto per la fine

È sempre difficile accostare il tema della morte e parlare della morte: la morte però viene spesso rappresentata, ad esempio attraverso immagini artistiche, basti pensare alle suggestive rappresentazioni medievali della *Danza*

³ C.M. Martini - I. Marino, *Dialogo sulla vita*, "L'Espresso", n. 16, 27 aprile 2006.

⁴ C.M. Martini, *Io, Welby e la morte*, "Il Sole 24 Ore", 21 gennaio 2007.

macabra, a messe in scena teatrali, ai numerosi film che affrontano questo scenario, a partire da *Il settimo sigillo* di Ingmar Bergman sino al recente *Mare dentro* di Alejandro Amenabar, o attraverso racconti, che possono riportare la voce di chi sta per morire.

In un romanzo recente, Josè Saramago immagina che un bel giorno, in un non meglio precisato paese, la morte scompare: le conseguenze di questo fatto sulla vita quotidiana sono così rilevanti ed inaspettate, che l'intero orizzonte dell'esistenza si viene a ridefinire.

«Il giorno seguente non morì nessuno. Il fatto, poiché assolutamente contrario alle norme della vita, causò negli spiriti un enorme turbamento, cosa del tutto giustificata, ci basterà ricordare che non si riscontrava notizia nei quaranta volumi della storia universale, sia pur che si trattasse di un solo caso campione, che fosse mai occorso un fenomeno simile, che trascorresse un giorno intero, con tutte le sue prodighe ventiquattr'ore, fra diurne e notturne, mattutine e vespertine, senza che fosse intervenuto un decesso per malattia, una caduta mortale, un suicidio condotto a buon fine, niente di niente, zero spaccato. Neppure uno di quegli incidenti automobilistici tanto frequenti nelle occasioni festive, quando l'allegria irresponsabilità e l'eccesso di alcol si sfidano reciprocamente sulle strade per decidere chi riuscirà ad arrivare alla morte al primo posto. Il passaggio dell'anno non aveva lasciato dietro di sé il solito rigagnolo calamitoso di morti, come se la vecchia atropè dalla dentature digrignata avesse deciso di inguainare la forbice per un giorno. ... Fino alla mezzanotte in punto dell'ultimo giorno dell'anno ci fu ancora gente che accettò di morire nel più fedele ossequio alle regole, sia quelle che si riferivano al nocciolo della questione, cioè, al concludersi della vita, sia quelle che attenevano alle molteplici modalità di cui esso, il suddetto nocciolo della questione, con maggiore o minor pompa e solennità, usa rivestirsi quando arriva il momento fatale. Un caso fra tutti interessante, ovviamente trattandosi di chi si trattava, fu quello dell'anzianissima e veneranda regina madre. Alle ore ventitre e cinquantanove minuti di quel trentuno dicembre nessuno sarebbe stato tanto ingenuo da scommettere un soldo bucato sulla vita della real signora. Perduta ogni speranza, arresisi i medici all'implacabile evidenza, la famiglia reale, gerarchicamente disposta intorno al letto, aspettava con rassegnazione l'estremo sospiro della matriarca, forse qualche parolina, un'ultima sentenza edificante finalizzata alla formazione morale degli amati principi suoi nipoti, forse una bella e schietta frase all'indirizzo della sempre ingrata memoria dei sudditi venturi. E poi, come se il tempo si fosse fermato, non accadde nulla. La regina madre non migliorò né peggiorò, rimase lì come sospesa, dondolando il fragile corpo sul bordo della vita, a ogni istante minacciando di cadere dall'altro lato, ma legata a questo da un tenue filo che la morte, poteva essere soltanto lei, non si sa per quale strano capriccio, continuava a tenere. Eravamo ormai passati al giorno seguente, e in quello, come si è informato subito all'inizio di questo racconto, nessuno sarebbe morto»⁵.

⁵ J. Saramago, *Le intermittenze della morte*, Einaudi, Torino 2005, pp. 3-4.

Nel dibattito sul caso di Piergiorgio Welby sembra che sia stata dimenticata, ancora una volta, la cultura dialogica e relazionale che un contesto civile maturo e capace di rispettare le diverse posizioni morali in esso presenti dovrebbe cercare di costruire e promuovere. La capacità di guardare alle emozioni, di prenderle in considerazione e di cogliere il ruolo essenziale che nelle questioni di vita e di morte sempre giocano gli affetti e le dinamiche di potere significa guardare questi scenari così problematici a partire da un orizzonte diverso, più ampio e più attento alla complessità delle questioni.

Non moriamo mai da soli, in un certo senso, e la nostra morte non è mai solo nostra. La storia di Piergiorgio Welby ce lo ha ricordato, ancora una volta. ■

L'amore conta. Per una democrazia ad alta energia

27^a scuola della Rosa Bianca
Cesenatico, 21-23 settembre 2007

venerdì 21 settembre

ore 19.30 saluti e cena; ore 21 Assemblea della Rosa Bianca – elezione del nuovo Presidente

sabato 22 settembre

ore 9.00 *Introduzione* di Giovanni Colombo
ore 9.30 *Amore e politica, matrimonio impossibile?*, relazione di Luigi F. Pizzolato, Professore di Letteratura cristiana antica – Università Cattolica di Milano
ore 15 *La passione democratica*, relazione di Michele Nicoletti, professore di Filosofia politica – Università di Trento

domenica 23 settembre:

ore 9.00 *Il futuro di "Persone e Comunità"*, relazione di Roberto Mancini, professore di Filosofia teoretica – Università di Macerata; libero dibattito
ore 12.30 Conclusioni.

I lavori della scuola si terranno nella sala convegni del Palazzo del Turismo di Cesenatico – viale Roma, 112. Iscrizione: 20 euro.
Informazioni: giovanni.colombo@fastwebnet.it

Il Codice mancante

EMANUELE CURZEL

Nella triste vicenda di Piergiorgio Welby la negazione delle esequie ecclesiastiche può essere considerata un piccolo, triste particolare, da dimenticare per superare il senso di disagio (e un po' anche di vergogna) che ha suscitato. Riprendo però quel fatto per metterne in rilievo un aspetto che è stato sostanzialmente ignorato: i motivi sulla base dei quali il Vicariato di Roma ha negato i funerali.

Nella dichiarazione relativa (22 dicembre 2006)¹ è fatto esplicito riferimento a quella parte del *Catechismo della Chiesa Cattolica* che riguarda l'eutanasia (§§ 2276-2279, riassunto al § 2324) e il suicidio (§§ 2280-2283, riassunto al § 2325): la volontà di Welby di porre fine alla propria vita sarebbe stata dunque un segno di contrasto «con la dottrina cattolica», per cui il Vicariato *non ha potuto* (questo è il verbo modale utilizzato) concedere le esequie. Ai commentatori ciò è sembrato un rifarsi al «diritto» contro la «pietà» (come scrisse Paolo Ghezzi sul *Margine* 10/2006).

Il *Catechismo della Chiesa Cattolica*, citato dal Vicariato, non ha però nulla a che fare con il diritto: ha a che fare con la catechesi e con la pastorale. È un testo importante, ma non dovrebbe essere menzionato nel momento in cui si vuole prendere una decisione avente valore disciplinare (punitivo) come può essere la negazione delle esequie ad un battezzato. Sarebbe come se un giudice comminasse una condanna non sulla base del Codice penale, ma su un manuale scolastico dedicato allo stesso tema. Cosa dice invece, a proposito dei funerali, il nuovo *Codice di Diritto Canonico* (1983)?

«Canone 1184.

§ 1. Se prima della morte non diedero alcun segno di pentimento, devono essere privati delle esequie ecclesiastiche: 1) quelli che sono notoriamente apostati, eretici, scismatici; 2) coloro che scelsero la cremazione del proprio corpo per ragioni contrarie alla fede cri-

¹ Dal sito della diocesi romana: <http://www.romasette.it/modules/AMS/article.php?storyid=122>. Il testo è stato ripreso, tra l'altro, anche su "Il Margine" n. 10/2006.