

studi

Suicidio assistito ed eutanasia involontaria. A proposito del caso olandese

IGNACIO CARRASCO DE PAULA*

Sommario: 1. *L'eutanasia: incoerenza di un concetto; a) Inadeguatezza fra problema e soluzione. b) Sproporzione fra causa ed effetto. 2. Dal bene dell'individuo all'interesse del gruppo. 3. Il «suicidio medicamente assistito» e il caso olandese. 4. Eutanasia versus «selezione naturale»?*



In questi ultimi tempi, la questione dell'eutanasia ha acquistato nuove e più complesse dimensioni. Il nodo centrale del dibattito classico intorno alla «morte dolce», cioè: se l'intenzione di risparmiare dolori e sofferenze insopportabili costituisca un motivo eticamente valido e sufficiente per procurare direttamente la morte a qualcuno, si è ulteriormente aggrovigliato con nuovi e più drammatici dilemmi.

La questione morale dell'eutanasia non sempre è stata posta in modo rigoroso. Un ostacolo non indifferente è la tendenza a sottolineare gli aspetti motivazionali: il desiderio di propiziare una morte degna dell'uomo, il «*finis operantis*» della terminologia classica. L'intenzione però può riguardare un ampio spettro di comportamenti, che vanno dalle cure palliative per i malati terminali alla sospensione di trattamenti inefficaci e gravosi, includendo ovviamente l'atto eutanasi vero e proprio, il quale è concepito come un ricorso estremo finalizzato a risparmiare l'esperienza di sofferenze inutili e intollerabili.

Tuttavia, accomunare sotto uno stesso cartello azioni tanto diverse, è un'operazione confusa, sia dal punto di vista sostanziale che etico. È da preferirsi una nitida qualificazione dell'eutanasia secondo il suo effetto caratteristico (il «*finis operis*»), che è quello di procurare direttamente la morte, supponendo che in certe circostanze essa possa essere per qualcuno un bene superiore alla vita.

Mentre gli anni cinquanta e sessanta sono stati preziosi per la definitiva chiarificazione ed acquisizione, da parte dell'etica medica, di alcuni principi fonda-

* Ateneo Romano della Santa Croce, Piazza Sant'Apollinare 49, 00186 Roma

mentali riguardanti il prolungamento della vita e il morire (come la dottrina del consenso informato, il rifiuto dell'accanimento terapeutico¹, la liceità della rinuncia volontaria all'uso di mezzi terapeutici straordinari o sproporzionati, la legittimità del ricorso alle cure palliative — ed in particolare alla sedazione del dolore — anche quando si prevedono effetti collaterali indesiderabili e persino l'abbreviazione della vita, ecc.²), dagli anni settanta in poi il dibattito è diventato notoriamente più complesso, con l'apparizione di nuove forme di eutanasia finalizzate, non alla soppressione del dolore, bensì alla liquidazione di vite giudicate senza valore o comunque troppo onerose per gli altri.

Prima si è tentato di trovare una giustificazione etica all'eutanasia neonatale³. Poi, la controversia si è allargata ai malati in stato comatoso⁴. In ambedue i casi il vero nodo non era quello della rinuncia o meno all'uso di sofisticate tecnologie per il mantenimento artificiale delle funzioni vitali, ma piuttosto il significato etico dell'omissione o sospensione di trattamenti sicuramente efficaci e/o delle cure minimali — come la nutrizione —, senza le quali neanche un individuo sano può sopravvivere⁵.

In tempi recentissimi, le tendenze verso il riconoscimento morale dell'eutanasia hanno raggiunto le espressioni più estreme. La espressione «buona morte» non risulta più rilevante. L'accento si è spostato da un trapasso circondato da gesti

¹ Per accanimento terapeutico intendiamo il ricorso a terapie inutili e troppo gravose per il malato. Esse di solito contribuiscono a prolungare una situazione ambigua o mantenere una speranza vana. Con l'attuale crisi dei sistemi di assistenza sociale e la corrispondente contrazione delle risorse sanitarie, il fenomeno dell'accanimento si è notevolmente ridotto.

² Va riconosciuto che la Chiesa cattolica ha dedicato particolare attenzione a questi problemi, sin dai tempi di Pio XII. L'ultimo documento importante è la dichiarazione *Iura et bona*, della Congregazione per la Dottrina della Fede, pubblicata il 5-V-1980.

³ La prima controversia fu intorno al caso di un bambino, nato con la sindrome di Down e una atresia del duodeno — una malformazione che, secondo il parere dei medici, poteva risolversi con un intervento chirurgico non troppo complicato —, che fu lasciato morire per inanizione nel «John Hopkins Hospital», perché i genitori si erano rifiutati di concedere il loro consenso alla terapia proposta dal chirurgo. Vedi J.M. GUSTAFSON, *Mongolism, Parenteral Desires and the Right to Life*, «Perspectives in Biology and Medicine», 16 (1973), pp. 529-559.

⁴ Si ricorderà il caso Karen Quinlan, una giovane che sopravvisse per diversi anni in stato vegetativo persistente, anche dopo che la Corte dello Stato di New Jersey, accogliendo la richiesta del genitore della Quinlan, aveva ordinato la sospensione del respiratore. Questo però non fu un vero e proprio caso di eutanasia, poiché la giovane non aveva bisogno di alcun supporto per respirare.

⁵ I ricorsi ai giudici americani si tradussero in diverse sentenze giudiziarie, a volte contraddittorie, che negavano o autorizzavano la sospensione di trattamenti e di cure indispensabili, come nelle sentenze Conroy, Barber, Brophy, Gray, ecc. L'orientamento dei tribunali era quello di riconoscere tre casi nei quali si doveva consentire la sospensione della nutrizione e di qualsiasi altro mezzo di sostegno vitale: 1) desiderio espresso del paziente, 2) dimostrazione anche indiretta che il malato avrebbe chiesto la sospensione, 3) evidenza che il costo di mantenimento della vita superava di molto i benefici ottenuti (cfr. W. J. CURRAN, *Defining Appropriate Medical Care: Providing Nutrients and Hydration for the Dying*, in A. SHANON (ed.) «Bioethics», Paulist Press, Mahwah (NJ) 1987³, pp. 209-214).

cauti, circospetti e garbati, ad un decesso controllato e assistito mediante l'utilizzo dei mezzi a disposizione della medicina moderna. Le stesse denominazioni scelte dalle ultime proposte: «suicidio clinicamente assistito» e «intervento medico attivo per abbreviare la vita del paziente» confermano tali tendenze. Queste due nuove formule prendono spunto da una specifica filosofia di fondo: esse infatti vorrebbero apparire ancora come gesti dettati da sentimenti compassionevoli, ma soprattutto si propongono come una doverosa — e giustificata — riparazione all'insuccesso del medico che non è stato capace di alleviare le sofferenze del malato⁶.

L'apparente naturale evolversi dell'idea della «morte dolce», che ha dato luogo a una molteplicità di applicazioni — sulle quali ritornerò in seguito —, sembra confermare la validità del pur tanto discusso argomento del «piano inclinato»⁷ contro la sua legalizzazione. Sul piano etico, appare evidente che la logica dell'eutanasia poggia oggettivamente su un equivoco — e, pertanto, soggettivamente su un inganno —: quello di far passare come bene — e addirittura come gesto di amore — un atto che in realtà ha tutti i requisiti per essere considerato il peggiore dei mali per un essere vivente, poiché significa per l'interessato la distruzione irreversibile di qualsiasi altro bene.

1. L'eutanasia: incoerenza di un concetto

Per eutanasia s'intende un'azione od omissione che per sua propria natura, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore e sofferenza⁸. Questo puntare direttamente verso la soppressione della vita segna una profonda soluzione di continuità fra la «morte dolce» ed altri comportamenti che si propongono, con maggiore o minore successo, di alleviare il dolore fisico e le sofferenze spirituali.

C'è stato il tentativo ideologico di giustificare l'eutanasia come affermazione della suprema autonomia dell'uomo che, decidendo il momento e il modo di morire, si sottrarrebbe sia alla legge inesorabile della natura che alla signoria di Dio, da sempre rappresentato come il solo vero Signore della vita e della morte. Questa versione ideologizzata non mi sembra però la più rappresentativa. I fautori dell'eutanasia — tranne rari casi di fondamentalismo laicista — fanno leva su ragioni umanitarie, sia quando propongono di rendere dolce e innocuo l'ultimo momento della vita, o almeno di risparmiare sofferenze e dolori atroci, sia quando contestano in tutti i modi l'ormai quasi mitico accanimento terapeutico. Essi tenta-

⁶ Cfr. H. BRODY, *Assisted Death - A compassionate response to a medical failure*, «The New England Journal of Medicine», 327 (1992), pp. 1384-1388.

⁷ L'impossibilità pratica di evitare abusi e strumentalizzazioni esclude il riconoscimento etico e/o legale dell'eutanasia.

⁸ Non ha molta rilevanza la distinzione fra eutanasia attiva (procurata attivamente) e passiva (per omissione). Invece è importante distinguere fra quella volontaria (su richiesta), non-volontaria (non richiesta espressamente, ma presunta: malato in stato comatoso) e involontaria (senza il consenso dell'interessato o contro la sua volontà espressa).

no così di crearsi uno spazio nella cultura occidentale, incuranti se invadono o meno, in modo aperto o strisciante, un'area che tradizionalmente si riteneva riservata a Dio.

La loro opzione si fonda sulla logica della compassione o sulle esigenze del comportamento virtuoso caritatevole. Un modello argomentativo tipico può essere formulato nel modo seguente⁹: in alcune circostanze particolari — piuttosto inconsuete —, la morte rappresenta un bene per una persona, mentre continuare a vivere costituisce un male. In tali casi, la carità, virtù che rende caro il bene degli altri, può giustificare e/o esigere l'eutanasia, a patto che essa prenda di mira solo il bene dell'interessato e non sia impedita da un precedente dovere di giustizia, come per esempio la volontà di vivere del soggetto malgrado tutto¹⁰.

La validità di questo ragionamento dipende ovviamente dalla risposta che venga data ad altri interrogativi ancora più fondamentali, come per esempio: è possibile, e come, determinare quando la vita non è più un bene bensì un male per l'uomo?, è fattibile fissare delle garanzie, e quali, onde assicurare che la morte sia finalizzata esclusivamente al bene del morente ed impedire abusi e manipolazioni disoneste?, inoltre, il diritto alla vita è un bene rinunciabile e alienabile?

Lasciando da parte questi quesiti — ai quali, a mio parere, non può essere data altra risposta razionale se non negativa —, ritengo che la ragionevolezza della stessa logica della compassione sia internamente inficiata da una doppia e profonda incoerenza. Il sospetto si insinua quando si avverte che l'eutanasia parla non di una pietà qualsiasi, ma di una commiserazione che uccide, il che in un secondo momento porta a domandarsi se non ci sia una dissennata inadeguatezza fra problema (dolore) e soluzione (morte procurata); se non ci sia una sproporzione eticamente inaccettabile fra causa (sentimento di compassione, che si suppone sia amore) e effetto (distruzione di un disgraziato che, incolpevolmente, non riesce a sopportare l'umiliazione, la solitudine, il dolore, ecc.).

a) Inadeguatezza fra problema e soluzione

Fra una esperienza dolorosa — che si vuole eliminare — e il rimedio offerto si deve mantenere un certo equilibrio. È possibile abolire il pericolo dello smog abolendo ogni attività industriale. Nessuno potrebbe contestare l'efficacia di un tale provvedimento, ma nessuno potrebbe ignorare le conseguenze sociali che rendono tale misura completamente inadeguata. Ora, eliminare la sofferenza sopprimendo la stessa capacità di provare qualsiasi altro sentimento, desiderio, pensiero, ecc. si pone su un piano simile, e ben più grave poiché il soggetto abolito è una

⁹ Vedi Philippa FOOT, *Eutanasia*, in G. FERRANTI e S. MAFFETTONE (a cura di), *Introduzione alla Bioetica*, Liguori, Napoli 1992, pp. 81-111.

¹⁰ La maggior parte dei sostenitori dell'eutanasia sul piano filosofico, sono concordi con questa affermazione di J. Rachels: «È l'eutanasia involontaria — uccidere persone che non vogliono morire — quella moralmente odiosa» (*La fine della vita*, Sonda, Torino 1989, p. 152).

persona umana, titolare di un insieme di diritti fondamentali. La pietà cancella il dolore solo perché cancella l'uomo che sceglie — accetta o rifiuta — e comunque «vive» la sofferenza, e lo fa senza la minima possibilità di rettifica, senza che sia più possibile desiderare di tornare indietro.

Si può obiettare che la morte è stata richiesta dallo stesso malato, il quale magari soffre in un modo che nessuno può neanche immaginare. Questo argomento avrebbe più valore se il vissuto del malato abbracciasse anche l'esperienza — per tutti pure inimmaginabile — di che cosa significa essere morto. D'altra parte, la presenza della «volontà di morire» non cambia sostanzialmente il problema dell'eutanasia, poiché si deve giustificare che tale volontà sia eticamente valida, sia razionale¹¹. Ora, proprio il fatto che la richiesta nasca in un ambiente di dolore atroce, mette in dubbio la sua eventuale razionalità, come è stato dimostrato più volte¹².

b) Sproporzione fra causa ed effetto

L'eutanasia per sua stessa natura implica l'uccisione diretta di un essere umano innocente. Questo fatto entra subito in conflitto con la tesi che riconosce il carattere sacro della vita, cioè, che l'inizio e la fine dell'esistenza non sono oggetto di scelta da parte dell'uomo. Tale convinzione non si fonda solo su ragioni di natura religiosa o su credenze prerazionali. Essa è lo sbocco logico di una riflessione rigorosa che prende spunto dall'evidenza che l'uomo può sì trasmettere la vita e toglierla ad altri, e perfino a se stesso, ma non si è dato l'esistenza da sé né potrà mai evitare di doverla restituire.

L'argomento della sacralità della vita umana ha a suo favore sia l'universale riconoscimento e la sua trasmissione attraverso diverse culture ed epoche storiche, sia il consolidamento derivante dalla continua autorevisione per controbattere le critiche e le obiezioni. Nel mondo giudaico-cristiano esso si esprime, sul piano etico-religioso, nel quinto dei comandamenti divini: «non uccidere». Ma poiché, almeno secondo la teologia cattolica, Dio non vieta nulla per puro capriccio, ma solo i comportamenti che si oppongono alla piena realizzazione del progetto

¹¹ Non basta infatti invocare il pluralismo: «A chi ritiene che la morte sia la fine dell'esperienza umana non si può imporre che tale esperienza sia protratta quando la sofferenza l'ha resa insensata e priva di alcun valore. Ci sembra anzi che il costringere un individuo che non lo voglia a rimanere in tale situazione penosa e degradante sia una mancanza di rispetto alla sua dignità» (Consulta italiana di bioetica, dichiarazione del 30/1/1993. Vedi «Famiglia Oggi. Documentazione», aprile 1993, p. 17). Ogni uomo ha una dignità che deve essere rispettata, ma non tutto quello che un uomo pensa, fa o desidera partecipa di tale dignità, neanche se gode del consenso sociale. Ad alcuni tiranni, noti per i loro crimini, non ha fatto certo difetto il sostegno politico.

¹² La richiesta di morire è strettamente dipendente da uno stato depressivo, ed è stato dimostrato che essa sparisce quando viene trattata in modo adeguato la depressione (vedi la recente dichiarazione della World Medical Association sul suicidio assistito, Marbella ottobre 1992).

d'umanità proprio di ogni uomo, ci deve essere una ragione ancora più profonda e radicale dello stesso comandamento per cui l'eutanasia non può essere eticamente accettata. Questa ragione non è altra che la natura intrinsecamente cattiva della distruzione della vita umana innocente. Oppure, in termini positivi e più esatti, la necessità imperativa che il rispetto della vita sia mantenuto come valore universale e incondizionato, cioè un valore riconosciuto in tutti e per tutti gli uomini, senza eccezioni di nessun tipo¹³.

Quando dico che la vita umana non può essere sottomessa a condizioni, non intendo stabilire un principio astratto, ma piuttosto: a) segnalare che è contraddittorio che l'uomo sia condizionato o misurato: la vita dell'uomo vale per quello che è, cioè perché è umana, perché appartiene ad un essere personale, unico e irripetibile, che è stato creato e ha senso per se stesso; e b) sostenere che essa va rispettata sempre e comunque, nel senso che nessuno può vantare il potere di stabilire alcuna condizione, e pertanto nessuno può — e tanto meno per motivi di pietà — decidere chi debba morire e chi debba vivere.

Introdurre un'eccezione, cioè stabilire dei presupposti che rendano lecita l'uccisione di un uomo, significa togliere ogni garanzia etica, e lasciare la vita umana in balia di accordi, di consensi, di regole che sono solo risultato di un mutevole equilibrio di potere o d'interesse. Se la compassione — sentimento presente nell'omicida — di fronte al dolore — sensazione percepita dalla vittima — autorizza ad uccidere, non si trova più un motivo vero — al di fuori della discrezionalità di chi detiene effettivamente il potere — per cui altri sentimenti, più nobili secondo il fanatismo fondamentalista, o più pratici secondo il calcolo utilitaristico, non possano giustificare una arbitraria licenza di uccidere.

Riflessioni come queste inducono i sostenitori dell'eutanasia a concedere che essa non possa essere concepita se non come «ultima ratio», da applicare con cautela in casi eccezionali o estremi. Insistono però che, almeno per rispettare il pluralismo di valori in una società secolarizzata, «all'individuo deve essere riconosciuta la facoltà di porre fine ai propri giorni col suicidio o di chiedere di essere aiutato a morire ove si trovi in situazioni di incapacità e di insopportabile sofferenza e perdita della dignità»¹⁴. A mio avviso risulta evidente che il dissidio fra le diverse posizioni sulla «morte dolce» non sta di certo in una maggiore o minore propensione verso la compassione, né solo nella logica delle loro argomentazioni, ma 1) nel diverso modo di concepire il significato antropologico della vita e della morte, e forse anche 2) nel grado di delusione o di entusiasmo che suscita in ognuno l'esperienza della vicenda umana.

Chi, per esempio, sente la vita come un dono prezioso che racchiude in sé

¹³ Tengo conto del fatto che la legittima difesa, la guerra giusta e la pena capitale sono state riconosciute come situazioni nelle quali, lecitamente, qualcuno può perdere la vita. Queste però non sono eccezioni al principio dell'invulnerabilità della vita umana, poiché la difesa della propria sopravvivenza non esclude azioni che abbiano come conseguenza inevitabile e comunque non voluta la morte di un altro.

¹⁴ Consulta italiana di bioetica, dichiarazione del 30.1.93 (vedi «Famiglia Oggi. Documentazione», aprile 1993, p. 17).

uno splendido progetto di umanità; o la vede come una affascinante avventura, esclusiva e impareggiabile, per essere e per comunicare; considererà l'esistenza come l'ultimo compito al quale voglia sottrarsi, anche quando sia diventata una agonia quotidiana, nel senso etimologico del termine. Per lui, il ricorso all'eutanasia appare come una resa assurda, un'evasione irrazionale, una rinuncia codarda alla dignità di essere uomini nella buona e nella cattiva sorte.

2. Dal bene dell'individuo all'interesse del gruppo

Un compito non facile per la logica della «morte dolce» è quello di mantenersi entro i limiti della ragionevolezza e di non contraddire la propria storia. L'apologia dell'eutanasia si trova infatti in chiara difficoltà quando si allarga ai bambini handicappati e ai malati in stato vegetativo persistente. Questo passo fu dato per la prima volta, in grande stile, dai nazisti. Il ricordo di tali atrocità, alimentato anche da comprensibili e ragionevoli calcoli politici, ha agito da deterrente per anni, impedendo che nella cultura dei paesi più industrializzati del mondo potessero affermarsi apertamente le politiche eugenetiche. Ma non appena si affievolisce l'ombra di quei macabri fantasmi, la tendenza ad eliminare i deboli e gli inutili riemerge con prepotenza.

La prima accesa polemica sollevata dal caso del John Hopkins Hospital oggi si è quasi completamente sopita, sia perché il problema ha trovato nell'aborto selettivo una soluzione ancora più efficace, sia perché l'eliminazione di bambini che soffrono è un argomento che scatena in tutti forti e comprensibili disagi. Già nel 1973 si dimostrò che la prassi dell'eutanasia neonatale era molto più diffusa di quanto non si pensasse¹⁵, e nessuno degli addetti ai lavori può far finta di ignorare che oggi vi sono ancora bambini con gravi menomazioni che riescono a nascere ma sono privati di appropriati trattamenti e lasciati morire perché si ritiene che le possibilità di raggiungere un livello di vita accettabile per gli altri siano troppo basse.

Un fenomeno simile sta succedendo con i malati in stato vegetativo persistente. La loro incapacità di recupero alla vita di relazione e, pertanto, la mancanza di autonomia per quanto riguarda funzioni essenziali come il nutrirsi e il dissestarsi, sono l'occasione perché si insinui il dubbio che questi malati — che peraltro godono di un buono stato generale — siano davvero esistenze il cui valore compensi quello delle spese di mantenimento, dal punto di vista economico, sociale, affettivo, ecc. In questi casi, poi, basta sospendere la nutrizione e l'idratazione artificiale — cioè, somministrata da curanti, con o senza una semplice sonda — perché la fine sopraggiunga in pochi giorni.

Questa forma di eutanasia risponde ancora alla logica della pietà? Direi di sì, soltanto che la compassione è stata trasferita dal candidato a morire — che non avendo alcun valore, non merita più commiserazione —, al gruppo o alle persone

¹⁵ R.S. DUFF e G.M. CAMPBELL pubblicarono un articolo secondo il quale, fra il 1970 e il 1972, il 14% dei bambini deceduti nel reparto di rianimazione per neonati del Yale-New Haven Hospital dipendeva dall'omissione di adeguate terapie.

che hanno il dovere o la responsabilità di prendersene cura. Per questo, non sarebbe più condizione essenziale che la morte procurata sia dolce, e infatti non deve essere gradevole morire per fame o per sete anche per uno che si trova in stato d'incoscienza o è stato imbottito di sedativi. L'essenziale è che l'uccisione sia quello che sempre è stata dagli inizi dell'umanità: la fine della vita, senza alternativa per i ripensamenti.

3. Il «suicidio medicamente assistito» e il caso olandese

Tuttavia, chi sostiene la liceità di far morire un malato in stato vegetativo persistente di solito premette due condizioni. Prima, evitare nella misura del possibile ogni connessione con l'eutanasia attiva: il medico dovrebbe interrompere l'idratazione e la nutrizione artificiale in quanto ritenute terapie inefficaci, superflue, e persino troppo gravose per il malato. Seconda, il dottore dovrebbe agire, non di propria iniziativa, ma nel rispetto della volontà esplicita o presunta del paziente, eseguendo una eutanasia al massimo non-volontaria. In questo modo si assicura che il decesso avvenga in modo tranquillo e socialmente accettabile, anche se molte volte risulta problematico determinare quale sarebbe stata la reale volontà del paziente.

Recentemente però questi limiti, che sembravano invalicabili, sono stati ampiamente oltrepassati. Prima, con la prassi del «suicidio medicamente assistito», che in questi ultimi due anni sta avendo una discreta diffusione negli Stati Uniti; poi, con la normativa approvata qualche mese fa dalla Seconda Camera del Parlamento olandese, che in pratica sancisce la possibilità di una iniziativa autonoma da parte del medico, prescindendo dal consenso del paziente.

Mentre il «suicidio medicamente assistito» è una forma di eutanasia volontaria, che riconosce un ruolo attivo solo al malato — il medico dovrebbe limitarsi a fornire la droga letale e le indicazioni per l'uso, oltre a presenziare il trapasso e redigere il relativo certificato di defunzione¹⁶ —, la prassi olandese consente un comportamento molto più spregiudicato e intraprendente da parte del dottore, fino a consentire l'applicazione dell'eutanasia involontaria. Questo evento, che lascia increduli e allibiti, ha una sua storia che non sarà inutile ricordare brevemente.

¹⁶ Una descrizione del suicidio assistito: «Se il paziente e il medico concordano sul fatto che non ci sono alternative plausibili e che sono state soddisfatte tutte le condizioni, allora l'ideale sarebbe che il medicamento letale fosse ingerito in presenza del medico. A meno che il malato lo chieda esplicitamente, non dovrebbe trovarsi solo nel momento della morte. Oltre al medico, dovrebbe essere incoraggiata la presenza di altri operatori sanitari e dei parenti, secondo i desideri del malato. È di una importanza estrema non abbandonare il malato in questo momento cruciale. Il tempo che precede la morte "controllata" può offrire una opportunità per un addio ricco e pieno di senso tra i membri della famiglia, i sanitari e il paziente. Per questi motivi, dobbiamo essere certi che qualsiasi politica e legge promulgata per consentire il suicidio assistito non debba esigere che il paziente rimanga solo nel momento della morte, al fine di proteggere gli assistenti da qualsiasi eventuale procedimento penale» (T. QUILL, *Care of the hopelessly ill. Proposed clinical criteria for Physician-assisted Suicide*, «The New England Journal of Medicine», 327 (1992), p. 1383).

In Olanda il dibattito sull'eutanasia dei malati terminali iniziò nel 1973, con una serie di casi che culminarono con la sentenza «Alkmaar» del 1984. Secondo la Corte Suprema olandese, l'articolo 40 del Codice Penale, che garantisce la non perseguibilità penale di chi ha commesso un omicidio in determinate circostanze definite come stato di necessità¹⁷, poteva essere applicato al dottore che praticava l'eutanasia¹⁸. In questo modo, i medici acquistavano un privilegio sotto forma di licenza di uccidere, mentre per gli altri cittadini l'eutanasia continuava ad essere un reato punibile con 12 anni di reclusione. La Reale Associazione Medica olandese stabilì cinque condizioni: 1) richiesta volontaria da parte dell'interessato, 2) formulata senza dubbi né incertezze, 3) ripetuta più volte, 4) in circostanze di sofferenze insopportabili, e 5) accolta dal medico dopo essersi consultato con altri colleghi.

La reale applicazione di queste indicazioni è stata oggetto di ampie discussioni, dibattiti, denunce, ecc. Sono state fornite prove attendibili di casi nei quali l'eutanasia era stata provocata senza il previo consenso da parte dell'interessato¹⁹, o comunque che la normativa olandese si prestava troppo facilmente ad abusi e usi disonesti e illegali. Eppure, il Parlamento olandese ha deciso di ampliare ulteriormente la discrezionalità del potere dei medici²⁰.

Il provvedimento adottato non è un riconoscimento legale dell'eutanasia, e neanche una depenalizzazione. Semplicemente è cambiata la procedura della «certificazione dell'avvenuto decesso». Se il medico, compilando l'apposito modulo composto da 25 domande, dichiara di essere intervenuto per abbreviare la vita di un malato in stato terminale, all'ufficiale giudiziario del Comune spetta di decidere se archiviare la pratica oppure se aprire una inchiesta, che eventualmente potrebbe dar luogo ad un procedimento penale²¹.

Non c'è da stupirsi se tale procedura ha sollevato fortissime obiezioni, ed è stata definita un «funzionale mostro giuridico»²². In comune con l'eutanasia c'è

¹⁷ Lo stato di necessità ammette due ipotesi: la compulsione psicologica e l'emergenza morale (scegliere di violare la legge in vista della promozione di un bene superiore).

¹⁸ La procedura olandese è sulla linea della proposta di Rachels (vedi o.c.) sulla prassi da seguire per ottenere la legalizzazione dell'eutanasia.

¹⁹ Vedi M. ANGELL, *Eutanasia*, «The New England Journal of Medicine», 319 (1988), pp. 1348-1350; J. KEOWN, *Some reflections on the Law relating to euthanasia in England and the Netherlands*, in «IX World Congress on Medical Law. Proceedings», Gante 1991, pp. 439-445.

²⁰ Le pressioni sociali a favore di tali proposte sono in continua crescita, anche se ancora si mantengono su percentuali senza dubbio minoritarie. Non si possono sottovalutare i risultati delle consultazioni referendarie tenute a Washington (1991) e California (1992): anche se è stata respinta l'introduzione dell'eutanasia quando due medici certificarono che le aspettative di vita non superano i 6 mesi, contemporaneamente si è visto che esiste una fascia non indifferente della popolazione che accetta questa idea.

²¹ C'è stato già un primo clamoroso caso giudiziario, nella cittadina olandese di Assan, dove uno psichiatra è stato rinviato a giudizio per avere procurato l'eutanasia a una donna di 50 anni, sana, che desiderava morire dopo la morte di due figli e l'insuccesso del suo matrimonio.

²² Cfr. *NCR Handelsblad* 3/2/1993. Infatti, si tratta di una tipica soluzione di compromesso fra le due fazioni politiche che detengono il potere: da una parte, i democristiani, opposti per motivi culturali all'eutanasia, dall'altra i socialisti che ritengono assolutamente indispensabile la sua legalizzazione.

soltanto l'atto di uccidere mediante l'iniezione di una dose letale di un farmaco. Ma mancano altri elementi: non è necessario che la morte sia stata richiesta dal paziente (il medico, cioè, può decidere in completa autonomia e senza consultare nessuno, tanto meno i familiari); non è indispensabile che il movente dell'azione sia la pietà (potrebbe essere mosso per esempio dal bisogno di liberare o rendere disponibile un letto dell'ospedale); non è neanche obbligatorio che la morte sia indolore²³.

Ovviamente, i fatti olandesi di per sé non aggiungono né tolgono nulla di sostanziale al dibattito sulla liceità dell'eutanasia. Possono benissimo essere considerati come estremismi da condannare, e dei quali bisogna tener conto in sede di dibattito sull'eventuale legalizzazione, soprattutto per quanto riguarda le garanzie per proteggere i malati da abusi e manipolazioni disoneste. Ciò però non toglie la legittimità di questa domanda: dal momento che la logica dell'eutanasia considera che la vita sia un bene solo a determinate condizioni, non pone già la premessa per questi abusi? Infatti, se si accetta il principio che dare la morte oggettivamente può essere un bene, la volontà del paziente resta come unica protezione contro le interpretazioni soggettive di terzi.

Ora, per quale motivo siamo tenuti a onorare tale volontà? Per rispetto della dignità dell'uomo? Per convenzione sociale? Le convenzioni sociali, però, per la loro stessa natura, sono soggette a cambiamenti secondo le vicende della storia, indipendentemente dalla volontà dei singoli. Non rimane allora che fare appello alla fondamentale dignità dell'uomo²⁴, che per definizione non è subordinata alle circostanze né al volere di nessuno, neanche dello stesso individuo.

Questo non significa che l'uomo non possa desiderare di morire. Piuttosto dimostra che esiste il dovere morale collettivo di creare le condizioni affinché nessuno arrivi a questo stato di disperazione o che una volta caduto possa essere ricuperato²⁵. Voler morire è una manifestazione dei limiti di una vera libertà, ma anche di uno stato esistenziale almeno soggettivamente patologico. In tale contesto, paradossale, e in certo modo sarcastica, appare l'offerta di una iniezione di curaro.

²³ La procedura ordinaria comprende la somministrazione di un sonnifero seguita da una iniezione di curaro. Il questionario approvato solo prevede le seguenti domande sull'intervento attivo per porre fine alla vita: 1) da parte di chi e in quale modo è stato applicato l'intervento che pone fine alla vita?, 2) ha cercato precedentemente informazioni sul metodo da utilizzare e, in caso affermativo dove e/o presso chi?, 3) era ragionevole aspettarsi la morte dopo la somministrazione del preparato per porre fine alla vita?, 4) chi era presente alla somministrazione e dove si possono trovare queste persone? (vedi «Famiglia Oggi. Documentazione», aprile 1993, p. 12).

²⁴ Nondimeno, si dice che il principio della dignità va rispettato sempre e dovunque, non così il principio dell'inviolabilità della vita. Non si capisce però che cosa resta alla dignità umana quando le si toglie l'esistenza.

²⁵ Per esempio, il suicidio giovanile è considerato un fenomeno perverso, e per questo ci si adopera per trovare un rimedio. Se così non fosse, forse rimarrebbe un semplice dato statistico.

4. Eutanasia *versus* «selezione naturale»?

Nella profonda trasformazione del problema dell'eutanasia, ha avuto un ruolo di primo piano la straordinaria serie di successi delle nuove tecniche biomediche. Primo fra tutti, il prolungamento della vita media dell'uomo. Fino a poco tempo fa, questo fenomeno era da addebitarsi ad una diminuzione della mortalità infantile e al debellamento di diverse malattie infettive che ancora nella prima metà di questo secolo avevano un decorso mortale. Oggi nuovi progressi stanno spostando l'età limite, almeno nelle società industrializzate, oltre le frontiere cronologiche tradizionali, sicché già si prevede che nel duemila gli ultracentenari non saranno più una rarità. Non è chiaro però se la diffusione della longevità verrà affiancata da adeguate garanzie sulla qualità della vita. Per ora, sopravvivere a certe lesioni traumatiche o ad alcune malattie prima mortali, comporta pagare un prezzo in termini di un non pieno recupero della salute e della efficienza fisica. Infatti, è in continuo aumento la percentuale di persone anziane, malate, handicappate, ecc., che hanno bisogno di particolari cure o comunque non sono autosufficienti dal punto di vista vitale.

Il fenomeno può essere interpretato secondo prospettive di significato etico diverse e perfino contrapposte. Sostenere il valore incondizionato e universale del diritto all'esistenza, implica affrontare il problema come una nuova sfida che richiede una risposta umana fondata sulla corresponsabilità, la solidarietà e l'altruismo. Misurare il valore della vita secondo criteri pragmatici o calcoli utilitaristici, porta necessariamente a scelte ben diverse. Se l'uomo non vale per quello che è, ma per quello che ha, per quello che pensa, per quello che riesce a fare... l'eutanasia ha molte *chances* per diventare la risposta più efficace e sicura quando qualcuno non offre più nulla o non è capace di pensare o non può fare niente di valido. Non solo: potrebbe imporsi la deduzione seguente: se la medicina è colpevole del prolungamento della vita umana, deve allora assumersi la responsabilità di rimediare alle conseguenze dannose per il singolo e per la società.

Questo ragionamento è stato teorizzato in un altro modo: fino adesso la selezione della specie umana è stata garantita dalla natura, che eliminava senza appello i soggetti concepiti con grosse menomazioni o comunque privi delle risorse biologiche adeguate. Siccome le tecnologie biomediche hanno ridimensionato l'effetto della selezione naturale, la medicina deve diventare una alternativa scientifica e controllata del fenomeno che prima avveniva in modo casuale. In altre parole, se la morte non arriva spontaneamente al momento giusto, i medici dovrebbero provvedere al riguardo. Si giunge ad un totale capovolgimento della tradizionale concezione dell'etica medica e della medicina come «ars» al servizio della vita. È questa la logica prettamente «eugenetica» che sta alla base dell'eutanasia perinatale, della sospensione della nutrizione e idratazione ai malati in stato vegetativo persistente, del suicidio assistito, e soprattutto della procedura approvata in Olanda.

L'anfibologia e gli equivoci sono sempre un pesante intralcio per lo sviluppo del pensiero razionale. Chiamare bene il male e male il bene, come suggerisce

studi

l'ormai oscura espressione «eutanasia», non può non riservare ancora più amare sorprese per l'umanità.

***Abstract:** In today's society, the concept of euthanasia has undergone a notable evolution and has become very widespread. It is no longer a question of an action dictated by the desire to guarantee a painless death, but of a technically efficacious intervention aimed at eliminating difficult cases. Underlying the propaganda in favor of euthanasia there is a conceptual misunderstanding; inducing death is an utterly disproportionate remedy, and is an action which tramples on the fundamental value of human life as such. The paradox of "medically assisted suicide" calls for reflection. Euthanasia is becoming a way of arbitrarily enacting a more efficacious "natural selection".*