



"A CHIARE LETTERE" - CONFRONTI"

Corrado Del Bò

(associato di Filosofia del diritto nell'Università degli Studi di Milano,
Dipartimento di Scienze giuridiche "Cesare Beccaria")

**Dal rigorismo alla misericordia. Considerazioni su un recente
messaggio di papa Francesco per un convegno sul fine-vita**

1 - La notevole attenzione mediatica che ha ricevuto il *Messaggio del Santo Padre Francesco ai partecipanti al Meeting regionale europeo della "World Medical Association" sulle questioni del "fine-vita"*, tenutosi il 16 e 17 novembre 2017 sul fine-vita in Vaticano con la co-organizzazione della Pontificia Accademia per la Vita, ha generato nei cronisti più distratti la convinzione che la Chiesa cattolica sia giunta a un momento di svolta sui temi bioetici legati al morire. In verità, le cose non stanno esattamente così: dal punto di vista strettamente dottrinario la continuità è indiscutibile, come anche una sommaria analisi del testo può dimostrare¹. La novità è casomai nei toni, e questo può suggerire l'utilità di qualche considerazione di carattere più politico. Ma procediamo con ordine.

2 - Scrive papa Francesco nel suo messaggio, richiamando esplicitamente un discorso che 60 anni fa fece Pio XII ad anestesisti e rianimatori: "Non c'è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili e che, in casi ben determinati, è lecito astenersene"². E poco dopo egli aggiunge, stavolta rimandando alla *Dichiarazione sull'eutanasia* del 5 maggio 1980 della Congregazione per la Dottrina della Fede:

«È [...] moralmente lecito rinunciare all'applicazione di mezzi terapeutici, o sospenderli, quando il loro impiego non corrisponde a quel criterio etico e umanistico che verrà in seguito definito "proporzionalità delle cure"³.

¹ Il testo del messaggio (d'ora innanzi, qui citato con l'acronimo *MSP*, reperibile all'URL: https://w2.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco_20171107_messaggio-monspaglia.pdf) è riportato in calce per comodità del lettore.

² *Acta Apostolicae Sedis XLIX*, 1957, pp. 1027-1033, 1030.

³ *Acta Apostolicae Sedis LXXII*, 1980, pp. 542-552.



Da ciò consegue ciò che più ha attirato l'interesse dei media: è consentito rinunciare a quelle terapie che configurano "accanimento terapeutico".

Che questo possa far ritenere che sia in corso una profonda revisione dottrinale sui temi del morire è però un passo troppo lungo da compiere. Basta del resto leggere il capoverso successivo del messaggio papale per comprendere che, sul piano strettamente contenutistico, gli elementi di rottura sono scarsi:

«È una scelta [la rinuncia all'accanimento terapeutico] che assume responsabilmente il limite della condizione umana mortale, nel momento in cui prende atto di non poterlo più contrastare. "Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire", come specifica il *Catechismo della Chiesa Cattolica* (n. 2278). Questa differenza di prospettiva restituisce umanità all'accompagnamento del morire, senza aprire giustificazioni alla soppressione del vivere. Vediamo bene, infatti, che non attivare mezzi sproporzionati o sospenderne l'uso, equivale a evitare l'accanimento terapeutico, cioè compiere un'azione che ha un significato etico completamente diverso dall'eutanasia, che rimane sempre illecita, in quanto si propone di interrompere la vita, procurando la morte»⁴.

Il richiamo al Catechismo è significativo. Lì infatti troviamo esplicitata con chiarezza la tradizionale posizione della Chiesa cattolica relativamente al fine-vita, inclusa la distinzione tra non attivazione/sospensione delle cure ed eutanasia per come è stata elaborata dalla dottrina ecclesiastica:

«L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'"accanimento terapeutico". Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire (...) 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»⁵.

⁴ MSP, p. 2.

⁵ Catechismo della Chiesa cattolica, Sezione II, cap. 2, n. 2278 e 2279 (reperibile all'URL: http://www.vatican.va/archive/catechism_it/index_it.htm).



Due sono i punti teorici attorno ai quali la dottrina cattolica costruisce dunque questa distinzione: la definizione di ciò che costituisce una cura ordinaria in quanto distinta dalle cure straordinarie, e il tipo di intenzionalità che lega l'interruzione di uno specifico trattamento alla morte dell'individuo. Dei due è il secondo punto che appare meno problematico, benché sia controversa la dottrina su cui si fonda, la dottrina del doppio effetto. Elaborata per la prima volta da Tommaso d'Aquino, la dottrina del doppio effetto considera moralmente lecito un atto in cui l'effetto positivo sia abbinato a un effetto negativo, ma quest'ultimo sia soltanto previsto e non anche voluto⁶. Così, riprendendo il caso degli analgesici, l'effetto positivo di alleviare il dolore è connesso all'effetto negativo di accorciare la vita, ma non è questo, bensì quello, l'atto voluto, anche se è appunto prevedibile che la somministrazione dell'analgesico accorci la vita.

È invece assai più difficile tracciare la linea che divide l'ordinario dallo straordinario: da un lato, molto dipende dal contesto di cura, per cui ciò che è trattamento ordinario per un paziente le cui funzioni vitali non sono pregiudicate diventa trattamento straordinario ove il quadro clinico fosse già molto compromesso (si pensi alle trasfusioni di sangue in pazienti oncologici gravi); dall'altro, sembra inevitabile che non possa non persistere un elemento di valutazione soggettiva di ciò che è straordinario.

Quest'ultimo punto è in linea peraltro con l'idea espressa dal Catechismo cattolico, per cui "le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità"⁷, e ripresa nel messaggio papale, ove si afferma che spetta al paziente

"valutare i trattamenti che gli vengono proposti e giudicare sulla loro effettiva proporzionalità nella situazione concreta, rendendone doverosa la rinuncia qualora tale proporzionalità fosse riconosciuta mancante"⁸.

Ed è forse allora qui che sta l'unico grano di novità contenutistico del messaggio papale: non si può infatti fare a meno di pensare, magari forzando un po' le categorie, che un'affermazione di questo tipo avrebbe potuto configurare diversamente (da eutanasia a sottrazione all'accanimento terapeutico) la valutazione che undici anni fa le gerarchie cattoliche diedero della scelta di Piergiorgio Welby di chiedere e infine ottenere la sospensione della ventilazione forzata.

⁶ TOMMASO D'AQUINO, *Summa theologiae*, II-II, Qu. 64, Art. 7.

⁷ *Catechismo della Chiesa cattolica*, Sezione II, cap. 2, n. 2278.

⁸ *MSP*, p. 2



Ma questo non deve comunque allontanarci dalla presa d'atto che il messaggio di papa Francesco ha nel complesso ribadito le tesi standard della dottrina cattolica in materia di fine-vita, sicché, da questo punto di vista, di nuovo sotto il sole c'è meno di quello che i cronisti hanno ritenuto vi fosse.

3 - D'altra parte, però, queste conclusioni, a mio parere, non esauriscono ciò che si può osservare in merito al messaggio papale. Esiste infatti anche un livello politico del messaggio che mi pare vada di questi tempi considerato e rimarcato. Come è noto, è stato approvato alla Camera il progetto di legge sulle direttive anticipate che ora giace al Senato, in attesa di essere portato in discussione in aula⁹. I due rami del Parlamento italiano hanno attualmente una diversa composizione politica e gli accordi che possono essere trovati alla Camera incontrano ostacoli politici importanti al Senato: è questa la ragione di fondo per cui l'approvazione definitiva della legge appare estremamente incerta, per di più essendo prossima la fine della legislatura.

Il messaggio di papa Francesco può allora, in un certo senso, essere letto anche come un invito al legislatore italiano, affinché comprenda che una regolazione della materia va fatta, per restituire ai pazienti un'autodeterminazione che non sia solamente "di carta" e per offrire ai medici certezze su quel che è consentito loro fare di fronte alle richieste delle persone che hanno in cura. So bene che in quel progetto di legge ci sono contenuti che, da un punto di vista cattolico, non possono non essere valutati come critici, come la possibilità di sospendere idratazione e alimentazione forzata per pazienti in stato vegetativo oppure la mancata previsione di clausole di coscienza; occorre dunque fare attenzione a farsi trasportare da facili entusiasmi o a cedere alla tentazione di mettere il conflitto sotto il tappeto. Ma sarebbe comunque ironico, se fosse ora proprio la Chiesa cattolica a essere su posizioni più avanzate dei parlamentari (cattolici, atei devoti ecc.) che al suo magistero dicono di ispirarsi.

Più in generale, sembra anche di poter osservare che l'approccio che sta tenendo papa Francesco sulle questioni bioetiche è molto più aperto e dialogante di quanto sia stato quello dei suoi predecessori. Cito ancora dal testo del messaggio:

"In seno alle società democratiche, argomenti delicati come questi vanno affrontati con pacatezza: in modo serio e riflessivo, e ben

⁹ Mi riferisco al progetto di legge *Norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico*, approvato alla Camera il 20 aprile 2017.



disposti a trovare soluzioni - anche normative - il più possibile condivise. Da una parte, infatti, occorre tenere conto della diversità delle visioni del mondo, delle convinzioni etiche e delle appartenenze religiose, in un clima di reciproco ascolto e accoglienza”¹⁰.

Lo stesso convegno al quale Francesco ha voluto inviare il suo messaggio pare parte di questo approccio, avendo coinvolto studiosi e operatori che non fanno mistero di sostenere tesi contrarie a quelle del Magistero cattolico ed essendo stato proprio per questa ragione oggetto di critiche violente da parte di alcune frange dell’oltranzismo cattolico.

Ovviamente non possiamo aspettarci che la Chiesa cattolica giunga a legittimare l’eutanasia (questo verosimilmente non accadrà mai) e forse nemmeno che allarghi le maglie per i trattamenti medici rinunciabili quanto prospettive secolari ritengono invece sarebbe doveroso fare. E tuttavia questa volontà di confronto, se autentica e non sporadica, potrebbe quantomeno far presagire la disponibilità di insistere più sui punti di contatto tra dottrina cattolica e sensibilità laiche, che non sui punti di disaccordo; allo stesso tempo, sembra di poter ricavare un’impressione complessiva di un Magistero cattolico che sulle questioni bioetiche vada orientandosi meno sulla severità delle regole catechistiche e più sullo spirito di misericordia.

Perché, alla fine, nella già menzionata vicenda di Welby, ciò che è apparso stridente con i valori cristiani non è stata tanto l’opposizione che la Chiesa cattolica ebbe a manifestare per la scelta (volontaria, informata, reiterata e infine attuata) di interrompere la ventilazione artificiale quanto piuttosto la decisione di negargli i funerali religiosi¹¹. L’auspicio - e forse questo messaggio fa ben sperare - è che il papato di Francesco abbia deciso di non rinnovare metodi e toni del recente passato: se così fosse, tutti, non solo i cattolici, ne avremmo da guadagnare.

¹⁰ *MSP*, p. 3.

¹¹ Si veda al riguardo il Comunicato stampa del Vicariato di Roma del 22 dicembre 2006 (reperibile all’URL: <http://www.romasette.it/uploads/57f117c3-14f6-e969.pdf>).



**MESSAGGIO DEL SANTO PADRE FRANCESCO
AI PARTECIPANTI AL MEETING REGIONALE EUROPEO
DELLA "WORLD MEDICAL ASSOCIATION"
SULLE QUESTIONI DEL "FINE-VITA"**

[Vaticano, Aula Vecchia del Sinodo, 16-17 novembre 2017]

Al Venerato Fratello
Mons. Vincenzo Paglia
Presidente della Pontificia Accademia per la Vita

Invio il mio cordiale saluto a Lei e a tutti i partecipanti al Meeting Regionale Europeo della World Medical Association sulle questioni del cosiddetto "fine-vita", organizzato in Vaticano unitamente alla Pontificia Accademia per la Vita.

Il vostro incontro si concentrerà sulle domande che riguardano la fine della vita terrena. Sono domande che hanno sempre interpellato l'umanità, ma oggi assumono forme nuove per l'evoluzione delle conoscenze e degli strumenti tecnici resi disponibili dall'ingegno umano. La medicina ha infatti sviluppato una sempre maggiore capacità terapeutica, che ha permesso di sconfiggere molte malattie, di migliorare la salute e prolungare il tempo della vita. Essa ha dunque svolto un ruolo molto positivo. D'altra parte, oggi è anche possibile protrarre la vita in condizioni che in passato non si potevano neanche immaginare. Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi: possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo non equivale a promuovere la salute. Occorre quindi un supplemento di saggezza, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona.

Il Papa Pio XII, in un memorabile discorso rivolto 60 anni fa ad anestesisti e rianimatori, affermò che non c'è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili e che, in casi ben determinati, è lecito astenersene (cfr *Acta Apostolicae Sedis* XLIX [1957], 1027-1033). È dunque moralmente lecito rinunciare all'applicazione di mezzi terapeutici, o sospenderli, quando il loro impiego non corrisponde a quel criterio etico e umanistico che verrà in seguito definito "proporzionalità delle cure" (cfr Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, IV: *Acta*



Apostolicae Sedis LXXII [1980], 542-552). L'aspetto peculiare di tale criterio è che prende in considerazione «il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali» (ibid.). Consente quindi di giungere a una decisione che si qualifica moralmente come rinuncia all'"accanimento terapeutico".

È una scelta che assume responsabilmente il limite della condizione umana mortale, nel momento in cui prende atto di non poterlo più contrastare. «Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire», come specifica il *Catechismo della Chiesa Cattolica* (n. 2278). Questa differenza di prospettiva restituisce umanità all'accompagnamento del morire, senza aprire giustificazioni alla soppressione del vivere. Vediamo bene, infatti, che non attivare mezzi sproporzionati o sospenderne l'uso, equivale a evitare l'accanimento terapeutico, cioè compiere un'azione che ha un significato etico completamente diverso dall'eutanasia, che rimane sempre illecita, in quanto si propone di interrompere la vita, procurando la morte.

Certo, quando ci immergiamo nella concretezza delle congiunture drammatiche e nella pratica clinica, i fattori che entrano in gioco sono spesso difficili da valutare. Per stabilire se un intervento medico clinicamente appropriato sia effettivamente proporzionato non è sufficiente applicare in modo meccanico una regola generale. Occorre un attento discernimento, che consideri l'oggetto morale, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti. La dimensione personale e relazionale della vita – e del morire stesso, che è pur sempre un momento estremo del vivere – deve avere, nella cura e nell'accompagnamento del malato, uno spazio adeguato alla dignità dell'essere umano. In questo percorso la persona malata riveste il ruolo principale. Lo dice con chiarezza il *Catechismo della Chiesa Cattolica*: «Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità» (ibid.). È anzitutto lui che ha titolo, ovviamente in dialogo con i medici, di valutare i trattamenti che gli vengono proposti e giudicare sulla loro effettiva proporzionalità nella situazione concreta, rendendone doverosa la rinuncia qualora tale proporzionalità fosse riconosciuta mancante. È una valutazione non facile nell'odierna attività medica, in cui la relazione terapeutica si fa sempre più frammentata e l'atto medico deve assumere molteplici mediazioni, richieste dal contesto tecnologico e organizzativo.



Va poi notato il fatto che questi processi valutativi sono sottoposti al condizionamento del crescente divario di opportunità, favorito dall'azione combinata della potenza tecnoscientifica e degli interessi economici. Trattamenti progressivamente più sofisticati e costosi sono accessibili a fasce sempre più ristrette e privilegiate di persone e di popolazioni, ponendo serie domande sulla sostenibilità dei servizi sanitari. Una tendenza per così dire sistemica all'incremento dell'ineguaglianza terapeutica. Essa è ben visibile a livello globale, soprattutto comparando i diversi continenti. Ma è presente anche all'interno dei Paesi più ricchi, dove l'accesso alle cure rischia di dipendere più dalla disponibilità economica delle persone che dalle effettive esigenze di cura.

Nella complessità determinata dall'incidenza di questi diversi fattori sulla pratica clinica, ma anche sulla cultura della medicina in generale, occorre dunque tenere in assoluta evidenza il comandamento supremo della *prossimità responsabile*, come chiaramente appare nella pagina evangelica del Samaritano (cfr Luca 10, 25-37). Si potrebbe dire che l'imperativo categorico è quello di non abbandonare mai il malato. L'angoscia della condizione che ci porta sulla soglia del limite umano supremo, e le scelte difficili che occorre assumere, ci espongono alla tentazione di sottrarci alla relazione. Ma questo è il luogo in cui ci vengono chiesti amore e vicinanza, più di ogni altra cosa, riconoscendo il limite che tutti ci accumuna e proprio lì rendendoci solidali. Ciascuno dia amore nel modo che gli è proprio: come padre o madre, figlio o figlia, fratello o sorella, medico o infermiere. Ma lo dia! E se sappiamo che della malattia non possiamo sempre garantire la guarigione, della persona vivente possiamo e dobbiamo sempre prenderci cura: senza abbreviare noi stessi la sua vita, ma anche senza accanirci inutilmente contro la sua morte. In questa linea si muove la medicina palliativa. Essa riveste una grande importanza anche sul piano culturale, impegnandosi a combattere tutto ciò che rende il morire più angoscioso e sofferto, ossia il dolore e la solitudine.

In seno alle società democratiche, argomenti delicati come questi vanno affrontati con pacatezza: in modo serio e riflessivo, e ben disposti a trovare soluzioni – anche normative – il più possibile condivise. Da una parte, infatti, occorre tenere conto della diversità delle visioni del mondo, delle convinzioni etiche e delle appartenenze religiose, in un clima di reciproco ascolto e accoglienza. D'altra parte lo Stato non può rinunciare a tutelare tutti i soggetti coinvolti, difendendo la fondamentale uguaglianza per cui ciascuno è riconosciuto dal diritto



come essere umano che vive insieme agli altri in società. Una particolare attenzione va riservata ai più deboli, che non possono far valere da soli i propri interessi. Se questo nucleo di valori essenziali alla convivenza viene meno, cade anche la possibilità di intendersi su quel riconoscimento dell'altro che è presupposto di ogni dialogo e della stessa vita associata. Anche la legislazione in campo medico e sanitario richiede questa ampia visione e uno sguardo complessivo su cosa maggiormente promuova il bene comune nelle situazioni concrete.

Nella speranza che queste riflessioni possano esservi di aiuto, vi auguro di cuore che il vostro incontro si svolga in un clima sereno e costruttivo; che possiate individuare le vie più adeguate per affrontare queste delicate questioni, in vista del bene di tutti coloro che incontrate e con cui collaborate nella vostra esigente professione.

Il Signore vi benedica e la Madonna vi protegga.

Dal Vaticano, 7 novembre 2017