

Il fine vita umano in prospettiva cristiana

«La distinzione tra vita degna e vita indegna distrugge presto o tardi la vita stessa»
(Dietrich Bonhoeffer)

Una storia poco nota

Nel giugno del 1941, a pochi giorni dall'invasione dell'Unione Sovietica, Martin Bormann inviò ai Governatori una direttiva sull'incompatibilità tra cristianesimo e nazismo con l'ordine di contrastare l'influsso delle Chiese cristiane in Germania. August Von Galen, dopo essersi consultato con Pio XII, nelle due domeniche del 13 e 20 luglio, si scagliò dal pulpito contro l'occupazione e la confisca di conventi e monasteri e l'espulsione violenta dei religiosi.

Lo sterminio dei disabili e malati

Il 3 agosto ebbe inizio il programma denominato *Aktion T4*, per l'eliminazione dei disabili psichici e fisici, i malati lungodegenti e terminali e i **pazienti non tedeschi**. Queste categorie di persone erano considerate non adatte per l'ideologia nazista, dei **"mangiatori inutili"** e **"vite indegne di vivere"**.

La *Legge per la prevenzione della prole ereditaria* aveva ordinato la sterilizzazione obbligatoria di malati di mente, ciechi o alcolisti già nel 1933. I malati e i disabili che vivevano in sanatori e case di cura furono portati nei centri di sterminio e soppressi con i gas tossici. Il vescovo di Münster August Von Galen usò parole di fuoco contro questi omicidi:

«Avete voi o io il diritto di vivere solo finché si è utili alla produzione? Se si ammette questo principio, ossia che la persona incapace di produrre possa essere soppressa, allora guai a tutti noi quando saremo vecchi e decrepiti. Se si possono uccidere esseri improduttivi, guai agli invalidi che nel processo produttivo hanno profuso e sacrificato le loro energie e le loro membra sane; guai ai nostri soldati che tornano in patria gravemente mutilati e invalidi. Così nessuno è sicuro della propria vita»

Nell'agosto 1941, 70.000 persone furono vittime dell'*Aktion T4*. Le famiglie interessate furono invitate a non far visita ai propri parenti, che erano stati trasferiti lontano da loro negli embrioni dei campi di concentramento. Poi avrebbero ricevuto un avviso di morte, privo di ragionevoli spiegazioni. Molti vescovi furono informati dell'evacuazione e dell'uccisione di malati e di portatori di handicap, soprattutto attraverso gli ordini religiosi. Anche alcuni teologi protestanti sollevarono obiezioni, ma nessuno ebbe il coraggio di parlare pubblicamente di quello che stava succedendo. Le parole del vescovo cattolico rivelarono i piani segreti dei nazisti in merito ai disabili. Le copie del discorso assieme agli altri scritti fecero il giro della Germania. I nazisti volevano impiccarlo, ma avevano paura della ribellione della popolazione che ne sarebbe scaturita.

Il caso Alfie e i bioeticisti. Obiezioni forti alla morte «miglior interesse»

Sono note le drammatiche vicende di [Charlie Gard](#), [Alfie Evans](#) e altri bambini cui in Inghilterra è stata applicata rigidamente la versione pediatrica del *Liverpool care pathway for the dying patient*. Il protocollo prende il nome dal capoluogo della contea del Merseyside dove venne inizialmente sperimentato già a partire dalla fine degli anni Novanta del secolo scorso. A esso hanno fatto riferimento anche altre strutture del servizio sanitario britannico nel decidere il «trattamento terminale» degli inguaribili considerati «senza speranza» e destinati a morire in un tempo indeterminato, più o meno breve. In alcuni casi, con l'autorizzazione del giudice, sono stati sottoposti alla procedura anche piccoli malati nonostante la volontà contraria espressa dai genitori. Storie emblematiche che hanno acceso un vivace dibattito non solo sociale e politico, ma anche nella comunità degli specialisti in pediatria, intensivologia e palliazione, e tra gli infermieri ed esperti di etica clinica del Regno Unito. Un recente editoriale del *British Medical Journal* – la prestigiosa rivista scientifica dell'Associazione dei medici britannici – a firma di due eticisti dell'Università di Oxford, Dominic Wilkinson e Julian Savulescu, riflette criticamente sull'attuale legislazione e prassi inglese in materia di consenso e dissenso tra i medici e gli infermieri dei centri clinici e i genitori dei bambini malati, offrendo argomenti per un ripensamento del processo decisionale su prosecuzione e sospensione di terapie e di cure fisiologiche. Diverse sono le opzioni considerate per evitare il ripetersi di «prolongate e dolorose dispute sul trattamento [dei bambini], devastanti per le famiglie e traumatiche per lo staff medico e infermieristico», alla fine delle quali «non vi sono vincitori, ma solo perdenti», e la cui vittima rischia di essere il piccolo malato. Vi è urgenza per «i professionisti di unirsi alle famiglie per esplorare e implementare nuove soluzioni costruttive capaci di evitare, mitigare e risolvere i disaccordi sui trattamenti». Davvero «questo sarebbe nel miglior interesse di tutti i bambini», concludono i due studiosi, che indicano alcune possibili vie di fuga dall'impasse attuale. Se si continuerà a ricorrere a un tribunale ordinario, la questione centrale emersa nei casi di Charlie e Alfie si riproporrà: i giudici «devono prendere decisione basate sulla loro visione di quello che sarebbe meglio per il bambino (il 'miglior interesse' standardizzato) oppure sulla considerazione della presenza o meno del rischio di un sostanziale danno per il figlio connesso al trattamento preferito dai genitori». Sebbene i tribunali britannici solitamente «applicano alle decisioni sul trattamento medico la prova del 'miglior interesse' individuato dal giudice nel corso del dibattimento, «vi sono robusti argomenti etici per sostenere che le decisioni di respingere le istanze dei genitori dovrebbero basarsi sulla seconda, più stringente considerazione», in cui l'onere della prova cade sull'eventuale rischio (da documentare) per il piccolo paziente, e non su un concetto generale di 'miglior interesse'. Ciò renderebbe l'argomentazione di queste sentenze in materia sanitaria «conforme alla regola applicata ad altri tipi di decisioni» giudiziarie. Dopo aver valutato opzioni alternative al ricorso ai tribunali ordinari – un tribunale *ad hoc* (il cosiddetto 'tribunale dei trattamenti', come in Texas), una «mediazione indipendente» o una «consulenza etica» preventiva del conflitto resa disponibile sia ai medici sia ai genitori – i due bioeticisti di Oxford concludono che, «ogniqualvolta sussista un ragionevole disaccordo su quale sia il 'miglior interesse' del bambino, i desideri dei genitori devono essere rispettati». Un orientamento esposto al rischio di non tutelare sempre il bene della vita del piccolo malato e il suo diritto inalienabile a non vedersi mai sottratti i supporti vitali essenziali e fisiologicamente efficaci fino al sopraggiungere del decesso non intenzionale, qualora si invertissero le richieste di medici e genitori rispetto ai trattamenti considerati. Storicamente, si deve

tuttavia osservare l'attuale ampio prevalere al di là della Manica (e non solo) di forti spinte verso derive eutanasiche pediatriche omissive, nei cui confronti, al di là di pur robuste argomentazioni etiche, solo la naturale inclinazione dei genitori verso la cura premurosa e incondizionata del figlio rappresenta un argine non civilmente travalicabile che esige rispetto sociale e giuridico. In questa direzione si era mosso anche papa Francesco il 2 luglio dello scorso anno, attraverso un comunicato della Sala Stampa vaticana sulla vicenda di Charlie Gard e dei suoi genitori, «auspicando che non si trascuri il loro desiderio di accompagnare e curare sino alla fine il proprio bimbo». Senza sminuire la competente dedizione e la profonda passione umana dei medici e degli infermieri nell'assistere i piccoli pazienti inguaribili, l'ultima ragionevole e amorevole parola sui supporti vitali per la loro cura fisiologica da non far mancare sino all'ultimo istante in cui essi sono necessari non può essere negata ai genitori.

La morte, una questione complessa

L'uomo naturalmente teme la morte

La morte con i suoi scomodi compagni, la sofferenza e la malattia, assume, nella nostra cultura, risonanze ancora più angoscianti che nel passato.

Il dolore e la morte mettono in crisi la pretesa narcisistica dell'uomo contemporaneo, che ritiene di poter controllare e programmare tutta la sua vita attraverso la scienza e la tecnologia.

- La morte è diventata un tabù, come il sesso per i nostri antenati.
- La morte è oscena.
- La morte e la stessa idea di morte vengono rimosse.
- Il morente viene lasciato solo, quasi un'anticipazione dello stato mortale.

Il suicidio e l'eutanasia vengono rappresentate come le soluzioni più dignitose alla decadenza psico-fisica. Sono un tentativo di «gestire» la morte per non esserne preda. Su questo sfondo complesso si collocano l'accompagnamento umano e le decisioni riguardo al malato senza speranza di guarigione, e al malato terminale.

Dal punto di vista cattolico, il suicidio assistito è inaccettabile e moralmente errato, poiché viola la dignità umana e il dono divino della vita. Questa posizione si basa sul principio che la vita è sacra dal concepimento alla morte naturale.

L'eutanasia è equiparata all'omicidio o al suicidio.

La Chiesa promuove energicamente le cure palliative, che permettono di alleviare le sofferenze e di accompagnare il malato nelle fasi terminali della sua vita terrena, distinguendole nettamente dall'eutanasia e dal suicidio assistito.

Naturalità della morte

La morte è «l'evento naturale per eccellenza», perché è inevitabile, e riguarda tutti gli esseri umani. E c'è un'antica tradizione popolare, tramandata da lunghissimo tempo, che ci ricorda che non ne abbiamo il controllo.

Ma, a partire dalla metà del ventesimo secolo, in occidente, il morire è uscito dall'orizzonte della necessità e del caso, e, entro certi limiti, è diventato soggetto alla possibilità del controllo umano, grazie agli straordinari progressi della medicina.

Oggi possiamo affermare che la morte è un evento inevitabile, come ci insegnano da sempre i detti popolari, ma è diventata modulabile nei tempi e nei modi.

Nelle nostre terapie intensive assistiamo a scenari di protrazione della sopravvivenza, e di allungamento della fase intermedia tra la vita e la morte, che prima era spesso estremamente breve.

Tecnologia e medicina

Diverse patologie gravi vengono oggi validamente contrastate. Assistiamo a prolungamenti della sopravvivenza impensabili fino a pochi anni fa. Ma, in seguito a queste procedure, si possono determinare condizioni di vita di dipendenza e fragilità, e talvolta di aperta sofferenza, soprattutto nelle fasce più deboli della popolazione: i piccolissimi e i vecchi, che oggi l'anti-lingua, accattivante, ci invita a chiamare grandi anziani.

Questa aumentata possibilità di intervento, generata dagli sviluppi delle tecnologie applicate alla medicina, pone domande bioetiche inedite. Il mantenimento della sopravvivenza ad ogni costo non è più accettabile, e spesso sfocia nel cosiddetto accanimento terapeutico. Inoltre viene riconosciuto al "paziente" di avere voce nelle decisioni che lo riguardano. Questo era chiaro già ai padri costituenti, che stabilirono nell'art. 32: "Nessuno può essere obbligato a un trattamento sanitario, se non per disposizione di legge, (il Trattamento Sanitario Obbligatorio per i disagiati mentali, ad esempio, o le vaccinazioni obbligatorie dell'infanzia).

Il suicidio assistito è un altro paio di maniche, ma il piano inclinato, già visto in azione per altre decisioni in campo bioetico, è all'opera.

Per noi la vita umana non è realtà "ultima", ma "penultima", in quanto la chiamata fondamentale dell'uomo consiste nella partecipazione alla vita stessa di Dio, nell'eternità.

Siamo abituati a sintetizzare il pensiero cattolico con l'affermazione che la vita, nella sua declinazione terrena, è indisponibile. Ma ci sono delle eccezioni:

- Gesù stesso ha offerto la sua vita per noi.
- Moltissimi testimoni del cristianesimo, in tutte le epoche,
 - ♡ dalle persecuzioni romane,
 - ♡ alle ribellioni dei boxer cinesi,
 - ♡ alle stragi di Boko Haram nella Nigeria contemporanea,
hanno offerto la propria vita, pur di non rinnegare la fede.
- Altri, in nome della stessa fede, consegnarono se stessi alla morte per salvare altri, come San Massimiliano Kolbe, o il Venerabile Salvo d'Acquisto.

Pio XII *Problemi religiosi e morali della rianimazione*, 24-11-1957

[Il dovere di curarsi] non obbliga, generalmente, che all'uso dei mezzi ordinari (secondo le circostanze di persone, di luoghi, di epoche, di culture), cioè di quei mezzi che non impongono nessun onere straordinario per se stesso o per altri ... D'altra parte, non è proibito fare più dello stretto necessario per conservare la vita e la salute, a patto di non mancare a doveri più gravi.

Già **papa Pio XII** aveva dichiarato che non c'è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili perché, in casi determinati, è lecito astenersene. O interrompere le cure. Per esempio nel caso dell'ostinazione irragionevole di alcune terapie.

Ma la vita non è un bene sempre disponibile per l'uomo, perché, come è noto, non disponiamo del nostro venire al mondo.

Questa «passività originaria» consente all'uomo di esercitare la propria libertà, perché la vita ci viene affidata affinché ciascuno ne faccia l'uso che liberamente deciderà, in funzione di un bene più grande: la solidarietà, il bene altrui, e la relazione con Dio.

Anche nell'ordinamento giuridico laico, si dispone della propria vita in senso non assoluto, ma in relazione alla comunità.

Padre C. Casalone

L'eutanasia, in cui il paziente non ha il controllo pieno e puntuale della sua scelta, viene delegata a un altro; ogni forma di decisione che non sia esercitata in maniera puntuale e volontaria, ogni scelta su cui non si può avere il pieno controllo lascia perplessi, e pone rilevanti dubbi sia all'uomo di fede che al legislatore laico.

Criteri di proporzionalità

La distinzione cure ordinarie/straordinarie è sempre valida, ma oggi si preferisce parlare di cure proporzionate/sproporzionate

-di natura oggettiva, come l'appropriatezza clinica di una terapia per quel malato, il rapporto mezzi/efficacia, la sua effettiva disponibilità.

-di natura soggettiva, come la ripugnanza verso una certa terapia, un dolore insostenibile, un rischio elevato.

In generale è ragionevole e doveroso ricorrere alle terapie disponibili, se sono efficaci e se non risultano sproporzionate per la persona.

- Le cure devono essere per il bene delle persone.
- Si può interrompere, o non iniziare, una terapia sproporzionata.

Tutte le medicine, i trattamenti, gli interventi che non possono essere ottenuti o usati senza costi o altri inconvenienti in misura eccessiva oppure che, se usati, non offrirebbero una ragionevole speranza di beneficio.

Non si deve fare “tutto il possibile”, ma tutto ciò che è ragionevole fare per il bene delle persone.

Definizioni

Eutanasia è una parola greca e significa bella morte (eu = bene; thànatos = morte) Originariamente con questo termine si indicava la buona morte che compete all'uomo saggio. Un'azione o un'omissione che, di natura sua, o nell'intenzione, procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore.

CDF, Iura et bona, 1980

▪ eutanasia passiva o omissiva

la morte avviene per omissione di un atto o intervento essenziali alla sopravvivenza del paziente (es. sospensione dell'alimentazione di un neonato).

▪ eutanasia attiva o commissiva

la morte avviene in seguito a un atto (es. somministrare in dosi letali un antiaritmico)

▪ Se decido di interrompere una cura inutile o sproporzionata o straordinaria, (accanimento terapeutico) il malato muore per la malattia non più contrastata. **Io non causo la sua morte, ma lo lascio morire in pace.**

▪ Se io interromo una terapia proporzionata, il malato muore per la sua malattia, ma io sono colpevole perché era una malattia che poteva essere ragionevolmente contrastata. **(abbandono terapeutico)**

- Se io interrompo nutrizione e idratazione – qualora possibili ed efficaci - il malato muore di fame e di sete. **Io sono l'autore della sua morte.**

Argomentazioni

- **Sacralità della vita:**

Per il cristianesimo, la vita umana è un dono di Dio che deve essere protetto e valorizzato in tutte le sue fasi, inclusa la fine.

- **Non uccidere:**

Il suicidio assistito e l'eutanasia sono visti come atti che attivamente pongono fine alla vita, un atto che va contro il comandamento di non uccidere.

- **Dignità umana:**

Si ritiene che il suicidio assistito diminuisca la dignità intrinseca della persona umana, che non può essere delegata a terzi.

- **Compassione e cure palliative:**

La risposta cristiana alla sofferenza non è l'uccisione, ma la compassione e la vicinanza, che si traducono in un accompagnamento umano e professionale, come quello delle cure palliative, che possono alleviare il dolore e la sofferenza.

Accanimento terapeutico

La Chiesa cattolica non ammette l'accanimento terapeutico, ovvero l'uso di mezzi sproporzionati per prolungare artificialmente la vita, ma accetta la decisione di non ricorrere a tali trattamenti quando questi non sono più utili.

Evangelium Vitae (1995)

65. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.

L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto agli attesi può essere legittima (...) Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire.

Che cos'è l'accanimento?

Inutilità, Ostinazione, Dannosità
Catechismo 2278

La sedazione profonda

Pio XII Alla Società italiana di Anestesiologia 24 febbraio 1957

La terapia del dolore e, in generale, le cure palliative, favorendo un decorso meno drammatico, concorrono alla umanizzazione e alla accettazione del morire.

Terapia del dolore

*È permesso utilizzare analgesici che allevino la sofferenza fisica, anche se si prevede che possa portare più rapidamente alla morte,
% se l'unico scopo dell'intervento è lenire il dolore,
% se la morte non è ricercata né voluta in nessun modo,
% se il dolore è di violenza tale da giustificare il rischio (duplice effetto).*

La sedazione profonda/palliativa è lecita in linea di principio, come “extrema ratio”
“Non bisogna privare della coscienza il morente, se non per gravi ragioni” e dopo che ha adempiuti i suoi doveri cristiani e umani.

Catechismo 2279

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.

Catechismo 2279

Stone

La sedazione terminale secondo **Stone** mira a gestire i sintomi refrattari nella fase finale della vita, con sintomi che includono principalmente **dispnea, dolore, delirium, nausea, vomito e agitazione**, utilizzando farmaci che riducono lo stato di coscienza del paziente per alleviare la sua sofferenza. L'obiettivo non è accelerare la morte, ma assicurare la massima tranquillità al paziente.

Sintomi comuni che rendono necessaria la sedazione terminale

- **Dolore:** Spesso invalidante e che non risponde ad altri trattamenti.
- **Dispnea:** Difficoltà respiratoria grave e non controllabile, a riposo o con sforzi minimi.
- **Delirium:** Stato di confusione mentale e agitazione severa.
- **Sintomi gastrointestinali:** Nausea e vomito incoercibili.
- **Agitazione e irrequietezza psicomotoria:** Grave stato di agitazione che causa sofferenza al paziente.
- **Distress psicologico o esistenziale:** Sofferenza psichica profonda, come ansia o depressione.

Caratteristiche

- **È un atto terapeutico:** Non è una decisione passiva, ma un intervento medico attivo.
- **Non è eutanasia:** L'obiettivo è alleviare la sofferenza, non causare la morte, sebbene si tratti di una fase finale della vita.
- **Richiede una valutazione attenta:** Viene applicata solo quando altri trattamenti non sono più efficaci e il paziente ha una prognosi infausta.

Il contesto culturale odierno è smaccatamente a favore di una visione funzionalistica dell'umano,

Per sottolineare questa deriva, gli ultimi pontefici, ciascuno a suo modo, hanno coniato delle espressioni efficaci

- “cultura dello scarto”, Papa Francesco,
- “cultura della morte”, Giovanni Paolo II,
- “cultura del relativismo” più volte denunciata da Benedetto XVI.

Qualità – dignità della vita

«La vita viene considerata degna solo se ha un livello accettabile di qualità, secondo il giudizio del soggetto stesso o di terzi, in ordine alla presenza-assenza di determinate funzioni psichiche o fisiche, o spesso identificata anche con la sola presenza di un disagio psicologico.

Secondo questo approccio, quando la qualità della vita appare povera, essa non merita di essere proseguita. Così, però, non si riconosce più che la vita umana ha un valore in sé stessa».

la sostituzione del principio della *dignità* della vita con quello della sua *qualità* porta con sé un pericolo:

una vita può essere ritenuta indegna nel caso in cui non coincida con i parametri stabiliti per giudicarne la qualità. Il problema è **chi** decide se una vita è sufficientemente degna, e **perché** esprime questo giudizio.

È necessario introdurre nel ragionamento la possibilità che il soggetto dichiari la propria volontà di morte per invitarci ad una maggiore attenzione nei suoi confronti, che si concretizzi in iniziative di accoglienza migliori di quelle attualmente disponibili, che è generoso definire **inadeguate**.

Il contesto attuale in bioetica

"Nei prossimi 35 anni, la visione tradizionale della sacralità della vita umana crollerà sotto la pressione degli sviluppi scientifici, tecnologici e **demografici**. Entro il 2040, potrebbe essere che solo una ristretta cerchia di fondamentalisti religiosi *intransigenti e ignoranti* difenderà la visione secondo cui ogni vita umana, dal concepimento alla morte, è sacrosanta."

--Peter Singer, 2005

Umano o Persona? "Essere umano" è una classificazione biologica, mentre "persona" è una classificazione filosofica o psicologica, definita da tratti mentali e comportamentali.

• **Mancanza di Qualità:** La tesi è che non tutti gli esseri umani possiedano le qualità specifiche che definiscono una persona. Alcuni esseri umani potrebbero non avere autocoscienza, la capacità di ragionare o la capacità di comprendere concetti morali come biasimo e lode.

• **Fasi di Sviluppo:** Non tutti gli esseri umani sono persone dal momento del concepimento. Le qualità della personalità si sviluppano nel tempo e la tesi è che un essere umano sia considerato tale solo quando queste caratteristiche emergono.

Implicazioni morali: questa distinzione ha implicazioni per le discussioni sullo status morale e sui diritti. Se la personalità è definita da questi tratti specifici, ciò suggerisce che gli esseri che ne sono privi potrebbero non essere tenuti allo stesso rispetto morale delle persone.

Il suicidio assistito

Il DJ FABO

- Fabiano Antoniani, dopo un incidente del 13 giugno 2014, è cieco e tetraplegico.
- Videomessaggio a Presidente Mattarella per avere l'accesso all'eutanasia.
- Aiutato da Marco Cappato dell'Associazione Coscioni va in Svizzera dove è ammesso il «suicidio assistito».
- Muore alle 11.40 del 27 febbraio 2017
- Siamo di fronte a una forma eutanasica e – viste le modalità – si parla di suicidio assistito.
- La sua accettazione è il punto d'arrivo inevitabile dell'attuale movimento di opinione favorevole alla piena disponibilità della vita (piano inclinato).

Sviluppi legislativi recenti

In risposta alle questioni connesse con il suicidio del DJ Fabo, e dell'aiuto fornito da Cappato, una sentenza della Corte Costituzionale del 2019 ha introdotto la possibilità di suicidio assistito, da eseguirsi in ambito di SSN.

Alla fine, il vero nodo etico di tutta la questione della eutanasia sta nella accettabilità o meno di una volontà di morte e, quindi, nell'esistenza o meno di un diritto a darsi la morte(«right to die»).

J.K. Rowling

“Credevo nella morte assistita, Non ci credo più, principalmente perché sono sposata con un medico, che mi ha aperto gli occhi sulle possibilità di coercizione delle persone malate o vulnerabili”.

Il primo caso di suicidio medicalmente assistito registratosi in Toscana, in seguito alla legge 16/2025 recentemente approvata dalla medesima regione, la notizia della legalizzazione dell'eutanasia in Inghilterra, come in Francia, ha dato nuovo impulso al dibattito sulla legalizzazione e sulla legittimità etica e giuridica della morte medicalmente assistita.

Questo ed altri temi possono rappresentare per il cattolico contemporaneo fonti di disagio con maldestre dissociazioni, accompagnate da funamboliche dichiarazioni di autentica cattolicità “nonostante la Chiesa”.

In un simile scenario il tema della morte assistita, è probabilmente quello attualmente più importante e delicato, e quello su cui non soltanto si sta addensando la maggior parte della letteratura bioetica attuale, ma quello che sta già facendo registrare momenti di discussione all'interno della comunità cattolica.

Il dibattito, infatti, sul tema della morte medicalmente assistita, diventa sempre più concitato anche a causa delle sollecitazioni giurisprudenziali che nel corso del tempo si sono accumulate, specialmente quelle di ordine costituzionale, che, dalla sentenza n. 242/2019 della Consulta hanno tracciato una via per la eventuale ridefinizione normativa della materia.

Sullo sfondo, la sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale, seguita dalla 135/2024, e del tutto recentemente dalla 66/2025, che hanno ribadito l'incostituzionalità di un articolo del Codice Penale

Italiano, il 580, nella parte in cui qualifica come reato ogni forma di suicidio assistito o assistenza prestata nel suicidio.

Per la Consulta i soggetti

- capaci di assumere decisioni consapevoli,
- affetti da patologie irreversibili,
- tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale,
- in uno stato di sofferenza da loro stessi giudicato insopportabile

possono, nelle strutture pubbliche, e previa autorizzazione del comitato etico territoriale, accedere al suicidio assistito.

Questo perché la Consulta ha rintracciato nella realtà scientifica e terapeutica odierna «situazioni inimmaginabili» solo alcuni decenni fa (ossia quando, negli anni ‘30, era stato redatto l’articolo 580).

Cosa ha deciso il Comitato nazionale di bioetica sui trattamenti di sostegno vitale di Francesco Ognibene

I trattamenti di sostegno vitale «Sono tali solo se sostituiscono le funzioni vitali»: ecco l’atteso parere a larga maggioranza su uno dei quattro criteri per accedere al suicidio assistito. Un intervento a tutela della vita fragile

«sono indirizzati alla risposta a condizioni che mettono a rischio la vita, in un arco di tempo breve o addirittura brevissimo»: dunque il loro concetto va «applicato a quei trattamenti che non si limitano a un semplice sostegno, ma costituiscono una vera e propria sostituzione di funzioni vitali» con «la morte del paziente» che «a seguito della loro sospensione conseguirebbe in tempi molto brevi».

È il punto centrale del parere pubblicato dal Comitato nazionale per la Bioetica, organismo di consulenza della Presidenza del Consiglio, che ha dato l’attesa risposta a un quesito sollevato dal Comitato etico territoriale dell’Umbria «in merito ai trattamenti di sostegno vitale», come spiega una nota del Cnb.

Il parere interviene dunque su uno dei quattro criteri fissati dalla Corte costituzionale con la sentenza 242 del 2019 sul caso Cappato-dj Fabo, verdetto che sancì – ricorda il Comitato – «l’illegittimità costituzionale dell’articolo 580 del Codice penale nella parte in cui non esclude la punibilità di chi agevola il suicidio di una persona -tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, -affetta da patologia irreversibile e -capace di decisioni libere e consapevoli, -se tali condizioni sono verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale e previo parere del comitato etico territorialmente competente, se al paziente sono state offerte cure palliative».

I casi di persone che da allora hanno chiesto di accedere al suicidio medicalmente assistito in assenza di una legge nazionale (ora in gestazione al Senato) e anche in assenza del criterio di cui ora il Cnb si occupa hanno reso necessario un chiarimento di cosa si intenda per “trattamenti di sostegno vitale” (Tsv) per distinguerli «dalle terapie ordinarie».

Il Comitato «ha rilevato che, in letteratura medica, non esiste una definizione condivisa di Tsv. Ciò ha imposto di unire le considerazioni cliniche a quelle bioetiche e giuridiche sottese alla sentenza della Consulta, al fine di poter offrire una risposta. Tale risposta, quindi, si configura nell’elaborazione di un criterio flessibile, che permetta d’inquadrare i Tsv in relazione alle loro finalità, alla loro intensità e alle conseguenze della loro sospensione; ciò deve sempre essere letto nel contesto del pronunciamento della Corte costituzionale».

Il parere è stato adottato a larga maggioranza (19 favorevoli, 5 con una posizione che integra il parere con una puntualizzazione e altri 4 che non hanno partecipato al voto) al termine di un dibattito naturalmente animato, viste le differenti posizioni all’interno del “parlamentino bioetico” italiano, posizioni che – nota il Cnb – «riflettono la complessità del tema, peraltro in continua evoluzione, in relazione ai progressi scientifici e medici».

A favore di una rigorosa tutela della vita umana nella condizione di massima fragilità sono dunque in tutto 24 membri del Cnb.

In sintesi, quanti hanno votato a favore del parere «ritengono che i Tsv debbano costituire una vera e propria sostituzione delle funzioni vitali, e che la loro sospensione debba comportare la morte del paziente in tempi molto brevi», con la precisazione per alcuni che «il “sostegno” possa avvenire anche tramite piani di assistenza complessi, e che l’impatto sull’individuo e la sua percezione personale siano rilevanti». Una sfumatura che non incrina la maggioranza larghissima raggiunta dal consenso bioetico-scientifico su un punto decisivo.

Ma come si è arrivati alla conclusione adottata a maggioranza? «La Corte costituzionale – spiega la nota del Comitato che accompagna il testo integrale del parere, particolarmente complesso e articolato – ha bilanciato l’autodeterminazione con la tutela della vita, limitando l’area di non punibilità dell’aiuto al suicidio a condizioni specifiche.

In tale contesto, i Tsv sono da considerarsi un requisito che deve esprimersi all’interno di un quadro clinico grave, non solo perché la persona è tenuta in vita da un trattamento specifico. Il documento rimarca come sia essenziale proteggere i pazienti più fragili e vulnerabili, garantendo che il quadro giuridico e bioetico definito dalla sentenza della Corte costituzionale sia rispettato e applicato correttamente».

Il documento, che arriva pochi giorni dopo la sentenza con la quale la **Corte europea dei diritti umani (Cedu) aveva dichiarato legittimo il divieto di suicidio assistito da parte di uno Stato**, va a contribuire alla documentazione cui i giudici della Corte costituzionale stanno facendo ricorso per elaborare un nuovo intervento sulla liceità o meno di ottenere l’assenso all’aiuto al suicidio da parte anche di pazienti che non dipendano da Trattamenti di sostegno vitale nella concezione più restrittiva e di garanzia adottata dal Cnb o che debbano ricorrere a terapie che andrebbero considerate Tsv secondo l’opinione di chi non ha partecipato al voto.

Al parere è allegato un parere di minoranza con sette firme che intende per Tsv **«qualsiasi trattamento di carattere anche farmacologico o assistenziale dalla cui sospensione discende, anche in tempi non rapidi, la morte del paziente»**. Una posizione che tuttavia collide con il punto fermo fissato dalla Consulta quando nel 2019 volle comunque chiarire che definire un’area assai circoscritta e ben definita di non punibilità per l’aiuto al suicidio non può mai significare introdurre un “diritto di morire” che i giudici costituzionali (e dopo di loro adesso anche i colleghi della Cedu) hanno dichiarato inesistente.

È quanto la maggioranza del Cnb assume quando stabilisce (paragrafo 5 del parere) «la limitazione del concetto di Tsv, ai fini dell’applicazione della sentenza, ai trattamenti sostitutivi delle funzioni vitali, in ciò ben distinti dai trattamenti ordinari e dalle modalità di cura dei bisogni vitali della persona malata, e la cui sospensione sia seguita dalla morte in tempi brevi. Indipendentemente dagli orientamenti nei confronti del suicidio medicalmente assistito, sui cui potrebbero anche essere avanzate obiezioni di fondo legate al principio di tutela di ogni vita umana e alla problematicità dell’anticipazione intenzionale della morte – aggiungono i 19 membri del Cnb –, il requisito dei Tsv

ha una decisiva rilevanza bioetica, in quanto delimita nettamente l'ambito della non punibilità dell'assistenza al suicidio entro il perimetro di una situazione di prossimità della morte. Ciò esclude possibili derive verso un indebito ampliamento dell'accesso al suicidio assistito, i cui confini di applicazione risulterebbero, altrimenti, inevitabilmente incerti e socialmente discriminatori, poiché potrebbero esporre maggiormente i soggetti vulnerabili ad una inaccettabile pressione, inducendo peraltro una generalizzata apertura nei confronti dei percorsi suicidiari».

“Samaritanusbonus”

https://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documentsrc_con_cfaith_doc_20200714_samaritanus-bonus_it.html

La lettera “Samaritanus bonus”, pubblicata nel luglio del 2020, sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita, è un lungo e articolato documento con cui la Congregazione per la Dottrina della Fede, espone ai fedeli cattolici l’insegnamento teologico, morale e pastorale in tema di accompagnamento del morente.

• Il contesto culturale.

La CDF prende come punto di riferimento la parola del buon samaritano (Lc 10,30-37), per evidenziare da un lato la dimensione *deontologica* con cui la società moderna dovrebbe approcciarsi al problema della sofferenza, e delle fasi finali della vita umana, ma anche per criticare le *deviazioni culturali, ideologiche, giuridiche* che invece non consentono di emulare l’esempio del buon samaritano.

La figura del buon samaritano è un vero e proprio **paradigma etico e antropologico** sul quale il cristianesimo, nella sua storia millenaria, ha edificato una antropologia messa in discussione dall’individualismo odierno.

Questa parola ci **indirizza verso la solidarietà** e ne fa il cardine dell’esperienza esistenziale umana.

L’offuscamento progressivo che la modernità e la contemporaneità hanno fatto registrare dei principi morali e giuridici generati dal cristianesimo tutto (non solo cattolico) ha comportato una riduzione del rispetto per la fragilità e la vulnerabilità che contraddistinguono l’essere umano in genere, e il sofferente in modo particolare.

La CDF, tramite SB, evidenzia dunque la tragicità di quella frattura sempre più acuta e apparentemente insanabile tra l’organizzazione socio-politica della vita e il richiamo etico e giuridico della natura umana fondata sui tre elementi

- *della creaturalità,*
- *della razionalità,*
- *della relazionalità.*

SB, infatti, si è premurata di precisare che «la debolezza ci ricorda la nostra dipendenza da Dio e invita a rispondere nel rispetto dovuto al prossimo.

Da qui nasce la responsabilità morale, legata alla consapevolezza di ogni soggetto che si prende cura del malato (medico, infermiere, familiare, volontario) di trovarsi di fronte a un bene fondamentale e inalienabile – la persona umana – che impone di *non poter scavalcare il limite in cui si dà il rispetto di sé e dell’altro, ossia l'accoglienza, la tutela e la promozione della vita umana fino al sopraggiungere naturale della morte*».

Tuttavia, non soltanto alla luce della fede, ma anche della ragione, occorre recuperare quel **senso profondo della relazionalità** che dovrebbe fondare il rapporto umano e professionale nei confronti del morente e che da solo può consentire l'agire autenticamente etico e genuinamente giuridico nei suoi riguardi e, in definitiva il rispetto reale della sua dignità.

In questo senso SB ha puntualizzato che

«la Chiesa afferma il senso positivo della vita umana come un valore già percepibile dalla retta ragione, che la luce della fede conferma e valorizza nella sua inalienabile dignità. Non si tratta di un criterio soggettivo o arbitrario; si tratta invece di un criterio fondato nella dignità naturale – **in quanto la vita è il primo bene perché condizione della fruizione di ogni altro bene** – e nella vocazione trascendente di ogni essere umano, chiamato a condividere l'Amore trinitario del Dio vivente: *“L'amore del tutto speciale che il Creatore ha per ogni essere umano “gli conferisce una dignità infinita”*. Il valore inviolabile della vita è una verità basilare della legge morale naturale ed un fondamento essenziale dell'ordine giuridico» (Par. III).

Oggi la vita viene considerata degna solo se ha un livello accettabile di qualità, secondo il giudizio del soggetto stesso o di terzi, in ordine alla presenza-assenza di determinate funzioni psichiche o fisiche, o spesso identificata anche con la sola presenza di un disagio psicologico.

Secondo questo approccio, quando la qualità della vita appare povera, essa non merita di essere proseguita.

Così, però, non si riconosce più che la vita umana ha un valore in sé stessa.

Siamo alla sostituzione del principio della dignità della vita con il principio della qualità della vita, così che una vita può essere ritenuta indegna nel caso in cui non coincida con i parametri stabiliti per giudicarne la qualità. *“Il dolore e la morte non possono essere i criteri ultimi che misurano la dignità umana, la quale è propria di ogni persona, per il solo fatto che è un “essere umano”*.

• Le cause specifiche.

i tre primari fattori che impediscono all'uomo contemporaneo di cogliere e serbare l'intrinseco valore della vita umana.

l'idea di **“morte degna”**, che traduce una concezione gravemente utilitaristica in base alla quale si attribuisce un valore (un prezzo) alla vita e alla sofferenza umana.

l'idea di **compassione**, per cui per cui si preferisce eliminare il sofferente piuttosto che lenire o **sopportare insieme** la sua sofferenza.

l'idea di **libertà** fondata su una prospettiva individualistica, che inasprisce la solitudine di cui soffre l'uomo contemporaneo nelle atomizzate nazioni occidentali, che nasce da due derive radicalmente anticattoliche:

il neo-pelagianesimo, cioè l'idea per cui l'uomo può salvarsi da se stesso,

e il neo-gnosticismo, che esige la liberazione della persona dai limiti fisici della propria corporeità.

• Il giudizio su eutanasia e suicidio assistito.

Sulla pratica della morte medicalmente assistita, che diversi ordinamenti in giro per il mondo hanno già da tempo legalizzato, e che in Italia si intende disciplinare, pur in ordine sparso, in base alle iniziative regionali, di dubbia legittimità costituzionale in virtù dei riparti di competenza legislativa costituzionalmente contemplati, la SB si è espressa ricollegandosi alla tradizione del suo specifico insegnamento morale.

In tal senso la CDF ha puntualizzato che «l'eutanasia è un crimine contro la vita umana perché, con tale atto, l'uomo sceglie di causare direttamente la morte di un altro essere umano innocente», così che i cattolici devono aver ben presente che «qualsiasi cooperazione formale o materiale immediata ad un tale atto è un peccato grave contro la vita umana.

Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di una offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità. Dunque, l'eutanasia è un atto omicida che nessun fine può legittimare e che non tollera alcuna forma di complicità o collaborazione, attiva o passiva.

La CDF ha evidenziato il problema antropologico e giuridico sostanziale alla base di quelle legislazioni tese a legalizzare l'eutanasia, ritenendo, infatti, che «sono gravemente ingiuste, pertanto, le leggi che legalizzano l'eutanasia, quelle che giustificano il suicidio e l'aiuto allo stesso, per il falso diritto di scegliere una morte definita impropriamente degna soltanto perché scelta.

Tali leggi colpiscono il fondamento dell'ordine giuridico:

il diritto alla vita, che sostiene ogni altro diritto, compreso l'esercizio della libertà umana. L'esistenza di queste leggi ferisce profondamente i rapporti umani, la giustizia e minaccia la mutua fiducia tra gli uomini.

Gli ordinamenti giuridici che hanno legittimato il suicidio assistito e l'eutanasia mostrano, inoltre, una evidente degenerazione di questo fenomeno sociale».

Su questo assunto è stato indicato dal SB che la prassi eutanasica stravolge il canone della relazionalità umana nel suo complesso e quello tra medico e paziente in particolare, poiché rappresenta una forma di abbandono del malato al suo destino.

Occorre tornare a valorizzare **l'alleanza terapeutica** tra l'ammalato e l'umanità che lo circonda (medici, operatori sanitari, parenti ecc), poiché soltanto il sofferente che si sente circondato dalla presenza amorevole umana riesce a superare ogni forma di depressione, evitando l'angoscia di chi, invece, si sente solo e isolato nel suo stadio di massima vulnerabilità.

La CDF, peraltro, ha posto l'attenzione anche sulle inquietanti derive che possono trovare scaturigine dalla legalizzazione della pratica della morte assistita, come la possibilità di legittimare l'eutanasia infantile, quale forma ulteriore e tardiva di selezione eugenetica.

SB in questo senso ha inteso proporre l'alternativa a simili tragiche evenienze, chiarendo l'opportunità di praticare **politiche sanitarie che invece di offrire la morte del paziente siano tese a potenziare gli hospice perinatali**, i quali consentono alle famiglie che accolgono la nascita di un figlio in condizioni di fragilità di evitare la pratica della soppressione dei minori il cui decorso terapeutico è comunque destinato – a causa della gravità del loro stato patologico – ad un esito infausto che, tuttavia, non può e non deve essere né agevolato, né catalizzato, né causato.

Proprio alla luce delle derive che la legalizzazione conduce con sé, SB ha sottolineato che sia la pratica eutanasica che quella di assistenza al suicidio stravolgoni e deturpano la relazione etica e umana (nonché antropologica e giuridica) intercorrente tra il medico e il paziente, poiché lo statuto deontologico costitutivo della professione medica implica che «*ogni atto medico deve infatti sempre avere ad oggetto e nelle intenzioni di chi agisce l'accompagnamento della vita e mai il perseguitamento della morte. Il medico, in ogni caso, non è mai un mero esecutore della volontà del paziente o del suo rappresentante legale, conservando egli il diritto e il dovere di sottrarsi a volontà discordi al bene morale visto dalla propria coscienza.*

• Ulteriori e connessi profili.

Ribadito il divieto assoluto per il cattolico di praticare o assistere in modo diretto o indiretto, formale o sostanziale, alla pratica della morte assistita, bisogna in ogni caso **evitare l'accanimento terapeutico**, pur senza che questa **“desistenza”** si trasformi in **abbandono** del paziente sofferente, poiché anche questo comporterebbe una grave lesione della dignità umana.

Senza nessun equivoco SB ricorda inoltre che i trattamenti come **idratazione e alimentazione**, proprio alla luce della ragione prima ancora che della fede, non possono essere interrotti – se non nell'imminenza dell'articollo mortis – in quanto non sono trattamenti terapeutici, poiché «alimentazione e idratazione non costituiscono una terapia medica in senso proprio, in quanto non

contrastano le cause di un processo patologico in atto nel corpo del paziente, ma rappresentano una cura dovuta alla persona del paziente, un’attenzione clinica e umana primaria e ineludibile. L’obbligatorietà di questa cura del malato attraverso un’appropriata idratazione e nutrizione può esigere in taluni casi l’uso di una via di somministrazione artificiale, a condizione che essa non risulti dannosa per il malato o provochi sofferenze inaccettabili per il paziente». SB, su questo punto, del resto conferma ciò che la stessa CDF ha avuto modo di insegnare già diversi anni addietro, allorquando nel 2007 ebbe modo di rispondere ad alcuni quesiti posti dalla Conferenza Episcopale statunitense. Appare dubbia, allora, l’equiparazione dei trattamenti di sostegno vitale, quali sono alimentazione e idratazione con gli ordinari trattamenti terapeutici, alla base delle leggi, come l’italiana n.219/2017. Il rispetto della sofferenza e della dignità del paziente, inoltre, secondo SB impongono l’obbligo di lenire le sue sofferenze tramite **le cure palliative** e anche tramite la somministrazione della sedazione terminale profonda, purché sia sempre salvaguardata e curata – da parte dei medici, della famiglia, dei sacerdoti – la preparazione spirituale del malato.[31]

• Obiezione di coscienza.

Un ultimo argomento degno di attenzione è, infine, quello dell’obiezione di coscienza, che viene riproposto dalla SB, anche e soprattutto nell’ambito del fine vita e delle pratiche di morte medicalmente assistita.

Il documento della CDF, infatti, ha evidenziato la necessità di tutelare giuridicamente la coscienza del personale medico-sanitario attraverso la tutela dell’obiezione di coscienza poiché «dinnanzi a leggi che legittimano – sotto qualsiasi forma di assistenza medica – l’eutanasia o il suicidio assistito, si deve sempre negare qualsiasi cooperazione formale o materiale immediata [...]. È necessario che gli Stati riconoscano l’obiezione di coscienza in campo medico e sanitario, nel rispetto dei principi della legge morale naturale, e specialmente laddove il servizio alla vita interpella quotidianamente la coscienza umana. Dove questa non fosse riconosciuta, si può arrivare alla situazione di dover disobbedire alla legge, per non aggiungere ingiustizia ad ingiustizia, condizionando la coscienza delle persone. Gli operatori sanitari non devono esitare a chiederla come diritto proprio e come contributo specifico al bene comune [...].

Il diritto all’obiezione di coscienza non deve farci dimenticare che i cristiani non rifiutano queste leggi in virtù di una convinzione religiosa privata, ma di un diritto fondamentale e inviolabile di ogni persona, essenziale al bene comune di tutta la società.

Si tratta, infatti, di leggi contrarie al diritto naturale in quanto minano i fondamenti stessi della dignità umana e di una convivenza improntata a giustizia».[32]

In questo senso SB ingiunge il rispetto del diritto alla libertà di coscienza, in linea con la clausola di chiusura della sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale: «quanto, infine, al tema dell’obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell’aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato».

• Conclusioni.

l’opposizione alla pratica eutanasica non si legittima soltanto alla luce della fede, ma anche della semplice e pura ragione, poiché «se l’opposizione del credente a questa legge si fonda sulla convinzione che la vita umana, quali che siano le forme e le connotazioni dolorose che può assumere, è dono divino che all’uomo non è lecito soffocare od interrompere, altrettanto motivata è l’opposizione del non credente che si fonda sulla convinzione che la vita sia tutelata dal diritto

naturale, che nessun diritto positivo può violare o contraddirre che essa appartiene comunque alla sfera dei beni “indisponibili”, che né i singoli né la collettività possono aggredire».[34]
G. Kelly, The Duty to Preserve Life, “Theological Studies” 1951, 550.

Rifiuto delle trasfusioni

Il testimone di Geova rifiuta la trasfusione, anche quando sarebbe salvavita, per motivi religiosi. Non lo fa con intenzione suicida. Se ci fosse una terapia alternativa, infatti, la userebbe.

- Essi rifiutano un tipo di terapia salvavita, ma non rifiutano una terapia salvavita alternativa (es. espansori del plasma).
- Il rifiuto di una terapia non è motivato dal desiderio di darsi la morte (suicidio).
- Perciò è consentito dalla legge.

PIERGIORGIO WELBY

Malato di SLA fin da ragazzo

Il 14-7-1997, durante una crisi, iniziò la ventilazione artificiale.

1-5-2002 chiede la sospensione della ventilazione artificiale

Il 20 dicembre 2006 alle ore 21.30, il dr. Riccio - come da accordi presi tramite l'Associazione Coscioni -staccò il respiratore, dopo aver sedato il paziente.

Alle 23.40 si constatò il decesso.

Dal punto di vista morale, Welby poteva chiedere lecitamente l'interruzione della ventilazione artificiale?

La rinuncia ai mezzi **sproporzionati o straordinari** per il malato è lecita, in linea di principio. Quando, però, la rinuncia o la sospensione esprimono una volontà di darsi/dare la morte non è lecita perché motivata da una intenzione di natura eutanasica.

Esiste il diritto di rifiutare trattamenti sanitari straordinari e sproporzionati, ma non esiste un diritto a darsi la morte.

Interrompere nutrizione e idratazione

Eluana Englaro
+ 9 febbraio 2009

La “vita vegetativa” di Eluana
18.1.1992 Incidente stradale Gennaio 1994 entra nello SV

19.1.96 padre nominato tutore

1999-2008 battaglia giudiziaria per sospendere NIA

Cassazione civile sez. I, 16 ottobre 2007 n. 21748

Sentenza depositata il 9 luglio 2008

Stato vegetativo

Terry Schiavo

Il 25 febbraio 1990 subì un arresto cardiaco, riportando gravi danni cerebrali con conseguente diagnosi di stato vegetativo persistente (PVS), al quale seguirono 15 anni di battaglie legali. Nel 1998 il marito, e tutore legale, Michael fece appello alla Corte di Contea di Pinellas chiedendo la rimozione del tubo di alimentazione. Robert e Mary Schindler, suoi genitori, si opposero alla decisione del marito, sostenendo che la figlia fosse cosciente. La corte concluse che Terri non avrebbe voluto continuare le terapie di mantenimento della vita.

Eluana Englaro

Eluana Englaro, che aveva da poco compiuto 21 anni e frequentava la Facoltà di Lingue all'UCSC di Milano, riportò danni cerebrali e tetraplegia in un incidente stradale.

I genitori iniziarono fin da subito a chiedere ai medici la possibilità, in caso di assenza di prognosi positive, di interrompere i trattamenti, ricordando che tempo prima la figlia aveva dichiarato di ritenere preferibile morire che sopravvivere priva di coscienza e volontà e completamente dipendenti dalle cure altrui. Sempre discutendo di questi episodi, la giovane aveva sostenuto che non avrebbe potuto tollerare che lo stesso capitasse a lei e che per quanto la riguardava avrebbe preferito la morte a una sopravvivenza del genere. La risposta fu negativa, non essendo tale possibilità prevista dalla legge italiana: i medici dissero infatti che non vi era nessuna possibilità di prestare o negare il consenso alle cure da parte del paziente in coma o dei suoi congiunti.

Dopo alcuni mesi nel reparto di terapia intensiva degli ospedali di Lecco e Sondrio e due anni di complessiva ospedalizzazione, fu dichiarata in stato vegetativo e fu trasferita in una struttura sanitaria per lungodegenti.

Beppino Englaro, padre di Eluana nel 1997 fu nominato tutore della figlia, con piena rappresentanza legale. Nel gennaio 1999, formalizzò al Tribunale di Lecco la prima richiesta di interruzione dei trattamenti vitali, sostenendo che, nella situazione di Eluana, essi fossero da considerarsi di natura meramente sanitaria e quindi rifiutabili. A marzo 1999 il Tribunale di Lecco respinse la richiesta[10] e altrettanto fece a dicembre la Corte d'appello di Milano alla quale Beppino Englaro aveva fatto ricorso. L'istanza fu reiterata da Beppino Englaro nel 2002 e ancora una volta il Tribunale di Lecco e la Corte d'Appello la respinsero. I giudici di secondo grado, nelle motivazioni della sentenza, esortarono i legislatori a intervenire per colmare il vuoto normativo sul "fine vita". La corte di Cassazione ad aprile 2005 dichiarò inammissibile il ricorso per un vizio di forma: non era infatti stato nominato il "curatore speciale", il contraddittore del tutore. Beppino Englaro nominò la figura prescritta (che aderì ai suoi ricorsi) e nuovamente si presentò dinanzi al Tribunale leccese, che ancora una volta emise una sentenza avversa il 20 dicembre 2005; altrettanto accadde in appello il

16 dicembre 2006, con i giudici di secondo grado che affermarono di non disporre di prove sufficienti della volontà di Eluana e nondimeno di non poter fare distinzioni di "dignità" sul «bene vita costituzionalmente garantito, indipendentemente dalla qualità della stessa e dalle percezioni soggettive che di detta qualità si possano avere».[\[16\]](#)

I dati biomedici essenziali

- Il termine Stato vegetativo fu proposto nel 1972 per descrivere la situazione di pazienti con gravi danni cerebrali nei quali l'iniziale condizione di coma trapassa in uno stato di vigilanza (wakefulness) con apertura e chiusura spontanea degli occhi, ma senza ripresa della coscienza (awareness).
- Le cause più comuni sono i traumi cranici; l'encefalopatia ipossico-ischemica; disordini degenerativi e metabolici del SNC

L'esperienza clinica ha mostrato che la situazione di SV diventa praticamente irreversibile se perdura 12 mesi dopo una lesione traumatica o 3 mesi dopo una lesione non traumatica. Dopo un anno, quindi, il recupero è difficile, anche se ci sono casi di recupero, di solito parziale.

- Stato vegetativo permanente:
♡ solo funzioni vegetative
- Stato di minima coscienza:
♡ anche barlumi di consapevolezza.

- I pazienti in SV presentano funzioni vegetative integre (battito cardiaco, respirazione, equilibri ormonali, cicli veglia-sonno, termoregolazione, deglutizione ...).
- Non sono documentabili segni clinici di consapevolezza di sé, degli altri e dell'ambiente, né forme di comunicazione.

Negli ultimi anni, però, sono emersi dati nuovi dalle tecniche innovative di “neuroimaging”.

- È una situazione nuova creata dalla medicina stessa.
- Il soggetto viene sottratto alla morte, ma resta inchiodato in una situazione di bassissima qualità di vita.
- Non è una vita artificiale o una vita diversa, ma una vita umana in condizioni minimali.
* Finché c'è speranza di ripresa si pratica ogni terapia utile.
* Quando le speranze di guarigione finiscono si fanno terapie di sostegno vitale (in particolare nutrizione e idratazione, cure igieniche e interventi terapeutici più semplici).
* No a terapie e interventi che impediscono il naturale evolversi della situazione verso l'exitus (es. dialisi, rianimazione ...)

Come prendersi cura di queste persone?
Sospendere la Nutrizione Artificiale (NIA)?

- Nei pazienti in cui non si spera più una ripresa alcuni propongono la sospensione di ogni terapia e assistenza, inclusa la NIA.

- Data la via artificiale di somministrazione, - dicono - la NIA è assimilabile ad una terapia e può essere interrotta come qualsiasi altra terapia diventata inutile o gravosa.

LA NIA È UNA TERAPIA?

Anche quando l'alimentazione e l'idratazione devono essere forniti da altre persone ai pazienti in SVP per via artificiale, ci sono ragionevoli dubbi che tali atti possano essere considerati "atti medici" o "trattamenti medici" in senso proprio, analogamente ad altre terapie di supporto vitale, quali, ad esempio, la ventilazione meccanica. Acqua e cibo non diventano infatti una terapia medica soltanto perché vengono somministrati per via artificiale.

CNB 30 settembre 2005

Nutrizione e idratazione vanno considerati atti dovuti eticamente (oltre che deontologicamente e giuridicamente) in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere (garantendo la sopravvivenza, togliendo i sintomi di fame e sete, riducendo i rischi di infezioni dovute a deficit nutrizionale e ad immobilità).

CNB 30 settembre 2005

7.6. - Non v'è dubbio che l'idratazione e l'alimentazione artificiali con sondino nasogastrico costituiscono un trattamento sanitario. Esse, infatti, integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composti chimici implicanti procedure tecnologiche.

La questione della NIA

Pratica assistenziale indicata in molte situazioni cliniche

PEG (gastrostomia endoscopica percutanea)

Cassazione civile sez. I, 16 ottobre 2007 n. 21748

8. – Diversamente da quanto mostrano di ritenere i ricorrenti, al giudice non può essere richiesto di ordinare il distacco del sondino nasogastrico: una pretesa di tal fatta non è configurabile di fronte ad un trattamento sanitario, come quello di specie, che, in sé, non costituisce oggettivamente una forma di accanimento terapeutico, e che rappresenta, piuttosto, un presidio proporzionato rivolto al mantenimento del soffio vitale, salvo che, nell'imminenza della morte, l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite o che sopraggiunga uno stato di intolleranza, clinicamente rilevabile, collegato alla particolare forma di alimentazione.

Ove il malato giaccia da moltissimi anni (nella specie, oltre quindici) in stato vegetativo permanente, con conseguente radicale incapacità di rapportarsi al mondo esterno, e sia tenuto artificialmente in vita mediante un sondino naso-gastrico che provvede alla sua nutrizione ed idratazione, su richiesta del tutore che lo rappresenta, e nel contraddittorio con il curatore speciale, il giudice può autorizzare la disattivazione di tale presidio sanitario (fatta

salva l'applicazione delle misure suggerite dalla scienza e dalla pratica medica nell'interesse del paziente), unicamente in presenza dei seguenti presupposti:

- (a) quando la condizione di stato vegetativo sia, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi sia alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno; e
- (b) sempre che tale istanza sia realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona.

Un paziente in "stato vegetativo permanente" è una persona, con la sua dignità umana fondamentale, alla quale sono perciò dovute le cure ordinarie e proporzionate, che comprendono, in linea di principio, la somministrazione di acqua e cibo, anche per vie artificiali.

Diversamente da quanto mostrano di ritenere i ricorrenti, al giudice non può essere richiesto di ordinare il distacco del sondino naso gastrico: una pretesa di tal fatta non è configurabile di fronte ad un trattamento sanitario, come quello di specie, che, in sé, non costituisce oggettivamente una forma di accanimento terapeutico, e che rappresenta, piuttosto, un presidio proporzionato rivolto al mantenimento del soffio vitale, salvo che, nell'imminenza della morte, l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite o che sopraggiunga uno stato di intolleranza, clinicamente rilevabile, collegato alla particolare forma di alimentazione. Corte di Cassazione, 16 ottobre 2007

- 1. Irreversibilità della situazione
- 2. Accertamento della volontà del paziente di interrompere la NIA
- in considerazione della sua comprensione della dignità della vita.

Ragionamenti e riflessioni

Se interromo l'idratazione e l'alimentazione la persona muore di fame e di sete. Non rinuncio a fare cure inutili e lascio subentrare la morte, ma sono io a causare la morte.

- Se la somministrazione è irrilevante ai fini di una morte sulla quale non influisce significativamente, anzi arreca ulteriori sofferenze al paziente, allora il persistere in essa potrebbe costituire un inutile accanimento terapeutico: il malato muore per la patologia non ulteriormente contrastabile.
- Se la sospensione della alimentazione artificiale comporta il morire d'inedia, allora si configura un quadro di eutanasia: il malato muore per la sospensione.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE RISPOSTE A QUESITI DELLA CONFERENZA EPISCOPALE STATUNITENSE CIRCA L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE ARTIFICIALI

Primo quesito: È moralmente obbligatoria la somministrazione di cibo e acqua (per vie naturali

oppure artificiali) al paziente in “stato vegetativo”, a meno che questi alimenti non possano essere assimilati dal corpo del paziente oppure non gli possano essere somministrati senza causare un rilevante disagio fisico?

Risposta: Sì.

La somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui è fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l’idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all’inanazione e alla disidratazione.

Secondo quesito: Se il nutrimento e l’idratazione vengono forniti per vie artificiali a un paziente in “stato vegetativo permanente”, possono essere interrotti quando medici competenti giudicano con certezza morale che il paziente non recupererà mai la coscienza?

Risposta: No.

Un paziente in “stato vegetativo permanente” è una persona, con la sua dignità umana fondamentale, alla quale sono perciò dovute le cure ordinarie e proporzionate, che comprendono, in linea di principio, la somministrazione di acqua e cibo, anche per vie artificiali.

Roma, 1 agosto 2007.

L’alimentazione artificiale somministrata a un paziente comatoso o in stato vegetativo o in fase terminale va ritenuta una cura ordinaria o minimale da sospendere solo in prossimità della morte naturale.

Curarsi e prendersi cura

- Il timore della malattia e della morte e il desiderio di benessere spingono l’uomo a cercare rimedi per le sue malattie.
- Ogni uomo ha diritto ad accedere ai mezzi terapeutici per tutelare la sua salute e la sua integrità psicofisica.
- Prendersi cura di sé è ragionevole e, in questo senso, è anche un dovere morale.
- I mezzi terapeutici disponibili oggi sono molteplici e molto sofisticati.
- È ragionevole usare qualsiasi mezzo per conservare o riacquistare la salute?
- Come valutare l’adeguatezza o appropriatezza di un mezzo terapeutico?

Le cure sono per il bene delle persone.

Non si deve fare “tutto il possibile”, ma tutto ciò che è ragionevole fare per il bene delle persone.

A. Aspetti biomedici

Appropriatezza clinica che è in sostanza il rapporto tecnico fra mezzo e fine perseguito in ordine alla salute e alla qdv (tenendo conto di diagnosi, prognosi, indicazioni terapeutiche, condizioni e risposta del singolo paziente).

B. Aspetti circostanziali

Disponibilità di un mezzo, di risorse economiche, di risorse umane.

C. Aspetti personali

Accettabilità soggettiva del mezzo appropriato clinicamente. Dolore derivante dal mezzo, rischiosità, ripulsa del mezzo o di alcuni suoi effetti, stanchezza.

B-C sono il correttivo soggettivo dei criteri oggettivi.

Palliative pain management: when both pain and suffering hurt
(Strasser F, Walker P, Bruera E. J Palliat Care. 2005 Summer;21(2):69-79)

Legge 219 del 2017

In Italia nel 2017 la legge 219 ha introdotto - accanto alle regole per il consenso informato e per la pianificazione delle cure, le disposizioni anticipate di trattamento con facoltà di interrompere anche la NIA (possibili derive eutanasiche)

Sviluppi legislativi recenti

In risposta alle questioni connesse con il suicidio del DJ Fabo e dell'aiuto fornito da Cappato, una sentenza della Corte Costituzionale del 2019 ha introdotto la possibilità di suicidio assistito, da eseguirsi in ambito di SSN.

Alla fine, il vero nodo etico di tutta la questione della eutanasia sta nella accettabilità o meno di una volontà di morte e, quindi, nell'esistenza o meno di un diritto a darsi la morte(«right to die»).

“Perché dovrebbe essere più lodevole per un uomo invecchiato, che sente il declino delle proprie forze, attendere la propria lenta consumazione e il disfacimento, che non porre termine in piena coscienza alla propria vita?

In questo caso il suicidio è un'azione del tutto naturale e a portata di mano che, come vittoria della ragione, dovrebbe giustamente suscitare rispetto”.

NIETZSCHE F., Umano troppo umano, n. 80

Trionfo della ragione o atto disperato da comprendere, ma non da giustificare?

Darsi la morte non è ragionevole perché è assurdo dire che un soggetto si affermi distruggendosi
Esiste il diritto a essere curato e il diritto di sospendere cure sproporzionate.

Esiste il diritto di morire in pace.

Non il diritto di darsi la morte.

Individualismo e autonomia

- Primato del soggetto che si concepisce come completamente autonomo e autoreferenziale.
- Enfasi estrema sulla libertà umana come libertà assoluta, svincolata cioè da ogni relazione obbligante con l'altro e senza riferimento a un sistema di valori che trascende il singolo quale criterio della verità morale.

La vita oggetto passibile di decisioni distruttive

«I sostenitori della legalizzazione [dell'eutanasia] hanno un argomento principale. Lo chiamerò “argomento della libertà”. Secondo questo argomento, ciascun paziente morente dovrebbe esser libero di scegliere l'eutanasia, o rifiutarla, come questione di libertà personale. Nessuno, compreso il governo, ha il diritto di imporre ad una persona la scelta da fare. Se un paziente morente vuole l'eutanasia, è un affare privato; dopo tutto, la vita appartiene all'individuo, e così l'individuo dovrebbe essere il solo a decidere.

Questo argomento è centrato sul principio che le persone dovrebbero essere libere di vivere la propria vita come meglio credono».

RACHELS J., Legalizzare l'eutanasia,
in FERRANTI G., MAFFETTONE S., Introduzione alla bioetica, Napoli 1992, 153.

Bioetica cattolica

Il «primum ethicum» è la persona stessa.

Questa centralità della persona configura un «personalismo». La vita precede l'autonomia come sua condizione di esistenza e di esercizio. L'essere volente presuppone l'essere vivente. Assurdo è pensare di affermarsi distruggendosi.

La vita è inviolabile o meglio l'essere umano è inviolabile.

Questa persuasione sulla vita umana viene espressa usualmente affermando che la “vita umana è sacra”.

Homo res sacra homini
Seneca

“La sacralità è la qualità per la quale le cose sono venerabili e inviolabili”

Sallustio

“La vita umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta l'azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione speciale con il suo Creatore, suo unico fine”.

Donum vitae, Introd. 5

La radice del valore e della inviolabilità di ogni vita umana sta ultimamente in Dio.

La questione della dignità

La vita umana non è mai “indegna”.

Non c'è nulla di indegno nell'essere malati o morenti. Dobbiamo trattare ogni vita in modo tale da dimostrare che noi crediamo nel suo valore, anche quando un soggetto giudicasse la sua vita indegna.

Due prospettive diverse

- Il valore della vita umana dipende dalla sua qualità.

Esistono vite di qualità così bassa che è ragionevole sopprimere o non sostenere.

- Il valore della vita dipende dal fatto di essere vita di un membro della famiglia umana, indipendentemente dalla sua qualità.

Anche se la qualità di vita è molto bassa, queste vite non possono essere sopprese
RICONOSCI LA STESSA DIGNITÀ AD OGNI ESSERE UMANO.

NON SOPPRIMERE MAI UNA VITA UMANA IN QUALUNQUE CONDIZIONE SI PRESENTI.
Sembra che alcune vite non siano neppure pienamente umane.

Chi decide?

Le decisioni [di fine vita] devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente.

Catechismo Chiesa Cattolica 2278

Che cos'è il «testamento biologico» o living will?

Un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato.

CNB 2003

Direttive o disposizioni previe “testamento biologico” in senso stretto sono obbligatorie per il medico

Dichiarazioni anticipate di trattamento sono indicative per il medico

“E' come se, grazie alle dichiarazioni anticipate, il dialogo tra medico e paziente idealmente continuasse anche quando il paziente non possa più prendervi consapevolmente parte”.

CNB 2003

Le cure palliative

Società Europea Cure Palliative
<http://www.eapcnet.org/about/definition.html>

Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire un processo naturale.

Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine.

Cure palliative

Le cure palliative controllano o attenuano i sintomi tipici della malattia terminale: prima di tutto il dolore, ma anche la dispnea, i problemi a carico di pelle, cavo orale e vescica.

Oggi il confine delle cure palliative va oltre la sola fase terminale della vita.

Le cure palliative si prendono cura di tutta la persona nei suoi bisogni fisici, psichici, relazionali e spirituali.

Esse sono il “pallium” (“mantello”) che copre con pietà umana gli aspetti più devastanti della malattia

Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata.

A questo titolo devono essere incoraggiate.

HOSPICE

È un ambiente non ospedaliero, nel quale la persona è accompagnata nell'ultimo tratto della sua vita. Qui, in un contesto il più possibile rispettoso della singolarità di ciascuno, si offre assistenza e si creano condizioni per una personale crescita umana con l'obiettivo di favorire la naturalità della vita e della morte.

Vegliate con me è il primo scritto della fondatrice del movimento hospice pubblicato in lingua italiana; da esso emerge chiaramente il fondamento spirituale cui si rifà chi ha deciso di ‘vegliare’ accanto a chi è prossimo al ‘passaggio’ dalla vita alla morte. Una scelta che può dischiudere orizzonti ricchi di speranza per i medici, i malati e i familiari.

Vegliate con me, Cicely Saunders, EDB, 2008

- “Tu sei importante perché sei tu, e sei importante fino alla fine”
- “La risposta cristiana al mistero della morte e della sofferenza non è una spiegazione, ma una presenza”.

Come imparare a prendersi cura dell’altro?

- - accogliere la propria vulnerabilità
- per saper accogliere la vulnerabilità dell’altro
 - Vulnerabilità
 - Misericordia
 - Compassione

Si può dare senso alla malattia e alla morte?

Dolore, malattia e morte sono assurdi, ma il Dio crocifisso li ha visitati.

Posso incontrare Dio anche là. Dio può dare senso a ciò che umanamente è senza senso.

La sofferenza si fa meno impervia se diventiamo consapevoli che è Cristo, il solo giusto, a portare la sofferenza con noi.

Dr. Pierantonio Furfori

Albenga, 6 novembre 2025