



# Eutanasia, dignità del morire e nemesi medica

di Andrea Tagliapietra

PAGINA 12

La medicina moderna è pianificata e organizzata allo scopo di sopprimere il dolore, eliminare la malattia e, quindi, rendere inutile l'esistenza di un'arte di soffrire e di morire. Ma questo programma di neutralizzazione del dolore e della morte e, di conseguenza, della vanificazione delle cornici di senso in cui essi venivano compresi, concerne le radici stesse dell'organizzazione sociale e culturale della civiltà moderna. Le istituzioni dello stato e della società contemporanei si legittimano in quanto costituiscono un presidio di difesa per la guerra totale al dolore e alla morte. L'esistenza di questo presidio decide sull'appartenenza alla civiltà di una nazione.

Tuttavia, combattere il dolore e la morte significa prendere il controllo su quella realtà ultima e sfuggente che chiamiamo "vita". Così la politica diventa "biopolitica". Non soltanto la medicina, ma tutte le funzioni assistenziali e preventive dello stato (e/o dei suoi surrogati privati e di mercato), dalla previdenza sociale alla sicurezza stradale, fino agli aiuti internazionali, ai programmi di sviluppo e finanche alle missioni di pace armate, si inseriscono nel quadro di questa missione storico-epocale dell'umanità contemporanea.

Oggi, parlare di eutanasia e di dignità del morire significa confrontarsi con quel sapere medico a cui, gradualmente, la società moderna ha consegnato la gestione e l'amministrazione della morte. Una morte che, perciò, non sembra

appartenere più alla vita sociale e morale dell'individuo, ma alla semplice vita biologica, alla valutazione dei processi di decadenza irreversibile delle funzioni vitali dell'organismo.

Alla paura della morte si sostituisce, così, la paura di morire. L'orrore estremo della vita non è la morte, intesa quale semplice cessazione delle attività vitali (magari nel sonno, come i più si augurano), ma quel "luogo" e quel "tempo", infinitamente più terrificanti e crudeli, che ci presentano il dolore come una dimensione disperata e senza via d'uscita. È questo l'inferno in terra. È questo, e non l'eventuale timore del nulla o dell'aldilà (che agli occhi dei credenti appare sempre più misericordioso delle leggi e della condotta degli uomini), il pensiero più terribile. Ecco allora giungerci in soccorso l'immagine ideale di una morte asettica, circoscritta e neutralizzata. L'ancestrale parentela fra la morte e il sonno, raccontata da molti miti, si suppone venga realizzata somministrando al cosiddetto paziente terminale sedativi e anestetici che lo fanno morire "bene".

Non c'è da meravigliarsi, dunque, se oggi, di fronte alla prospettiva della morte, ovvero della malattia incurabile associata a gravi sofferenze fisiche, la stragrande maggioranza dei cittadini invoca l'intervento del medico che dovrebbe, secondo un'espressione pietosamente ambigua, "aiutare a morire" il paziente.

Ma cosa significa "aiutare a morire"? Si tratta di ritenere lecita l'"eutanasia attiva", ossia l'intervento farmacologico sul paziente che interrompe, di fatto, le sue funzioni vitali, oppure l'"eutanasia passiva", vale a dire l'arresto delle cure e l'eventuale spegnimento delle macchine che lo tengono in vita? La differenza non appare irrilevante nei principi, anche se il fine è lo stesso. Infatti, mentre l'"eutanasia passiva" può essere ricompresa, con qualche sforzo, all'interno di quella sospensione dell'"accanimento terapeutico" che anche la Chiesa cattolica ammette (configurandosi, propriamente, come un "lasciar morire"), l'"eutanasia attiva" implica la responsabilità e la decisione di un gesto che "toglie la vita" quando questa, anche se fra atroci tormenti o nella nebbia dell'incoscienza, potrebbe continuare ancora per qualche tempo. Comunque, in un caso come nell'altro la dignità del morire viene interpretata innanzitutto come riduzione ed eliminazione del dolore fisico e allora è lecito chiedersi se questo non sia il vero principio, subordinato, di conseguenza, al criterio dell'efficacia. Come non vedere nella richiesta di essere "aiutati a morire" qualcosa di necessariamente ulteriore rispetto alla semplice cessazione delle cure e che implica, quindi, un preciso intervento farmacologico che interrompa dolcemente, cioè anestetivamente, le funzioni vitali per impedire l'eventualità del protrarsi nel tempo di un'agonia ancor più dolorosa?

Inoltre, dietro l'umanissima paura per la sofferenza, emerge qualcosa di più nobile e, per così dire, autentico, anche se, forse, altrettanto umanamente illusorio. Si tratta dell'intenzione del morente di trasformare l'incombente dell'inevitabile, di cui non dispone, in un atto di volontà, rientrando in possesso della propria morte, espropriatagli dal male, dalla vecchiaia e dallo stesso apparato terapeutico della medicina, con un gesto estremo di ribellione e, insieme, di pudore, che mostra di intendere la dignità del morire come un'ultima, paradossale testimonianza di fedeltà al senso stesso della propria vita. Non a quella vita biologica che, con la morte, ci viene sottratta, ma a quella vita sociale e morale che ci costituisce come individui unici, autonomi e indipendenti. Del resto, ciò che accomuna l'eutanasia al suicidio - a una sorta di "suicidio assistito" - è un'identica lucidità. Quella lucidità che ci consente, come scriveva Marguerite Yourcenar nelle *Memorie di Adriano*, «di entrare nella morte a occhi aperti». È una lucidità che sfiora l'orgoglio, ma che va





compresa nell'unicità della situazione limite di chi la prova.

I concetti giuridici, in questo campo, appaiono sfuocati, ma altrettanto inadeguate sono le indicazioni della scienza medica e delle morali comuni, o l'inflessibilità di taluni teologi e ministri della Chiesa. Malgrado si chieda, sempre più di frequente, al legislatore, di risolvere le questioni ai confini della vita (dallo statuto giuridico dell'embrione fino, appunto, all'eutanasia), le caratteristiche di impersonalità e di generalità della legge mal si adattano ad affrontare un terreno in cui i dubbi hanno più valore delle certezze, dove le piccole sfumature, la peculiarità delle situazioni, il pluralismo etico e la sensibilità degli individui sono e rimangono decisive. Per un padre che chiede di staccare la spina del macchinario che alimenta, da anni, il corpo della figlia in coma, lasciandola finalmente morire, ce n'è subito un altro, da qualche parte del mondo, ma anche nella stanza accanto, che si batte perché quella spina non venga mai staccata, dal momento che il farlo equivarrebbe ad uccidere la sua bambina. Chi ha ragione? Chi può stabilirlo? Un comitato etico? L'assemblea delle gerarchie della religione maggioritaria? O, forse, la legislazione "biopolitica" di uno stato che rivendichi per sé i poteri di vita e di morte?

Del resto, anche tra coloro che si autodefiniscono credenti "praticanti", ossia tra coloro che dovrebbero aderire fedelmente alle indicazioni di condotta del magistero ecclesiastico, la percentuale dei favorevoli all'eutanasia, magari mitigata e presentata, appunto, con la formula della cessazione dell'accanimento terapeutico, è alta e in costante crescita. Non potrebbe essere altrimenti, dal momento che laici e credenti vivono tutti sotto l'ombrello di quell'identico pensiero unico che ripone nella scienza e nelle sue applicazioni tecniche la principale aspettativa salvifica nei confronti del dolore e della morte. Infatti, se nel Settecento la paura della morte senza la presenza di un medico era questione di quei pochi che rifiutavano l'assistenza religiosa e non credevano nell'aldilà, oggi anche i cosiddetti "praticanti" possono accettare, per varie circostanze, l'assenza del prete intorno al letto del morente, ma condividono il terrore generalizzato di una morte sguarnita di presidi sanitari che, nell'immaginazione comune, è una morte con l'aggravante del dolore e dell'agonia. Se la medicina non può più salvare la vita, che abbia almeno la funzione di accompagnarci in modo indolore e senza sofferenza.

Dove? Per il credente nell'aldilà, per il laico non credente, nel nulla. Entrambi, laico e credente, credono di essere un centro di decisioni – che uno chiama coscienza e l'altro anima personale - che dispone del corpo, riproducendo a livello individuale e poi comunicandola al medico di turno, quella decisione in merito ai corpi che caratterizza la prassi medica in generale. Entrambi credono che dolore e morte siano cose senza senso, che riguardano i malfunzionamenti e la senescenza di quell'entità altra che è, in realtà, il loro stesso corpo, che sono loro stessi. Ecco allora che tutti i passaggi con cui l'individuo crede di appropriarsi di sé e della propria morte sono, in realtà, frutto della persuasione generata dal pensiero tecnico che traduce i problemi di senso in dispositivi, in protocolli e in risposte funzionali. Magari, se non ne siamo immediatamente coinvolti, tutto questo serve per non pensarci più e per allontanare dalle nostre esistenze, così distratte da tante cose, il pensiero autentico della morte e, quindi, del senso stesso della nostra vita.

Eppure, una costante delle interviste e dei sondaggi che dichiarano la trionfale avanzata del pensiero unico sulla vita e sulla morte, riguarda il calo dei favorevoli con l'aumento dell'età. È ovvio, si commenta, perché questi cittadini, o per mentalità, per così dire, più retriva e tradizionalista, o per prossimità alla "strategia d'uscita" – chiamiamola con un eufemismo -, hanno più paura della morte.

Ma sarà proprio così? Non sarà forse che chi invecchia ha avuto più occasioni per fare esperienza del senso del dolore e della morte: di quella morte quotidiana che ci accompagna nelle limitazioni strutturali e progressive del nostro essere corporeo e di quella morte dei nostri affetti che riduce irrimediabilmente l'apertura del mondo che per noi vale la pena di essere abitato? Allora, sono proprio così inutili quella saggezza e quelle pratiche spirituali che fornivano al singolo un'arte di soffrire e di morire? È possibile parlare di dignità del morire se non si restituiscono dignità e senso al dolore e alla morte stessa? È proprio "nostra" la morte che viene somministrata dal medico e, in seconda battuta, dal legislatore, dal giudice, dallo psicologo, dal comitato di bioetica, dal consenso della mentalità collettiva e, non da ultimo, dai problemi di bilancio dello stato? Altrimenti il rischio concreto, come già scriveva con brutale chiarezza negli anni settanta del secolo scorso Ivan Illich nel suo insuperato *Nemesi medica*, è che l'individuo, che «ha ormai perso la fede nella propria capacità di morire, cioè nella forma estrema che la salute può assumere», riduca tutto al «problema del diritto di essere ammazzato in forma professionale».

