

Il guaritore impossibile

di Paolo Becchi

1. *Medico e paziente: una relazione a più facce*

Nell'ambito delle recenti discussioni relative alla trasformazione del rapporto medico-paziente nelle nostre società si possono a grandi linee configurare tre modelli: *a)* un modello che mira a sviluppare una nuova dottrina delle virtù, che sono pretese sia dal medico che dal paziente e che corrisponde in sostanza ad una riattualizzazione del modello ippocratico; *b)* un modello contrattualistico che considera il medico alla stregua di un avvocato, che agisce in forza, e nel rispetto dei limiti, del mandato conferitogli dal suo cliente-paziente; *c)* un modello di *Partnerschaft*, fondato su un'autentica cooperazione in cui il medico è più di un consigliere per le scelte del paziente e ne diventa in certo senso corresponsabile¹.

Questi tre modelli, spesso in opposizione sotto il profilo teorico, nella pratica medica sono tutt'altro che alternativi uno al-

* *Presentato dall'Istituto di Psicologia.*

¹ Tra le opere più significative per l'attuale dibattito mi limito a segnalare le tre seguenti che possono essere assunte ad esemplificazione dei tre modelli indicati, con l'avvertenza tuttavia che nelle pagine seguenti non intendo specificamente riferirmi ad esse, né utilizzare i tre modelli nel senso delucidato in queste opere: E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *A Philosophical Basis of Medical Practice: toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford University Press 1981; R.M. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, New York, Basic Books 1981; T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press 1983.

l'altro, anzi, almeno per certi versi, si rivelano complementari². Mi spiego con qualche esempio banale.

Sarebbe assurdo se un medico di fronte ad un paziente colto da infarto si mettesse a discutere con lui della sua malattia, le cause che possono averla provocata, le terapie alle quali dovrà essere sottoposto, richiedendo dal paziente un libero e informato consenso prima di procedere agli opportuni interventi. In situazioni acute (quando ne va della vita) dal medico ci si attende non già che sia un buon partner di discussione, bensì che agisca tempestivamente, utilizzando tutti i mezzi di cui dispone, anche se il paziente in questo modo si viene a trovare rispetto a lui in un rapporto di subordinazione. D'altro canto però sarebbe del tutto auspicabile che fra quello stesso paziente ed il suo medico curante, nella fase del trattamento successivo all'infarto, subentrasse un rapporto di cooperazione e di collaborazione.

Allo stesso modo da un bravo chirurgo ci si attende in primo luogo che sappia felicemente portare a termine l'intervento che è stato deciso in comune accordo col paziente, ed è di secondaria importanza la natura del suo rapporto con il paziente. Meglio un chirurgo 'autoritario' nei rapporti con il paziente, ma dotato di grande abilità, che uno 'liberale' al quale però nel momento cruciale tremino le mani. D'altro canto però il paziente che è stato sottoposto ad intervento chirurgico troverà nel trattamento post-operatorio la migliore assistenza se il medico che lo segue è capace di comprendere tutte le sue personali esigenze.

Questi esempi mostrano la pluralità/complementarità dei modelli che caratterizzano la relazione medico-paziente e tendono pure, indirettamente, a far vedere come per il trattamento di lungo periodo il modello più adeguato sia quello fondato sulla cooperazione. Resta da vedere se un tale modello – come è stato sostenuto di recente –³ ci consenta anche di risolvere il problema, cui è specificamente dedicato questo contributo, del conflitto di volontà tra medico e paziente.

² Come ha magistralmente mostrato H.P. Wolff sulla base della sua lunga esperienza clinica. Cfr. H.P. Wolff, *Arzt und Patient*, in *Medizin und Ethik*, hrsg. v. H.-M. Sass, Stuttgart, P. Reclam 1989, pp. 184-211.

³ Cfr. F. Viola, *La volontà del malato e l'etica del medico: il problema del conflitto*, «Ragion pratica» 1994 / 2, pp. 215-226.

2. Cooperazione o autodeterminazione nei casi di conflitto?

La professione medica implica un mettersi al servizio di quelli che sono gli interessi reali del paziente, ma il paziente potrebbe interpretare i suoi interessi in modo difforme dal medico. Medici e infermieri sono continuamente di fronte al dilemma se rispettare la libertà dei pazienti o fare ciò che è nell'interesse dei pazienti stessi⁴. Il modello della cooperazione ci permette di risolvere il problema del conflitto di volontà? È ciò che intendo ora contestare.

Vorrei prendere le mosse dall'analisi di un caso alquanto banale, che tuttavia si presenta molto frequentemente: Giovanni ha un mal di denti che ormai lo tormenta da un paio di giorni e decide di andare dal dentista. Dopo aver accertato attraverso un esame radiologico la presenza di una forte infiammazione, il dentista ritiene necessaria l'estrazione del dente. Ovviamente informa Giovanni di ciò che sta per fare.

Consideriamo questo caso indipendentemente dagli aspetti 'tecnici' che esso implica: l'esame radiologico e l'intervento estrattivo. Applicando il modello della cooperazione Giovanni ed il dentista dovranno discutere insieme sulla necessità di quell'intervento e giungere ad una decisione che alla fine non sia più soltanto quella che il medico sulla base delle sue conoscenze ha anticipato al paziente, ma una decisione da quest'ultimo liberamente accettata. Alla fine è Giovanni che decide di farsi togliere il dente.

La cooperazione consiste nel fatto che il medico dovrà cercare di convincere il paziente, in un primo momento presumibilmente recalcitrante, della razionalità di quella scelta. Ora, è possibile che Giovanni si renda conto delle buone ragioni esposte dal dentista, e, sia pure a malincuore, decida di seguire il consiglio del medico. In questo caso il modello della cooperazione funziona, ma proprio in questo caso in realtà un conflitto vero e proprio non vi è stato. Il medico ha soltanto dovuto vincere la resistenza immediata del paziente. E la cooperazione (soprat-

⁴ Cfr. H.T. Engelhardt jun., *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford University Press 1986, p. 66 (trad. it., *Manuale di bioetica*, Milano, Il Saggiatore 1991, p. 70).

tutto da parte di quest'ultimo) è servita a questo: non a risolvere il conflitto, bensì ad evitarlo.

Ma supponiamo che Giovanni tenga tanto al suo dente da non volere – quali che ne siano le ragioni – acconsentire all'estrazione. Qui sì che ci troviamo di fronte ad un autentico conflitto di volontà: quella del paziente che non è disposto ad accettare il parere del medico. Mi sembra evidente che in questo caso il modello della cooperazione ci sia di scarso aiuto. Certo, il medico potrebbe pensare di continuare la discussione sino al punto di convincere il paziente a cambiare idea, ma quest'ultimo d'altro canto testardamente potrebbe perseverare nella sua idea. E se è così alla fine al medico non resta altro da fare che rispettare la scelta – giusta o sbagliata che sia – del paziente. La cooperazione nel caso specifico ci aiuta tanto poco a risolvere il problema del conflitto, quanto in generale la comunicazione discorsiva a dare un fondamento all'etica: come dalla correttezza di un'argomentazione di per sé non scaturisce alcuna norma vincolante, così dalla presumibile correttezza della diagnosi medica non scaturisce alcun obbligo da parte del paziente di accettarla.

In ultima istanza ciò che conta è che il paziente faccia propria la volontà del medico, riconoscendone la fondatezza. Ma egli è pure libero di decidere diversamente, nel qual caso il parere del medico non è per lui vincolante. Ciò che è decisivo nel conflitto dunque non è la cooperazione tra medico e paziente, ma l'autodeterminazione di quest'ultimo, che ovviamente nel momento in cui rifiuta di seguire il consiglio del medico si assume la responsabilità di questo suo gesto.

Già, ma perché consideriamo giusta questa soluzione? Perché riteniamo che le ragioni del medico debbano essere subordinate alla volontà del paziente, al limite anche nel caso in cui obbiettivamente abbia ragione il medico e la decisione del paziente si riveli irresponsabile? Diverse sono le risposte che si possono dare a queste domande. In quella che intendo qui avanzare si mescolano insieme alcuni aspetti dai quali dovrebbe risultare evidente che nei casi di conflitto il modello della cooperazione risulta inadeguato, e l'unica alternativa possibile resta quella tra il modello ippocratico (pro-medico) e quello contrattualistico (pro-paziente).

Bisogna anzitutto ammettere che il rapporto medico-paziente, anche nella migliore delle ipotesi, non può mai essere un rapporto completamente paritario, dal momento che i due soggetti si trovano su piani diversi. Se è pur vero che oggi – a differenza che in passato – il paziente non è più un oggetto affidato alle cure del medico, egli resta pur sempre un soggetto ‘debole’, indebolito dalla malattia, che cerca aiuto, di fronte ad un soggetto ‘forte’ della sua scienza, che è in grado di aiutarlo. Proprio questa strutturale debolezza del paziente rispetto al medico dovrebbe far sì che egli, nella relazione, sia il soggetto maggiormente tutelato e la priorità della sua volontà, il fatto che sia lui in ultima istanza a decidere di sé, gli garantisce meglio di ogni altra cosa una tale tutela.

Certo, il medico deve contribuire a formare la volontà del paziente e nei casi di reale conflitto tentare – sulla base delle sue conoscenze e nell’interesse del paziente – possibilmente di mutarla. Non vi è dubbio che il problema di un’adeguata informazione del paziente sia di notevole rilevanza, ma ciò in vista della libera scelta di quest’ultimo.

Altrimenti ricadrebbe in una visione del rapporto medico-paziente che subordina la scelta del paziente alle decisioni paternalistiche del medico. Delle due l’una: o il problema del conflitto di volontà è risolto facendo ricorso alla priorità della volontà del paziente e subordinando ad essa quella del medico o, viceversa, riconoscendo la priorità dell’intervento medico e subordinando ad esso la volontà del paziente. *Tertium non datur*: vale a dire in caso di conflitto il modello cooperativo non funziona. Resta da vedere perché rispetto all’alternativa suddetta siamo oggi unanimemente propensi ad accettare la soluzione che subordina l’intervento del medico alla sua previa accettazione da parte del paziente. La risposta è ovvia: l’altra soluzione implica l’accettazione di una visione paternalistica che è in stridente contrasto con la nostra cultura giuridica ed etica sempre più orientata al riconoscimento dei diritti della persona: primo fra tutti il diritto al rispetto delle proprie libere scelte (anche quelle sbagliate).

Ma si potrebbe avanzare anche un’altra argomentazione meno ovvia e forse più intrigante. Il conflitto tra medico e paziente potrebbe essere interpretato come espressione del contrasto tra due diversi sistemi normativi: quello del medico, che nell’esercizio della sua attività deve seguire determinate regole

proprie della sua professione, e quello del paziente, che è anzitutto una persona da rispettare, di solito (anche se non sempre)⁵ in grado di formarsi ed esprimere una propria volontà. Da una parte avremo dunque a che fare con norme etiche particolari, quelle proprie della deontologia medica, dall'altra con norme etiche generali, come sono quelle del rispetto della persona e della sua autonomia.

Sulla base di questa distinzione mi sembra plausibile concludere che l'etica del medico, in quanto etica speciale, debba essere subordinata a quella del paziente, in quanto etica generale. Alcune norme, oggi generalmente accolte, le quali stabiliscono che il malato non può esser obbligato ad un determinato trattamento o che egli può lecitamente chiedere la sospensione delle cure, confermano questa subordinazione dell'etica professionale del medico all'etica generale del paziente. A meno che una malattia non costituisca un serio pericolo per la società, essa resta un fatto meramente privato: la malattia è mia e me la gestisco io. Certo, anche il medico, oltre a dover seguire le regole interne alla sua professione, ha pure diritto ad uno spazio per la sua coscienza etica; ma ciò non comporta particolari difficoltà, dal momento che le sue intime convinzioni sono ampiamente tutelate attraverso l'obiezione di coscienza.

Il riconoscimento della volontà del paziente nel rispetto delle convinzioni personali del medico sembra il criterio valido per disinnescare qualsiasi conflitto di volontà tra medico e paziente. Di regola questa impostazione risulta ampiamente condivisibile,

⁵ Non prendo qui in considerazione i casi in cui il paziente o non ha ancora (neonati, bambini in tenera età) o non ha più (comatosi) la capacità di manifestare la propria volontà, e non perché non facciano problema, ma perché non riguardano direttamente il nostro problema: è evidente che non può darsi alcun conflitto di volontà quando essa è assente nel paziente. Per quel che riguarda i comatosi potremmo far riferimento alla volontà espressa in precedenza attraverso il cosiddetto testamento biologico, nel qual caso tuttavia varrebbero le considerazioni svolte per il paziente cosciente, dal momento che tale testamento consente di rispettare la volontà del malato, anche quando questi non è più nella condizione di esprimerla. Le cose sono più complicate per neonati o bambini, ancora incapaci di intendere e di volere: di regola sono i genitori a dover decidere per i loro figli nell'interesse esclusivo di questi ultimi, ma il medico non è tenuto a rispettare il diritto dei genitori sui figli quando si accorge che essi pensano ai loro propri interessi e non a quelli dei loro figli.

ma si rivela insoddisfacente quando venga applicata ad un caso estremo: la richiesta di morte. In questo caso eccezionale la volontà del paziente non può avere la priorità sull'etica professionale del medico e cercherò ora di mostrare per quali ragioni.

3. Medico e paziente di fronte al caso estremo: l'eutanasia

Anche qui ci troviamo di fronte ad un acuto caso di conflitto e di nuovo dobbiamo anzitutto riconoscere che il modello della cooperazione non ci è di grande aiuto per risolverlo.

Da una parte abbiamo la volontà⁶ del paziente che, cosciente dell'incurabilità del suo male e del destino di morte dolorosa cui va incontro, decide di anticipare la propria fine e chiede al medico di porre termine alle sue sofferenze. Dall'altra il medico che per rispettare la volontà di quel paziente dovrebbe forse mettere in discussione le sue proprie convinzioni e comunque l'etica della sua professione, per la quale, secondo la visione tradizionale, non dovrebbe mai essere operatore di morte. Per questa ragione è del tutto comprensibile che egli cerchi in tutti i modi di convincere il paziente, preso dallo sconforto, a continuare a vivere. Ma se si trova di fronte ad una volontà risoluta, che egli come uomo può addirittura comprendere e giustificare?

Si sarebbe tentati di rispondere seguendo la regola generale già illustrata, vale a dire subordinando i doveri professionali del medico all'etica del paziente. Questa, certo, è la risposta semplice ad un quesito complesso, ma risposte semplici a quesiti complessi spesso sono anche risposte sbagliate. Per mostrare come ciò valga anche nel nostro caso intendo ridiscutere il problema dell'eutanasia, proponendo un approccio un po' diverso da quello solito, vale a dire considerandolo come espressione di

⁶ Nelle pagine seguenti mi occupo soltanto della cosiddetta 'eutanasia volontaria', quella cioè eseguita su richiesta della persona interessata, perché solo in questo caso ci troviamo di fronte a un conflitto di volontà. Con ciò non intendo affatto escludere che il problema dell'eutanasia si ponga pure per soggetti che non sono più o o non sono ancora in grado di esprimere la loro volontà. Il paziente in coma irreversibile o in stato vegetativo persistente, il neonato anencefalico o gravemente malformato sono tutti casi che richiedono una specifica considerazione.

un conflitto insanabile tra due punti di vista: quello del soggetto interessato, oggetto dell'eventuale intervento eutanasi, e quello del soggetto (il medico) chiamato a porre in atto tale intervento.

La prima cosa che dobbiamo domandarci quando un malato incurabile chiede di morire è perché lo chieda. Dovremo cioè capire cosa spinga un uomo a preferire il niente rispetto a qualcosa che comunque esiste. Non si può negare che egli spesso invochi la morte non tanto perché vuole morire, quanto perché in essa vede la liberazione da una condizione che diventa per lui ogni giorno più insopportabile. Non si tratta solo del dolore fisico, ma di quella sofferenza che nasce dal sentirsi di peso per gli altri e dall'accorgersi che gli altri, forse, nel momento dell'estremo bisogno ci hanno abbandonato. Vista sotto questo profilo l'eutanasia nasce da una mancanza di solidarietà: è il prodotto di una società egoistica intossicata dall'edonismo.

Non intendo affatto sottovalutare questo profilo, ma sarebbe fuorviante ridurre ad esso l'intera questione dell'eutanasia. Dobbiamo pure ammettere che anche il malato non abbandonato dai suoi cari e trattato con tutto l'amore di cui necessita possa decidere in piena lucidità di porre fine al prolungamento di una vita che di per sé continuerebbe ancora, ma che per lui è sempre più priva di senso. Non si può escludere a priori anche questa eventualità. Il problema, eminentemente etico, dell'eutanasia comincia proprio qui. Possiamo negare al malato il diritto di morire in pace?

D'accordo con Hans Jonas⁷ rispondo negativamente a questa domanda. Anche se confesso di condividere molte delle argomentazioni che recentemente Leon R. Kass ha avanzato contro l'utilizzazione sempre più frequente dell'espressione «diritto di morire»⁸, non concordo tuttavia con la conclusione estrema a cui egli giunge, vale a dire la totale infondabilità di un «diritto di morire», poiché essa si basa su un'accezione ristretta del voca-

⁷ *The Right to Die* (1978), trad. tedesca in H. Jonas, *Technik, Medizin und Ethik. Praxis des Prinzips Verantwortung*, Frankfurt a. M., Suhrkamp 1987, pp. 242-268 (trad. it. H. Jonas, *Il diritto di morire*, Genova, il Melangolo 1991). Ma si veda ora H. Jonas, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, a cura di P. Becchi, Torino, Einaudi 1997, pp. 185-205.

⁸ Cfr. L.R. Kass, *Is There a Right to Die?*, «Hastings Center Report» 23, 1, 1993, pp. 34-43.

bolo «diritto». Non ho difficoltà ad ammettere che quando si parla di «diritto di morire» si parla di un diritto estremamente singolare. Non c'è diritto senza obbligo corrispondente e, poiché sotto il profilo giuridico non posso obbligare nessuno ad uccidere un'altra persona (anche se dietro sua esplicita richiesta), non c'è neppure un vero e proprio diritto di morire. Ma se interpretassimo questo diritto non in senso giuridico, ma in senso morale? Non come «legal right» ma come «moral right»?

Non nascondo che l'espressione «diritto morale» possa lasciare piuttosto perplessi, ma consideriamola in relazione all'espressione ad essa corrispondente di «obbligo morale». Per avere un diritto morale dovrei soltanto dimostrare che un altro ha un'obbligazione morale nei miei confronti. Ora io ritengo che molto spesso alcuni soggetti (i più prossimi a chi chiede di essere aiutato a morire) vengano a trovarsi nella situazione esistenziale di considerare come un loro dovere quello di aiutare a morire una persona cara che ne fa loro richiesta⁹. Ma è evidente che da questo obbligo morale non scaturisce alcun obbligo giuridico, come del resto da quel diritto morale non nasce alcun diritto giuridico. Potremmo dunque considerare il «diritto di morire» un diritto debole, uno *ius imperfectum*, ma pur sempre un diritto.

A ben vedere un «diritto di morire», nel senso ora precisato, può essere negato solo sulla base di una concezione etica di ispirazione religiosa. Se la vita umana è dono di Dio, essa è sacra e inviolabile, e ciò implica che l'uomo non abbia diritto di disporre della sua vita. Non c'è un'argomentazione diversa da quella che consenta di giustificare con altrettanta forza l'illiceità dell'intervento eutanasi.

Il punto però è che un ragionamento di questo tipo in generale non risulta più accettabile per la nostra coscienza di uomini moderni, o addirittura postmoderni. Ed anche ammesso che per alcuni continui ad esserlo, non è comunque filosoficamente rile-

⁹ È un aspetto che qui non posso adeguatamente sviluppare. Mi sia consentito rinviare a P. Becchi, *Ethische Grundfragen der Sterbehilfe*, in *Vestigia Iuris. Festschrift für Günther Jahr*, hrsg. von M. Martinek, J. Schmidt, E. Wadle, Tübingen, J.C.B. Mohr (P. Siebeck) 1993, pp. 25-46. Cfr. anche P. Becchi, *La volontà del malato e la deontologia del medico: due punti di vista in conflitto sull'eutanasia*, «Bioetica» 1, 1995, pp. 85-92.

vante, poiché si basa su un principio sostenibile esclusivamente all'interno di una visione religiosa della vita. Se si accetta il principio per cui l'etica non deve essere fondata su basi fideistiche (e se non lo si accetta, si dovrebbe avere l'onestà di dichiarare senza camuffamenti le proprie premesse), bensì su basi razionali, l'etica della sacralità della vita rivela immediatamente la sua debolezza, ed al suo posto subentra una visione laica dell'etica che riconosce all'uomo il diritto di disporre della propria vita. Se la vita appartiene a noi stessi e non a Dio, allora saremo anche noi a decidere sulla sua fine.

Quando si riduce la questione ai suoi minimi termini, vengono a cadere molte sottili distinzioni: dal punto di vista del malato che vuole la morte, senza però essere in grado di darsela da solo, non vi è alcuna differenza tra l'ammazzarsi facendosi aiutare da un altro ed il farsi direttamente ammazzare: mettere il malato terminale in possesso di un farmaco mortale non è molto diverso dal somministrarglielo direttamente su sua richiesta. Allo stesso modo per lui non vi è alcuna differenza moralmente rilevante tra l'essere lasciato (passivamente) morire e l'essere (attivamente) ucciso. Anzi il primo caso, implicando un prolungamento della sua agonia, è sicuramente la scelta meno auspicabile.

Se la vita gli appartiene, egli può comunque decidere di interromperla, non importa come. La sua scelta a favore della morte ci appare come una forma del diritto che l'individuo ha di autodeterminarsi e di decidere di sé anche nelle circostanze estreme. Ed è solo sulla base del riconoscimento di un tale diritto che si può costruire un'etica sottratta all'influenza della teologia.

Una volta dunque accertata in un individuo la presenza di una malattia incurabile e riconosciuto che lo stadio raggiunto da essa è tale per cui il continuare a vivere sarebbe soltanto fonte di continui tormenti, non esiste un valido argomento razionale per considerare riprovevole sotto il profilo morale (e tanto meno perseguibile sotto quello penale) la scelta eutanasi di quell'individuo. Ciò che qui è in gioco è la sua vita, ed è quindi a lui che spetta pure di decidere il momento della sua fine.

Si badi, l'eutanasia per chi ne fa richiesta non è soltanto una risposta ad una condizione di sofferenza che diventa sempre più intollerabile, ma anche un fatto di dignità. Contro il dolore si

può fare già molto, ma un individuo può desiderare di restare se stesso anche negli ultimi mesi della sua vita e non voler offrire il triste spettacolo di una vita che se ne va sprofondando lentamente nell'incoscienza e nell'inebetimento. Da questo punto di vista, la scelta a favore di una morte dignitosa e dolce, per quanto sempre terribile, sembra difficilmente contestabile sotto il profilo etico.

A ben vedere infatti è solo sulla base di una sorpassata argomentazione religiosa che si può mettere radicalmente in discussione il diritto di un malato terminale che desideri morire ad essere lasciato morire, o addirittura a venire ucciso. L'unico aspetto, su cui forse è ovvio si insista, è se la richiesta volontaria di morire esprima veramente un durevole desiderio di morte (sia cioè una richiesta ben ponderata) o non scaturisca piuttosto da un momento di sconforto dettato dalla gravità della malattia.

Impostato in questi termini il problema dell'eutanasia volontaria sembra di sin troppo semplice soluzione. In realtà però il vero nodo dell'eutanasia resta ancora tutto da sciogliere. Sinora infatti abbiamo considerato l'eutanasia soltanto dal punto di vista di chi ne fa richiesta (per concludere che si tratta di una richiesta moralmente giustificabile); ma non abbiamo ancora considerato il punto di vista di chi è chiamato a soddisfare una tale richiesta. Non possiamo non tenerne conto, dal momento che l'intervento eutanasiaco, pur voluto da chi espressamente lo richiede, deve essere attuato da un'altra persona. Senza di essa non ci sarebbe eutanasia (ma suicidio) e dunque è inammissibile trascurare nella valutazione etica una parte così attivamente coinvolta. A chi tocca eseguire l'intervento eutanasiaco? È questo il problema che va tuttora affrontato, ma che forse è destinato a restare irrisolto.

È sorprendente come tra i fautori dell'eutanasia proprio questa domanda decisiva sembri essere la più banale di tutte. Ad essa si risponde, più o meno all'unisono, che è ovviamente il medico a dover compiere questo ultimo ed estremo atto nei confronti del suo paziente. Non credo che la questione possa essere risolta così facilmente, e vorrei ora avanzare al riguardo alcune obiezioni.

Ritengo anzitutto che sia nell'interesse stesso del paziente evitare che il medico oltre ad occuparsi della salute della sua vita, sia anche autorizzato a togliergliela, quando non è più in

grado di curare. A prima vista può sembrare paradossale sostenere che negando al medico la possibilità di eseguire l'intervento eutanasico si intenda operare nell'interesse del paziente, dal momento che è proprio lui che ne fa richiesta. Il punto però è che conferendo al medico anche questo compito estremo di fatto gli si lascia una libertà d'azione sempre più ampia e non facilmente controllabile. Insomma, aumenta in misura considerevole il suo potere discrezionale e si corre il rischio che per rispettare la scelta di alcuni pazienti si metta a repentaglio l'autonomia di molti altri di fronte alla morte.

L'esperimento olandese, meglio di ogni altro, mostra che i medici una volta abituati a considerare come una routine l'intervento eutanasico, tendono a praticare una 'eutanasia' anche senza aver ricevuto una richiesta esplicita e ripetuta¹⁰. Queste osservazioni, indubbiamente, spostano l'attenzione dal piano eminentemente etico, al piano sociologico (dell'impatto sociale di alcune leggi) e nulla vieta di immaginare che si possa pure porre rimedio alle storture che, tra l'altro, di recente hanno indotto gli stessi olandesi ad un radicale ripensamento. Resta comunque il fatto che proprio in un paese con radicate tradizioni di rispetto dell'autonomia della persona l'introduzione di una specifica legge sull'eutanasia abbia avuto come effetto perverso quello di dar luogo ad un eccessivo e distorto potere decisionale dei medici. Già sotto questo profilo mi sembra pericoloso il fatto che la morte venga sistematicamente gestita dalla classe medica.

Per quanto rilevante questo profilo sia, si potrebbe giustamente replicare che esso non è ancora decisivo per rispondere al quesito sollevato dall'eutanasia. Come da parte del pa-

¹⁰ Si vedano i dati (un riassunto è pubblicato su «The Lancet» 338, 1991, pp. 669-674, con il titolo, *Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life*), che emergono dal rapporto richiesto dalla Commissione Remmelink: in un numero di casi che il rapporto stima intorno ai mille l'anno il medico esegue l'intervento eutanasico senza aver ricevuto una richiesta esplicita e ripetuta. Con una irrilevante diminuzione percentuale il dato è stato confermato da una nuova inchiesta del 1995, i cui risultati sono ora pubblicati sul «New England Journal of Medicine» 335, 1996, pp. 1699-1705, con il titolo *Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995*.

ziente non possiamo ridurre la sua richiesta di morte alle pressioni fatte in tal senso su di lui dalla società, allo stesso modo da parte del medico non possiamo valutare il suo intervento eutanasi solo sulla base dei rischi che ciò avrebbe per il suo ruolo nella società.

Perché il medico non dovrebbe comunque diventare il destinatario della richiesta eutanasi? Questa è l'altra faccia del problema eminentemente etico dell'eutanasi che intendo ora discutere.

Anzitutto l'azione che in tal caso gli viene richiesta implica una scelta esistenziale, che può essere in contrasto con le sue convinzioni etiche. Il diritto di morire del paziente ateo può entrare, ad esempio, in collisione con le convinzioni religiose del medico curante. Questa difficoltà sembra facilmente aggirabile. Come già nel caso dell'aborto si concederà a quel medico di seguire la sua coscienza, ed un altro medico, con altre convinzioni, potrà intervenire a compiere l'atto estremo. E tuttavia questa soluzione, ad un'analisi più profonda, si rivela tutt'altro che soddisfacente, dal momento che l'analogia con l'aborto risulta piuttosto problematica.

Nel caso dell'eutanasi si tratta pur sempre di uccidere una persona che ne fa richiesta, mentre nel caso dell'aborto si può comunque discutere sullo status di quella vita intrauterina. Certo, il medico presta già un servizio di morte anche quando interrompe la gravidanza, ma c'è morte e morte e quella di un embrione o di un feto nelle prime settimane di vita presenta problemi etici diversi da quella di un adulto malato. Insomma, nessuno credo voglia negare che il malato incurabile sia una persona, mentre spesso viene messo in discussione che anche l'embrione lo sia fin dal momento del concepimento. Anche se personalmente sono propenso a ritenere che questa ultima argomentazione sia più un'abile escamotage che una tesi convincente non si può negare che nell'eutanasi il medico si trova comunque di fronte al fatto nudo e crudo di togliere la vita ad un paziente incurabile che gli chiede di farlo. I problemi che quest'azione solleva vanno ben al di là delle convinzioni personali del singolo medico.

Ciò che entra in gioco sono i compiti che tradizionalmente vengono attribuiti alla professione medica. Si potrebbe obiettare

che non bisogna interpretare tali compiti troppo rigidamente, che essi possono pure mutare e che anzi essi sono già largamente mutati. Da tempo, in effetti, i confini della medicina si sono allargati sino ad includere funzioni (dalla fecondazione artificiale alla chirurgia estetica), che vanno ben oltre gli antichi compiti del guarire e dell'alleviare il dolore. Non voglio qui discutere questo ampliamento di funzioni che il medico comunque si trova ad esercitare nella nostra società. Mi chiedo però se tra queste si possa anche includere quella di aiutare i pazienti a morire. In questo caso non si tratta di un mero ampliamento delle sue funzioni, ma di una radicale messa in discussione della dimensione etica che la sua professione sino ad oggi ha sempre avuto. Il medico diventerebbe semplicemente un tecnico posto al servizio di preferenze individuali: tu (medico) fai quello che io (paziente) ti chiedo ed io in cambio ti pago quello che vuoi.

Questo approccio è sicuramente in sintonia con la nostra cultura dei diritti e con l'epoca della tecnica in cui viviamo: non intendo contestare che esso possa pure essere ritenuto accettabile quando venga applicato a prestazioni che 'servono alla vita', ma possiamo accettarlo anche quando venga applicato a prestazioni che 'servono alla morte'? Per soddisfare le scelte etiche dei suoi pazienti il medico dovrebbe così rinunciare alla componente etica specifica della sua professione. Diventando operatore di morte egli negherebbe il fine intrinseco alla sua professione: nell'esercizio della sua professione verrebbe meno al principio etico fondamentale di essa.

Pur nella notevole dilatazione delle funzioni che il medico ha assunto nel nostro tempo c'è, insomma, un contenuto minimo, un resto insopprimibile di invarianza che costituisce la più intima essenza della sua professione. Il suo scopo ultimo resta pur sempre quello di servire alla vita dei malati e pertanto ben difficilmente egli potrà includere tra le sue funzioni anche un'attività esattamente contraria a quella che resta la sua funzione fondamentale. Ebbene sì, l'idea è che ci sia qualcosa di connaturato all'attività del medico che ci impedisce di considerare che egli possa trasformarsi nel 'boia' del suo paziente.

Proprio a tale proposito è stata avanzata un'obiezione che, a conclusione di queste riflessioni, vorrei brevemente esaminare.

James Rachels, nel suo ben noto libro sull'eutanasia¹¹, avanza il seguente esempio: supponiamo che si sostenga che mentre talvolta può essere giusto distruggere un'automobile, non può mai esserlo per un meccanico. Se compito del meccanico è riparare le auto e rimetterle in servizio, egli distruggendo un'auto andrebbe contro la natura della sua professione. Si tratta ovviamente di un argomento stupido, ma la critica che è stata mossa contro di esso mi sembra (mi si consenta di dirlo) ancora più stupida: dal momento che considereremmo molto strano ritenere incompatibile con la professione del meccanico demolire macchine, allo stesso modo nulla dovrebbe impedirci di considerare incompatibile con la professione del medico uccidere pazienti. A me pare che l'esempio addotto mostri esattamente il contrario. Per rendersene subito conto è sufficiente la seguente banale considerazione: se io volessi riparare la mia auto sarei un perfetto imbecille se decidessi di rivolgermi ad un demolitore, ed allo stesso modo se la volessi demolire, sarebbe ben poco sensato che mi rivolgessi a qualcuno che farà di tutto per rimetterla in servizio. Insomma, come è giusto che il meccanico cerchi in ogni modo di rimettere in sesto la macchina, così è altrettanto giusto che il medico cerchi di rimettere in sesto il corpo umano.

Già, ma se questo non fosse più possibile? Per le macchine possiamo rivolgerci ad un demolitore, ma per gli uomini a chi possiamo rivolgerci?

Qualcosa di analogo al 'demolitore' è ben difficile da trovare e ciò non deve sorprendere, dal momento che una macchina è pur sempre una macchina ed un essere umano è pur sempre un essere umano. Ma se è proprio questo uomo che soffre molto e che consapevole dell'incurabilità del suo male chiede in fin dei conti soltanto di anticipare la fine dei suoi giorni? Perché non abbreviargli il calvario? L'eutanasia ci pone di fronte a questa aporia: da un lato il diritto di morire del malato senza speranza di guarigione, dall'altro il dovere del medico di non trasformarsi nel suo carnefice. Se si insiste sul primo lato si pone il medico in una situazione di conflitto rispetto ai fini tradizionali ed irrinunciabili della sua professione, se si insiste sul secondo viene

¹¹ J. Rachels, *The End of Life. Euthanasia and Morality* (1986), trad. it., *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia*, Torino, Sonda 1989, pp. 128-129.

disatteso un diritto che, come si è visto, non può non essere riconosciuto al malato incurabile. È dunque impossibile soddisfare questa sua legittima richiesta senza d'altro canto mettere in discussione l'integrità della professione medica?

Io credo che sia possibile uscire da questo vicolo cieco soltanto se si comincia a considerare l'eutanasia come un atto lecito, ma non di pertinenza del medico. Ma questo è un problema diverso da quello affrontato in questo contributo.

Qui si è cercato soltanto di mostrare che vi sono buone ragioni per sostenere nei casi di conflitto la subordinazione della deontologia professionale del medico alla volontà del paziente, con una eccezione di rilievo tuttavia, l'eutanasia, dal momento che in questo caso estremo una tale subordinazione comporterebbe la negazione del senso più profondo della sua professione.