

COMMISSIONE BIOETICA  
DELLE CHIESE BATTISTE, METODISTE E VALDESI IN ITALIA

**“É la fine, per me l’inizio della vita”**

**Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante**

# **Indice**

1. Introduzione
2. Definizioni
3. La medicina palliativa
4. La sedazione palliativa
5. Il quadro normativo
6. Il problema da un punto di vista etico e teologico
7. Il problema da un punto di vista sociale e legislativo
8. Conclusioni

## “È LA FINE, PER ME L’INIZIO DELLA VITA”<sup>1</sup>

### EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO: UNA PROSPETTIVA PROTESTANTE

#### 1. Introduzione<sup>2</sup>

“Il dibattito sull’eutanasia e il suicidio assistito si è notevolmente ampliato negli ultimi anni interessando sempre più da vicino tanto il grande pubblico quanto le categorie coinvolte nella cura dei malati inguaribili”. Iniziava in questo modo il documento del 1998 su eutanasia e suicidio assistito dell’allora “Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza alla fede” nominato dalla Tavola Valdese<sup>3</sup>. Pubblicato in un momento in cui, in Italia, di simili questioni si discuteva poco o nulla, si tratta di un lavoro per certi aspetti pionieristico che ha avuto il merito di introdurre nel dibattito pubblico italiano alcuni temi che negli anni seguenti si sono imposti in maniera evidente: dal significato di una medicina che è sempre più in grado di allungare la vita dei pazienti senza tuttavia in molti casi migliorarne la qualità, al mutamento del senso e del ruolo sociale della professione medica, al rispetto dell’autonomia decisionale del paziente nell’ambito delle decisioni di fine vita.

Come Commissione bioetica delle Chiese Battiste, Metodiste e Valdesi in Italia a distanza di quasi vent’anni abbiamo ritenuto necessario ritornare sull’argomento. E questo non solo perché in Italia la sua attualità non è diminuita, ma semmai è cresciuta, sia a livello di opinione pubblica sia a livello politico (basti pensare che per la prima volta nella sua storia il Parlamento italiano ha iniziato un dibattito su questi temi nel marzo del 2016), ma anche perché nel corso degli anni lo *status quaestionis* ha registrato alcuni mutamenti significativi.

In primo luogo riguardo alla *tipologia dei soggetti coinvolti*: nel 1998 di eutanasia e di suicidio assistito si parlava prevalentemente in relazione ai pazienti oncologici o, più in generale, alla situazione dei malati terminali. Nel corso degli anni, la discussione si è prepotentemente allargata ai problemi legati ad altre patologie (dalle patologie neurologiche degenerative ai traumi permanenti del sistema nervoso, dalle malattie psichiche agli stati vegetativi persistenti). Oltre ad aver coinvolto sempre più ampie categorie di malati, la discussione si è estesa al problema della liceità dell’eutanasia sui minori, e a quello delle persone che, pur non essendo affette da alcuna patologia, desiderano porre anticipatamente termine alla loro vita. Il dibattito sul fine vita oggi non può più dunque essere pacificamente ricondotto all’ambito dei cosiddetti malati terminali, e forse neppure alla questione del significato della professione medica e della cura, ma ha assunto un profilo tale da mettere in questione le categorie antropologiche fondamentali su cui si reggono le società occidentali.

In secondo luogo riguardo allo *sviluppo delle tecniche mediche e farmacologiche*. L’estensione e il miglioramento delle cure palliative ha profondamente cambiato il modo in cui, oggi, è possibile porre la questione del fine vita nelle società occidentali: secondo alcuni tale sviluppo avrebbe portato a una diminuzione

---

<sup>1</sup> Il titolo riprende le ultime parole attribuite a Dietrich Bonhoeffer prima di venire giustiziato nel campo di concentramento di Flossenbürg, il 9 aprile 1945. Cfr. E. Bethge, *Dietrich Bonhoeffer. Una biografia*, Brescia, Queriniana, 2004, p. 999.

<sup>2</sup> Il presente documento è l’esito di una discussione durata più di due anni, a cui hanno partecipato tutti i membri della Commissione, ed è stato approvato a maggioranza con tre voti contrari nell’aprile 2017. Alla sua elaborazione scritta hanno contribuito Anita Ammenti, Ilenia Goss, Anna Rollier, Silvia Rostain e Luca Savarino.

<sup>3</sup> Cfr. Gruppo di lavoro sui problemi etici posti dalla scienza, *L’eutanasia e il suicidio assistito*, 1998, ora disponibile su <http://www.chiesavaldese.org/documents/eutanasia.pdf>

dell'urgenza della questione eutanasi; secondo altri l'aiuto al morire è invece fondamentalmente una questione di libertà, che possiede uno statuto etico indipendente dallo sviluppo della tecnologia.

In terzo luogo riguardo ai *dati a nostra disposizione*: è ora possibile discutere di simili questioni a partire da un bilancio, più o meno aggiornato e soddisfacente, sulle statistiche dei paesi che, negli ultimi vent'anni, hanno legalizzato l'eutanasia e il suicidio assistito.

In quarto luogo riguardo all'*atteggiamento delle Chiese* su questi temi: a differenza di quanto auspicavano gli estensori del documento del 1998<sup>4</sup>, oggi come allora in ambito cristiano e protestante è prevalso un giudizio negativo nei confronti dell'eutanasia e del suicidio assistito<sup>5</sup>.

## 2. Definizioni

Le discussioni sul fine vita hanno spesso il difetto di non distinguere con sufficiente chiarezza le differenti situazioni di cui trattano. Per chiarire il senso dei termini utilizzati, sia dal punto di vista scientifico, sia dal punto di vista filosofico, è bene distinguere in via preliminare tra sospensione, o non attivazione, dei trattamenti da un lato, ed eutanasia e suicidio assistito dall'altro.

La definizione più diffusa e comprensiva di eutanasia è: l'uccisione intenzionale di un individuo da parte di un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, in seguito alla richiesta volontaria e competente di tale individuo<sup>6</sup>. Si definisce suicidio assistito l'atto per mezzo del quale un individuo si procura una morte rapida e indolore mediante l'*assistenza* di un medico che prescrive i farmaci necessari al suicidio e lo consiglia riguardo alle modalità di assunzione.

Eutanasia e suicidio assistito si distinguono dall'astensione terapeutica e dalla sospensione delle cure, intese rispettivamente come la decisione del medico, su indicazione esplicita e volontaria del malato, di astenersi o di interrompere un trattamento, anche nel caso che da tale astensione o interruzione consegua la morte del malato stesso.

Quando parliamo di eutanasia e di suicidio assistito parliamo dunque di un *atto medico volontario* tramite cui viene abbreviato il corso della vita di un individuo che, nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali o tramite direttive anticipate, abbia espresso tale volontà. Sulla scorta delle indicazioni delle principali società scientifiche internazionali, non faremo dunque uso della categoria, concettualmente ambigua, di eutanasia passiva.

---

<sup>4</sup> Cfr. *ivi*: "Certamente l'esperienza degli altri paesi e in particolare dell'Olanda, che ha depenalizzato l'eutanasia, deve essere studiata e trasferita in altre realtà sociali con estrema cautela. Riteniamo tuttavia che anche per l'Italia sia giunto il momento di affrontare la questione e di iniziare un cammino anche legislativo che stimoli la discussione tanto nell'opinione pubblica quanto nell'ambito dei medici, delle professioni sanitarie e delle chiese".

<sup>5</sup> Cfr. Consiglio della Comunione di Chiese Protestanti in Europa, *Un tempo per vivere, un tempo per morire*, a cura di L. Savarino, Torino, Claudiana, 2012.

<sup>6</sup> Definizione dell'Associazione europea per le cure palliative, 2004.

### 3. La medicina palliativa

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) la medicina palliativa è un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo delle sofferenze per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e degli altri problemi di natura fisica, psichica, sociale e spirituale.

Nella fase terminale di queste malattie i medici, supportati dal *team* assistenziale, sono chiamati a coinvolgere il malato e i suoi famigliari nella definizione condivisa e chiara di cosa significhino, nella situazione specifica, appropriatezza clinica ed etica di trattamento; e ciò a partire dalla consapevolezza che il processo di cura non può e non deve mai essere volto soltanto alla terapia della malattia o del sintomo, bensì alla presa in carico globale della persona sofferente. La cura della patologia infatti è utile finché procura alla persona un giovamento, quando invece la terapia, soprattutto se invasiva e intensiva, non assolve più questa funzione, il processo di cura (che deve continuare) deve essere indirizzato verso l'attivazione o il potenziamento delle cure palliative simultanee.

L'OMS ha stimato che ogni anno in Europa muoiono circa 560 persone adulte con bisogni di cure palliative ogni 100.000 residenti (40% con malattia oncologica e 60% con patologie diverse dal cancro) e che il 30-45% di questi malati richiedono interventi di cure palliative specialistiche mentre il resto dei malati dovrebbe trovare risposte adeguate ai propri bisogni con un approccio palliativo garantito da tutti i medici, prevalentemente nell'ambito delle cure primarie.

I possibili scenari di cura della medicina palliativa sono due.

- un approccio *alternativo* che prevede l'attivazione delle cure palliative di fine vita (*end-of-life palliative care*) al termine dei trattamenti terapeutici, cioè quando la malattia non risponde più alle cure specifiche, in cui è fondamentale il controllo del dolore e degli altri sintomi e più in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali del malato;

- un approccio di cure palliative *simultanee* (*simultaneous palliative care*) - messo a punto più recentemente - al quale si ricorre quando la patologia è inguaribile e in fase avanzata, ma non ancora terminale, e che prevede l'erogazione di cure palliative contemporanee alle cure specialistiche praticate contro la malattia.

### 4. La sedazione palliativa

Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB) nel parere del 29 gennaio 2016 "Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte" definisce tale procedura come "la somministrazione intenzionale di farmaci alla dose necessaria richiesta per ridurre fino ad annullare la coscienza del paziente, allo scopo di alleviare il dolore e il sintomo refrattario fisico e/o psichico intollerabile per il paziente in condizione di imminenza della morte".

La pratica della medicina palliativa, in atto da ormai parecchi anni in diversi stati europei, ha portato alla possibilità di adottare un protocollo di sedazione profonda e continua in presenza di alcune situazioni cardine, i.e. il consenso informato del paziente, una malattia inguaribile in uno stadio avanzato, la morte imminente attesa entro poche ore o pochi giorni, la presenza di uno o più sintomi refrattari o di eventi acuti terminali con sofferenza intollerabile per il paziente. Queste circostanze devono essere presenti contemporaneamente per legittimare eticamente il trattamento.

Il documento del CNB conferma l'eticità di questa procedura, correttamente definita come "trattamento sanitario" ed esclude la possibilità che essa venga considerata come una forma di eutanasia. I dati della letteratura medica mostrano infatti che la durata media della sopravvivenza dei pazienti sedati in fase terminale non differisce da quella dei pazienti non sedati.

Al pari dell'OMS, il CNB considera la sedazione palliativa come diritto fondamentale per adulti e minori morenti poiché essa valorizza le volontà attuali del malato, anche minore, e le volontà anticipate mediante le direttive anticipate di trattamento e ammette la liceità etica della sospensione di trattamenti di sostegno vitale (idratazione e nutrizione) basate su specifiche decisioni di non appropriatezza clinica.

## **5. Il quadro normativo**

Esistono paesi, come l'Italia e la Francia, che ammettono la sedazione palliativa e vietano eutanasia e suicidio assistito.

In Italia le cure palliative sono attualmente normate dalla legge 38 del 2010 che, nell'articolo 1, afferma "il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore" e individua due reti separate di assistenza (per il dolore e per le cure palliative) per gli adulti e un'unica rete che unifica entrambe le specialità per i pazienti pediatrici. Un Rapporto al Parlamento nel 2015, sullo stato di attuazione di quanto previsto dalla legge 38/2010, ha tuttavia dimostrato che, per ora, il divario tra i dettami della legge e quanto di essi viene praticato è notevole e che sarebbe necessario e urgente che il diritto fondamentale del cittadino a ricevere un adeguato supporto per il controllo della sofferenza fosse concretamente attuato.

In Francia il 2 febbraio 2016, dopo un passaggio parlamentare durato circa un anno, è stata promulgata definitivamente la legge Claeys-Leonetti sul fine vita, che sancisce il diritto dei pazienti "aventi una prognosi *quod vitam* a breve termine" di richiedere (o su richiesta di un familiare) una "sedazione profonda e continua" fino al decesso, permettendo ai sanitari di interrompere nutrizione, idratazione e trattamenti volti al solo prolungamento della vita. Viene inoltre reiterato il diritto per il paziente "pienamente informato da parte dei sanitari" circa il suo stato di salute e le opzioni terapeutiche, di rifiutare un determinato trattamento in modo attuale o anticipato tramite il fiduciario e le direttive. In parallelo è stata programmata la creazione di nuovi centri di cure palliative in tutta la Francia con un importante investimento di risorse e prescritta la formazione in cure palliative per tutte le figure sanitarie.

Altri paesi hanno ritenuto di depenalizzare o di legalizzare anche l'eutanasia o il suicidio assistito.

La legislazione riguardante eutanasia e suicidio assistito ha visto la luce negli Stati Uniti verso la fine degli anni novanta (in Oregon, nel 1997). Negli anni seguenti, tale pratica si è estesa a vari stati occidentali, che hanno legiferato in modi diversi: in Olanda, Belgio e Lussemburgo la legge consente sia l'eutanasia sia il suicidio assistito; in Colombia è legale l'eutanasia; in vari stati degli Usa (Oregon, Washington, Vermont, California, Colorado) e in Canada (a seguito di una recente sentenza della Corte Suprema) la legislazione permette il suicidio assistito; in altri stati americani (Montana e New Mexico), eutanasia e suicidio assistito non sono stati legalizzati, ma depenalizzati, dal momento che i medici che li praticano non vengono perseguiti; in Svizzera l'eutanasia è illegale, mentre il suicidio assistito viene regolarmente praticato, in quanto la legge prevede sanzioni solo per chi presta assistenza a tale pratica per motivi egoistici<sup>7</sup>. In Belgio e in Olanda, infine, è prevista anche la possibilità di praticare l'eutanasia ai minori: in Belgio non vi è un limite di età, ma viene richiesto che i bambini siano dotati di capacità di discernimento e siano coscienti al momento della richiesta di eutanasia; in Olanda è possibile l'eutanasia anche per neonati e lattanti affetti da gravissime malattie non curabili.

Una questione delicata riguarda i criteri richiesti per l'accesso ai programmi. Un caso limite è rappresentato dalla Svizzera, dove il solo prerequisito è che colui che richiede assistenza al suicidio sia in grado di intendere e di volere. Va inoltre segnalato che tale pratica è consentita anche a cittadini stranieri ed è effettuata a pagamento tramite la cooperazione di organizzazioni non governative. Nella maggior parte degli altri stati, la legislazione riserva l'accesso ai programmi ai propri cittadini e prevede criteri stringenti dal punto di vista medico; in particolare è necessario che la sofferenza del paziente debba essere certificata da un medico e che sia insopportabile e senza prospettiva di miglioramento. Sotto questo profilo, la legislazione europea e quella americana sono significativamente differenti: in Olanda, Belgio e Lussemburgo, i criteri d'accesso menzionano il concetto di "sofferenza insopportabile", mentre negli Stati Uniti si fa perlopiù riferimento a una nozione maggiormente oggettiva dal punto di vista medico, quella di "paziente in stato terminale". Per questo motivo, le legislazioni europee prevedono che tutte le pratiche vengano segnalate a Comitati Revisori che controllano la conformità delle procedure ai criteri stabiliti dalla Legge e hanno la facoltà di respingere la domanda del paziente.

Altri dati spesso sono frammentari e variano da paese a paese. In linea generale, è possibile affermare che, in tutti gli Stati in cui è stata introdotta una Legislazione su eutanasia e/o suicidio assistito è avvenuto negli anni un progressivo aumento del numero di pratiche eseguite, senza che si sia assistito, al momento, al raggiungimento di un *plateau*. La maggior parte dei soggetti è affetta da neoplasie (circa il 70-80% dei casi), malattie neurodegenerative (circa il 15% dei casi), o malattie cardiache e polmonari. Per quanto riguarda le fasce di età, la percentuale maggiore dei casi, circa il 30%, riguarda persone di età compresa tra i 65 e gli 80 anni, salvo poi calare attorno al 15%. La letteratura statunitense fa riferimento al grado di istruzione: quasi il 50% dei casi di eutanasia o di suicidio assistito riguarda persone laureate.

## **6. Il problema da un punto di vista etico e teologico**

Quando si discute di questioni di fine vita, è opportuno distinguere tra il piano teologico, il piano etico e quello giuridico; soprattutto è necessario evitare di presumere un accordo preliminare e necessario tra questi differenti

---

<sup>7</sup> Per una panoramica più esaustiva della situazione legislativa in Europa (aggiornata al 2011), si veda *Un tempo per vivere, un tempo per morire*, cit., pp. 35-39.

livelli del discorso. Azioni problematiche dal punto di vista della fede possono essere legittime dal punto di vista morale e viceversa (Secondo Bonhoeffer il suicidio è un peccato, ma non un atto immorale; la scelta di sacrificare Isacco che secondo Kierkegaard fa di Abramo un modello di fede per molti lo rende un pessimo padre). Esistono scelte moralmente problematiche che non riterremo di dover proibire per legge, e, all'inverso, esistono azioni moralmente legittime che il diritto può decidere di vietare (le legislazioni di tutte le democrazie liberali del mondo non puniscono più l'adulterio; molte di esse proibiscono invece la gravidanza per altri, ma non sempre in ragione della sua immoralità intrinseca, quanto per ragioni di giustizia sociale oppure a causa dei rischi per la salute che tale pratica comporterebbe).

Come testimonia il documento del Consiglio della Comunione di Chiese Protestanti in Europa citato in precedenza, le Chiese protestanti europee considerano ammissibile la scelta volontaria di interrompere o di rifiutare i trattamenti da parte di un paziente in grado di intendere e di volere; e ciò anche nel caso di situazioni controverse, come l'interruzione dell'idratazione e dell'alimentazione artificiali nei pazienti in stato vegetativo persistente, che abbiano previamente espresso il consenso in merito a tale interruzione. Le Chiese protestanti sono inoltre favorevoli all'estensione e al potenziamento di un sistema adeguato di cure palliative e ammettono, laddove sia necessaria, la possibilità della sedazione palliativa. A ciò fa da contraltare la ferma e pressoché unanime condanna di eutanasia e suicidio assistito.

La domanda che intendiamo innanzitutto porre riguarda precisamente la legittimità dell'eutanasia e del suicidio assistito dal punto di vista dell'etica cristiana.

Gli argomenti utilizzati per rispondere negativamente fanno spesso riferimento alla dignità inviolabile dell'essere umano, che per i credenti deriva dalla relazione con Dio creatore e redentore. Il valore della vita individuale non risiede nelle sue prestazioni, nella sua funzionalità e nemmeno nella sua autonomia: anche la vita vulnerabile e svantaggiata rimane una forma di vita amata e sostenuta da Dio. Sulla dignità umana si fonda il diritto di ciascun individuo, a prescindere dalle sue condizioni contingenti, a essere protetto da qualsiasi forma di distruzione, di violazione e di assoluta strumentalizzazione. Su di essa si fonda anche il dovere di prendersi cura di coloro che soffrono: il potenziamento delle cure palliative è un riflesso di questa esigenza. Dal principio della dignità umana derivano la liceità della sospensione o della non attivazione di un trattamento terapeutico per pazienti che ritengano che tali misure non contribuiscano più in alcun modo a migliorare il loro benessere e la loro qualità di vita.

Sul principio della dignità umana si fonda però anche il rifiuto dei due principali argomenti a cui spesso si appellano i sostenitori dell'eutanasia e del suicidio assistito: l'autodeterminazione individuale, da un lato, e il principio di beneficenza dall'altro.

In particolare, si ricorda come l'assolutizzazione dell'ideale dell'autonomia individuale, intesa come facoltà di agire in conformità alle proprie preferenze soggettive, non sia compatibile con la concezione cristiana dell'essere umano, che è fondata non sull'autonomia come libertà soggettiva, ma su un'idea di libertà creaturale definita e resa possibile dalla relazione con Dio e con altri esseri umani. Le argomentazioni addotte per contrastare l'assolutizzazione dell'autonomia sono molteplici: dall'idea secondo cui anche la nozione secolare di autonomia individuale, nella sua versione kantiana, possa condurre al rifiuto dell'eutanasia e del suicidio assistito, alla tesi dell'autocontraddizione di una facoltà che avrebbe come esito la propria distruzione;

dalla difficoltà a determinare con certezza l'autonomia di soggetti vulnerabili, deboli e malati nella fase terminale della propria esistenza, all'idea della responsabilità verso la vita ricevuta in dono e non autoprodotta.

Quanto alla beneficenza, si sostiene una buona parte delle richieste di aiuto al morire nasce da ragioni non esclusivamente fisiche, ma psicologiche ed esistenziali. Ragioni che la società è chiamata a cercare di ridurre drasticamente, attraverso un sistema adeguato di cure palliative, di sostegno psicologico, di accompagnamento esistenziale e pastorale e di misure volte a garantire una maggiore equità economica e sociale.

Riteniamo condivisibili gli assunti di fondo di questo ragionamento. Siamo d'accordo con la tesi secondo cui il compito principale delle Chiese consista nell'impegnarsi in una battaglia pubblica in favore di un sistema di cure palliative e di accompagnamento al morire che consentano di ridurre al minimo la richiesta di eutanasia e di suicidio assistito. Parimenti, riteniamo che le Chiese siano chiamate a una profonda opera di sensibilizzazione culturale che tenti di mettere in discussione l'idea secondo cui l'unica forma di vita degna sia la vita autonoma e indipendente, che non dipende dalla cura e dall'assistenza di altri. La specificità di una riflessione cristiana sui temi del fine vita dovrebbe consistere nella capacità di saper porre la questione del senso di nozioni come quelle di vita, morte, sofferenza, malattia e cura che talora non vengono adeguatamente problematizzate, sia in una prospettiva secolare, sia in una prospettiva cattolico-romana, troppo spesso unilateralmente interessate da questioni di stampo normativo e legalistico.

Al tempo stesso, tuttavia, ci chiediamo se la richiesta di anticipare la propria morte debba sempre essere considerata in contraddizione con un'esistenza moralmente responsabile vissuta nella fede. Se debba sempre essere considerata, cioè, come un rifiuto del dono divino, come un atto di appropriazione indebita di un diritto di cui l'essere umano non è portatore, e dunque condannata come una forma di ateismo pratico<sup>8</sup>, o se, in specifiche situazioni, non possa addirittura venire intesa come una risposta responsabile al Comandamento, espressione dell'amore per Dio e per il prossimo.

Nell'intento di evitare i pericoli di un'etica legalistica, eccessivamente rigida sotto il profilo normativo, una parte consistente della teologia protestante novecentesca ritiene preferibile collocarsi nell'orizzonte di una riflessione che, pur costantemente alla ricerca dell'indicazione evangelica, sia in grado di tener conto dei contesti e delle situazioni contingenti entro cui avviene la scelta morale, rinunciando ai principi assoluti di carattere teologico o razionale, così come alla rigida applicazione di una norma biblica interpretata in modo letterale<sup>9</sup>.

A questo proposito, ricordiamo che le nostre considerazioni sull'eutanasia e sul suicidio assistito si riferiscono innanzitutto a una situazione specifica, caratterizzata da elementi quali la centralità del contesto medico, la volontarietà della richiesta, la sofferenza insopportabile di un individuo per il quale la prospettiva di guarigione è assente e il decorso della malattia possiede caratteristiche precise e documentabili. La riflessione etica che qui proponiamo riguarda dunque un preciso significato dell'aiuto a morire, che nasce all'interno di uno specifico contesto: quello in cui la richiesta di anticipare la propria fine avviene sullo sfondo di una condizione di malattia in cui ogni possibilità terapeutica e di assistenza, ivi compreso un adeguato sistema di cure

---

<sup>8</sup> Cfr. D. Bonhoeffer, *Etica*, Milano, Bompiani, 1969, p. 140.

<sup>9</sup> In quest'ultimo caso, il riferimento va all'ermeneutica del testo biblico praticata nelle chiese protestanti storiche, distante da un approccio letteralista alla Bibbia molto diffuso in ambito evangelicale.

palliative, di sostegno psicologico e di supporto spirituale ed eventualmente pastorale, siano state messe a disposizione del paziente.

In secondo luogo, occorre tener presente come eutanasia e suicidio assistito possano essere considerate sia dal punto di vista della scelta della persona malata, sia dal punto di vista di chi accompagna e si prende cura: anche se si tratta della medesima situazione, l'analisi etica e teologica è sensibilmente diversa a seconda della prospettiva da cui la si guarda. In questo caso, la nostra attenzione si rivolge innanzitutto al punto di vista della persona sofferente, alla sua libertà e alle possibilità di scelta che ancora restano a sua disposizione nelle fasi finali della vita.

Da questa specifica prospettiva, l'assunzione che la richiesta di essere aiutati a morire possa essere sempre interpretata come un rifiuto del dono di Dio, e di conseguenza del legame con Dio stesso, ci sembra fondata su una ricostruzione unilaterale, e difficilmente giustificabile, della logica del dono. Quest'ultima, infatti, non implica necessariamente che ciò che viene donato sia *indisponibile* a colui che riceve; implica piuttosto l'idea di un uso grato e *responsabile* del bene ricevuto, che tenga conto della relazione che in tal modo si è instaurata. In questo senso, riteniamo che la richiesta di persone ammalate, che in situazioni di sofferenza estrema esprimano il desiderio di non trascorrere gli ultimi giorni nell'incoscienza indotta dai trattamenti analgici necessari a lenire un dolore non altrimenti sopportabile, non debba necessariamente essere considerata come l'espressione del desiderio di assolutizzare la propria libertà finita di fronte alla morte, né un rinnegamento del rapporto con Dio. Può anche essere la conseguenza del desiderio di disporre in modo responsabile del dono della vita ricevuta e della fiducia in una grazia che accoglie l'oppresso e lo sfinito, dell'affidamento a un Dio che non chiede un tributo di sofferenza, che non impone condizioni e obblighi e che non sottomette l'uomo a principi, ma invece lo libera gratuitamente, mettendo nelle sue mani anche la possibilità di rinunciare a continuare l'esistenza terrena. La scelta di morire, che in certi casi può effettivamente essere interpretata come rifiuto del dono, in altri casi può invece essere compresa come l'espressione della sua accettazione: può essere un atto di consapevolezza del limite dell'esistenza umana, un'assunzione della misura non infinita della propria capacità di tollerare la sofferenza e, come vedremo<sup>10</sup>, persino un'espressione di amore nei confronti del prossimo.

Un simile ragionamento non si fonda sulla rinuncia all'idea secondo cui la vita naturale sarebbe un bene ricevuto che occorre preservare, ma sulla consapevolezza di come, all'interno della tradizione cristiana, la vita stessa, da un punto di vista di fede, non sia un bene indisponibile. La convinzione già fatta propria dalla teologia cristiana dei primi secoli, secondo cui la vita umana possa essere messa a rischio, oppure portata a conclusione, in nome di un bene superiore, è espressione dell'idea cristiana secondo cui la vita naturale non possa essere considerata un bene assoluto. Riteniamo che tale convincimento possa oggi essere utilmente applicato a condizioni storiche e sociali completamente differenti.

La relativizzazione del valore della vita biologica coglie un aspetto dell'evangelo testimoniato dal testo biblico. Alcune affermazioni di Gesù conferiscono alla vita e alla morte un significato che trascende ciò che di esse possiamo conoscere<sup>11</sup>. Il Salmo 73 testimonia la preghiera di colui che, oppresso e sfinito, confida nel fatto

---

<sup>10</sup> Cfr. per esempio *infra*, nota 12.

<sup>11</sup> Cfr. per esempio, Gv. 11, 25-26: «Chi crede in me anche se muore vivrà; e chiunque vive e crede in me non morirà mai».

che al venir meno della vita ci sarà ancora relazione con Dio<sup>12</sup>. Anche l'epistolario paolino è ricco di affermazioni in cui emerge che morte e vita hanno un significato intensivo capace di superare il piano dell'esperienza fisica<sup>13</sup>. È possibile intuire il rapporto tra la vita in senso storico e contingente e la vita considerata in senso escatologico: secondo la Scrittura il significato della vita non si comprende restando chiusi in un orizzonte "penultimo", ma aprendosi ad una prospettiva più ampia che si manifesta nella fede come affidamento a Dio di fronte al limite estremo dell'esistenza. Vita e morte che nell'esperienza fisica risultano essere orizzonti "ultimi", acquistano il loro autentico valore nella relativizzazione che ricevono qualora vengano compresi sullo sfondo di una relazione con Dio capace di trascenderli.

L'idea che il principio fondamentale dell'etica cristiana sia la responsabilità verso Dio e verso il prossimo, e non il rispetto per la vita, è altresì conforme a un'autorevole tradizione della teologia protestante novecentesca<sup>14</sup>, che è concorde nel ritenere che la dimensione biologica dell'esistenza rimanga un bene, ma non il bene ultimo, che è la fedeltà di Dio; una fedeltà che implica, e non nega, la risposta, libera e responsabile, dell'intelligenza umana che interpreta il Comandamento nella concretezza di una situazione storica contingente. Precisamente su questo punto si mostra una specificità dell'etica protestante, e anche l'accordo e il disaccordo con alcune impostazioni cattolico-romane: nella consapevolezza che Dio non esige un tributo di sofferenza, che Dio accoglie e abbraccia chi a Lui si affida, l'accoglienza dell'annuncio della grazia, rendono *possibile* anche una richiesta di aiuto nel morire.

---

<sup>12</sup> Cfr. Sal. 73,26: «La mia carne e il mio cuore possono venire meno, ma Dio è la rocca del mio cuore e la mia parte di eredità in eterno». I suicidi di cui narra la Scrittura non sembrano ritenuti colpevoli specificamente per il gesto conclusivo della loro vita, quanto per ciò che ha preceduto la decisione tragica. Ne sono esempi Abimelec che si fa uccidere da un servo (Gd 9:54), Sansone che muore trascinando con sé i Filistei (Gd 16:26-31), Saul e il suo scudiero (I Sam 31:4-6), Aitofel per impiccagione (2 Sam 17:23), Zimri muore nell'incendio da lui appiccato (I Re 16:18) e nel Nuovo Testamento Giuda (Mt 27:5). Agostino condanna il suicidio nel suo *De civitate Dei*, IX, 17, e nel VI sec. il suicidio è definito peccato sul piano religioso e crimine laico, ma l'intensità dell'argomentazione agostiniana si può spiegare anche come reazione alla posizione donatista che avvicinava pericolosamente il suicidio all'idea del martirio.

<sup>13</sup> Cfr. Fil. 1, 20b-21 «[...] Cristo sarà glorificato nel mio corpo, sia con la vita, sia con la morte. Infatti per me il vivere è Cristo e il morire guadagno» (Fil 1,20b-21); e Rm. 8, 38-39: «Infatti sono persuaso che né morte né vita, né angeli né principati, né cose presenti né cose future, né potenze né altezza né profondità, né alcuna altra creatura potranno separarci dall'amore di Dio che è in Cristo Gesù, nostro Signore».

<sup>14</sup> Pur tenendo conto della distanza storica e dello specifico contesto in cui le loro riflessioni sono situate, segnato dalle tragiche esperienze della Germania nazionalsocialista, vanno in questa direzione le considerazioni di Dietrich Bonhoeffer e di Karl Barth. "Quando un malato incurabile, rendendosi conto che le sue cure implicano la rovina materiale e morale della sua famiglia, decide di liberare i suoi da quel peso, si avranno certo delle riserve per il carattere arbitrario della sua azione, ma sarà impossibile condannarla" (D. Bonhoeffer, *Etica*, cit., p. 143). Sinteticamente, gli snodi dell'argomentazione di Bonhoeffer si potrebbero riassumere in tre punti chiave, che convergono tutti nel rifiuto di un'interpretazione legalistica della scelta di darsi la morte. In primo luogo l'idea secondo cui il suicidio può essere interpretato come un atto di mancanza di fede, e dunque come un peccato, ma non come un atto immorale, contrario alla legge umana o alla legge naturale. In secondo luogo, l'idea che, anche dal punto di vista della fede cristiana, non ogni uccisione di sé equivalga al suicidio e non possa dunque considerarsi alla stregua di un peccato. In terzo luogo, l'idea secondo cui sarebbe impossibile, in base a motivi umani, distinguere nella situazione data tra l'atto arbitrario ed egoistico e il sacrificio responsabile della propria vita in nome di un bene superiore e in risposta a un ordine di Dio. Anche Karl Barth, nella *Dogmatica*, giunge su questo punto a considerazioni non dissimili: il comandamento di Dio che prescrive i diritti della vita naturale e che per un cristiano è in linea di principio valido, in determinate situazioni (i cosiddetti casi-limite) può essere messo in secondo piano sulla base di considerazioni di ordine superiore (per esempio da motivi di carattere altruistico o da una superiore obbedienza al comandamento di Dio). La questione si pone in modo particolarmente rilevante, sottolinea Barth, nelle presenti condizioni della scienza medica: "È opportuno considerare il modo in cui evolveranno le questioni in questo ambito per poter avere un'opinione più chiara. Ma non è impossibile che qui si sia in presenza di una sorta di caso-limite. Non si tratterebbe allora di un'eutanasia arbitraria, ma del rispetto a cui ha diritto, come tale, una vita che si sta spegnendo" (K. Barth, *Die Kirckliche Dogmatik, III/4 – Die Lehre von der Schöpfung*, Zürich, Evangelischer Verlag Zöllikon, 1951, p. 488).

Per questo motivo, riteniamo la scelta della morte volontaria possa essere ammissibile in particolari situazioni, seppure solo come caso-limite. Ciò che differenzia la nostra posizione da quella di molti non credenti è l'idea che, sotto un profilo etico, una simile scelta debba costituire una situazione in certo qual modo eccezionale, che richiede motivazioni specifiche. In ottica cristiana, essa non può venir compresa come concretizzazione della libertà e dell'autonomia del singolo che si esprimerebbe in maniera esemplare nella possibilità di decidere il momento della propria morte, ma va considerata piuttosto come una scelta, talora legittima, che si rende comprensibile alla luce di una nozione di responsabilità complessa – verso Dio, verso gli altri, verso sé stessi.

## **7. Il problema da un punto di vista sociale e legislativo**

Le Chiese protestanti europee tendono non soltanto a negare la liceità dell'eutanasia sotto il profilo etico, ma ritengono di doversi opporre anche alla sua legalizzazione.

Negli ultimi decenni, le società occidentali hanno assunto una configurazione marcatamente pluralista. Le Chiese non possono più pensare di rivolgersi unicamente ai propri membri, ma sono chiamate a riflettere sul modo in cui argomentano le proprie posizioni su questioni politiche e giuridiche all'interno di una sfera pubblica composta sia da credenti, di diverse confessioni religiose, sia da non credenti. Sebbene tali posizioni non possano essere senza rapporto con le scelte di fede, è altresì vero che, nella misura in cui ci si rivolge a tutta la società, è opportuno sforzarsi di articularle in termini ragionevolmente più ampi. L'equilibrio tra scelta di fede e argomentazione è sempre precario e oggetto di discussioni.

Per questo motivo, pur ammettendo che, da un punto di vista cristiano, l'eutanasia e il suicidio assistito possano essere considerati legittimi solo in specifiche situazioni, occorre stabilire sulla base di quali argomenti le Chiese possano opporsi a una legalizzazione dell'eutanasia o del suicidio assistito. In altri termini, occorre evitare che le Chiese pretendano di estendere la propria prospettiva etica all'intera società, ma che argomentino sforzandosi di addurre ragioni universali a sostegno delle proprie posizioni.

Sul piano giuridico, in situazioni complesse come quella considerata, il diritto è tenuto a valutare se, a fronte di un interesse ritenuto apprezzabile e, a certe condizioni, meritevole di tutela, non ve ne siano altri, pure valutabili come meritevoli di essere presi in considerazione e tutelati, che si pongano in conflitto con il primo. In tal caso, il legislatore sarebbe costretto a compiere una scelta fra interessi meritevoli ma confliggenti.

Le ragioni addotte per contestare la legittimità della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito anche per coloro che non condividono l'esperienza della fede fanno principalmente riferimento a due grandi categorie di argomenti.

In primo luogo, si sostiene che il miglioramento delle cure palliative, e in particolare l'introduzione e il perfezionamento della sedazione palliativa, sarebbero in grado di controllare sempre e comunque la sofferenza del morente e dunque di minimizzare la richiesta sociale di eutanasia. I malati terminali nelle ultime ore e giorni di vita accusano vari sintomi come delirio, agitazione, ansia, irrequietezza, dispnea, dolore, vomito, sofferenza fisica e psichica. Nelle fasi terminali della vita questi sintomi possono divenire refrattari e non controllabili dalle terapie di supporto e palliative ad essi mirate. La sedazione palliativa è una soluzione potenziale per portare sollievo da tali sintomi che non sono controllati da altri metodi. Farmaci sedativi come

le benzodiazepine vengono usate a dosi progressive per ottenere il livello di sedazione desiderato; il livello di sedazione può essere mantenuto facilmente e l'effetto è reversibile.

A differenza di quanto si è spesso sostenuto in passato, gli studi più recenti sembrano dimostrare che la sedazione palliativa, nella gran parte dei casi, non accelera la morte del paziente, ma semmai è in grado di prolungarne il tempo di vita residuo. È altrettanto vero, tuttavia, che non sembra ancora esistere evidenza scientifica sull'efficacia della sedazione palliativa sulla qualità della vita e sul controllo di tutti i sintomi del morente<sup>15</sup>. In particolare, gli studi neuro-scientifici sugli stati mentali in condizioni di fine vita non consentono di escludere con certezza che tali persone, pur prive di coscienza, siano totalmente prive di rappresentazioni mentali di tipo allucinatorio. A questo va aggiunto che la durata della sedazione palliativa può arrivare a coprire, in determinati casi, un lasso di tempo considerevole di giorni e addirittura di settimane, diventando di conseguenza di difficile gestione.

Ora, è certamente vero che, da un punto di vista spirituale, psicologico e pastorale, la distinzione tra eutanasia e suicidio assistito, da un lato, e sospensione/non-attivazione dei trattamenti dall'altro, può consentire di rispettare maggiormente la ritualità che l'accompagnamento pastorale ha da sempre cercato di mettere in evidenza come dimensioni fondamentali del morire umano.

Occorre tuttavia riflettere con cautela sulle ragioni e sugli eventuali limiti della differenza – che anche il documento delle Consiglio della Comunione di Chiese Protestanti in Europa fa propria – tra la sospensione/non-attivazione di un trattamento, che viene sempre e comunque considerata lecita, e la richiesta di eutanasia e di suicidio assistito, che si ritiene di dover proibire. Il documento giustamente ricorda che tale distinzione non può essere rintracciata né sul piano dei risultati dell'azione (che in questo caso sarebbero simili, se non identici), né su quello dell'intenzione, che è per definizione un elemento controverso, e difficile da definire con sufficiente precisione. La vera differenza sul piano morale consisterebbe piuttosto nella distinzione tra azione e omissione o, più propriamente, tra uccidere e lasciar morire: una cosa è causare un evento, un'altra cosa è permettere che un evento accada.

Da un punto di vista etico, la distinzione tra uccidere e lasciar morire non è sempre valida. Da un lato, uccidere non è sempre considerato un atto moralmente riprovevole: nel corso della sua storia, la tradizione filosofica e teologica occidentale ha messo a punto una vasta gamma di eccezioni al principio del “non uccidere” (dalla legittima difesa alla pena di morte; dalla guerra giusta all'aborto). Dall'altro, lasciar morire è talvolta considerato riprovevole: colui che si rifiutasse di soccorrere un neonato accidentalmente caduto in una vasca da bagno sarebbe altrettanto colpevole del suo decesso di qualcuno che attivamente provocasse il suo annegamento. Esistono situazioni in cui permettere che un evento accada significa esserne corresponsabili.

Non intendiamo ovviamente negare ogni validità alla distinzione tra uccidere e lasciar morire da un punto di vista etico e giuridico. Sosteniamo semplicemente che tale validità non sia assoluta. L'eventuale rifiuto, da parte del medico, di mettere fine alla vita di un paziente terminale che, nel pieno possesso delle proprie facoltà mentali, chieda di essere aiutato a porre fine alle proprie sofferenze senza essere costretto a passare le ultime ore, o gli ultimi giorni, in uno stato di incoscienza i cui contorni non sappiamo (ancora) definire con precisione, resta comprensibile da un punto di vista psicologico e legittimo sotto un profilo esistenziale (non a caso la

---

<sup>15</sup> Si veda a questo proposito lo studio della Cochrane Library dal titolo *Palliative Pharmacological Sedation for terminally ill Adults*, disponibile on line.

legge prevede, in questi casi, il diritto di ricorrere all'obiezione di coscienza). Ma la tesi secondo cui la responsabilità della sua morte nel primo caso sarebbe *sempre esclusivamente* ascrivibile alla malattia da cui il paziente è affetto e nel secondo caso all'azione del medico che arbitrariamente pone termine alla vita di una persona innocente è difficilmente sostenibile.

Ci chiediamo pertanto se, nel caso di malattie terminali in cui il tempo residuo di vita sia estremamente ridotto, la differenza tra anticipare di qualche ora o di qualche giorno il decesso di coloro che lo richiedano, e l'affidarsi a un sistema di cure palliative che realizzi la cosiddetta "sedazione palliativa" sia davvero eticamente significativa.

A maggior ragione, le nostre considerazioni si applicano a tutti quei casi in cui le cure palliative non siano in grado di tenere sotto controllo tutti i sintomi della sofferenza del morente. Riteniamo di dover prendere sul serio la constatazione secondo cui, come ammettono gli stessi estensori del documento, anche un adeguato sistema di cure palliative non sembra in grado di eliminare totalmente la richiesta sociale di eutanasia<sup>16</sup> e, a partire da questa constatazione, ci chiediamo come interpretare, e quali risposte offrire, a questa domanda.

La seconda categoria di ragioni addotte per contestare la legittimità della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito fa riferimento a una serie di argomenti prudenziali, fondati sulle conseguenze negative di tale legalizzazione. In primo luogo il timore che l'introduzione nella prassi medica e nella legislazione di una qualche forma di liceità dell'eutanasia e del suicidio assistito possa provocare uno scivolamento verso altre forme di accelerazione della morte anche in persone inconsapevoli o non consenzienti. La società potrebbe incamminarsi su un pericoloso "pendio scivoloso", al termine del quale potremmo accettare di sopprimere legalmente anziani, disabili, disadattati. In un contesto, quello delle società occidentali, segnato da pesanti tagli alle risorse economiche destinate alla sanità e dal costante e progressivo invecchiamento della popolazione, esisterebbe il rischio di vedere nell'eutanasia la "soluzione" al problema dell'allocazione di risorse per il trattamento e la cura del dolore acuto dei malati inguaribili. In secondo luogo l'idea che la legalizzazione eutanasia avrebbe l'effetto di sancire un principio secondo cui l'unica vita degna è la vita autonoma.

Si tratta di preoccupazioni legittime, in particolare in un contesto come quello italiano, la cui specificità sia sotto il profilo culturale sia sotto l'aspetto sanitario va tenuta presente. Le discussioni sul tema del fine vita, i casi drammatici discussi anche dall'informazione pubblica, hanno mostrato come in Italia sia estremamente difficile avviare un dibattito serio su questi temi. Dal punto di vista sanitario va inoltre rilevata la disomogeneità del territorio nell'offerta delle cure palliative e la mancanza di informazione degli individui sulle possibilità a loro disposizione. In questo contesto, oltreché a una riflessione di carattere etico e teologico, le Chiese sono chiamate a un'azione di carattere civile e pastorale, che contribuisca alla diffusione di una cultura del fine vita il più possibile documentata e consapevole, in collaborazione con quanto già sta avvenendo a livello specialistico negli ambiti della ricerca e della formazione degli operatori della sanità.

## **8. Conclusioni**

Il nostro auspicio è che, su un tema così delicato, possa essere avviato, sia all'interno delle comunità di fede sia nel più ampio spazio pubblico italiano, un dibattito sereno e approfondito. Riteniamo che il compito principale delle Chiese non sia quello di offrire proposte normative, ma quello di contribuire ad avviare un

---

<sup>16</sup> Cfr. *Un tempo per vivere, un tempo per morire*, cit., pp. 73 ss.

percorso di carattere culturale e spirituale che favorisca una maturazione della consapevolezza collettiva. Tale dibattito dovrebbe essere condotto tenendo a mente sia le evidenze scientifiche a oggi disponibili, sia i dati sulla legislazione dei paesi che negli ultimi venticinque anni hanno intrapreso un simile percorso.

Nella consapevolezza di affrontare un tema controverso, abbiamo tentato di distinguere tra diversi livelli del discorso, che spesso si intrecciano e si confondono reciprocamente. Tra il piano scientifico, quello etico e quello giuridico, innanzitutto. Tra un'etica cristiana, che si rivolge principalmente alle comunità di fede, e un'etica secolare, che fa uso di argomentazioni potenzialmente universali in secondo luogo.

Il nostro punto di vista, aperto dalla fede, non pretende di assolutizzare una morale speciale, ma è attento al contesto entro cui le scelte individuali e le dinamiche politiche avvengono. All'interno di questo contesto, riteniamo che non esistano ragioni universali per giudicare *moralmente* illegittima la scelta di morire da parte di un individuo, ma riconosciamo tuttavia che esistono argomenti di prudenza che consigliano di essere attenti alle possibili dinamiche sociali negative di una *legalizzazione* dell'eutanasia e del suicidio assistito.

Siamo consapevoli che gli esiti legislativi di tale dibattito potrebbero essere molto diversi tra loro: esistono paesi – è il caso della Francia – che hanno emanato leggi che vietano l'eutanasia e il suicidio assistito, ma consentono la sedazione palliativa; paesi che hanno ritenuto di legalizzare l'eutanasia o il suicidio assistito, paesi che hanno optato per una soluzione intermedia, ovvero la scelta di depenalizzare l'eutanasia e il suicidio assistito in casi particolari e selezionatissimi<sup>17</sup>.

Qualsiasi possa essere la situazione adottata, pensiamo che l'autonomia individuale, concetto difficile da definire e ancor più difficile da misurare nel concreto, non possa essere *l'unico* criterio socialmente accettabile per legittimare la scelta individuale di richiedere un aiuto al morire. L'autonomia rappresenta un elemento necessario, ma non sufficiente, di una buona legislazione sul fine vita: accanto ad essa, i principi ispiratori di tale legislazione dovrebbero essere la beneficenza (occorre dare risposta alla richiesta di eutanasia e di suicidio assistito di coloro che soffrono in maniera intollerabile), la non maleficenza (è necessario evitare abusi sociali nell'accesso ai programmi) e l'equità (la morte priva di sofferenza non dovrebbe essere il privilegio dei più abbienti).

Eutanasia e suicidio assistito vengono spesso accomunate sotto il profilo etico. È vero infatti che, da un punto di vista pratico, può semplicemente trattarsi di due modi differenti di giungere a uno stesso risultato. Dal punto di vista filosofico e simbolico esiste tuttavia una differenza significativa a livello dei principi con cui queste due azioni possono essere giustificate. Nel caso del suicidio assistito, in primo piano è l'autonomia del paziente, che è al tempo stesso il richiedente e l'esecutore materiale dell'azione che lo porta alla morte. Nel caso dell'eutanasia, in primo piano è la beneficenza (che giustifica l'atto con cui il medico mette fine alla vita del paziente), mentre l'autonomia è semplicemente un vincolo collaterale, ovvero una condizione necessaria ma non sufficiente per giustificare la liceità di tale pratica. Emblematico il caso dell'eutanasia su minori, vale a dire su soggetti che non sono ritenuti giuridicamente in grado di prestare un consenso valido. In questo caso

---

<sup>17</sup> Ferma restando la contrarietà di principio nei confronti della legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito anche il Documento del Consiglio della Comunione di chiese protestanti in Europa ammette la possibilità di sottrarsi alla legge in casi rari ed estremi, come conseguenza dell'esigenza di riconciliare “1. il fatto che possono esistere situazioni in cui perseguire in giudizio può essere inappropriato e fuori luogo e 2. la necessità di mantenere il principio fondamentale secondo cui non si può normalizzare o integrare nel diritto il fatto, sancito dallo Stato, di abbreviare la vita dei malati terminali” (Cfr. *Un tempo per vivere e un tempo per morire*, cit., p. 84).

si fa ricorso a forme di consenso sostitutivo (per esempio il consenso dei genitori), cercando, laddove la situazione lo permetta, di integrare il più possibile la volontà del minore all'interno del consenso stesso.

Resta che, dal punto di vista etico e antropologico, la morte volontaria dovrebbe essere considerata un male minore e non un'espressione suprema della libertà umana. La nostra posizione rappresenta un ideale antropologico ragionevole e intermedio: quello che ci guida non è l'esaltazione dell'autonomia indiscriminata, ma la misericordia che ci impone di rispettare il punto di vista dei sofferenti, di tutelare la loro libertà di scelta e al tempo stesso di cercare di ridurre le loro sofferenze. Come credenti, vorremmo vivere in una società in cui la richiesta di eutanasia sia ridotta al minimo. Per questo motivo siamo favorevoli a un'estensione quanto più possibile ampia delle cure palliative.

Esprimiamo la nostra preoccupazione nei confronti di quelle legislazioni – è il caso della Svizzera – che liberalizzano di fatto in maniera indiscriminata i criteri d'accesso ai programmi sul fine vita o che intendono introdurre – è il caso dell'Olanda – formulazioni ambigue e non chiaramente circoscrivibili (“ritenere di aver completato la vita”). Riteniamo quindi che, per evitare pericolose chine scivolose, un'eventuale legalizzazione o depenalizzazione dell'aiuto al morire dovrebbe necessariamente essere legata a un dato oggettivo che prevenga abusi e dunque ad una diagnosi di carattere medico.

Il principio a partire da cui abbiamo cercato di sviluppare le nostre considerazioni è quello della *misericordia*, un principio che non va compreso esclusivamente sul piano generale e astratto tipico della normazione, ma nel suo concreto operare rispetto alle azioni progettate o compiute da individui chiamati a compiere scelte difficili, complesse e discutibili. Sulla base di questo principio, che è tipico dell'etica cristiana ma può essere ragionevolmente condiviso anche in prospettiva secolare, non riteniamo che esistano motivazioni sufficienti per smentire le conclusioni del documento del 1998 che estendeva il concetto di cura sino a includere al suo interno, in casi estremi, anche l'aiuto a morire: “Si tratta piuttosto di prendere atto che non vi sono giustificazioni etiche e pastorali dirimenti per opporre un rifiuto di principio. Ciò a cui non si può sfuggire è la domanda che l'altro mi rivolge con insistenza e che io percepisco in tutta la sua gravità. Da quale parte sta il Dio della vita e della promessa? Dalla parte del non-senso del dolore acuto di un malato inguaribile o dalla parte del suo umano desiderio di morire? Per quanto paradossale possa essere, in una tale situazione accogliere la domanda di morte significa accogliere la domanda della vita, accogliere il diritto di morire coscientemente la propria morte. Il medico che accoglie questa domanda del malato inguaribile l'accoglie all'interno di un lungo processo di cura e di relazioni. Il medico che si rende disponibile al suicidio assistito o all'eutanasia non commette un crimine, non viola alcuna legge divina, compie un gesto umano, di profondo rispetto, a difesa di quella vita che ha un nome e una storia di relazioni”.

MILANO, APRILE 2017