

Conferencia Cierre del Congreso Internacional de Bioética

SER.Mons. Paglia

Final de la Vida. Una propuesta integradora de la PAV.

Neurociencia, Espiritualidad y Humanismo

Desidero anzitutto esprimere la mia gratitudine per l'invito che mi è stato rivolto e per il tema affidatomi. Non solo mi sta particolarmente a cuore, ma marca in modo profondo le attività e il rinnovato impegno della PAV in questi anni. Le questioni che riguardano la fine della vita, o meglio il passaggio della morte, costituiscono un crocevia dove si intersecano diverse dimensioni rilevanti per l'intera bioetica. Esse non vanno affrontate in modo frammentato o isolato, ma in maniera sistemica, ossia articolando in maniera integrata le diverse competenze e prospettive. In questa mie riflessioni mettendo vorrei mettere in luce tre snodi fondamentali, attorno a cui ruotano le molteplici dimensioni che a mio modo di vedere occorre integrare: 1) il pluralismo culturale e religioso, 2) le cure palliative, che appunto sviluppano un accompagnamento integrale della persona (in cammino verso la conclusione della sua vita terrena) e 3) il rifiuto dell'eutanasia, del suicidio (medicalmente assistito) e dell'"accanimento terapeutico" (ostinazione irragionevole).

1. Dialogo nel pluralismo culturale e religioso

I temi che riguardano il "fine vita" sono scottanti e controversi, non solo per il pluralismo che caratterizza il mondo di oggi, ma anche per la spinta esercitata da eventi resi clamorosi dalla cronaca, che vengono purtroppo cavalcate strumentalmente e costruiti come "casi", per condurre battaglie ideologiche sul fronte degli opposti schieramenti. Occorrono invece spazi di dialogo che favoriscano un clima di comunicazione autentica, che affronti con coraggio le domande difficili che il nostro tempo ci pone. C'è bisogno di luoghi per un dialogo che vada oltre le passioni immediate, che superi le prime reazioni e gli aspetti emotivi, e consentano di cercare le ragioni profonde delle scelte da compiere per il bene più universale, che tutti ci riguarda. È senz'altro uno dei compiti che l'Accademia si prefigge: favorire l'ascolto effettivo e il confronto libero. Vogliamo assecondare

non la logica dell'esclusione per far prevalere un'opinione sulle altre, ma la ricerca condivisa di un terreno comune su cui anche opinioni differenti possano trovare punti di convergenza in riferimento alla verità dell'essere umano. I nuovi assetti dell'Accademia intendono sviluppare proprio questa prospettiva: la nomina come membri dell'Accademia di studiosi e ricercatori che non sono solo cattolici, ma anche di altre religioni (ebrei e musulmani) o denominazioni cristiane (ortodossi e anglicani) e anche non esplicitamente credenti, mira a favorire una logica di scambio e di reciproco arricchimento tra persone che esprimono diverse visioni del mondo.

È una prospettiva feconda, che sta già portando i primi frutti. Proprio settimana scorsa, il 28 ottobre, nell'anniversario del Decreto *Nostra Aetate* sulle relazioni della Chiesa con le religioni non cristiane (Concilio Vaticano II, 28 ottobre 1965), abbiamo firmato in Vaticano una *Dichiarazione* interreligiosa sulla tematica del fine vita. Hanno partecipato all'evento importanti leader di comunità religiose cristiane, ebraiche e islamiche, provenienti da diversi continenti. Non è stato un percorso facile, le commissioni di studio hanno lavorato per più di un anno e mezzo per giungere a un testo condiviso. Ma la pratica del dialogo ha effettivamente condotto al riconoscimento di accordi e convergenze nel tutelare la vita umana, nel promuovere la cultura della cura e nel rifiutare ogni scorciatoia verso l'eutanasia e il suicidio assistito. Un risultato di grande rilevanza nel mondo di oggi in cui sembra troppo spesso e tristemente prevalere la divisione, se non la contrapposizione, che talvolta viene fomentata anche distorcendo l'autentico ruolo delle religioni. Certo occorre essere disponibili a un cammino di conversione personale per accogliersi reciprocamente: ma solo vivendo una tale esperienza anzitutto noi, in prima persona, è possibile testimoniare a tutti che intraprendere con responsabilità e coraggio un cammino condiviso conduce a scoprire aree di convergenza e consente di portare frutti di comunione. Non è un dispositivo automatico: è un processo che richiede decisione della volontà e ricerca della ragione. Ma se siamo disposti a lavorare insieme con l'obiettivo di rendere un servizio a tutti gli uomini e le donne del nostro mondo, in cui noi vediamo figli e figlie di Dio, possiamo riconoscerci a nostra volta sempre più fratelli e sorelle, chiamati a unire le forze per dare risposta alle domande da cui tutti siamo provocati. Così si costruisce quella cultura dell'incontro che papa Francesco ci ha insegnato ad apprezzare e a praticare, e che da parte nostra vogliamo coltivare. È su questa base che possiamo «adottare la cultura del dialogo come via; la collaborazione comune come condotta; la conoscenza reciproca come metodo e criterio», per usare le felici espressioni del documento sulla fratellanza umana di Abu Dhabi.

E' un lavoro che non si improvvisa. Esso è frutto di un impegno che riguarda anzitutto la dinamica della coscienza personale e che potrà poi irradiarsi anche nelle forme istituzionali che sapremo individuare. In questo senso il dialogo è una vera e propria virtù: non si tratta di un singolo

atto, ma di un orientamento intenzionalmente e stabilmente coltivato, di uno stile di relazione che favorisce la ricerca e la scelta del bene nelle concrete situazioni e sui singoli temi che vengono affrontati. Con questa *Dichiarazione* si è voluto conferire maggiore forza e intensità alla tutela e alla promozione della dignità umana in un momento così delicato e vulnerabile, come è il passaggio del morire. È un evento di grande rilievo che le grandi religioni monoteiste abramitiche trovino un'intesa per esprimere insieme il loro impegno per scongiurare ogni scorciatoia che indebolisca quella solidarietà in cui solo è possibile far fronte alla sofferenza e al limite che la morte rappresenta. Una base così ampia, che nel complesso coinvolge una non piccola parte dell'intera umanità, potrà fornire un contributo di peso non solo teorico per approfondire il significato della vita umana, ma anche pratico, attraverso le relazioni vissute nelle comunità credenti per testimoniare la reciproca responsabilità di cura che ci lega gli uni gli altri. E proprio questo tema della reciproca responsabilità ci porta al secondo punto sulle cure palliative.

2. Si alle cure palliative, per un accompagnamento integrale

Si tratta di un argomento su cui la Pontificia Accademia per la Vita negli ultimi anni ha intensificato la propria riflessione e la propria attività. Siamo convinti infatti che a proposito delle cure palliative occorre un vero e proprio cambiamento di prospettiva, superando un equivoco concettuale e linguistico molto diffuso, che intende palliativo come sinonimo di inutile.

Dissipare l'equivoco: palliativo non è sinonimo di inutile

Per superare questo malinteso occorre inserirlo nell'evoluzione della medicina. Solo in epoca recente la medicina è arrivata a disporre di strumenti così potenti ed efficaci da poter sconfiggere molte malattie e migliorare significativamente lo stato di salute, anche con l'aiuto di importanti cambiamenti delle condizioni di vita (soprattutto in Occidente). Ma questo sviluppo ha reso la guarigione quasi lo scopo principale, se non esclusivo, della medicina contemporanea. Si è così accentuato il rischio di focalizzarsi sulla lotta alla malattia e di trascurare la persona del malato. Si dimentica allora che ogni sforzo terapeutico (*to cure*) assume il suo significato più profondo in una relazione che consiste nel prendersi cura della persona malata (*to care*). L'obiettivo unico dell'agire medico tende a diventare, soprattutto nei contesti fortemente tecnologizzati, l'eliminazione della malattia. Questo atteggiamento, a sua volta, comporta due conseguenze, in apparenze opposte, ma in realtà espressioni di una comune radice.

Anzitutto il rischio di superare la ragionevolezza nell'uso dei trattamenti medici, al fine di ottenere una guarigione che “deve” essere raggiunta a tutti i costi, perché in ogni mancata guarigione si vede una sconfitta della medicina. Ma in questo modo si pongono le premesse che conducono a un eccesso di trattamenti, al cosiddetto “accanimento terapeutico”, finendo per procurare al paziente sofferenze dovute a un impiego di mezzi, spesso invasivi, che perde di vista il bene integrale della persona: fare *tutto* il possibile (se questo viene inteso nel senso di utilizzare sempre e comunque tutti i mezzi disponibili) può significare fare *troppo* (cadere cioè in un eccesso che danneggia il paziente). Il secondo rischio è di abbandonare il paziente nel momento in cui viene meno la possibilità di ottenere la guarigione: se non posso guarire, si conclude il mio rapporto con il paziente, non ho più altro da fare per lui. E questa è una conclusione fuorviante. Infatti, se non possiamo guarire, possiamo però alleviare il dolore e la sofferenza e continuare a prenderci cura di quella persona. Il paziente inguaribile non è mai incurabile.

Ma proprio questo è il rischio che il paziente inguaribile corre oggi nella mentalità medica delle nostre società: il rischio dell'abbandono, dovuto all'idea che, appunto, “non c'è più niente da fare” o che “non ne vale la pena”. Un rischio che ha come altra faccia della medaglia l'eutanasia, basata sull'idea che se non c'è più nulla da fare, tanto vale “farla finita”. Sono quindi due logiche che vanno fermamente rifiutate e che le cure palliative combattono efficacemente. L'esperienza dice infatti che la domanda di eutanasia o di suicidio assistito è nella quasi totalità dei casi figlia dell'abbandono terapeutico (e sociale) del malato. Una volta che si sia messa in atto una valida presa in carico multidisciplinare e integrale del paziente e si sia coinvolta positivamente la famiglia nel processo di cura è rarissimo trovarsi di fronte a una richiesta di morte. Le cure palliative rispondono alle cause che sottendono a tale domanda.

A questa fondamentale vocazione al “prendersi cura” occorre che la medicina dia nuovamente respiro, riconoscendone il valore. Occorre uscire dall'equivoco che intende “palliativo” come “inutile” o inefficace. Una confusione che appare dalle resistenze che di fatto ostacolano la pratica e la diffusione delle cure palliative, anche quando se ne afferma l'importanza in linea di principio, magari anche con la promulgazione di leggi, che spesso rimangono inapplicate (come è il caso ad es. della legge n. 38/2010 in Italia: “Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”). L'esperienza clinica e didattica mostra che pochi studenti, sia di medicina sia dei corsi infermieristici, paiono intenzionati a dedicarsi alla cura della persona in prossimità della morte e soprattutto della persona anziana, considerando questo ambito professionale come scarsamente gratificante rispetto a specialità più ambite. Le facoltà delle professioni sanitarie accentuano la preparazione per interventi sulle patologie acute e risulta difficile poi fare i conti con una medicina che prolungando sempre di più la vita, prolunga anche il tempo di

convivenza con la malattia. Viene qui alla luce una grande esigenza di sensibilizzazione e di formazione perché crescano l'attenzione e le competenze per un'attività medica in cui molto può essere ancora esplorato e ricercato, anche per la continua evoluzione delle conoscenze e delle pratiche possibili.

Le cure palliative come impegno collaborativo

Del resto si tratta di un compito che riguarda la nostra società nel suo complesso. Siamo ben consapevoli delle logiche individualistiche e delle forme di discriminazione colpevole che serpeggiano nella cultura contemporanea e da qui, purtroppo, si fanno strada anche nella cultura medica, distorcendo l'etica della relazione medico-paziente e indebolendo l'imperativo etico del prendersi cura. Talvolta ciò accade subdolamente e in modo quasi inavvertito, altre volte, forse, accettiamo senza troppo senso critico un certo modo di fare solo perché diffuso.

Il “prendersi cura” da parte della medicina ha dunque bisogno di un altro passo culturale, non meno importante: quello di tenere conto, sempre, nel suo agire concreto, delle esigenze della dignità umana, di quella dignità che abbiamo detto appartenere in maniera piena ad ogni soggetto umano, in qualunque condizione di esistenza esso si trovi. Il rispetto della dignità umana esige anzitutto il riconoscimento incondizionato della persona umana, al di là di qualunque deriva utilitaristica. Mai una persona è “indegna”, poiché mai viene privata della sua dignità. E questo comporta, in secondo luogo, l'attenzione a tutte le dimensioni della persona malata nella sua globalità, non solo agli aspetti fisici, bensì anche alla dimensione esistenziale. Qui infatti si colloca l'elemento più caratteristicamente umano, che proprio alla fine della vita si rivela come condizione prioritaria, implicando il desiderio di relazione, di accompagnamento, ma anche di significato, di trovare un senso della sofferenza e della morte ormai imminente. Siamo davanti a un compito che comporta la collaborazione di esperti di diverse discipline, le cui molteplici competenze vanno articolate ed integrate.

L'urgenza di porre un'attenzione privilegiata ai malati contrasta in maniera radicale quella “cultura dello scarto” che Papa Francesco non cessa di stigmatizzare. La scelta del “prendersi cura”, qualifica l'umanità. E' un atteggiamento irrinunciabile per il progresso del genere umano. E' in questa capacità di servizio alla persona malata o anziana, che si misura il vero progresso di una società e della stessa arte medica. La parabola evangelica del samaritano che si ferma per venire in aiuto dell'uomo mezzo morto, abbandonato ai lati della strada della vita, è l'icona che le cure palliative possono rivendicare come propria. Senz'altro per il gesto di responsabilità con cui egli si prende cura del malcapitato, ma anche per la rete di collaborazione che il racconto della parabola

mostra come via per prendersi cura e accompagnare il ferito. E ancora per il fatto che questo chinarsi sul sofferente è un atteggiamento che supera le differenze religiose. Il samaritano era appunto ritenuto non conforme alla fede giudaica, anzi forse addirittura un nemico di quella fede. Quindi qui il vangelo ci sollecita a superare quanto nelle convinzioni religiose può ostacolare un impegno condiviso a favore dell'uomo, soprattutto in situazione di fragilità e di sofferenza.

Il movimento delle cure palliative mostra il “prendersi cura” della persona malata anche con il coinvolgimento di coloro che sono legati a lei, con rapporti familiari o di amicizia. Si tratta quindi di realizzare una larga alleanza di cura, in campo medico, ma anche nell'intera società e tra soggetti con diverse visioni del mondo e appartenenze religiose. E' il modo di agire virtuoso che risponde con autentica umanità ai bisogni della persona malata e sofferente. E' quell'alleanza di cura, che chiamerei alleanza d'amore, che da più parti ormai viene richiamata. Si tratta di una piccola rivoluzione medica “moderna”.

Il Progetto PAL-LIFE

La Chiesa Cattolica guarda al carisma che anima le cure palliative con grande speranza, riconoscendo in esse un potenziale di bene per l'intera umanità. Il Catechismo della Chiesa Cattolica afferma che: “Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate” (n. 2279). Potremmo quasi dire, ispirandoci anche alla tradizione di santità della comunità ecclesiale, lasciandoci ispirare dalla testimonianza di figure come Madre Teresa, che accompagnare chi muore sarebbe da includere nel novero delle opere di misericordia corporale, ancor più che seppellire i morti. Ci rendiamo tuttavia conto che, nella pratica, sono veramente pochi coloro che riescono ad accedervi. Non solo nell'Occidente di tradizione cristiana, ma anche nei Paesi di più recente evangelizzazione, la Chiesa cattolica, così come le altre confessioni cristiane, coprono a tutt'oggi una fetta importante dell'assistenza sanitaria nelle sue più svariate forme, inclusa quella della cura di persone ammalate nella fase avanzata o terminale.

La Pontificia Accademia per la Vita ha avviato da quasi tre anni un progetto specifico alle cure palliative, denominato Pal-life. Esso è nato per dare seguito alle parole che papa Francesco ha rivolto ai partecipanti alla XXII Assemblea Generale della Accademia, in cui si era affrontato il tema “Assisting the Elderly and Palliative Care”. Il Santo Padre manifestò il suo apprezzamento per diffondere le cure palliative e diceva: “Incoraggio i professionisti e gli studenti a specializzarsi in questo tipo di assistenza che non possiede meno valore per il fatto che “non salva la vita”. Le cure palliative realizzano qualcosa di altrettanto importante: valorizzano la persona. Esorto tutti coloro

che, a diverso titolo, sono impegnati nel campo delle cure palliative, a praticare questo impegno conservando integro lo spirito di servizio e ricordando che ogni conoscenza medica è davvero scienza, nel suo significato più nobile, solo se si pone come ausilio in vista del bene dell'uomo, un bene che non si raggiunge mai "contro" la sua vita e la sua dignità. È questa capacità di servizio alla vita e alla dignità della persona malata, anche quando anziana, che misura il vero progresso della medicina e della società tutta. Ripeto l'appello di san Giovanni Paolo II: «Rispetta, difendi, ama e servi la vita, ogni vita umana! Solo su questa strada troverai giustizia, sviluppo, libertà vera, pace e felicità!»

Pertanto, nel marzo 2017, la Pontificia Accademia per la Vita avvia il Progetto PAL-LIFE, istituendo un Gruppo di Studio internazionale, che potesse supportarla nelle iniziative a favore dello sviluppo e diffusione delle cure palliative nel mondo e della promozione di una cultura di accompagnamento delle persone in prossimità della morte (anche se va ribadito che le cure palliative non si limitano alla fase conclusiva della vita). Il progetto è così proseguito con tappe successive, fino alla pubblicazione di un libro bianco "White Paper for global palliative care advocacy", attraverso cui l'Accademia intende:

- promuovere una maggiore sensibilità delle realtà ecclesiali sulla necessità di sviluppare buone cure palliative nelle diverse aree del mondo;
- stimolare l'attenzione delle realtà sociali e culturali extra-ecclesiali sul significato e la pratica delle cure palliative;
- porsi come interlocutore delle istituzioni accademiche e delle realtà scientifiche, nella promozione delle cure palliative nel mondo;
- promuovere, ai diversi livelli, il dialogo e la cooperazione tra i diversi soggetti coinvolti nella realizzazione di progetti concreti di cure palliative.

Sono state diverse le attività svolte per fare conoscere il progetto e il libro bianco:

- la cooperazione, patrocinata dalla Pontificia Accademia per la Vita, tra l'Associazione "Pallium India" e la Catholic Health Association of India per la concreta implementazione delle cure palliative in tutte le strutture assistenziali cattoliche dell'India;
- diversi eventi internazionali, tra cui: a Houston, negli Stati Uniti nel 2018; a Doha, in Qatar nel 2019; a Roma nel 2018 e a Milano nel 2019; in Brasile nel maggio 2019; a fine settembre 2019 in Rwanda per affrontare il tema nel continente africano.

3. No all'eutanasia, al suicidio assistito e all'«accanimento»

È solo dopo aver insistito sulla prossimità responsabile verso le persone malate, in particolare quando affette da patologie inguaribili, e sulle forme programmatiche e integrate che l'accompagnamento deve assumere nei loro confronti, che desidero dire una parola sulla questione dell'eutanasia e del suicidio assistito. Penso infatti che sia non solo imprudente, ma decisamente fuorviante, affrontare tale tema prima di aver chiarito l'esigenza di un contesto di cura valido e integrale, che esclude ogni abbandono del paziente. Solo a questo punto può essere fatto un discorso equilibrato sulla valutazione della proporzionalità dei trattamenti da somministrare al malato.

Infatti per operare una tale valutazione occorre considerare due ordini di fattori. Sul primo ordine hanno competenza i medici: esso riguarda le caratteristiche proprie dei trattamenti e l'accertamento della loro appropriatezza clinica. Il secondo dipende invece dalla persona malata, senza la cui valutazione non si può porre un giudizio di proporzionalità: a lei spetta la parola decisiva su ciò che concerne la propria salute e gli interventi medici sul proprio corpo. Se ciò non avviene, essa non è più riconosciuta come soggetto delle cure, ma ridotta a oggetto di cui si dispone. Saranno quindi necessari un'informazione il più possibile completa, una comunicazione aperta e un dialogo collaborativo sia con l'*équipe* curante, sia con le persone care che accompagnano il malato. Dunque, le cure, anche se fossero appropriate clinicamente, potrebbero risultare in alcuni casi sproporzionate, qualora la persona malata non le ritenesse sostenibili nelle circostanze in cui si trova. Astenersi o sospendere tali cure è, a questo punto, non solo possibile, ma, come dice papa Francesco, «doveroso» (discorso alla WMA-PAV, 17 novembre 2017). È quindi la persona malata che in questo percorso riveste il ruolo principale. Lo dice con chiarezza il Catechismo della Chiesa Cattolica: «Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità» (n. 2278). È anzitutto lui che ha titolo, ovviamente in dialogo con i medici, di valutare i trattamenti che gli vengono proposti e di giudicare sulla loro effettiva proporzionalità nella situazione concreta, rendendone doverosa la rinuncia qualora tale proporzionalità fosse riconosciuta mancante.

Ora tale ruolo dirimente attribuito alla persona malata nel valutare e nel decidere quanto riguarda la proporzionalità delle cure è un principio tanto semplice da affermare in teoria, quanto difficile da interpretare nella pratica. Difficoltà che cresce, in particolare, quando la persona non è più in grado di esercitare la propria competenza decisionale. È in tale frangente che le Dichiarazioni anticipate di trattamento possono fornire all'*équipe* curante una valida indicazione sulla volontà dell'ammalato. Naturalmente occorre che esse vengano raccolte con le dovute attenzioni. Prima fra tutte, la qualità della comunicazione che dovrebbe caratterizzare il dialogo nel percorso che conduce alla loro formulazione. Occorre evitare di ridurre le Dichiarazioni a un atto burocratico, avulso dal

contesto medico-sanitario e privo del conveniente accompagnamento in un clima di reciproca fiducia.

Anche qui vale pertanto il forte richiamo alla *prossimità amorevole* di cui ci ha parlato il Santo Padre. Una prossimità che è da leggersi non in un'ottica paternalista né in contrasto con l'autonomia. Anzi l'autonomia conserva un ruolo centrale, e tuttavia dobbiamo riconoscere che all'autonomia vengono attribuiti diversi significati: essa non va a mio avviso considerata in una prospettiva individualista e astratta, ma piuttosto relazionale e concreta. Da una parte infatti la vita e la libertà sono sempre intessute di relazioni con gli altri: non sono mai del tutto privatizzabili, come se riguardassero un individuo isolato, quasi non avesse legami con i suoi familiari e con una cerchia più ampia di esseri umani. Dall'altra, la libertà è sempre condizionata da molti vincoli interni e pressioni esterne, soprattutto quando ci si trova – o ci si proietta anticipatamente – nella sofferenza della malattia, che rende più fragili e vulnerabili. Del resto, sappiamo che anche la parola “dignità” può rivestire significati diversi: può essere interpretata in chiave relazionale, nel solco della tradizione del pensiero europeo di cui Kant costituisce un esempio insigne, oppure secondo una visione tesa a difendere l'individuo dalle intrusioni del potere costituito, mettendo l'accento più sull'autodeterminazione che sulla responsabilità. Quello che ritengo molto importante è che non si interrompa il dialogo tra queste due prospettive. Ed è nostra convinzione che la linea più promettente in cui si potrà trovare una comune radice è quella che riconosce la costitutiva relazionalità degli esseri umani e l'esigenza di reciproco riconoscimento che è alla base della umana convivenza.

In ogni caso, proprio per consentire alla persona di esprimere in modo più autentico la propria autonomia (relazionale), è compito di tutti accompagnare e sostenere chi soffre così come è reso possibile dall'approccio delle cure palliative sopra descritto. [In questa prospettiva potrebbero essere superate espressioni come “sospendere i trattamenti” (peggio ancora “staccare la spina”) in favore di termini più capaci di indicare che le “cure continuano”, adottando protocolli sostenibili e trattamenti non inutilmente invasivi, modulando gli atti di cura secondo le effettive esigenze della persona e le fasi concrete del decorso della sua malattia. Nei casi particolarmente controversi o di perdita della competenza decisionale del malato, poi, il parere di un Comitato etico ospedaliero indipendente potrebbe fornire un aiuto prezioso nella ricerca della decisione da assumere. Naturalmente questo richiede una valida formazione e un approccio organizzativo consapevole dello modo in cui si svolge la pratica clinica.]

Occorre quindi distinguere tra sospensione di cure sproporzionate (non solo legittima ma doverosa) e l'eutanasia (che è invece illecita), cioè tra accettare la morte e cagionarla intenzionalmente. A questo secondo caso si può accumunare il suicidio assistito, in cui il medico

pur non intervenendo in prima persona per abbreviare la vita, fornisce tuttavia all'ammalato i mezzi, conoscitivi e operativi, per procurarsi (autonomamente) la morte. Una tale partecipazione al corso di azioni che la persona malata chiede di intraprendere, implica la condivisione dell'intenzione di togliersi la vita (nei termini della morale tradizionale, si tratta di cooperazione formale a un atto illecito).

Occorre quindi riflettere con attenzione sulle domande che si pongono nel caso del suicidio medicalmente assistito, perché la loro portata va ben oltre la dimensione privata, individualisticamente intesa, e investe la sfera pubblica, l'alleanza tra società e professione medica. Come può infatti abbreviare la vita (o anche "solo" cooperarvi) chi ha ricevuto l'incarico di curare la salute e di agire sempre per la difesa del diritto umano fondamentale che la sua tutela costituisce? Che impatto può avere sul rapporto di fiducia tra medico e persona malata? E anche qualora ci si volesse basare su una autodeterminazione intesa in senso radicale non si finirebbe per contraddire nella pratica quanto si afferma in teoria? Infatti, sapendo quanto sia vulnerabile la libertà nelle situazioni concrete di sofferenza, come ben illustrano le traversie del consenso informato, si giungerebbe a una conseguenza altamente problematica: quella di legittimare decisioni fortemente condizionate da fattori esterni (sociali) o interni (psicologici), e quindi non effettivamente autonome, e per di più irreversibili, poiché l'esito è la morte. Di fronte a questa situazione, il fatto che alcuni pur capaci di esercitare la loro libertà di scelta in modo più compiuto (che rappresentano in concreto una frazione minoritaria) siano privati di questa opzione non sarà forse meno rilevante rilevanza, visto il valore fondamentale che è in gioco? Anche perché il fatto di rimanere in vita, certo nel contesto di cure proporzionate, non lascia la possibilità di rivedere le convinzioni cui si erano appellati (queste sì reversibili), alla luce di nuovi spunti di senso che possono scaturire dall'incontro con gli altri.

Certamente queste domande, e altre che potremmo aggiungere, guardando anche al progressivo dilatarsi delle situazioni per cui vengono legittimati il suicidio assistito o l'eutanasia nei paesi in cui sono stati legalmente ammessi, sono oggetto di dibattito da lungo tempo. In conclusione vorrei ribadire l'urgenza di inserirle in un contesto di nuova vicinanza a chi è debole, particolarmente a chi deve affrontare l'ultima tappa della vita nel passaggio della morte. Per la pastorale cristiana poi, è importante interrogarsi sul perché si è rarefatta la predicazione sulle realtà ultime, che pongono la morte in una diversa luce rispetto a quella prevalente in una cultura riduttivamente tecnologica. Sono convinto che vi è un colpevole "indebolimento della predicazione del Vangelo della morte, risurrezione e vita eterna. È divenuto sempre più raro, purtroppo, ascoltare la predicazione sugli eventi ultimi della vita e sul mistero della vita oltre la morte" (*Sorella morte*, p. 217). Le nostre società sono più povere di parole sul mistero della morte, e con esso, anche sul

senso della stessa esistenza umana. Preferisco non parlare più della morte come fine della vita. Il compito culturale e spirituale a cui siamo chiamati è quindi di dare al morire un significato più ampio e più integralmente umano e a renderne testimonianza nelle scelte personali e di società che in nostro tempo ci chiede di affrontare.