

Il principio di prudenza terapeutica. Oltre le distinzioni ordinario-straordinario e proporzionato-sproporzionato

PABLO REQUENA MEANA

Facoltà di Teologia, Dipartimento di Teologia Morale, Pontificia Università della Santa Croce, Italia

Corrispondenza: Pablo Requena Meana, Facoltà di Teologia, Dipartimento di Teologia Morale, Pontificia Università della Santa Croce, Piazza di Sant'Apollinare 49, 00186 - Roma, Italia; e-mail: requena@pusc.it

Ricevuto il 9 marzo 2019; Accettato il 27 maggio 2019

RIASSUNTO

La questione sull'obbligo di impiegare o di non impiegare un mezzo terapeutico, era tradizionalmente risolta definendo obbligatori i mezzi che si consideravano ordinari, e invece non obbligatori quelli che si consideravano straordinari. Dopo le critiche ricevute da questo tentativo di risposta si è provato a risolvere diversamente la questione suddividendo le opzioni terapeutiche in proporzionate e sproporzionate. In questo articolo si tenta di mostrare come le due distinzioni non siano equivalenti e come, anche se necessarie, non siano sufficienti per il buon agire medico. Si deve pertanto sempre ricorrere alla prudenza terapeutica per fornire ad ogni paziente la migliore opzione medica personalizzata.

ABSTRACT

The principle of therapeutic prudence. Beyond the ordinary-extraordinary and proportionate-disproportionate distinctions.

Traditionally, the question of whether it is obligatory to use a particular therapeutic means was resolved by considering the use of ordinary therapeutic means as obligatory while the use of extraordinary therapeutic means was considered non-obligatory. Following criticism, this distinction has since shifted to the consideration of proportionate versus disproportionate therapeutic means as a way of resolving the question. In this article we intend to show that the two distinctions are not equivalent, and though necessary, are insufficient to qualify good medical action. Therapeutic prudence remains indispensable for identifying the best medical option for each patient.

Parole chiave: mezzi ordinari, proporzionalità delle cure, prudenza terapeutica.

Key words: ordinary means, proportionality of treatment, therapeutic prudence.

1. Distinzioni valide ma insufficienti

Se i casi di Alfie Evans e di Charlie Gard ci hanno insegnato qualcosa è che, nei di-

scorsi sull'obbligo morale di trattare la malattia, soprattutto quando questa è grave, c'è bisogno di un discernimento sereno e approfondito che tenga presente tutti gli elementi

moralmente significativi del caso, in modo tale da poter arrivare a una decisione adeguata. Nella maggior parte dei commenti che sono apparsi su casi del genere, questo tipo di valutazione è mancata perché non si poteva avere l'accesso alla cartella clinica dei pazienti e pertanto, era impossibile prendere in considerazione e quindi valutare tutti i dati delle situazioni specifiche. Inoltre, si è anche percepita una visione morale alquanto povera, che sembra non vedere oltre i concetti di "accanimento terapeutico" ed "eutanasia" (per omissione).

In questo articolo vorrei fare come Gerald Kelly quasi settanta anni fa: proporre qualche riflessione per continuare il dialogo sul tema della limitazione terapeutica, altra faccia della medaglia dell'obbligatorietà della cura della vita e della salute. L'idea è quella di valutare ancora più approfonditamente la virtù della prudenza terapeutica, cioè quello spazio di discernimento nel quale la persona deve decidere qual è il miglior modo di procedere nella situazione concreta riguardo alle scelte su iniziare, continuare o interrompere certe terapie, incluse quelle salvavita. In questo percorso si tenterà di mostrare come la distinzione classica tra mezzi ordinari e straordinari di cura, e quella più recente tra mezzi proporzionati e sproporzionati, siano ancora valide, ma non sufficienti per affrontare la grande complessità della Medicina moderna. Potremmo dire, avvalendoci di una similitudine, che la diversità delle situazioni e la sua valutazione etico-medica assomigliano di più allo spettro visibile della luce, dove troviamo una gamma inesaurevole di tonalità tra il rosso e il violetto, piuttosto che a due segnali stradali, uno di obbligatorio e l'altro di illecito.

È vero che in ogni situazione concreta bisogna arrivare a una decisione sul fare o sul non fare una determinata azione o sull'aver o non avere un determinato atteggiamento, ma questo non significa che dietro a queste scelte ci sia sempre lo stesso grado di impegno morale, e meno ancora, la stessa facilità nello scegliere il modo di arrivare alla soluzione più adeguata. In non poche situazioni è relativamente facile usare le categorie "obbligatorio" e "illecito", ma non sempre è così. Si pensi, ad esempio, a un ragazzo in buona salute a cui viene diagnosticata una appendicite acuta: pochi negherebbero l'obbligo morale di realizzare una appendicectomia. Se questa non fosse eseguita, il ragazzo infatti molto probabilmente morirebbe per le complicanze dell'evento acuto. In questo caso, si dovrebbe attribuire la responsabilità della morte a chi ha deciso di non operare, sapendo quale sarebbe stato l'esito di tale decisione.¹ Allo stesso modo, nessuno porterebbe in sala operatoria un paziente anziano con una Sindrome da disfunzione multiorgano per rimuovere un nodulo carcinomatoso del polmone. Si tratterebbe chiaramente di un trattamento futile per quel paziente, e del tutto inopportuno.

Il problema è che nella prassi medica odierna raramente si presentano questi casi appena menzionati, ma piuttosto tanti altri in cui non è per niente chiaro il dovere morale di agire o di non agire. C'è appunto bisogno di una decisione prudente.

¹ In questo caso, non si dovrebbe nemmeno parlare di eutanasia perché difficilmente questo tipo di omissione si sceglie "per evitare ogni dolore". Sarebbe più appropriato parlare semplicemente di omicidio.

2. Tesi della non equivalenza morale tra straordinario e sproporzionato

L'obbligatorietà delle cure è tradizionalmente collegata alla distinzione tra mezzi ordinari e mezzi straordinari, che apparsa nel secolo XVI all'interno della Scuola di Salamanca, si è poi estesa a tutto l'ambito della Teologia cattolica. Il nucleo di questa indicazione morale si trova nella consapevolezza della necessità di curare la vita e la salute, in quanto doni di Dio, senza però considerarli come se fossero i beni assoluti dell'esistenza umana. Si tratta, pertanto, di un dovere morale relativo, che comporta l'uso dei "mezzi ordinari", cioè quelli che hanno una certa probabilità di riuscita e non suppongono un grave onere per la persona. I mezzi che non rientrano in questa categoria, perché la possibilità di successo è molto bassa oppure perché sono molto gravosi per il malato, si considerano "mezzi straordinari", e pertanto, non obbligatori.²

Il Magistero pontificio ha fatto suo questo modo di impostare la questione con Pio XII, nel discorso del 24 novembre 1957, su alcune questioni relative alla rianimazione. In quell'occasione il pontefice affermò che il dovere morale di conservare la vita e la salute «non obbliga, generalmente, che all'impiego dei mezzi ordinari (secondo le circostanze di persone, di luoghi, di tempi, di cultura), vale a dire dei mezzi che non comportano alcun carico straordinario per se stessi o per gli altri». Non molti anni do-

po, nel 1980, la Dichiarazione sull'eutanasia (*Iura et bona*) della Congregazione per la Dottrina della Fede ricordava questa dottrina, e cioè che «non si è mai obbligati all'uso dei mezzi 'straordinari'»; ma subito dopo aggiungeva: «oggi però tale risposta, sempre valida in linea di principio, può forse sembrare meno chiara, sia per l'imprecisione del termine che per i rapidi progressi della terapia. Perciò alcuni preferiscono parlare di mezzi 'proporzionati' e 'sproporzionati'».

La redazione del testo della Dichiarazione può facilmente indurre a considerare le due coppie di termini come sinonimi, e infatti sono in molti a usarli in questo modo. Quando però si approfondisce il loro significato si scopre che dietro a queste parole si possono trovare delle sfumature diverse, tanto da far pensare che l'equivalenza potrebbe confondere più che chiarire. Nei testi del Magistero non ci sono particolari definizioni dei termini che possano dirimere la questione sulla portata specifica di ogni parola: questi documenti impiegano i diversi termini per offrire un principio morale generale, a livello formale, che certamente non cambia con la terminologia, ma che si arricchisce di alcune sfumature.

Calipari è uno dei pochi autori che offre nel suo testo una proposta di sistematizzazione nell'uso dei termini. Nel suo libro, che è di riferimento per tutto questo tema, propone il "principio di adeguatezza etica nell'uso dei mezzi di conservazione della vita". Prima di affrontarlo però l'autore fa un chiarimento su quello che lui stesso definisce una "terminologia coerente". Egli dunque sostiene, dopo un'attenta analisi dei testi in cui le due diadi venivano impiegate, la presenza di alcune specificità terminologiche,

² Per una presentazione storica consultare Cronin [1] e Calipari [2]. Nel secondo, oltre agli autori del passato, si offre un'analisi dell'uso di queste categorie da parte del Magistero recente della Chiesa.

che permettevano di utilizzare le coppie di termini senza doverli considerare equivalenti o alternativi. In questo modo riserva la qualificazione di proporzionato (o sproporzionato) «all'uso di un mezzo di conservazione della vita (non importa se diagnostico, terapeutico, palliativo, di assistenza, naturale, artificiale, ecc.) considerato nella *prima fase* di questo dinamismo valutativo, quella cioè in cui devono essere analizzati in prevalenza gli elementi di carattere tecnico-medico, i quali maggiormente si prestano ad una valutazione oggettiva, indipendentemente dalla soggettività del paziente».³ Si tratta cioè di quella prima valutazione fatta dall'equipe medica che determina se un certo intervento sia o non sia adeguato al raggiungimento del fine terapeutico prefissato. Per quanto riguarda invece la diade ordinario-straordinario, propone di riservarla all'uso di un mezzo di conservazione della vita «la cui elaborazione spetta principalmente al paziente», il che implica il carattere prevalentemente soggettivo di questa valutazione. Questa proposta di Calipari è certamente legittima, anche se sembra forzare un po' i termini, giacché nella tradizione e nell'uso che ne ha fatto il Magistero, le due diadi tengono conto sia degli elementi oggettivi che soggettivi del caso, associati invece in modo prevalente in questa proposta rispettivamente alla prima e alla seconda diade.

Nell'interessante contributo di Haas sull'uso del termine “proporzionalità terapeutica” nei documenti del Magistero, dopo aver segnalato che la coppia ordinario-stra-

³ Prima delle tre fasi che compongono il processo di valutazione dell'adeguatezza etica. Le altre due sono: la valutazione della “ordinarietà” e la sintesi classificatoria [2, pp. 152-164].

ordinario veniva utilizzata nella tradizione morale in riferimento anche ad aspetti oggettivi, e non soltanto soggettivi legati al malato, sembra abbracciare l'idea che le due paia di termini non siano sinonimi. Fonda questa tesi su un argomento linguistico e su un altro più contenutistico. Il primo è il riferimento al n. 2278 del *Catechismo della Chiesa Cattolica*, in cui egli nota un uso differenziato dei termini “straordinario” e “sproporzionato” per l'inserimento tra i due della congiunzione: “o”.⁴ Poi legge anche in questo senso il discorso di S. Giovanni Paolo II del marzo 2004 sulla necessità in linea di principio di continuare la nutrizione e l'idratazione nei pazienti in stato vegetativo. Comunque, lo stesso autore ammette che «è difficile sapere se nel discorso originario (...) i qualificatori ordinario e proporzionato siano usati come sinonimi (...) oppure se ‘ordinario’ fosse usato per riferirsi all'elemento soggettivo della gravosità e ‘proporzionato’ fosse usato per riferirsi all'elemento di un giudizio oggettivo relativo ad un intervento che avesse raggiunto lo scopo terapeutico desiderato».⁵

⁴ «L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima».

⁵ «La somministrazione di acqua e cibo, anche quando avvenisse per vie artificiali, rappresenta sempre un mezzo naturale di conservazione della vita (...). Il suo uso pertanto sarà da considerarsi, in linea di principio, ordinario e proporzionato, e come tale moralmente obbligatorio, nella misura in cui e fino a quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che nella fattispecie consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sofferenze» [2, pp. 147-148].

3. Una variante nel modo di capire la diade

Condividendo pienamente la diversa sfumatura delle due coppie di termini in rapporto al loro contenuto oggettivo-soggettivo, vorrei proporre qui la tesi della loro non equivalenza, prendendo però come criterio discriminante non tanto quello appena menzionato, ma piuttosto ciò che caratterizza il nucleo morale dell'obbligatorietà del mezzo. Si tratta di una proposta che offre un modo coerente di capire i diversi termini, e che appare compatibile con l'uso che la tradizione ha fatto del binomio ordinario-straordinario, e con le indicazioni del Magistero sull'altra diade proporzionato-sproporzionato. Inoltre appare più aderente al significato delle parole, anche se vengono impiegate in senso tecnico, e offre un quadro formale chiaro che permette di rispondere non solo alle questioni inerenti l'obbligatorietà, ma anche a quelle sulla convenienza dell'uso di certi mezzi terapeutici.⁶

In sintesi, si potrebbe spiegare così:

- i mezzi ordinari sono [sempre] obbligatori;
- i mezzi straordinari sono opzionali;
- i mezzi proporzionati (ordinari o straordinari) sono leciti;

- i mezzi sproporzionati sono [sempre] illeciti.

Questo modo semplificato di spiegare i termini parte dal nucleo della dottrina tradizionale, e cioè, dalla tesi che i mezzi considerati ordinari sono obbligatori. Su questo punto tutti, o quasi, sono d'accordo.⁷ L'omissione volontaria di un mezzo terapeutico ordinario si configura come abbandono terapeutico, e potrebbe profilarsi come eutanasia (per omissione).⁸ Per quello che riguarda i mezzi straordinari c'è nella proposta un certo distacco rispetto alla tradizione morale, che sosteneva che un mezzo straordinario poteva essere obbligatorio *per accidens* [3, p. 206]. Qui ci sembra di scoprire un certo fisicismo, che non riesce a disgiungere la realtà fisica del mezzo dal suo significato morale nel caso concreto, che valuta invece il rapporto tra il mezzo e il paziente in quelle condizioni. Dal punto di vista morale, però, anche il cibo può essere un mezzo straordinario quando, come spiegava già Francisco de Vitoria nel XVI secolo, «la depressione dell'animo è così grande e la capacità di appetito così diminuita che solo con un grandissimo sforzo e quasi come sottoponendosi ad una tortura il malato può assumer[lo]». ⁹ Invece dire che un mezzo sia straordinario non vuol di-

⁶ Si ricorda che l'uso che ha fatto la tradizione morale, come quello che qui proponiamo, è un uso "tecnico" della terminologia, che non corrisponde esattamente al suo significato e uso abituale in italiano (come succede anche per le altre lingue). In questa proposta il termine "sproporzionato" acquista un senso più stretto di quello volgare, perché implica futilità, e perciò illiceità. Qualcosa di simile però accade per il termine "ordinario", che nell'uso comune non implica obbligatorietà, come invece capita nel suo uso tecnico assunto nella tradizione morale.

⁷ In realtà non tutti, perché Kelly nel suo famoso articolo del 1950 ipotizza l'idea di mezzi ordinari che non sarebbero obbligatori, come l'uso di stimolanti per prolungare brevemente la vita del malato [3, p. 218]. Qui si percepisce un problema nel modo di considerare l'ordinarietà molto più legato al mezzo che al rapporto tra il mezzo e il soggetto concreto. Su questo torneremo più avanti.

⁸ Questo senso viene impiegato dal discorso di S. Giovanni Paolo II appena citato di marzo 2004.

⁹ *Relectione Theologicae*, Lugduni 1587, *Relectio de Temperantia* n. 1 [2, p. 40].

re che non si debba fare, ma semplicemente, che non è obbligatorio: questo è anche un dato assodato negli autori classici. Pertanto, tra i mezzi straordinari ve ne sono alcuni in cui c'è proporzione tra l'onere della procedura e i prevedibili obiettivi che si pretendono avere; e per questo motivo, sono da considerarsi mezzi leciti anche se non obbligatori.

Passando adesso all'altro binomio, e tenendo presente quanto appena esposto, possiamo sostenere che mezzo proporzionato non significa mezzo obbligatorio, ma mezzo ragionevole,¹⁰ mentre quello sproporzionato risulta sempre illecito, proprio perché senza proporzionalità (morale) tra quello che si vuole ottenere e l'onere dei mezzi impiegati. Il mezzo sproporzionato si associa pertanto a quello che abitualmente viene inteso come "accanimento terapeutico" e, che in ambito clinico, viene definito con il termine di futilità [4; 5].

Calipari nel presentare i mezzi sproporzionati scrive che, in linea di principio, dovrebbero considerarsi moralmente illeciti, ma dopo aver fatto una sistematizzazione di tali mezzi in tre gruppi, ammette che – almeno in teoria – si sarebbe potuto prevedere un'eccezione a questa norma nel caso in cui il suo impiego fosse l'unica possibilità per adempiere a dei doveri morali gravissimi. Questo fatto nella nostra proposta

non accadrebbe, perché la condizione che obbligherebbe ad impiegare un mezzo "sproporzionato" renderebbe lo stesso proporzionato, giacché ci sarebbe, appunto, proporzione tra l'impiego di questo mezzo, che in altre circostanze sarebbe considerato immorale, e il fine ricercato, che in questo caso non sarebbe clinico, ma personale, e comunque rilevante per la valutazione morale. Un esempio di questo caso potrebbe essere quello della situazione in cui si preferisce continuare una terapia che non si considera più adeguata alla situazione clinica, ma che può mantenere in vita il paziente permettendogli di salutare un familiare che proviene da lontano prima di morire.

In questo frangente è importante sottolineare che nella valutazione della convenienza o addirittura dell'obbligatorietà dell'uso dei mezzi terapeutici ci potranno essere situazioni in cui la diversa sensibilità del medico e del paziente (o della famiglia) arrivino a delle conclusioni diverse, non coincidendo nella valutazione di ciò che significa abbandono terapeutico o accanimento in una singola situazione. In questi casi bisogna promuovere in linea di massima la libertà e la coscienza delle due parti. Il paziente potrà sempre rifiutare quei mezzi che non considera adeguati, come anche previsto dalla legge in molti paesi. Il malato dovrebbe però anche poter accedere a quei mezzi offerti dalla Medicina avanzata, anche nel caso in cui i risultati fossero prevedibilmente scarsi o nulli, e ritenuti non adeguati dal proprio medico. Le condizioni da assicurare dovrebbero essere che, da una parte il trattamento terapeutico abbia un sufficiente fondamento medico, e che non sia palesemente futile, e dall'altra, che

¹⁰ Anche se l'impostazione è diversa, come abbiamo detto prima, Calipari arriva a questa conclusione sui mezzi proporzionati. Scrive: «non vi è dubbio che l'uso di un tale mezzo non potrà mai essere considerato illecito (se non per ragioni estrinseche), poiché rappresenta un mezzo tecnicamente adeguato al raggiungimento di un fine buono (...); di conseguenza, esso risulterà per il paziente eticamente obbligatorio oppure facoltativo» [2, p. 165].

non causi un'ingiustizia ad altri (considerando l'intero sistema pubblico sanitario) consumando risorse scarse che invece si sarebbe potuto impiegare più efficacemente per altri malati. Da parte sua, il medico dovrebbe accettare il rifiuto di certe terapie da parte del paziente, sempre che non si configurino, secondo la buona prassi medica, come abbandono terapeutico e allo stesso tempo dovrebbe poter rifiutarsi di offrire delle prestazioni da lui non considerate adeguate, spiegando le motivazioni al paziente e lasciandolo libero di affidarsi ad un altro curante disposto a seguirlo.

4. Compatibilità della proposta con l'uso precedente delle distinzioni

La proposta appena elaborata è del tutto compatibile con gli autori antichi. Domingo Báñez (+1604), ad esempio, nel suo commento alla q. 65 della II-II della *Summa Theologica* di S. Tommaso, alla questione riguardo l'obbligo morale di sottoporsi ad una amputazione per salvare la propria vita, risponde in questo modo: «Sembrirebbe di sì, poiché è tenuto a conservare la propria vita attraverso mezzi ordinari a tal fine e proporzionati; ora, l'amputazione di un membro è un mezzo proporzionato per conservare la vita, dunque si è obbligati a subire la mutilazione. In risposta, ecco la prima conclusione. Egli non è tenuto a questo, parlando in assoluto. E la ragione è che, quantunque l'uomo sia obbligato a conservare la propria vita, non è tenuto [a farlo] attraverso mezzi straordinari, bensì mediante cibi e vestiti comuni, sostanze medicinali comuni, un dolore per così dire comune ed ordinario; quindi, non

mediante un certo dolore straordinario ed orribile, neanche attraverso spese che risultino straordinarie in proporzione allo stato di tale uomo».¹¹ Certamente quindi in questo caso si può fare l'intervento, in quanto proporzionato e ragionevole, ma non sarebbe obbligatorio.

Per quanto riguarda i testi Magisteriali non sembra che l'uso fatto dei termini sia incompatibile con la proposta da noi realizzata. Senza pretendere un'analisi esaustiva di questi testi, ne presentiamo due significativi: uno di S. Giovanni Paolo II e l'altro di papa Francesco. Nell'enciclica *Evangelium vitae*, che privilegia il binomio proporzionato-sproporzionato rispetto a quello ordinario-straordinario, si legge al n. 65: «Si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e di farsi curare, ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte». Come ha segnalato giustamente Haas: «In questo passaggio non è chiaro se l'intenzione fosse di usare i qualificatori 'straordinario' e 'sproporzionato' come sinonimi o se Giovanni Paolo II volesse spiegare che trattamenti continui potevano essere limitati perché troppo gravosi sul paziente o perché le condizioni dello stesso davano poche o nessuna speranza di miglioramento» [6, p. 146]. Qualcosa di si-

¹¹ D. Báñez, *Scholastica Commentaria in partem Angelici Doctoris S. Thomae*, in II-II, q. 65, a. 1 [2, p. 46].

mile si potrebbe dire sui testi in cui si afferma che i mezzi “ordinari e proporzionati” sono moralmente obbligatori.¹²

Nel discorso di Papa Francesco, indirizzato al Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, in occasione del *Meeting Regionale Europeo della “World Medical Association”* (16 novembre 2017) sulle questioni del “fine-vita”, si trovano alcuni elementi interessanti. Da una parte non vengono impiegati i termini ordinario-straordinario, il che si può capire – secondo quanto proposto da questo articolo – perché l’interesse era più focalizzato sulla “soglia superiore” del dovere di curare la vita piuttosto che su quella inferiore. Inoltre, quando il Santo Padre parla dei trattamenti che vengono proposti, spiega che il paziente dovrà fare una valutazione «sulla loro effettiva proporzionalità nella situazione concreta, rendendone doverosa la rinuncia qualora tale proporzionalità fosse riconosciuta mancante» [7]. In questo testo è evidente che se una terapia si considera sproporzionata non soltanto non c’è nessun obbligo morale di seguirla, ma addirittura vi si deve rinunciare. In questo frangente si può notare un approfondimento rispetto al Magistero precedente espresso dalla Dichiarazione *Iura et bona*, meno esplicito, nell’affermare che «nell’imminenza di una

morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all’ammalato in simili casi». Il modo di concepire la sproporzione del discorso di Papa Francesco è molto lontano dal concetto di straordinarietà utilizzato dalla tradizione.

Rimane ancora una questione da affrontare: che cosa succederebbe se il termine ordinario fosse utilizzato come sinonimo di proporzionato? Oppure – formulata in modo diverso – se si considerasse obbligatorio il mezzo proporzionato? Dal punto di vista logico il termine straordinario diverrebbe sinonimo di sproporzionato, perché nel modo di capire queste categorie *tertium non datur*. In questo caso rimarrebbe poco spazio per la scelta terapeutica, visto che si sarebbe confinati tra l’obbligatorio e l’illecito, oppure si dovrebbe ammettere la necessità ragionevole dell’impiego di mezzi sproporzionati. In questo modo ci si troverebbe di fronte ad una concezione teorica in cui ci sarebbe il dovere di far tutto il possibile per conservare la vita fino a un certo punto, oltre il quale ciò che sarebbe tentato risulterebbe immorale, oppure un’eccezione alla regola. Questa visione, però, oltre ad essere molto lontana della pratica clinica odierna, più rivolta all’intervento terapeutico, addosserebbe ai medici una responsabilità enorme al momento di decidere quali mezzi proporre, e inoltre lascerebbe poco, per non dire nessun spazio, di decisione al paziente.

Possiamo trovare il problema dell’uso dei due termini della diade come fossero sinonimi nell’ultima edizione delle *Ethical*

¹² Per esempio, nel discorso di S. Giovanni Paolo II su nutrizione e idratazione nei pazienti in stato vegetativo, di marzo 2004; e nella risposta alle *Quaestiones* della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti, sullo stesso argomento, offerta dalla Congregazione della Dottrina della Fede, di agosto 2007. Anche in questo senso si possono capire le parole della “Nuova Carta degli Operatori Sanitari” quando dice al n. 86 che l’operatore sanitario «è tenuto a praticare tutte le *cure ordinarie e proporzionate*».

and Religious Directives della Conferenza Episcopale degli Stati Uniti. Questo recente testo descrive i mezzi sproporzionati come «quelli che a giudizio del paziente non offrono una ragionevole speranza di beneficio o comportano un onere eccessivo o suppongano un costo eccessivo per la famiglia o per la società» [8]. Nel numero precedente si dice che i mezzi ordinari e proporzionati sono obbligatori, e subito dopo si offre una descrizione dei mezzi proporzionati specularmente contraria a quella presentata per quelli sproporzionati. Sembrerebbe implicito che in questo caso si considerino equivalenti i termini ordinario e proporzionato. Il problema non è quindi di contenuto,¹³ ma riguarda l'uso della terminologia che doveva essere il più chiaro e coerente possibile. Certamente l'impiego fatto dalle *Directives* è legittimo. Quello che si vorrebbe sottolineare qui è che un uso differenziato dei termini offre un quadro teorico più chiaro e facile da comprendere, stabilendo in modo corretto i limiti della buona prassi clinica e il sempre più esteso spazio della prudenza terapeutica.

5. Le due soglie del dovere morale: l'uso dei termini dopo *Iura et bona*

Dopo questa presentazione su un possibile modo di intendere i termini ordinario-straordinario e proporzionato-sproporzionato, ci si può domandare se è ancora conveniente continuare a utilizzare questa terminologia nella sua accezione classica. Risulta abbastanza chiaro che da tempo nell'ambito medico, e soprattutto in quello bioetico, non si capisca più cosa si intenda con "mezzo ordinario di cura". Anzi la di-

stinzione ordinario-straordinario viene criticata apertamente. Basti citare qui due testi paradigmatici. Il libro di Beauchamp e Childress, "Principi di Etica Biomedica" e il documento della *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* del 1983 sulla limitazione delle terapie salvavita. Il primo spiega che tale distinzione è terribilmente vaga, moralmente confusa, e pertanto irrilevante per una decisione terapeutica. Il secondo afferma che non è possibile trovare mezzi che si possano considerare sempre "ordinari" e obbligatori. Forse da qui deriva la difficoltà che trova *Iura et bona* nell'utilizzare la distinzione ordinario-straordinario, e che la spinge a proporre l'altro binomio.¹⁴

Tuttavia, nel Magistero di Giovanni Paolo II si continuano ad usare i termini di ordinario-straordinario insieme a quelli di proporzionato-sproporzionato, come si vede nei testi dell'*Evangelium vitae* e del discorso sullo stato vegetativo appena citati. Anche Benedetto XVI ha impiegato più di una volta i termini della distinzione classica.¹⁵ Papa Francesco invece ha preferito

¹³ Poco prima il documento spiega che il dovere di curare la vita non è assoluto e che risulta lecito rigettare procedure di sostegno vitale che non abbiano un beneficio sufficiente o siano eccessivamente onerose.

¹⁴ *Iura et bona* offre come ragioni per il cambiamento di terminologia l'imprecisione del termine e i rapidi progressi della terapia.

¹⁵ Discorso alla Pontificia Accademia per la Vita 25 febbraio 2008: «... si tratta di assicurare ad ogni persona che ne avesse bisogno il sostegno necessario attraverso terapie e interventi medici adeguati, individuati e gestiti secondo i criteri della proporzionalità medica, sempre tenendo conto del dovere morale di somministrare (da parte del medico) e di accogliere (da parte del paziente) quei mezzi di preservazione della vita che, nella situazione concreta, risultino "ordinari". Per quanto riguarda,

non usare i termini ordinario-straordinario privilegiando la diade proporzionato-sproporzionato, e parlando del criterio etico della proporzionalità delle cure. Il fatto che dopo l'invito di *Iura et bona* si sia continuato ad utilizzare la nomenclatura classica è segno che la nuova terminologia non sia in grado di coprire tutte le questioni morali che si riferiscono al fine vita. A questo punto bisogna considerare le due soglie morali del dovere di conservare la vita e la salute.

Seguendo il modo prima proposto di intendere la terminologia classica e recente insieme, si può comprendere facilmente che la diade ordinario-straordinario segna la soglia minima o inferiore dell'obbligo morale di curare la vita, mentre la diade proporzionato-sproporzionato marca la soglia superiore. Al di sotto del primo limite si verificherebbe l'abbandono terapeutico; al di sopra del secondo si concretizzerebbe una situazione di "accanimento terapeutico". In questo modo si comprende perché la Dichiarazione sull'eutanasia citi il "progresso delle terapie" come una delle ragioni per preferire il binomio proporzionato-sproporzionato. Effettivamente fino alla prima metà del secolo scorso le possibilità terapeutiche a disposizione erano così scarse che difficilmente si poteva verificare un caso di "accanimento". La domanda morale importante era soprattutto quella riguar-

dante l'obbligo di fare o di non fare. Con l'arrivo delle nuove cure, rimanendo aperta quest'ultima questione, era vista in modo nuovo quell'altra sulla possibilità di nuocere attraverso l'"eccesso terapeutico", la cui risposta era da ricercare nella proporzionalità terapeutica.

Tornando alla questione relativa al perché si è continuato ad usare nei documenti magisteriali il binomio ordinario-straordinario, scopriamo che è difficile collegare la distinzione proporzionato-sproporzionato alla "soglia inferiore", a meno che, come si spiegava prima, non si voglia dire che tutti i mezzi proporzionati sono obbligatori e che alcuni mezzi sproporzionati sono legittimi. Risulta evidente pertanto il bisogno di qualche espressione che possa sostituire ciò che prima si intendeva col termine ordinario.

Casalone commentando il discorso di Papa Francesco prima ricordato, ha proposto due momenti nella considerazione dell'obbligatorietà delle terapie, che offrono a sua volta due categorie valutative: l'"appropriatezza clinica" e la "proporzionalità delle terapie" [11]. Sarebbero due aspetti che hanno come sfondo la proposta di Calipari riguardante il suo principio di adeguatezza etica,¹⁶ ma invertendo l'uso del termine proporzionalità, che nell'articolo di Casalone si riferisce prevalentemente agli aspetti soggettivi del paziente, o come scrive lui alla "dimensione propriamente esistenziale". Questa proposta è interessante perché presenta il «criterio di proporzionalità, sulla base di due compo-

invece, le terapie significativamente rischiose o che fossero prudentemente da giudicare "straordinarie", il ricorso ad esse sarà da considerare moralmente lecito ma facoltativo» [9]. Discorso ai partecipanti nel 110 Congresso Nazionale della Società dei Chirurghi (20 febbraio 2008): «il piano terapeutico: un piano che può portare ad arditi interventi salvavita oppure alla decisione di accontentarsi dei mezzi ordinari che la medicina offre» [10].

¹⁶ Non è esattamente uguale perché Casalone presenta due momenti e Calipari parla di tre. Ma come modo di valutare eticamente la decisione è abbastanza simile.

nenti, distinte ma indissociabili», in linea perfettamente con la tradizione morale plurisecolare. Tuttavia, non ci convince in relazione alla nostra ricerca di una terminologia alternativa a quella di mezzi ordinari, perché si colloca al di fuori del modo abituale di considerare il termine proporzionato, collegato prevalentemente agli aspetti oggettivi, medico-clinici. Anche se, come il resto delle proposte, è perfettamente legittima, con questo modo di concepire la distinzione, bisognerebbe ammettere, ad esempio, che un certo ciclo di chemioterapia non sia proporzionato perché il paziente ritiene di non avere le forze sufficienti per affrontarlo. La maggioranza dei moralisti, però, non sarebbe d'accordo: direbbero piuttosto che il trattamento adiuvante potrebbe essere "proporzionato" alla cura, anche se non obbligatorio.¹⁷

In attesa di trovare un termine più convincente si potrebbe usare per definire la "soglia inferiore" dell'obbligatorietà degli interventi medici quello di "proporzionato e obbligatorio", lasciando invece quello di sproporzionato per definire la "soglia superiore".

6. I diversi livelli del discorso etico

In realtà tutto il discorso sulla terminologia può avere una rilevanza educativa importante, ma dal punto di vista della decisione particolare il suo interesse risulta molto relativo. La domanda veramente de-

finitiva è quella sul contenuto del dovere di curare la vita e la salute. In questo ambito della morale, però, come capita in tanti altri, è ben poco ciò che si può precisare a livello teorico sul reale contenuto delle indicazioni normative positive. Quello che può valere per le norme negative, che possono vietare certe azioni "semper et pro semper", seguendo una terminologia classica presente ancora nell'enciclica *Veritatis splendor* (n. 52), non trova parallelo nelle norme positive. Per questo è relativamente semplice definire l'eutanasia come azione volontaria e diretta che attivamente intende la morte del paziente per evitare le sofferenze. Invece risulta molto più complicato segnalare quali omissioni potrebbero essere considerate con quello stesso significato, e cioè, come omissioni che volontariamente si scelgono per provocare la morte con il fine di evitare le sofferenze. Quello stesso numero della *Veritatis splendor* continua segnalando che «ciò che si deve fare in una determinata situazione dipende dalle circostanze, che non si possono tutte quante prevedere in anticipo». E sono proprio le "circostanze" che si trovano dietro ai famosi termini usati sia dalla tradizione morale classica (*spes salutis, media communia, secundum proportionem status, non difficilia...*) sia dai testi più recenti del Magistero (tipo di terapia, grado di difficoltà e di rischio, spese necessarie...). Queste affermazioni non sono certamente un invito a sposare un'"etica della situazione", che svuoterebbe il senso del divieto di compiere l'eutanasia o l'accanimento, ma obbliga a uno studio della situazione che tenga conto di tutti gli elementi con un contenuto morale rilevante.

Cosa significa tutto questo? Che sul

¹⁷ Lo stesso Casalone precisa che «il rifiuto del paziente non è sufficiente per dichiarare un mezzo "sproporzionato"», cosa che difficilmente sarebbe intercambiabile col concetto di ordinarietà della tradizione morale.

piano teorico le norme morali positive devono rimanere a un livello molto generico perché soltanto la prudenza (terapeutica) sarà in grado, in ogni caso, di determinare quale sia la “soglia inferiore” e la “soglia superiore” dell’obbligo morale di usare gli interventi terapeutici. Qui troviamo la spiegazione perché la Medicina e la Bioetica non soltanto non hanno capito la distinzione tradizionale tra mezzi ordinari e straordinari, ma la criticano apertamente. Esse stanno pensando a livello di etica normativa, e invece la proposta di Salamanca, recepita poi da buona parte della riflessione morale, si riferisce al momento applicativo, e pertanto considera la distinzione come criterio prudenziale.

Forse in questo ambito si è insistito poco sulla necessità di prendere in considerazione i diversi piani del discorso morale. Alcuni autori, tra cui Rodríguez Luño, distinguono tre livelli di conoscenza morale: a) l’esercizio diretto della ragione pratica; b) l’esercizio riflesso della ragione pratica; c) la riflessione etica [12, pp. 9-22].¹⁸ Il primo corrisponde al lavoro dell’intelligenza morale nella genesi dell’azione concreta, che verte pertanto su un bene che si può realizzare nel contesto concreto in cui si trova la persona. A differenza del secondo e terzo livello caratterizzati da un pensiero riflesso su un modo concreto di agire o sull’agire in generale in certi contesti, il primo non è teorico: non pretende di offrire una riflessione sul modo di agire bene, ma è indirizzato a una scelta che qui e ora sembra

quella migliore per ottenere un determinato bene. Il livello riflesso, invece, e soprattutto quello della riflessione etica, è l’ambito più teorico dove si trovano, tra gli altri elementi, le norme morali.

Nel nostro tentativo di dare risposta al dovere di conservare la vita e la salute, la distinzione tra mezzi ordinari e straordinari è pensata come aiuto alla scelta, a quella che corrisponde all’esercizio diretto della ragione pratica, e soltanto secondariamente può avere una certa utilità a livello di riflessione etica. In questo senso, ha ragione la Commissione americana sullo studio dei problemi etici in Medicina, appena citata, quando afferma che non è possibile trovare mezzi che si devono considerare sempre “ordinari” e obbligatori. Non ci possono essere in teoria, ma invece possono apparire tali alla coscienza del singolo quando si trova a dover decidere su cosa fare o omettere.¹⁹

Per aiutare a prendere buone decisioni in questo ambito ci vorranno pertanto due tipi di sussidi: da una parte, una riflessione su quegli elementi che aiutano il momento della scelta concreta; dall’altra uno studio morale dei diversi contesti clinici in cui vengono richieste queste scelte, da cui potranno venir fuori anche linee guide per la prassi. Per la buona scelta nell’ambito della medicina, e più concretamente nelle decisioni alla fine della vita, non pochi indicano la virtù della prudenza come elemento da riscoprire [13, p. 197]. Purtroppo, nel

¹⁸ La distinzione originale viene presa dal Gaetano che parlava dell’esercizio diretto e riflesso della ragione pratica (*ratio practica in actu exercito e ratio practica in actu signato*).

¹⁹ Questo spiega la frase “in linea di principio” usata sia da S. Giovanni Paolo II, che dalla Congregazione per la Dottrina della Fede, nel parlare dell’obbligo di somministrare idronutrizione ai pazienti in stato vegetativo. In questo esempio di un mezzo la cui obbligatorietà è molto chiara, non si può dire però a livello teorico di riflessione etica che sia “sempre” doveroso.

contesto attuale non poche volte il modo di intendere questa virtù la fa equivalente ad un atteggiamento scaltro, il che risulta molto lontano dal senso che la filosofia classica dava alla parola “*phrónesis*”. La vera prudenza è invece quella virtù che serve da ponte tra la dimensione intellettuale del soggetto agente e il suo mondo affettivo-volitivo. È l’*auriga virtutum*, secondo l’immagine platonica del guidatore del cocchio, che dirige i moti della sensibilità rappresentati dai cavalli. Non sorprende perciò che due noti autori della bioetica americana, come Pellegrino e Thomasma, scrivano che la prudenza è «virtù indispensabile per la Medicina» [14, pp. 84-91]. Abbà definisce la prudenza come quella virtù della ragione pratica che cerca, delibera, progetta e giudica l’azione concreta che nella situazione particolare concretizza i fini delle virtù etiche [15, p. 44].²⁰ Ed è proprio questo ciò che fa il medico (con la sua *equipe*) quando deve presentare i possibili percorsi terapeutici, ed il paziente quando deve decidere quale seguire.

A livello teorico, quello corrispondente al discorso etico, ci vuole invece un approfondimento dell’etica applicata ai diversi contesti in cui sorge la possibilità di realizzare una certa limitazione delle terapie [16]. Non è lo stesso interrompere la ventilazione assistita da un ventilatore nel caso di un trauma cranico, piuttosto che in quello di un paziente con una malattia neurodegenerativa. Per ogni tipo di limitazione c’è bisogno di uno studio che parta dalla ri-

flessione etica offerta dagli specialisti di ogni branca. Da tale studio sarà possibile stabilire una linea teorica generale che permetta di segnalare i criteri specifici che si dovranno tener presente per la valutazione concreta di ogni caso. Anche a questo livello, ancora teorico, sarà possibile stabilire un certo spazio di buona prassi clinica, all’interno del quale il medico e il paziente sono chiamati a compiere scelte prudenti.

7. Il principio di prudenza terapeutica

Dopo questo studio di etica applicata sarà più facile capire che nell’affrontare il dovere di conservare la vita e la salute ci sono diversi gradi di obbligatorietà. Kelly più di mezzo secolo fa senza usare questa espressione, parlava però di “gradi di beneficio”, “gradi di speranza” e “gradi di difficoltà”, che condizionano quel dovere morale [3, p. 214]. E questo ci permette di tornare all’immagine dello spettro visibile della luce. In alcuni contesti, come ad esempio quello della medicina di urgenza, troveremo uno spazio piuttosto ridotto nel determinare i possibili percorsi diagnostico-terapeutici. Invece nella cura dei tumori maligni la gamma di possibilità, e il grado di obbligatorietà, sarà molto più ampio. Questo aiuta a capire che molte limitazioni terapeutiche sono perfettamente lecite, anche quando non sono obbligatorie. In ogni caso, come diceva già la Dichiarazione *Iura et bona*, «prendere delle decisioni spetterà in ultima analisi alla coscienza del malato», e solo secondariamente ai familiari e ai medici.

Si conclude questa riflessione con la proposta del “principio di prudenza terapeutica”, che potrebbe essere anche chia-

²⁰ Il rapporto tra prudenza e virtù etiche è ciò che garantisce la direzione adeguata della prudenza nella ricerca del bene della persona nelle situazioni particolari. In questo stesso testo si può approfondire questo tema.

mato, come hanno fatto altri, “principio di proporzionalità terapeutica” [17; 18, p. 63]. La ragione per non usare quest’ultima dicitura si trova nella questione terminologica che ci ha portato a considerare il termine proporzionale in stretto collegamento con la “soglia superiore” dell’obbligo morale di conservare la vita. Volendo coprire qui tutto l’arco di possibilità, dall’obbligatorietà fino alla illiceità ci sembra più adeguato il termine di “principio di prudenza terapeutica”. In estrema sintesi esso potrebbe essere enunciato in due momenti:

1) nella cura della vita e della salute sussiste l’obbligo morale di impiegare quelle misure e procedure mediche (siano queste di natura diagnostica che terapeutica) che offrano una ragionevole speranza di ottenere un beneficio per lo stato di salute, o per evitare la morte della persona, senza supporre un carico troppo pesante per il soggetto, la famiglia o la società.

2) è lecito, anche se non obbligatorio, usare quei mezzi che impongono un onere gravoso per il paziente e/o per la famiglia, sempre che sia mantenuta la ragionevole proporzione tra quell’onere e l’obiettivo terapeutico-esistenziale proposto; oppure, detto con altre parole, sempre che il mezzo non sia da considerarsi futile.

Seguendo l’invito di Kelly, spero che queste riflessioni possano servire per continuare uno scambio costruttivo in questo ambito che, in un modo o in un altro, ci vede tutti coinvolti.*

* Ringrazio vivamente i Professori Ángel Rodríguez Luño e Maurizio Faggioni, così come i revisori della rivista, per i loro commenti. Ringrazio anche D. Fabrizio Liborio per le correzioni dell’italiano.

References

- [1] Cronin DA. Ordinary and extraordinary means of conserving life. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center; 2011 (originale del 1958).
- [2] Calipari M. Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico. Cinisello Balsamo: San Paolo; 2006.
- [3] Kelly G. The duty of using artificial means of preserving life. *Theological Studies* 1950; 11: 203-220.
- [4] Insa Gómez FJ. El debate sobre la futilidad médica: aportaciones de la moral cristiana. Roma: EDUSC; 2011.
- [5] Insa Gómez FJ, Requena Meana P. Is Medical Futility an Ethical or Clinical Concept? *The National Catholic Bioethics Quarterly* 2017; 17 (2): 261-273.
- [6] Haas J. “Proporzionalità terapeutica” e “accanimento terapeutico” nei documenti del Magistero. In: Sgreccia E, Laffitte J (a cura di). Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi. Città del Vaticano: LES; 2009: 139-153.
- [7] Francesco. Messaggio indirizzato al Presidente della Pontificia Accademia per la Vita in occasione del Meeting Regionale Europeo della “World Medical Association”. 16 novembre 2017 (accesso del 17.1.2019, a: http://w2.vatican.va/content/francesco/it/messages/pont-messages/2017/documents/papa-francesco_20171107_messaggio-monspagnia.html).
- [8] Conferenza Episcopale degli Stati Uniti. Ethical and Religious Directives. 2018 (accesso del 17.1.2019, a: <http://www.usccb.org/about/doctrine/ethical-and-religious-directives/upload/ethical-religious-directives-catholic-health-service-sixth-edition-2016-06.pdf>).
- [9] Benedetto XVI. Discorso alla Pontificia Accademia per la Vita, 25 febbraio 2008 (accesso del 17.1.2019, a: http://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2008/february/documents/hf_ben-xvi_spe_20080225_acd-life.html).
- [10] Benedetto XVI. Discorso ai partecipanti nel 110° Congresso Nazionale della Società dei Chirurghi. 20 febbraio 2008 (accesso del 17.1.2019, a: https://w2.vatican.va/content/benedict-xvi/it/speeches/2008/october/documents/hf_ben-xvi_spe_20081020_chirurgia.html).

- [11] Casalone C. Vivere il morire con umanità e solidarietà. *La Civiltà Cattolica* 2017; 4020: 533-545.
- [12] Rodríguez Luño A. “Cittadini degni del Vangelo” (Fil 1, 27): saggi di etica politica. Roma: EDUSC; 2005.
- [13] Gómez Sancho M. *Morir con dignidad*. Madrid: Arán; 2005.
- [14] Pellegrino ED, Thomasma DC. *The virtues in medical practice*. New York: Oxford University Press; 1993.
- [15] Abbà G. *Quale impostazione per la filosofia morale? Ricerche di filosofia morale 1*. Roma: LAS; 1996.
- [16] Requena Meana P. ¡Doctor, no haga todo lo posible! De la limitación a la prudencia terapéutica. Granada: Comares; 2017.
- [17] Taboada P. Mezzi ordinari e straordinari di conservazione della vita: l’insegnamento della tradizione morale. In: Sgreccia E, Laffitte J (a cura di). *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi*. Città del Vaticano: LES; 2009: 116-138.
- [18] Sgreccia E. *Manuale di Bioetica, vol. II*. Milano: Vita e Pensiero; 2011.

