

LUIGI LORENZETTI

PROFILI ETICO-TEOLOGICI DELL'ACCANIMENTO TERAPEUTICO

1. *Accanimento terapeutico*

Il termine *accanimento terapeutico*, nella sua genericità, denuncia un tecnicismo invadente nella prassi medica che, a scapito della componente umanista, fa quanto tecnicamente è possibile fare. L'avvertimento critico e le prese di distanza da una medicina altamente tecnicizzata non è da oggi. «È importante oggi proteggere, nel momento della morte, la dignità della persona umana e la concezione cristiana della vita contro un tecnicismo che rischia di diventare abusivo [...]. Da questo punto di vista – conclude la Dichiarazione della Congregazione della fede del 5 maggio 1980 – l'uso dei mezzi terapeutici talvolta può sollevare dei problemi»¹. A distanza di oltre due decenni da questo avvertimento, anche se l'accanimento terapeutico è reso più difficile per ragioni economiche, in quanto consuma inutilmente risorse economiche, rappresenta ancora oggi una modalità abbastanza diffusa nella medicina contemporanea².

Il termine accanimento terapeutico, tuttavia, non aiuta a comprendere né i doveri del medico né i diritti del paziente. È necessario, pertanto, precisarne e identificarlo. In questa direzione ci sono definizioni diverse³. Alcune si riferiscono al concetto di futilità o di inutilità⁴; altre al concetto del

1 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, Cf. IV: *L'uso proporzionato dei mezzi terapeutici*.

2 M. ARAMINI, *Accanimento terapeutico*, in G. Russo (a cura di), *Enciclopedia di bioetica e sessualità*, ElleDiCi, Leumann (TO), 2004, 22.

3 Cf. A. BOMPIANI, *Dichiarazioni anticipate di trattamento ed eutanasia. Rassegna del dibattito bioetico*, EDB, Bologna, 2008, 52-54.

4 Così, ad es., la definizione del Comitato nazionale per la bioetica (CNB), 1995: «[...] prosecuzione ostinata e senza scopo di un trattamento che risulti inutile per il paziente. [...] la persistenza nell'uso di procedure diagnostiche come pure di interventi terapeutici, allorché è comprovata la loro inefficacia e inutilità sul piano di un'evoluzione positiva e di un miglioramento del paziente, sia in termini clinici che di qualità della vita».

migliore interesse del paziente⁵; altre, infine, al concetto di proporzionalità delle cure⁶.

Il criterio della proporzionalità/sproporzionalità delle cure (che integra e precisa meglio il criterio tradizionale di cure ordinarie/straordinarie) è il più pertinente e condiviso.

In base a tale criterio, si tratta di stabilire – su scienza e coscienza medica – la proporzione tra il trattamento medico possibile, da un lato, e il risultato che si spera di ottenere dall'altro. A questo livello, un problema nuovo e controverso si pone a riguardo dell'idratazione e alimentazione artificiali, precisamente se siano trattamenti proporzionati/sproporzionati, come si dirà in seguito.

La questione etica, in tema di accanimento, non è controversa e converge nel riconoscere la liceità morale di rinunciare a trattamenti medici sproporzionati, in accordo con la volontà del paziente (anche precedentemente manifestata), e il dovere del medico di attenersi a tale richiesta. È questo un dato acquisito e pacifico sia nella morale cattolica⁷ come nella morale laica.

5 Così, ad es., quella adottata recentemente dal *Consiglio superiore della sanità*, 20 dicembre 2006: «nell'accezione più accreditata, per accanimento terapeutico si intende la somministrazione ostinata di trattamenti sanitari in eccesso rispetto ai risultati ottenibili e non in grado, comunque, di assicurare al paziente una più elevata qualità della vita residua, in situazioni in cui la morte si preannuncia imminente e inevitabile».

6 *EVANGELIUM VITAE* 65: per accanimento terapeutico s'intende, «certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza "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"». E aggiunge: «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».

7 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, cit.: «Nell'imminenza della morte, che nonostante i rimedi usati non può in nessun modo essere impedita, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a quei trattamenti che procurano soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia sospendere le cure ordinarie dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi avesse rifiutato assistenza a una persona in pericolo». Cf. anche il testo sintetico e chiaro di CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2278: «L'interruzione di procedure mediche, onerose,

In conclusione, l'accanimento terapeutico è oggettivamente identificabile: si riferisce a terapie sproporzionate, insopportabili o particolarmente gravose. Si riconosce che è lecito sospenderle e attenersi a quelle proporzionate alla situazione del paziente terminale.

La sospensione, pertanto, di trattamenti medici sproporzionati, nulla ha a che vedere con l'eutanasia. Ma questa come si definisce?

2. Differenza dall'eutanasia

Ci si può riferire alla definizione che ne dà l'enciclica *Evangelium vitae* (1995). «Per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un'azione o un'omissione che, di natura sua e nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore». E aggiunge: «L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati»⁸.

La definizione collega il criterio della intenzionalità con quello della idoneità dei mezzi impiegati; inoltre, collega azione e omissione, vale a dire anche l'omissione consapevole di qualcosa di efficace e di dovuto, è vera e propria eutanasia. In questo senso, la terminologia tradizionale, che distingue tra eutanasia attiva e passiva, genera una certa confusione, come se quella passiva (omissiva) sia eutanasia di altro tipo.

Non è superfluo rilevare che, a proposito dell'eutanasia, a differenza del suicidio, c'è la presenza attiva – anche se consapevolmente omissiva – di un'altra persona rispetto al malato e «la figura individuata come qualificata per stabilire l'opportunità dell'atto eutanasi è quella del medico»⁹.

La questione morale dell'eutanasia, a differenza di quella dell'accanimento terapeutico, è controversa. Si può fare del morire una libera scelta? È ragionevole la richiesta di essere aiutati a morire? La risposta è divergente: per gli uni, la vita e la morte appartengono al contenuto della libertà. La persona – si sostiene – ha il potere (diritto) di disporre autonomamente di se stesso ed è un diritto che deve essere giuridicamente riconosciuto. Se le religioni la pensano diversamente, non per questo possono imporre, per legge, la loro convinzione. Per altri, all'opposto, delimitare il tempo della vita appartiene a un'altra regia.

pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tale caso si ha la rinuncia all'“accanimento terapeutico”. Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire».

8 *EVANGELIUM VITAE* 65.

9 G. FURNARI LUVARÀ. *Eutanasia*, in G. Russo (a cura di), *Enciclopedia di bioetica e sessuologia*, cit., 856.

È evidente, a questo punto, che la divergenza tra gli uni e gli altri, prima che etica (cosa fare/non fare), è antropologica e riguarda la questione se la vita umana sia un bene disponibile, così che anche il morire (come e quando) rientra nell'esercizio della libertà-responsabilità del soggetto; oppure, viceversa, sia un bene non disponibile, così che non è lecito privarsene arbitrariamente, perché della vita non si è padroni assoluti.

Per comprendere che la vita umana è un bene indisponibile «occorrono due ali»¹⁰: la fede e la ragione, ma anche chi ha un'ala sola (la ragione) arriva a comprendere tale verità. Anche il non credente, infatti, sperimenta che la vita non se l'è data; che non è sua costruzione o fabbricazione, e che gli può essere tolta senza e anche contro la sua volontà. In altre parole, anche nella prospettiva meramente razionale, non pregiudizialmente chiusa al trascendente, si comprende che la libertà umana, l'autonomia, l'autodeterminazione non sono assolute.

In conclusione, l'eutanasia è oggettivamente identificabile e consiste nell'effettuare o favorire trattamenti finalizzati a provocare la morte; la sua delegittimazione morale deriva, in pienezza dalla ragione e dalla fede, ma è argomentabile anche a livello della sola ragione aperta e non negatrice del mistero.

3. Nuove questioni ai confini tra accanimento ed eutanasia

L'identificazione oggettiva dell'eutanasia e la sua radicale distinzione dall'accanimento terapeutico, permettono di rispondere alle nuove questioni che sono oggi al centro del dibattito: l'idratazione e l'alimentazione artificiali sono da collocarsi nell'area dell'accanimento? Perché il testamento biologico o dichiarazioni anticipate di trattamento suscita interrogativi? Infine, perché può fare problema una certa prassi di terapia antalgica?

3.1. L'idratazione e alimentazioni artificiali

Alla domanda se sono trattamenti proporzionati/sproporzionati, la risposta è divergente. Chi li colloca nell'ambito della terapia proporzionata (ordinaria), sostiene che «L'alimentazione e l'idratazione artificiale non richiedono l'impiego di sofisticati sistemi tecnologici e, dunque, non costituiscono mezzi straordinari, bensì mezzi del tutto ordinari»; sono a portata

10 *FIDES ET RATIO* 1: La fede e la ragione sono come due ali con le quali lo spirito umano s'innalza verso la contemplazione della verità.

di mano anche di strutture ospedaliere povere, praticabili anche a livello familiare; inoltre, si osserva che «il nutrire si differenzia dal curare», rientra nei mezzi di sostegno vitale¹¹, vale a dire non sono propriamente atti medici, ma sostegni vitali, così che ometterli significa uccidere.

In questa direzione, la Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici, nel Congresso a Roma nel 2004, conferma la contrarietà alla sospensione dei trattamenti di sostegno vitale. Nel marzo 2004, Giovanni Paolo II al Congresso Internazionale, *Life-sustaining treatment and vegetative state: scientific advances and ethical dilemmas*, sviluppa un'argomentazione articolata che può essere ripresa nei vari passaggi: l'essere umano, anche gravemente malato o disabile nell'esercizio delle sue funzioni, è sempre un essere umano; la persona malata, anche quella nello stato vegetativo, ha diritto di usufruire delle cure di base (nutrizione, idratazione, e di una adeguata verifica (monitoraggio) di segni di eventuale miglioramento); c'è l'obbligo morale, in linea di principio, a fornire idratazione e alimentazione alle persone in stato vegetativo anche attraverso mezzi artificiali, fino a che e nella misura in cui questi rispondono alle loro intrinseche finalità; necessità di resistere a fare della vita della persona un valore contingente alla sua qualità; sostenere adeguatamente le famiglie che hanno avuto uno dei loro cari in questa terribile condizione clinica.

La ricca argomentazione si fonda su due presupposti: lo stato vegetativo persistente non è morte, ma malattia; la persona conserva la sua dignità fondamentale anche se le funzioni superiori sono impedita; ha quindi diritto di usufruire delle cure di base e, tra queste, la nutrizione e idratazione.

3.2. *Testamento biologico*

L'Italia, a differenza di altri paesi europei, non ha una alcuna normativa al riguardo. Ci sono alcune proposte di legge che attendono di venire unificate in un unico Disegno di legge. Di grande importanza è il documento, Dichiarazioni anticipate di trattamento, del Comitato nazionale per la bioetica (2004). Il problema nodale riguarda l'ammissibilità di disposizioni relative alla sospensione di trattamenti di sostegno vitale, quali l'alimentazione e l'idratazione artificiali. La possibilità, infatti, di stilare dichiarazioni anticipate relative alla sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione

11 Cf. F. TUROLDO, *Le dichiarazioni anticipate di trattamento. Prospettive e questioni aperte*, in Aa.Vv., *Le dichiarazioni anticipate di trattamento. Un testamento per la vita*, Gregoriana Libreria Editrice, Padova, 2006, 12-13.

artificiali, introduce l'eutanasia all'interno delle direttive anticipate. «Insomma una “piccola eutanasia”, introdotta surrettiziamente, come cavallo di Troia all'interno della legge sulle direttive anticipate»¹².

Le obiezioni a questo tipo di testamento, tuttavia, non conducono a negare valore al testamento biologico, che può risultare importante sia per la persona come per il medico. Con il testamento biologico, la persona può anticipare disposizioni di grande significato, quali il rifiuto di rimedi sproporzionati in situazione di malattia irreversibile; il ricorso alle cure palliative; il desiderio di pace, la presenza dei familiari, l'assistenza religiosa, se credente, e altro ancora che si desidera indicare.

3.3. *La terapia antalgica*

La somministrazione di analgesici, nella dose necessaria, si inserisce nel contesto delle cure palliative finalizzate a eliminare per quanto possibile la sofferenza¹³. Si riconosce che non si può negare la somministrazione di antalgici anche se esiste la consapevolezza – con le dosi impiegate e necessarie a sedare il dolore – che potrebbe verificarsi quale effetto previsto, ma non voluto, un abbreviamento della vita del malato (principio del duplice effetto).

Tutt'altra cosa è somministrare alte dosi dei medesimi preparati allo scopo di accorciare la vita; e di togliere la coscienza. «È questa una pratica frequente di assistenza al paziente in fase agonica, che alcuni Autori hanno giudicato – sotto alcuni aspetti etici – più ambigua e discutibile rispetto alle stesse pratiche eutanasiche dirette consensuali, perché non sempre si può distinguere l'intenzionalità manifesta dell'effetto “terapeutico” della sedazione e dell'abolizione del dolore, seguendo il corso naturale del morire, dalla “intenzionalità” non manifesta di accorciare o

12 *Ibid.*, 13.

13 *EVANGELIUM VITAE* 65: «[...] Già Pio XII aveva affermato che è lecito sopprimere il dolore per mezzo di narcotici, pur con la conseguenza di limitare la coscienza e di abbreviare la vita, “se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali”. In questo caso, infatti, la morte non è voluta o ricercata, nonostante che per motivi ragionevoli se ne corra il rischio: semplicemente si vuole lenire il dolore in maniera efficace, ricorrendo agli analgesici messi a disposizione dalla medicina. Tuttavia, “non si deve privare il moribondo della coscienza di sé senza grave motivo”: avvicinandosi alla morte, gli uomini devono essere in grado di poter soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio».

addirittura di “sopprimere l’agonia”, e conseguentemente accelerare “il morire del paziente”»¹⁴.

In altre parole, una cosa è una terapia antalgica finalizzata ad alleviare ed eliminare il dolore; tutt’altra è una terapia antalgica finalizzata ad accorciare la vita e a togliere la coscienza per evitare la sofferenza. La differenza è radicale: nel primo caso, la morte accelerata del paziente non è voluta (ma tollerata), nel secondo caso, l’abbreviazione della vita è direttamente voluta.

4. Conclusioni e prospettive

Per concludere, alcune osservazioni che riguardano la pertinenza dei principi generali (non generici) in ordine alla prassi e le inevitabile difficoltà di applicazione; la necessità di riqualificare il rapporto medico paziente; l’avvertenza di saper mettere al centro la questione antropologica e culturale che è alla radice dei problemi di fine vita, ma non solo di questi.

4.1. *Le inevitabili difficoltà nella situazione: come spiegarle?*

Se le distinzioni concettuali sono chiare e le questioni non confondibili, come spiegare la difficoltà di distinguere e di decidere in molti casi?

Una prima risposta è comune a ogni ambito dell’agire morale, e consiste nel passaggio dal principio (o dai principi) alla situazione concreta. Il concetto di proporzione/sproporzione non è di facile applicazione, dal momento che non è valutabile in astratto, ma in rapporto alla situazione della persona che può variare in contesti diversi e anche nel contesto della stessa persona: la situazione può evolvere, così che trattamenti del tutto proporzionati (ordinari) possono diventare successivamente sproporzionati (straordinari).

A questo punto si aprono due problemi morali: uno riguarda la necessità di valutare se la sospensione ha un ruolo nel provocare la morte del paziente: «se la sospensione comporta il morire di inedia, allora si configura un evidente quadro di eutanasia; se la sua somministrazione è irrilevante ai fini di una morte sulla quale non influisce significativamente, anzi arreca ulteriori sofferenze, allora il persistere in essa potrebbe costituire un inutile accanimento terapeutico; se infine, come il più delle volte accade, viene somministrata a un paziente comatoso o in stato vegetativo o in

14 A. BOMPIANI, *Dichiarazioni anticipate di trattamento ed eutanasia. Rassegna del dibattito bioetica*, cit., 103.

fase terminale, essa va ritenuta una cura ordinaria da sospendere solo in prossimità della morte naturale»¹⁵. In altre parole, non si può prescindere dal valutare le conseguenze della sospensione dell'idratazione e alimentazione artificiali. Se la sospensione diventa concausa di morte, è «pretestuoso sostenere che “si è solamente eliminato il disturbo e l'insofferenza del paziente” e “si è concesso che la malattia faccia il suo corso”»¹⁶. Si è invece provocata la morte.

L'altro problema riguarda il passaggio dalle cure eziologiche alle cure palliative. Occorre forse verificare prima l'esauribilità di tutti i trattamenti terapeutici? O non è piuttosto doveroso prevedere una gradualità proporzionata alla gravità del caso? In ogni caso, per non avallare un atteggiamento rinunciatorio, «prima di pensare alla sospensione dei trattamenti si deve garantire al malato [...] ogni possibile, proporzionata e adeguata forma di trattamento, cura e sostegno»¹⁷.

In conclusione, i principi sono importanti e necessari per le decisioni da prendere, ma non dispensano, anzi esigono il discernimento per una corretta e costruttiva applicazione al caso concreto¹⁸. In questo come in qualsiasi altro caso, si tratta di saper collegare etica e situazione, che è ben diversa dall'etica della situazione. Questa infatti sostiene che non esistono principi (o norme morali oggettive) e che occorre attenersi alla soluzione del caso per caso.

15 S. LEONE, *Il problema dell'astensione terapeutica*, in Id., *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova, Roma 2007, 176-178, 178.

16 Cf. A. BOMPIANI, *Dichiarazioni anticipate di trattamento ed eutanasia*, cit., 152.

17 Sono le affermazioni centrali degli estensori e firmatari (tra questi, A. Pessina) del *Manifesto per la garanzia di una presa in carico globale: di trattamento, cura e sostegno e contro l'abbandono, l'accanimento e l'eutanasia nel nostro paese*.

18 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE (14 settembre 2007), *Risposte a quesiti della conferenza episcopale statunitense circa l'alimentazione e l'idratazione artificiale*. Si conferma il principio etico generale: «La somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita». In una nota ufficiale di commento, si riconosce che il principio etico generale può avere delle eccezioni: oltre il caso dell'impossibilità «in qualche regione molto isolata e di estrema povertà», non si esclude che «per complicazioni sopraggiunte, il paziente possa non riuscire ad assimilare il cibo e i liquidi, diventando così del tutto inutile la loro somministrazione. Infine non si scarta assolutamente la possibilità che in qualche raro caso l'alimentazione e idratazione artificiali possano comportare per il paziente un'eccessiva gravosità o un rilevante disagio fisico legato, per esempio, a complicate di ausili strumentali». E si conclude: «Questi casi eccezionali nulla tolgono però al principio etico generale».

4.2. *Il rapporto medico paziente*

Il duplice no, motivato e argomentato, all'eutanasia e all'accanimento terapeutico è necessario, ma non basta¹⁹. Resta tutto da riempire il compito di umanizzare il morire umano. In questa prospettiva, in primo piano, viene la riconsiderazione del rapporto medico-paziente che va oltre il dare cure e include il prendersi cura. Nella recuperata alleanza medico-paziente, quello che conta è l'ascolto reciproco tra paziente, medico e familiari per trovare la soluzione migliore per il paziente in quella determinata situazione. «Il nostro compito – riconosce un illustre clinico – è di ascoltare il malato, spiegare gli effetti dei trattamenti previsti, lasciare che la persona esprima le sue scelte. Non dirò che è facile: il discernimento è molto difficile da attuare, ma si tratta di rispettare ogni persona». In questa direzione, va favorita l'istituzione, in molti ospedali, della «équipe multidisciplinare», che è una risposta all'eccessiva e quasi esclusiva medicalizzazione a cui oggi è sottoposto il morire umano. Certamente della tecnologia non si può fare a meno né è sostenibile far passare per accanimento terapeutico ogni terapia che si avvale della tecnica. Occorrono, però, scienza e sapienza per valutare quando la tecnica giova alla salute e alla vita e, all'opposto, quando risulta solo di danno alla persona.

4.3. *Questione antropologica e culturale*

La terza osservazione avverte che i problemi di fine vita, prima che etici (cosa fare/non fare), sono antropologici e rinviano ai grandi interrogativi: chi è l'essere umano? Qual è il senso del vivere e del soffrire umano?

Nell'orizzonte immanentista, chiuso a riferimenti trascendenti e, quindi, in difficoltà a trovare un senso alla sofferenza e al dolore, l'eutanasia appare una soluzione logica. Risulta praticamente impossibile vedere qualità a una vita aggredita da una malattia inguaribile o da gravi e irreparabili menomazioni. Tale vita «è ritenuta ormai priva di senso», vita senza valore, e perciò «non degna di essere vissuta»; il porvi fine dolcemente appare come una scelta razionale, e la morte... diventa una liberazione rivendicata²⁰. Così, nell'orizzonte individuale-individualistica, è facile pensare di disporre della propria vita di fronte a se stesso e non ad altri. In realtà, le

19 L. LORENZETTI, *Oltre l'eutanasia e l'accanimento terapeutico. Aspetti morali e giuridici*, in Istituto veneto di scienze, lettere e arti (a cura di), *Dignità del morire*, Editore Zadig, Milano 1999, cit., 63-70.

20 Cf. *EVANGELIUM VITAE* 64.

categorie ricorrenti e enfatizzate nel dibattito pubblico, quali autonomia, autodeterminazione, intese in senso assoluto e sovrano, sono condizionate da una visione antropologica immanentista e individualista.

Se così stanno le cose, se cioè la cultura largamente dominante è immanentista e individualista, il dialogo e il confronto devono privilegiare maggiormente il versante antropologico, prima ancora di quello etico, vale a dire del cosa fare/non fare, del lecito/illecito, del permesso/proibito. Per restituire dignità al vivere e al morire umano, devono venire al centro le grandi domande, che la cultura tecno-scientifica tende a rimuovere, ma che tornano con prepotenza: il senso del vivere, del soffrire e del morire umano. In questa direzione, il messaggio cristiano ha un patrimonio immenso da trasmettere con la parola e la testimonianza.

Strettamente connessa con la questione antropologica, è il condizionamento socio-culturale di tipo utilitarista che contrassegna le società occidentali. Le persone hanno senso o, viceversa, lo perdono a seconda che sono vicine o lontane dai parametri di rendimento; si tende a oscurare la vita umana quando è in condizione di precarietà biologica e psichica: i malati nella fase terminale, specie se anziani e cronici, le persone con progressivo deterioramento delle funzioni cerebrali, i bambini nati con gravi menomazioni.

Le società occidentali, per ritrovare la via della vita che segna la civiltà e l'umanità della convivenza, hanno bisogno di convertirsi alla cultura della gratuità. In questa prospettiva, l'avvertimento di un teologo morale africano, Sébastien Muyengo Mulombe (di Kinshasa), è particolarmente significativo. «Se l'Africa ha qualcosa di grande, di bello e di nobile da trasmettere al mondo; qualcosa che ha in comune con la concezione cristiana, è senz'altro la verità che la vita è il dono per eccellenza che si riceve dal Creatore, dalla natura, dalla specie, dalla famiglia, dai genitori, dagli altri. Da questo punto di vista, non c'è bisogno di costruire una casistica senza fine, come avviene in Occidente, su problemi come [...] l'eutanasia, l'accanimento terapeutico».

Egli compendia la sapienza africana, in tema di vita, in queste sequenze: «In Africa quando la vita si annuncia, la si attende; quando arriva, la si accoglie; quando s'incrina, la si raddrizza; quando se ne va, la si accompagna»²¹.

21 Cf. *Forum Etica teologica nella Chiesa mondiale. Primo congresso mondiale dei teologi moralisti: le sfide del mondo*, in *Rivista di Teologia Morale* (2006), 152, 480.

L'annuncio cristiano mostra tutta la sua forza quando, all'annuncio, sa unire iniziative concrete, anche a livello politico, per umanizzare la convivenza, dove il vivere per molti non sia sperimentato solo come un peso, un dovere e una fatica, ma una possibilità e un dono.

Bibliografia essenziale

Per la nozione, la differenziazione tra accanimento terapeutico ed eutanasia (con riguardo ai problemi nuovi: idratazione e alimentazione artificiali, dichiarazioni anticipate).

1. Testi (oltre quelli citati in nota)

- CALIPARI M., *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, Edizioni San Paolo, 2006, 183 (con ampia bibliografia ragionata).
- CICCONE L., *L'eutanasia e il principio della inviolabilità assoluta di ogni vita umana innocente*, in *Commento interdisciplinare alla "Evangelium vitae"*, Libreria Editrice Vaticana, Roma, 1997, 453-465.
- LEONE S., *Eutanasia, Accanimento terapeutico*, in Id., *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova, Roma, 2007, 162-171; 172-180.
- LORENZETTI L., *Oltre l'eutanasia e l'accanimento terapeutico. Aspetti morali e giuridici*, in Istituto veneto di scienze, lettere e arti (a cura di), *Dignità del morire umano*, Editore Zadig, Milano, 1999, 63-70.
- MANNI C., *Accanimento terapeutico in rianimazione e terapia intensiva*, in A. Bompiani (a cura di), *Bioetica in medicina*, CiC, Roma, 1996, 317-328, 321.
- TETTAMANZI D., *Il morire umano e l'accanimento terapeutico, l'eutanasia*, in Id., *Nuova Bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (AL), 2000, 509-530; 531-559.
- ZUCCARO C., *Eutanasia ed accanimento terapeutico, il Living will*, in Id., *Il morire umano. Un invito alla teologia morale*, Queriniana, Brescia, 2002, 105-119.

2. Documenti

2.1. Magistero cattolico

- CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, nn. 2276-2279.
- Evangelium vitae*, n. 65, in *Enchiridion Vaticanum*, 14: 2384-2387.
- GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai Partecipanti al Congresso internazionale sullo stato vegetativo*, 20 marzo 2004, in *L'Osservatore Romano*, 20-21 marzo, 5.
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, in *Enchiridion Vaticanum* 7: 358-363; 364-371.
- PONTIFICIO CONSIGLIO "Cor unum", *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, in *Enchiridion Vaticanum* 7: 1247-1252; 1253-1255.

2.2. Istituzioni laiche

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, Roma, 14 luglio 1995.

Id., *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, Roma, 18 dicembre 2003.

Id., *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo permanente*, Roma, 30 settembre 2005.

FEDERAZIONE NAZIONALE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, *Codice di deontologia medica*, 16 dicembre 2006: art. 16-17.

AA.VV., *Per il coraggio di vivere e di far vivere. Manifesto per la garanzia di una presa in carico globale: di trattamento, cura e sostegno e contro l'abbandono, l'accanimento e l'eutanasia nel nostro paese*, Milano, 2006.