

EMILIA D'ANTUONO

DOLORE EVITABILE ED INEVITABILE Linee d'ombra tra vivere e morire

*E mi duole la carne del cuore
e la carne dell'anima*
F. G. Lorca

1. *Premessa. Irrinunciabile filosofare tra coraggio del pensiero e rischio di «accanimento» della ragione*

Suscitato dall'avanzamento delle tecnologie della sopravvivenza e dalla ricerca farmacologica, l'accanimento è tema divenuto cogente a partire da un *novum* che lo rende oggetto di interrogazione etica, bioetica, giuridica ma anche specificamente «filosofica».

Il *novum*, affrontato spesso con argomenti che avevano corso e legittimità prima del suo accadere nel tempo – argomenti divenuti problematici per sopraggiunta obsolescenza –, si impone con forza nella discussione pubblica, esigendo un aggiornato «tribunale della ragione», una rinnovata configurazione del filosofare come dimensione dell'esistenza individuale e collettiva.

In questo senso mi sembra all'altezza delle questioni messe all'ordine del giorno dal nostro presente il profilo identitario della filosofia tracciato da Abbagnano:

«La filosofia non è il giardino di Epicuro, non è l'aristocratica esercitazione di pochi spiriti oziosi, né la stratosferica regione dove si possa trovare rifugio e conforto per i mali e le delusioni della vita. C'è un senso – ed è un senso assai antico – in cui il filosofare si identifica con la stessa esistenza dell'uomo e in cui (come Platone voleva) non si può essere uomo senza essere filosofo. In questo senso [...] esistere significa proprio e solo filosofare, sebbene filosofare non significhi sempre fare della filosofia. E infatti filosofare significa per l'uomo, in primo luogo, affrontare ad occhi aperti il proprio destino e porsi chiaramente i problemi che risultano dal proprio rapporto con se stesso, con gli altri uomini e col mondo. Significa,

non già limitarsi a elaborare concetti, a ideare sistemi ma scegliere, decidersi, appassionarsi»¹.

In relazione ai temi bioetici mi permetterei solo di articolare la definizione di «filosofia» di Abbagnano, evocando anche la centralità del «porsi chiaramente i problemi che risultano dal proprio rapporto» con Dio, un rapporto di straordinaria rilevanza nella storia individuale ed in quella condivisa dall'umanità nel suo insieme, comunque lo si viva, nella modalità dell'assenza o della presenza. E mi permetterei anche di sottolineare, ricorrendo a Galileo, qualcosa che è comunque evidente nel testo di Abbagnano e cioè l'insostituibilità dei «propri occhi per strumento»², perché filosofare è, oggi più che mai, «pensare in proprio» (il *Selbstdenken* di Lessing), senza subordinazione ad alcuna *auctoritas*, sfidando ogni rischio³.

Il coraggio è virtù filosofica per eccellenza: osare decifrare gli enigmi della vita individuale e della vita storica, l'enigma della vita nell'accezione più ampia del termine, inclusiva della biosfera ed infine dell'universo, esige sfida di ogni rischio.

Una sfida, va aggiunto, che tenga ben salda la consapevolezza che la ragione può essa stessa incorrere nell'accanimento ed infine ammalarsi.

La ragione si «accanisce» con modalità proprie che la storia del pensiero conosce e denuncia: pretendendo di ricondurre tutto alla trasparenza delle sue categorie, metabolizza e riduce a sé l'intera sfera dell'essere.

L'autoreferenzialità, che nega l'intransitività dell'altro, non lo riconosce nel suo diritto ad essere ascoltato, a non essere traslato in altro-da-sé, a non essere risolto in categorie universali proprie del *logos*, produce accanimento. Un accanimento patogeno. La filosofia rischia di «ammalarsi» di quella «*apoplexia* filosofica», causa di paralisi di fronte a vita e pensiero, secondo

1 N. ABBAGNANO, *Introduzione all'esistenzialismo*, Milano, Mondadori, 1988, 17-18.

2 «Ci è bisogno di scorta ne i paesi incogniti e selvaggi, ma nei luoghi aperti e piani i ciechi solamente hanno bisogno di guida; e chi è tale è bene che si resti a casa, ma chi ha gli occhi nella fronte e nella mente, di quelli si ha da servire per iscorta ... E qual cosa è più vergognosa che 'l sentire nelle pubbliche dispute, mentre si tratta di conclusioni dimostrabili, uscire un di traverso con un testo, e bene scritto in ogni altro proposito, e con esso serrar la bocca all'avversario?»: G. GALILEI, *Dialogo sopra i due massimi sistemi del mondo*, in *Opere di Galileo Galilei*, UTET, Torino, 1980, 2 voll., vol. II, 147-8.

3 Di ineguagliata efficacia la riflessione arendtiana sul *Selbsdenken* lessinghiano, spinto al limite di «un nuovo tipo di pensiero, non più bisognoso né di sostegni, né di stampelle, né di canoni, né di tradizioni, per muoversi liberamente senza balaustre su un terreno non familiare»: H. ARENDT, *L'umanità in tempi bui*, tr. it. L. Boella, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2006, 55.

l'ironica diagnosi proposta da Franz Rosenzweig in *Dell'intelletto comune sano e malato*⁴.

2. La «consanguineità» genealogica di filosofia e medicina

«Sempre e ovunque ci sono stati dei medici; ma l'arte sanitaria dei Greci è diventata arte metodicamente consapevole soltanto per l'efficacia esercitata su di lei dalla filosofia ionica della natura [...]. Senza lo sforzo di ricerca dei più antichi filosofi naturalisti ionici volto a scoprire una spiegazione naturale di ogni fenomeno, senza il loro tentativo di ricondurre ogni effetto a una causa e di rivelare nella catena di cause ed effetti un ordine universale e necessario, senza la loro fiducia incrollabile di poter penetrare tutti i segreti del mondo attraverso l'impregiudicata osservazione delle cose e per forza di conoscenza razionale, la medicina non sarebbe mai divenuta scienza».⁵

L'osservazione di Jaeger, ribadendo la consanguineità originaria di filosofia e medicina, illumina l'intreccio e la reciprocità di un rimando imprescindibile. Sul piano rigorosamente concettuale, inequivocabile appare il nesso genealogico che stringe in uno filosofia e medicina, se teniamo nel debito conto le parole di Emile Littré: per primo Ippocrate vide «in ogni malattia non più una successione di fenomeni bizzarri, disordinati e senza legge, ma una concatenazione in cui ogni fatto aveva la sua ragione nel fatto precedente»⁶.

Comune a medicina e filosofia ai loro inizi è il ricorso alla *reductio ad unum*, che nel caso della medicina significa essenzialmente il risolversi della frammentazione dei sintomi nell'unità della causa. È l'acquisizione di un procedimento razionale che separa il medico dal mago e lo apparenta strettamente al filosofo, anche se nel suo esordio greco il sapere medico è, ovviamente, ancora incapace di rispondere al «che cos'è?» socratico, elevandosi all'astrazione del concetto.

Una considerazione a sé merita la prossimità di medicina e filosofia nella loro comune capacità di produrre valori e regole dell'agire.

4 F. ROSENZWEIG, *Dell'intelletto comune sano e malato*, tr. it. di G. Bonola, Reverdito Editore, Trento, 1987.

5 W. JAEGER, *Paideia. La formazione dell'uomo greco*, New York, 1944, tr. it. di A. Setti, La Nuova Italia, Firenze, 1978, vol. III, 6-7.

6 E. LITTRÉ, *Oeuvres d'Hippocrate*, riproduzione anastatica, Amsterdam, 1961, I, 453.

Il sapere medico si autocomprende, almeno a partire dal *Corpus* ippocratico e dal celebre *Giuramento* attribuito dalla tradizione a Ippocrate, come volto al bene dell'uomo di qualsivoglia condizione. Il paziente, sapiente o ignaro, è sempre e soltanto un portatore di sintomi dolorosi e molteplici, che deve necessariamente affidarsi al medico, unico capace di condurre all'unità della causa quella pluralità di segni che denunciano la sofferenza di un corpo malato. Nasce così un modo del «prendersi cura». Ma nasce anche un sapere che, impegnato nella prassi della «cura», si dà delle regole configurando un *ethos* medico che prevede l'intreccio di conoscenza e dovere.

In effetti il punto cruciale del durare dell'intrinseco e reciproco rimando è costituito dall'idea di natura e di natura umana condivisa dalla tradizione filosofica e da quella medica, una convergenza, non messa in discussione per secoli, che è la scaturigine prima di un'idea di malattia e di intervento terapeutico, di un'idea di uomo e di condizione umana.

Per comprendere la portata ed il senso dell'etica ippocratica è certo necessario tenere conto dello sfondo «filosofico», ma merita particolare evidenza il contesto storico, segnato dalla disuguaglianza o meglio dalla libertà di pochi «eguali», in cui si colloca il dovere, orientato da regole, che obbliga il medico verso tutti i pazienti.

La potenza umanizzatrice attiva nell'opzione ippocratica del curare rivolto a tutti, non meno della grandezza del sapere realizzato, illuminano il senso profondo della presenza del pagano Ippocrate tra gli «spiriti magni», onorati da Dante nel canto IV dell'*Inferno*⁷.

Dunque fin dalla sua genesi greca la medicina ha un rimando tanto alla dimensione teoretica quanto a quella etica del filosofare.

Nel nostro presente prossimità e distanze tra filosofia e medicina hanno assunto un senso inedito con la nascita della bioetica.

La bioetica si impone nella cultura del Novecento, dopo un lungo cammino di filosofia, medicina, scienze, snodatosi nel contesto di una storia di trasformazioni che hanno mutato la faccia del mondo, nella sua duplice dimensione di «natura» e «storia». Di fatto, malgrado l'apparenza di perennità, di essere sempre già là, il mondo, non diversamente dalla città evocata da Baudelaire⁸, muta più rapidamente del «cuore» dell'uomo, ma anche più rapidamente della riflessione filosofica, che, nel caso della bioetica, ha preso corpo *post factum*, come pensiero di esperienze.

7 Cfr. DANTE, *Inferno*, vv. 139-144.

8 «Le vieux Paris n'est plus, la forme d'une ville / Change plus vite, hélas! que le coeur d'un mortel»: C. BAUDELAIRE, *Le Cygne*, in *Les fleurs du Mal*, vv. 7-8.

3. *Qualche nota su filosofia e dolore*

Nel suo più che bimillenario percorso, la filosofia assume tra i suoi temi di riflessione il dolore e costruisce strategie di confronto con la sua inquietante realtà.

Eppure non individua nel soffrire la scaturigine prima dell'attivarsi del *logos*.

Ho accennato prima al coraggio del pensiero. La storia della filosofia ci pone di fronte ad un paradosso gravido di senso: nel proporre la propria genealogia per secoli i filosofi evocano lo stupore dell'essere e rinviando nell'oscurità il dolore. Non che la filosofia non assuma come tema di riflessione il dolore, o non elabori strategie, o non tematizzi la valenza etica del soccorso offerto al dolore. Tuttavia non l'assume come potenza che attiva il pensiero, al contrario conserva la «meraviglia dell'essere» come mito fondatore. È una persuasiva intuizione di Hannah Arendt⁹ che meriterebbe approfondimento. Mi limito a ricordare che Scholem¹⁰, per esempio, tenta di comprendere il perdurare del ricorso alla mistica sottolineando l'incidenza negativa di questa scarsa considerazione del dolore e del male come fonte del filosofare. Rosenzweig, a sua volta, riconduce a questa omissione della potenza del dolore e della morte la lontananza tra filosofia e vita. Lévinas esige che il grido dei torturati¹¹ sia ascoltato, diventi parola della filosofia, articoli una lingua filosofica che modifichi il «greco», idioma del *logos*. Cito autori del Novecento perché non è un caso che questo tema venga evocato dalla filosofia del XX secolo con una forza che non è depotenziata dal dato di fatto che già in Hegel la scissione è la scaturigine del bisogno della filosofia¹². Al di là di ogni dubbio nel Novecento l'orizzonte in cui il dolore compare e si impone come tema di riflessione è molto diverso: la hegeliana nottola di Minerva¹³ vola su scenari che non sono identificabili con le macerie note alla storia, ma piuttosto coincidono con quella «terra desolata» da cui sale il fumo dei campi di sterminio ed il fungo atomico e poi, via via, si

9 Cfr. H. ARENDT, *La vita della mente*, tr. it. di G. Zanetti, Il Mulino, Bologna, 1987, 217 ss.

10 Cfr. G. SCHOLEM, *Le grandi correnti della mistica ebraica*, tr. it. di G. Russo, Il Melangolo, Genova, 1986, 44 ss.

11 Cfr. E. LÉVINAS, *Difficile libertà*, Albin Michel, Paris, 1976, 190.

12 La scissione è la storica dilacerazione del presente di Hegel ma egli crede alla possibilità di una riconciliazione piena, cfr. G.W.F. HEGEL, *Differenza fra il sistema di Fichte e di Schelling*, in *Primi scritti critici*, tr. it. di R. Bodei, Mursia, Milano, 1971, 13 ss.

13 G.W.F. HEGEL, *Lineamenti di filosofia del diritto*, tr. it. di F. Messineo, Laterza, Bari, 1965, 17.

sollevano le tante scorie portatrici di morte che in ogni momento possono interrompere il suo volo. Il pensiero è minacciato, non può più risolversi nel «sì e amen» ad un essere che si schiude alla conoscenza nella e con la meraviglia, un essere che infine è sempre intriso di razionalità. Il filosofare ormai deve necessariamente articolare un'interrogazione che non ha dalla sua la certezza delle risposte. C'è un'urgenza etica di nuovo impegno del pensare. Un'urgenza in cui gioca un ruolo determinante il tema del dolore.

Del dolore evitabile ed inevitabile.

Inevitabile è il dolore che si sottrae alle potenzialità presenti e future di intervento dell'uomo¹⁴.

Scaturigine prima di «dolore inevitabile» è il coappartenersi di vita e morte, come testimoniano la secolare ricerca di verità ed il perenne sforzo di elaborazione del senso di questa «scandalosa» coappartenenza. La consapevolezza della morte è fattore di identità dell'uomo e pietra di inciampo di ogni felicità che aspiri ad essere piena. Il nesso che stringe in una vita e morte dà il contrassegno di umana alla vita eppure infinitamente confligge con lo struggente desiderio di durare per sempre¹⁵.

E tuttavia il dolore inevitabile – di cui è paradigma la finitezza dell'uomo e la sua esposizione al soffrire e al morire – consapevolmente colto come ineluttabile, non è certo privo di potenzialità nella strategia di costruzione dell'identità umana e della storia. È sicuramente pietra d'angolo dell'edificio dell'anima.

La presa in carico del dolore dell'altro è il fondamentale gesto etico che dispiega le potenzialità di umanizzazione inscritte nel soffrire. La priorità dell'altro sofferente, anteposta al proprio dolore, respinto in ombra nelle profondità dell'io persuaso alla discrezione, porta a compimento e definizione quel volto dell'umano di cui dice Lévinas¹⁶, oltrepassando ogni tradizionale etica della compassione.

14 Ho qualche dubbio a considerare dolore inevitabile la sofferenza «funzionale» alla vita di cui spesso ci dicono gli scienziati, giustificando anche il dolore inflitto, per esempio, agli animali usati come cavia.

15 L'uomo è finitezza e mortalità ma colloca la misura di sé nell'eterno. Mi sia consentito chiarire questo punto con le struggenti parole di Rossana Rossanda: «La materia di cui è fatta la vita è il tempo che fugge, il suo sangue è la nostalgia di un sempre che non ci appartiene, ma sul quale soltanto ci misuriamo [...] Il finito non sopporta la finitezza. Almeno l'umano finito: gli animali ne hanno terrore non coscienza, e per questo gli occhi dell'animale morente hanno uno stupore insostenibile» (F. GENTILONE, R. ROSSANDA, *La vita breve*, Pratiche editrice, Parma, 1996, 11).

16 Il tema, centrale nella riflessione lévinasiana, tocca il suo vertice nell'articolazione dell'«umanesimo dell'altro uomo»: E. LÉVINAS, *Umanesimo dell'altro uomo*, tr. it. di A. Moscato, Il Melangolo, Genova, 1998.

4. Storicità della «cognizione del dolore»

La soglia del dolore, intesa come pura percezione del soffrire, muta con la scansione del divenire del vivere individuale e di quello collettivo, si alza o si abbassa nel tempo ed in relazione alla diversità delle condizioni di vita. Non meno attraversata da temporalità è la «cognizione del dolore»¹⁷, la consapevolezza riflessa in «sapere». Storicità dunque della sofferenza umana.

La variabilità della soglia è esperienza tanto comune da non esigere qui ed ora ulteriori approfondimenti. Piuttosto vorrei richiamare l'attenzione sulle trasformazioni prodotte nel Novecento dall'evento di un dolore che, consapevolmente identificato come «più terribile della morte», ha prodotto una diversa «cognizione». La letteratura della memoria, con il suo sterminato *corpus* di racconti dei sopravvissuti all'internamento, consegnando alla storia la figura dei «*Muselmänner*»¹⁸ di Primo Levi e degli spettrali abitanti dei gulag dei *Racconti di Kolima* di Varlam Tichonovic Salamov¹⁹, testimoni dell'esperienza dell'inferno come «mondo senza l'altro», ci pone di fronte ad una diversa condizione umana, disegnata da un inedito vissuto di dolore.

Intanto si è imposta una nuova identità del corpo: il corpo-carne²⁰, di cui dice Améry, capace di operare il «disincantamento» dello spirito. L'eccesso di sofferenza trasforma il corpo in «carne» e tacita lo spirito, polverizza la pietra d'angolo dell'edificio della cultura occidentale, costituita dalla fede nella possibilità per lo spirito di tutto elaborare e tutto ricondurre a sé, sempre e comunque. Disincanto dello spirito scrive Améry, fine della «metafisica» generata dall'«umanesimo dei superbi»²¹, che pretendono che l'io e la libertà dell'uomo non soccombano alla sofferenza estrema, traduce nella lingua della filosofia Lévinas.

Assume dignità di tema filosofico ed etico il corpo-cavia su cui riflettono e su cui si pronunciano i giudici di Norimberga, aprendo orizzonti inediti nella storia dell'umanità.

17 Per usare l'evocativo titolo del romanzo di Gadda, cfr. C.E. GADDA, *La cognizione del dolore* (1963), Garzanti, Milano, 1999.

18 P. LEVI, *Se questo è un uomo*, Einaudi, Torino, 1989, 81-2.

19 Cfr. V. T. SALAMOV, *I racconti di Kolima*, tr. it. di S. Rapetti, Einaudi, Torino, 1999.

20 «Solo attraverso la tortura ho appreso come sia possibile rendere un essere umano unicamente carne, e trasformarlo così, mentre è ancora in vita, in preda della morte»: J. AMÉRY, *Intellettuale a Auschwitz*, Bollati Boringhieri, Torino, 1987, 82.

21 E. LÉVINAS, *Difficile liberté*, cit., 223.

Alla mutata cognizione del dolore si accompagna il mutamento di significato dell'antica connessione tra sofferenza e senso, tra dolore e riscatto. La sofferenza, non più conseguenza di un agire, né di per sé strumento di redenzione, si propone allo sguardo del pensiero nella sua nudità che chiede soccorso.

La conquistata indipendenza da interpretazioni che ne velavano la dura realtà ha aperto nuovi orizzonti. Innanzitutto ha prodotto il tramonto del cosiddetto «dolorismo», tramonto che certamente ha contribuito a delineare, con una diversa sensibilità, un rinnovato impegno a tutelare i viventi dalla sofferenza.

5. La tutela dal dolore

Nell'ambito della salute assumono rilevanza sempre maggiore l'analgesia, le «cure palliative» e quanto offre sollievo al patire. Infine sembra trovare ascolto e soccorso effettuale, attraverso orientamenti etici, bioetici e giuridici, il grido a cui Lucrezio aveva offerto ineguagliata parola poetica: [...] *Nonne videre / nil aliud sibi naturam latrare, nisi utqui / corpore seiunctus dolor absit?*²²

Esemplare dell'avvenuto mutamento di interpretazione del dolore – ed in specifico di quel dolore senza futuro che è il soffrire della vita al suo termine – è una pagina dell'*Evangelium Vitae*, relativa al «problema della liceità del ricorso ai diversi tipi di analgesici e sedativi per sollevare il malato dal dolore, quando ciò comporta il rischio di abbreviargli la vita». È opportuno rileggere le parole dell'enciclica: «Se, infatti, può essere considerato degno di lode chi accetta volontariamente di soffrire rinunciando a interventi antidolorifici per conservare la piena lucidità e partecipare, se credente, in maniera consapevole alla passione del Signore, tale comportamento «eroico» non può essere ritenuto doveroso per tutti. 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”»²³.

22 «Come non vedere che null'altro la natura ci chiede con grida imperiose, se non che il corpo sia esente dal dolore?»: TITO LUCREZIO CARO, *De rerum natura*, II, 16.

23 GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, in *Enchiridion delle Encicliche*, EDB, Bologna, 1999, vol. 8 (1978-1998), cap. 65, 1565.

La pagina di un teologo chiarisce inequivocabilmente il nesso tra dolore, dignità del soffrire e obbligo di farsi carico di esso: «È vero che esiste un significato positivo del soffrire – e l'etica, soprattutto quella orientata teologicamente, deve fare leva anche su questo fattore – ma è vero anche che il soffrire atrocemente disumanizza. [...] Sottolineare il valore del dolore non è la stessa cosa che non impegnarsi a ridurlo e a eliminarlo, laddove questo è possibile. [...] Una morte umana è una morte nella quale il dolore fisico non faccia da padrone prepotente; è una morte nella quale anche la medicina palliativa deve contribuire a creare condizioni di possibile consolazione e serenità, nelle quali il morire, pur non perdendo il suo carattere drammatico, non sia tuttavia espropriato definitivamente della sua caratteristica naturalità»²⁴.

Riprova dell'acquisita coscienza del dolore, nella sua natura di fatto che attanaglia il vivente, prescindendo dall'insensibilità ad esso in tante interpretazioni del suo eventuale significato, è la condivisione della necessità di somministrare cure palliative, cioè interventi non terapeutici ma lenitivi, aventi per obiettivo, secondo l'illuminante proposta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità «il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i malati la cui malattia di base non risponde più ai trattamenti specifici e per le loro famiglie. Fondamentale è il controllo del dolore, degli altri sintomi e, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali»²⁵.

6. «Tra» vita e morte: una nuova condizione umana, una nuova figura del dolore?

Più della morte?

«A differenza dei millenni che sono alle nostre spalle la condizione umana contemporanea non teme tanto la morte quanto la protrazione inutile e dolorosa di una vita artificialmente sorretta. Il progresso biomedico può paradossalmente determinare negli esseri umani l'angoscia del subire come oggetti il dominio della tecnica»²⁶.

La sofferenza estrema suscitata dalla possibilità che l'io sia trasformato in «cosa» è un'esperienza novecentesca evocata da tanti in relazione alla

24 A. AUTIERO, *Una morte più umana*, in *Famiglia oggi*, 33/1988, 38 ss.

25 OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), *Linee d'indirizzo per l'assistenza al Malato Neoplastico Grave e in condizioni di terminalità e per lo sviluppo delle Cure Palliative* (ex DGRV 2989/2000).

26 F.P. CASAVOLA, *La dignità del malato*, in *Il mattino*, 27 gennaio 09.

morte. A me viene in mente Rosenzweig²⁷ e la sua denuncia dell'insostenibilità della perdita dell'io nell'esperienza della morte. La morte trasforma il corpo, che appartiene inscindibilmente all'io in cosa. L'angoscia del morente si traduce in grido che dice innanzitutto la refrattarietà dell'«individuo polvere e cenere» alla riduzione a corpo esanime e, simultaneamente, al consumo di sé nell'indeterminatezza del genere, della categoria, della astrattezza della «universale» vivente vita. Riduzione a «cosa» ed a «rappresentante di un genere» significano innanzitutto cancellazione di quella unicità che è coscienza elementare, non importa se chiara o confusa, che ognuno ha di sé e che ognuno vive come irrinunciabile. Il senso dell'argomentare rosenzweighiano è l'affermazione dell'inalienabilità della propria «unica ed esclusiva» identità, confermata anche di fronte all'inevitabilità del morire. Reificazione e appartenenza al «genere», con il loro effetto di disindividuazione, producono un dolore insostenibile perché infine disumanizzante. E «disumanizzante» perché disfa l'avvenuta individuazione in cui tanta parte gioca proprio il soffrire.

Che cosa importa al morente delle categorie filosofiche, etiche, giuridiche che decidono del suo sé dal momento che non può averne cura? Il suo grido evidenzia la menzogna inscritta in ogni considerazione dell'universale che non renda giustizia al singolo ed alle sue esigenze, che non rispetti l'individualità portatrice di dignità, di diritti. L'orrore della morte è l'insostenibile peso della perdita di sé nella «cosalità» del corpo inanimato, sia esso il corpo mutilato della trincea della prima guerra mondiale a cui il citato Rosenzweig fa riferimento, sia il corpo ricomposto sul letto di morte. Muta non l'essere ma la gradazione dell'orrore.

Che dire allora della perdita dell'io nella realtà non di una salma, ma di un corpo biologicamente vivente, a cui rimandano le parole di Francesco Casavola prima ricordate?

Irrompe sulla travagliata scena del nostro presente una nuova «figura» del dolore: un inedito essere al confine di vita e morte.

È l'esperienza di un tempo sospeso tra «né completamente vivo né completamente morto», che poco o nulla ha a che vedere con il giorno «critico» dell'antica medicina, risolvendosi o in morte o in guarigione.

Nel tragico spazio di questa esperienza estrema non compaiono la salma affidata alla *pietas* delle cure funebri, quella *pietas* per cui Antigone sfida il potere di Creonte ed accetta la morte, né le proprie spoglie affidate ad altri, in una sorta di regressione alla cura genitoriale della primissima infanzia, e

27 Cfr. F. ROSENZWEIG, *La Stella della redenzione*, tr. it. di G. Bonola, Marietti, Casale Monferrato, 1983, 3 ss.

nemmeno il corpo toccato dalla morte che si abbandona alle braccia della madre, di cui è simbolo – un simbolo di salvezza, la realizzazione di una teodicea artistica – la Pietà di Michelangelo.

Si tratta di un corpo che, pur essendo biologicamente vivo, può essere manipolato come una cosa, cancellando la tutela apprestata ordinariamente dal pudore, dalla cura di sé che appartiene ad ognuno. L'io sa che, quando la morte è intervenuta, la sua separazione dal corpo è consumata. Ma quando quest'ultimo è ancora vivo e l'io ne è misteriosamente separato, la rappresentazione di una manipolazione senza esito – dunque superflua perché impossibilitata a determinare il ritorno a vita «umana» – produce un dolore più terribile della morte, riproponendo nel presente l'esperienza del perdere le ragioni del vivere per eccesso di enfasi posta sulla «nuda» vita: «*Et propter vitam vivendi perdere causas*»²⁸.

7. Il tema dell'accanimento tra tecnoscienze, bioetica e rinnovata sensibilità verso il dolore

Accanimento è una parola entrata nel lessico medico nella seconda metà del Novecento²⁹.

Il termine veicola immediatamente una valenza di significato negativa: accanimento è la furia del cane che non abbandona la preda, secondo l'etimo di un vocabolo il cui uso probabilmente non è casuale. Relativamente facile è il rifiuto condiviso che investe l'«accanimento» in quanto tale.

Nella sfera della salute produce accanimento la pratica di terapie ed interventi tecno-medici, di vario tipo, aventi come finalità la mera sopravvivenza di un essere umano in condizioni gravi e senza speranza di miglioramento.

Per identificare prassi mediche di «accanimento» è necessaria una definizione, tendenzialmente condivisa, di possibilità, limiti e liceità di in-

28 DECIMO GIUNIO GIOVENALE, *Satire*, libro III, Satira VIII, vv. 83-84.

29 Secondo la precisazione della Commission Consultative Nationale d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, *Avis concernant l'acharnement thérapeutique 1.2006*, il termine sarebbe stato usato per la prima volta da J. R. Debray in riferimento alla vanità della rianimazione in caso di *coma dépassé*. Il termine accanimento è diventato di più ampio uso dopo la pubblicazione del volume di P. VESPERIEN, *Face à celui qui meurt. Euthanasie. Acharnement thérapeutique. Accompagnement*, Paris, Desclée De Brouwer, 1984, tradotto in italiano da Enrica Carboni con il titolo *Eutanasia. Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei morenti*, Edizioni Paoline, Milano, 1985.

tervento medico a partire dalla disponibilità attuale di tecnologie e della farmacologia. Ma fondamentale è che etica e deontologia medica si confrontino con le mutate condizioni esistenziali e storiche comuni nel nostro presente all'operatore sanitario e a colui che di cure mediche ha bisogno.

L'obbligo morale e giuridico di curare che vincola il medico e l'obbligo di allontanare ad ogni costo la morte, contrassegna della deontologia di ascendenza ippocratica, devono necessariamente deporre la dimensione assoluta e metastorica che per secoli li ha caratterizzati. La dismissione di assolutezza e l'opzione per la «storicità» significano, per l'*ethos* medico, tenere nel debito conto, accanto al dettato deontologico e alla propria coscienza, tanto la condizione umana – che è anche «civile» e «politica» – del paziente, quanto il contesto relazionale in cui si trova a svolgersi ogni vita, sana o malata, accompagnata o meno da coscienza che sia, nonché la diversa cognizione del dolore maturata tra XX e XXI secolo.

Le problematiche dell'accanimento sono state suscitate, come accennavo, dall'avanzamento delle tecnologie della sopravvivenza e dalle potenzialità della farmacologia, in quanto capaci di intervento sull'intero arco della vita, dall'inizio pre-natale³⁰ alla fase conclusiva, quella della morte o, come è più opportuno dire, del morire identificato come «processo» interno alla vita. Dunque il tema dell'accanimento investe, con modalità diverse, la bioetica di «inizio» e «fine vita».

Mi limiterò a qualche considerazione relativa alle problematiche di fine vita.

Vorrei però fare una premessa che ha per me il senso di un'opzione metodologica: il *limen*, che segna inizio e fine della vita separando il non essere dall'essere, è irto di pericoli solo se non è oggetto di considerazione adeguata e di adeguate tutele. A giusta ragione il cardinale Martini ha evidenziato come le questioni riguardanti la nascita e la fine della vita appartengano a «zone di frontiera o zone grigie dove non è subito evidente quale sia il vero bene», deducendo da questa valutazione che «è buona regola astenersi anzitutto dal giudicare frettolosamente e poi discutere con serenità, così da non creare inutili divisioni»³¹.

L'inafferrabilità di inizio e fine sembra ricordare all'uomo del nostro tempo, carico di sapere e di sventure, il dovere di conservare cautela e rispetto, di tenere aperto il dialogo fra posizioni diverse.

30 Ampio dibattito suscita il tema della rianimazione dei feti, o anche dei pre-maturi, configurante accanimento.

31 C.M. MARTINI, *Dialogo sulla vita*, in *L'Espresso*, n. 16, 2006.

8. *Un passaggio epocale: quando il «servare vitam» diventa accanimento?*

Accanimento è termine che esprime la metamorfosi della volontà in caparbia.

Caparbia è la volontà autoreferenziale, che non tiene conto che di sé; è volontà che vuole se stessa e che può giungere fino all'ostilità. Nella sfera della terapia la volontà divenuta caparbia può spingersi a trattare come nemico non la malattia, che è un'astrazione, ma il paziente, che è esistenza concreta.

Quando l'obbligo, eticamente vincolante, a lottare contro la morte a tutela del paziente è diventato accanimento?

La metamorfosi di senso e valore che si registra nel passaggio dall'«impegno» all'«accanimento» è «storica» e rimanda ad un contesto fatto di una pluralità di elementi.

Indiscutibilmente la rilevanza etica, bioetica e giuridica dell'accanimento è tema del Novecento, tuttavia la riflessione etica ha fin dal XVI secolo impostato un ragionamento su mezzi “ordinari” e “straordinari”, tema divenuto corrente nella riflessione bioetica sulle varie forme dell'ostinazione ad intervenire sul paziente.

Di indiscutibile rilievo sono i documenti del Magistero cattolico, sedimentatisi negli anni, sia per la loro incidenza reale su formazione e conservazione di *ethos* nei paesi a maggioranza cattolica sia per l'attivazione di dibattiti in contesti culturali plurimi, religiosi o laici che essi siano.

La riflessione teologico-morale dagli inizi della modernità – almeno dal XVI secolo in poi – nei commentari a Tommaso d'Aquino imposta ragionamenti ed indicazioni intorno a mezzi ordinari e straordinari³², sollecitata dallo sviluppo della medicina.

Il contesto è ovviamente non la problematica dell'accanimento a noi contemporanea ma i margini di «colpa» nel fare o nell'omettere un intervento, insomma la chiarificazione dell'obbligo morale di conservare la

32 Cfr. P. TABOADA, *Mezzi ordinari e straordinari di conservazione della vita: l'insegnamento della tradizione morale*, in E. Sgreccia, J. Laffitte (a cura di), *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi. Atti della quattordicesima assemblea della pontificia accademia per la vita*, Città del Vaticano, Libreria editrice vaticana, 2009. Cfr. anche la versione elettronica: http://www.academiavita.org/index.php?option=com_content&view=article&id=331%3Ap-taboada-mezzi-ordinari-e-straordinari-di-conservazione-della-vita&catid=59%3Aatti-della-xiv-assemblea-della-pav-2008&Itemid=66&lang=it, 2008.

salute e la vita mediante l'uso dei dispositivi che la medicina realizza. La questione della possibile colpa investe il medico ed il paziente in maniera diversa: prioritariamente ci si interroga sulla decisione del paziente e sulla possibilità che essa comporti colpa.

Curiosamente un problema discusso è quello della liceità morale di rifiutare l'amputazione di un arto, in un contesto lontanissimo – non solo nel tempo – da quello che ha fatto da sfondo, nell'era della bioetica, al drammatico «caso Maria»³³.

Articolando una ricognizione dei documenti del Magistero cattolico, J. M. Haas³⁴ ricorda, tra l'altro, come a fine Cinquecento venga proposta la tesi per cui la salvezza dalla morte non merita sofferenza estrema. Sul tema medita con ampi riferimenti Paolina Taboada, che cita le parole del teologo tridentino Domingo Soto: «*Non est tanto dolore digna salus*»³⁵.

Non meno chiara è l'affermazione della liceità di rifiutare il cibo³⁶.

33 «Caso Maria»: è rubricato con questa espressione nei testi di Bioetica la vicenda della paziente che, nel 2004, ha rifiutato l'amputazione dell'arto pur sapendo che sarebbe andata incontro alla morte.

34 Per un'ampia valutazione del tema cfr. J. M. HAAS, *Proporzionalità terapeutica e accanimento terapeutico nei documenti del Magistero*, in E. Sgreccia, J. Laffitte (a cura di), *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi*, cit. Cfr. anche la versione elettronica: <http://www.academiavita.org/index.php?option=com_content&view=article&id=323%3Aj-m-haas-proporzionalita-terapeutica-e-accanimento-terapeutico&catid=59%3Aatti-della-xiv-assemblea-della-pav-2008&Itemid=66&lang=it>, 2008.

35 P. TABOADA, *Mezzi ordinari e straordinari di conservazione della vita: l'insegnamento della tradizione morale*, cit., riporta le parole di D. Soto (1494-1570) dal *Theologia Moralis, Tractatus de Justitia et Jure*, Lib. V, q. 2, art. 1: «...*praelatus vero cogere posset subditum propter singularem oboedientiam illi promissam, ut medicamina admittat quae commode recipere potest. At vero quod ingentissimum dolorem in amputatione membri aut corporis incisione ferat, profecto nemo cogi potest: quia nemo tenetur tanto cruciatu vitam servare. Neque ille censendus est sui homicida. Imo vera est illa Romani vox dum crus illi aperietur: Non est tanto dolore digna salus*» («Un prelato potrebbe, in realtà, costringere, per il particolare tipo di obbedienza da lui promessagli, un suo dipendente ad assumere medicine che è in grado di prendere facilmente. Ma nessuno, senza dubbio, può essere costretto a quanto, nell'amputazione di un arto o in un'incisione del corpo, possa procurare acutissimo dolore: nessuno, infatti, è obbligato a conservare la propria vita a prezzo di una così grande tortura. Costui, inoltre, non è assolutamente da considerare suicida. A tal proposito, è proprio giusta la famosa frase di un romano, mentre la sua gamba stava per essere incisa: la salute non è degna di un dolore così grande!).

36 Cfr. il riferimento nel citato saggio di P. TABOADA a Francisco de Vitoria che nel 1587 scrive: «*Ad argumentum in contrarium [...] secundo dico quod si aegrotus potest sumere cibum vel alimentum cum aliqua spe vitae, tenetur sumere cibum,*

Si delinea, così, una lunga tradizione che diviene in un certo senso preistoria per le discussioni novecentesche.

Con le potenzialità aperte dalla messa a punto di tecniche di rianimazione negli anni Cinquanta del XX secolo, comincia ad assumere significato pregnante la distinzione di mezzi ordinari e straordinari rispetto a forme di sopravvivenza forzata.

Il punto di svolta per la riflessione è costituito dal *Discorso agli anestesisti e rianimatori* pronunciato da Pio XII nel 1957. È di grande rilievo il riferimento del Papa alla «situazione», la sua attenzione alla «storicità», alla necessità di evitare mezzi che implicino oppressione, con l'imposizione di oneri tanto gravosi da rendere difficile il conseguimento del bene maggiore³⁷.

La consapevolezza che il rifiuto dell'accanimento non contraddice il principio della sacralità della vita è espressa in maniera esemplare nella lettera del cardinale Villot al Congresso della Federazione internazionale delle associazioni mediche cattoliche: «bisogna sottolineare che il carattere sacro della vita è ciò che proibisce al medico di uccidere e nello stesso tempo gli impone il dovere di adoperarsi con tutte le risorse della sua arte a lottare contro la morte. Ma questo non significa che egli sia obbligato a utilizzare tutte le tecniche di sopravvivenza che gli vengono offerte da una scienza infaticabilmente creatrice. In molti casi, non sarebbe una tortura inutile imporre la rianimazione vegetativa nell'ultima fase di una malattia incurabile?»³⁸. La Congregazione per la dottrina della fede ribadisce, a sua volta, con il crisma del suo ufficio, la liceità della rinuncia ai trattamenti:

sicut teneretur dare aegrotanti. Tertio dico, quod si animi deiection tanta est et appetitivae virtutis tanta consternatio, ut non nisi per summum laborem et quasi cruciatum quendam aegrotus possit sumere cibum, iam reputatur quaedam impossibilitas et ideo excusatur, saltem a mortali; maxime ubi est exigua spes vitae aut nulla» («Se un malato può assumere cibo o un qualunque alimento, ove vi sia qualche speranza di vita, è tenuto a farlo, così come sarebbe tenuto a darlo ad un'altra persona malata [...]. Se 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 assumere cibo, sicuramente è da riconoscere una certa impossibilità e perciò egli è scusato, almeno dal peccato mortale, specialmente dove la speranza di vita sia esigua o nulla»).

37 PIO XII, *Discorso ai partecipanti nel Simposio Internazionale su Anestesia e persona umana*, in *Discorsi e messaggi* di Pio XII, Città del Vaticano, 1957, vol. XVIII, 779 ss.

38 Il brano della lettera del cardinale Villot è riportata nel testo del Pontificio Consiglio Cor Unum, *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti*, in *Enchiridion Vaticanum*, 7 (1980-1981), EDB, Bologna, 1982, 1145, che rinvia per la lettera di Villot a *Documentation Catholique*, 1970, 963.

«nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero un prolungamento precario della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in casi simili»³⁹.

9. *Mutamento di «parole» e di «cose»? Da «ordinario e straordinario» a «proporzionato e sproporzionato»*

L'insufficienza del rimando a ordinario e straordinario, che oggi la prassi denuncia, produce un affinamento terminologico, funzionale a fornire risposte più adeguate agli interrogativi via via emergenti. Ed è la dichiarazione sull'eutanasia, *Iura et Bona*, della Congregazione per la Dottrina della Fede del 1980 a segnare un passaggio importante: «Finora i moralisti rispondevano che non si è mai obbligati all'uso dei mezzi "straordinari". 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". In ogni caso, si potranno valutare bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali»⁴⁰.

L'accento alle «forze fisiche e morali» dell'ammalato non toglie la priorità data alla dimensione «oggettiva» ed al ruolo del giudizio dei medici in questo documento.

Di particolare interesse è l'attenzione riservata dalla Dichiarazione del Pontificio Consiglio *Cor unum* (27 giugno 1981) alle condizioni concrete che il medico deve valutare, tenendo conto anche della «disposizione» e delle «risorse morali» del paziente stesso, dunque del soggetto. Il testo dichiara: «Il principio è dunque che non c'è obbligo morale di ricorrere a mezzi straordinari; e che, in particolare, il medico deve inchinarsi di fronte alla volontà del malato che rifiutasse tale ricorso»⁴¹.

39 CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Eutanasia*, 5 maggio 1980, cap. IV (*L'uso proporzionato dei mezzi terapeutici*), in *Enchiridion Vaticanum* 7 (1980-81), cit., 347.

40 *Ibidem*.

41 PONTIFICIO CONSIGLIO COR UNUM, *Questioni etiche relative ai malati gravi e morenti*, cit., 1145. Il testo riconosce che mezzi ordinari e mezzi straordinari sono espressioni via via superate «nella terminologia scientifica e nella pratica medi-

Ampio ruolo alla volontà del «paziente» riconosce l'episcopato statunitense nel 2001: «Ogni persona è moralmente obbligata ad usare mezzi ordinari e proporzionati per preservare la propria vita. I mezzi proporzionati sono quelli che, nel giudizio del paziente, offrono una ragionevole speranza di beneficio e non implicano un peso o una spesa eccessiva sulla famiglia o sulla comunità»⁴².

Il ricorso a mezzi «sproporzionati» produce l'accanimento che il Catechismo della Chiesa cattolica del 1992 nel suo articolo 2278 rifiuta, riconoscendo il ruolo che nell'assunzione di decisioni spetta alla volontà della persona malata: «L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'«accanimento terapeutico». Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente».

Un'attenzione costante nel tempo alla problematica dell'accanimento e delle sue implicazioni ha mostrato Giovanni Paolo II, come è evidente da due testi particolarmente significativi, che meritano di esseri letti nei loro passaggi fondamentali. Distinta da pratiche eutanasiche è «la decisione di rinunciare al cosiddetto “accanimento terapeutico”, ossia a 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”. 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

ca», ma sottolinea che esse «hanno ancora valore per dirimere questioni morali della più grande importanza, dal momento che il termine “straordinario” qualifica dei mezzi ai quali non si ha mai l'obbligo di ricorrere»: *ibid.*, 1143.

42 «A person has a moral obligation to use ordinary or proportionate means of preserving his or her life. Proportionate means are those that in the judgment of the patient offer a reasonable hope of benefit and do not entail an excessive burden or impose excessive expense on the family or the community»: USCCB (Direttive Etiche e Religiose per la Sanità Cattolica), *Problemi dell'assistenza ai morenti, Direttiva n. 56*, in *Conferenza dei vescovi cattolici*, Inc. Washington DC, 2001.

straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte»⁴³.

Ed ancora nel 2002 Karol Wojtyła precisa: «La complessità dell'essere umano esige poi che, nel prestargli le cure necessarie, si tenga conto non soltanto del corpo, ma anche dello spirito. Sarebbe presuntuoso contare allora unicamente sulla tecnica. Ed in questa ottica, un esasperato accanimento terapeutico, anche con le migliori intenzioni, si rivelerebbe in definitiva, oltre che inutile, non pienamente rispettoso del malato giunto ormai ad uno stato terminale»⁴⁴.

Sullo sfondo di questa dottrina relativa all'accanimento, considerato come pratica da evitare, esplicita e determinata è la posizione della Chiesa cattolica nel considerare appartenente al paradigma dell'«ordinario e proporzionato» nutrizione ed idratazione artificiale (NIA).

L'incompatibilità di questa posizione con quella di tanti, cattolici e non, che considerano la NIA presidio medico, e pertanto pratica che configura accanimento se non interrotta al momento valutato come opportuno, è uno dei temi più discussi nel dibattito bioetico e giuridico intorno alle questioni di fine vita, come avremo modo di vedere in seguito.

Inequivocabili i testi in merito di Giovanni Paolo II e della Congregazione per la dottrina della fede. Nel 2004 il Pontefice afferma: «In particolare, vorrei sottolineare come la somministrazione di acqua e cibo, anche quando avvenisse per vie artificiali, rappresenti sempre un mezzo naturale di conservazione della vita, non un atto medico. 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»⁴⁵.

Questa posizione è ribadita con nettezza nel 2007 dalla Congregazione per la dottrina della fede: «La somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e

43 GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, cit., 1563.

44 Cfr. Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alla delegazione di medici partecipanti al Congresso promosso dall'organizzazione mondiale di gastroenterologia*, <http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches/2002/march/documents/hf_jp-ii_spe_20020323_congr-gastroenterologia_it.html>, 23 marzo 2002.

45 Cfr. GIOVANNI PAOLO II, *Discorso in occasione dell'udienza ai partecipanti al Congresso internazionale 17-20 marzo 2004, I trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo. Progressi scientifici e dilemmi etici*, in <http://www.internetsv.info/SostVit.html>, 2004.

fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente»⁴⁶.

Il rifiuto dell'accanimento si qualifica eticamente in maniera evidentissima se si tiene conto che esso non ha nulla in comune né con l'«abbandono terapeutico», ossia lasciare i malati terminali a se stessi e alle loro famiglie deprivandoli di assistenza e di interventi miranti all'eliminazione della sofferenza, né con la «negligenza terapeutica», ossia la pratica di cure svogliate a chi si valuta non possa sopravvivere a lungo.

L'obbligo di curare i pazienti inguaribili è fuori discussione perché con tutta evidenza inguaribile ed incurabile non sono sinonimi. Esistono infatti malattie inguaribili che sono curabili, malattie con cui si convive anche per moltissimi anni. Le cure, pur non potendo portare a guarigione, consentono un prolungamento della vita, anche di vita «buona», fornita dei beni che i pazienti «inguaribili» ma curati possono valutare tali per sé e goderne.

La condivisione del rifiuto dell'accanimento è resa piana dal dato di fatto che esso non ha la finalità di interrompere la vita, ma di soccorrerne la sofferenza. La morte per quanto prevedibile o prevista, non è lo scopo dell'azione, che così è sottratta alle difficoltà che accompagnano per tanti le pratiche eutanasiche.

L'intenzione qualifica l'azione. La dottrina tomista del doppio effetto incontra l'orientamento dell'etica dell'intenzione. Sembrano dialogare a distanza prospettive teologiche del XVI e del XX secolo: Francisco de Victoria afferma: «una cosa è non prolungare la vita e altra cosa è abbreviarla. Il secondo è sempre illecito, ma non il primo»⁴⁷; l'*Evangelium Vitae* recita: «L'eutanasia va distinta dalla decisione di rinunciare al cosiddetto «accanimento terapeutico», ossia a 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»⁴⁸.

Il rifiuto dell'accanimento è tema a cui la riflessione etica sviluppata nell'ambito del sapere medico ha dato ampio spazio ed indicazioni vincolan-

46 Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Risposte a quesiti della Conferenza episcopale statunitense circa l'alimentazione e idratazione artificiale*, in http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_it.html, 2007.

47 «Aliud est non protelare vitam, aliud est abrumpere: nam ad primum non semper tenetur homo et satis est quod det operam per quam homo regulariter potest vivere», il tema è discusso da P. TABOADA, *Mezzi ordinari e straordinari di conservazione della vita: l'insegnamento della tradizione morale*, cit.

48 GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, cit., 1563.

ti. L'Assemblea medica mondiale nel 1993 stabilisce l'obbligo per il medico di astenersi dall'«accanimento terapeutico», cioè da ogni trattamento di carattere eccezionale da cui non si possa sperare alcun beneficio per il paziente.

Il Comitato Nazionale di Bioetica ripropone il rifiuto di ogni «trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunge la presenza di un rischio elevato per il paziente di ulteriori sofferenze, in un contesto nel quale l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata rispetto agli obiettivi»⁴⁹.

Come accennavo prima, il punto più controverso è ovviamente quello relativo alla categoria sotto cui collocare il ricorso alla pratica della nutrizione e dell'idratazione artificiale.

Discutendo di fondamentali testi del Magistero cattolico ho evidenziato la netta posizione di esclusione della nutrizione ed idratazione artificiale dall'appartenenza alla sfera degli «atti» medici e la collocazione di essa nell'ambito dei doverosi atti di «sostegno vitale», di conservazione della vita.

Il documento del 2005 del Comitato Nazionale di Bioetica accoglie in pieno queste tesi: «La decisione di non intraprendere o di interrompere la nutrizione e la idratazione artificiale non è disciplinata da principi che regolano gli atti medici con riferimento ad altri supporti vitali». Dunque la pratica di NIA, secondo questo testo, non configura accanimento: «nutrizione e idratazione artificiale costituiscono forme di assistenza di base e proporzionata (efficace, non costosa in termini economici, di agevole accesso e praticabilità, non richiedendo macchinari sofisticati ed essendo, in genere, ben tollerata)». Piuttosto la sospensione di NIA produce abbandono e apertura di deriva eutanassica: «La sospensione di tali pratiche va valutata non come la doverosa interruzione di un accanimento terapeutico, ma piuttosto come una forma, da un punto di vista umano e simbolico particolarmente crudele, di “abbandono” del malato: non è un caso infatti che si richieda da parte di molti, come atto di coerenza, l'immediata soppressione eutanassica dei pazienti in stato vegetativo permanente (SVP) nei cui confronti si sia decisa l'interruzione dell'alimentazione e dell'idratazione, per evitare che dopo un processo che può prolungarsi per due settimane giungano a “morire di fame e di sete”»⁵⁰.

La divaricazione delle varie posizioni su questo *punctum dolens* è tanto netta da rendere difficilissima la costruzione di compatibilità ed il raggiun-

49 COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana*, 14 luglio 1995 (come tutti i documenti del CNB, il testo è reperibile in www.governo.it/bioetica/).

50 COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA, *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*, settembre 2005.

gimento di un accordo in relazione al varo di una legge condivisa sulle Direttive anticipate di trattamento in cui si possa indicare l'opzione, espressa dal paziente e vincolante per medici e istituzioni sanitarie, circa il rifiuto della NIA⁵¹.

10. «Vaghezza» del termine accanimento: problema tecnico o etico?

Ricostruire attraverso documenti fondamentali le definizioni di accanimento ci instrada nella direzione della chiarificazione di un termine poliemico. Tuttavia irrinunciabile resta la collocazione del problema accanimento nel contesto del nostro presente, del suo *ethos*, di un *ethos* la cui dimensione di storicità non può essere omessa, pena l'incomprensione.

Per chiarire questa affermazione muoverei dal dettato del Codice deontologico medico del 2006: «Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa *fondatamente* attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita»⁵².

51 Il dibattito è particolarmente acceso in Italia, in quanto la discussione svoltasi nel Paese, in seguito ad eventi di forte impatto e di intensa drammaticità quali il caso Welby ed il caso Englaro, risoltisi in forza di ricorso al giudizio in tribunale, si è trasferita nel Parlamento chiamato ripetutamente, e tuttora invano, a legiferare sulle Dichiarazioni anticipate di trattamento, in un clima di accesissimo conflitto di interpretazioni, che sono altrettante opzioni filosofiche, etiche, giuridiche e politiche. La misura della difficile compatibilità di posizioni in relazione a nutrizione e idratazione artificiale può essere espressa mettendo a confronto le tesi che sottostanno a due ipotesi di legge sulle Direttive anticipate di trattamento. Il d.d.l. del senatore R. Calabrò, presentato in Parlamento il 2 febbraio 2009, *Disposizioni in merito di alleanza terapeutica, di consenso informato e dichiarazioni anticipate di trattamento*, assume in merito alla NIA posizioni conformi alla dottrina della Chiesa cattolica e al citato testo del CNB. All'art. 5, par. 6, sancisce infatti che «l'alimentazione e l'idratazione sono forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze e non possono formare oggetto di Dichiarazione Anticipata di Trattamento». Di contro Ignazio Marino, primo firmatario già nel 2008 del d.d.l. *Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico, nonché in materia di cure palliative e di terapia del dolore*, non giunto ad approvazione, sostiene la tesi, più volte argomentata, che nutrizione ed idratazione sono pratiche richiedenti competenze mediche, farmacologiche, biochimiche etc., e pertanto interventi di carattere medico configuranti, in determinate circostanze, accanimento terapeutico.

52 *Codice di Deontologia medica* del 2006, cap. IV articolo *Accanimento diagnostico-terapeutico* (il testo è reperibile in rete: www.medicitalia.it/public/.../file/CodiceDeontologiaMedica).

La parola chiave per aprire una discussione è l'avverbio «fondatamente». A chi compete dare «fondamento» all'aspettativa di beneficio per il paziente e come? Giocano un ruolo esclusivamente criteri tecnico-scientifici o anche la valutazione soggettiva? Quale peso spetta alla valutazione comparativa che chiama a confronto l'ottica etica del «paternalismo» medico (sia pure benevolo), ancora attivo ed operativo, e l'ottica etica dell'inalienabilità dell'autonomia del paziente?

Rispondere in un senso o nell'altro è definire una prospettiva etica, bioetica, con possibili conseguenze giuridiche.

Il punto più problematico è dunque costituito dalla incertezza che si cela dietro l'istanza espressa dall'avverbio «fondatamente». Ad offrire un fondamento alla valutazione devono evidentemente essere «cognizioni» accumulate nel tempo: conoscenze tecnico-mediche e consapevolezze di situazioni pregresse, acquisizioni delle valutazioni dei pazienti, delle modalità con cui pazienti, famiglie, ospedali hanno affrontato situazioni a rischio di accanimento.

È ineludibile innanzitutto la necessità di ricostruire la «storia». Né filosofia, né religione possono garantire «fondatamente» la liceità di intervento e non intervento una volta per tutte, ma le conoscenze (in senso ampio) accumulate con l'esperienza individuale e collettiva.

Medico, paziente, istituzioni vivono in un mondo: il loro rapporto si svolge in un contesto. L'orizzonte del nostro presente è segnato dall'incontrovertibile conquista del principio di autonomia e «competenza etica», che dà figura all'umano.

È appena il caso di ricordare che l'essere adulti, capaci cioè di autonomia e «competenza» etica e giuridica, non significa che sono cancellate le condizioni fattuali (legate a circostanze) di dissimmetria tra pazienti e chi è in condizione di prendere in carico salute e malattia. Quale dissimmetria più grande tra malato e sano, e soprattutto tra persona bisognosa di sapere medico e di cure e chi è depositario di quel sapere ed amministra le cure, terapeutiche e non? La disparità di condizione derivata dalla contingenza non cancella l'autonomia, non comporta automaticamente la regressione etica verso una rinnovata gerarchizzazione degli esseri umani. Sarebbe involuzione etica, al di qua di autonomia e rispetto, il disporre su di una scala gerarchica chi ha un potere – sia pure scientifico – e chi di quel potere ha bisogno. La dissimmetria non cancella l'eguale dignità del riferimento alla coscienza di medico e paziente, come la diversità fattuale nell'ambito più ampio della società non azzerà il principio di uguaglianza e dignità.

Ovviamente la considerazione della disparità è funzionale alla realizzazione di un'autonomia effettiva, pertanto va tenuta nel debito conto. Disco-

noscere la dissimmetria e pretendere di dialogare con il malato, simulando uguaglianza di condizione tra medico e paziente, è aprire la deriva dell'inganno e dell'aggiramento della volontà autonoma.

Un'ipotesi peggiore dell'assunzione dell'«eguaglianza formale» è l'uso della differenza situazionale a vantaggio del più «forte». Certo, chi è in condizione «forte» può approfittare della debolezza dell'altro e prevaricare, per esempio orientando la comunicazione in un modo conforme alla propria volontà ed alla decisione medica già presa. Ma questa azione è «colpa», che facilmente può sfuggire alla sanzione giuridica, come accade d'altronde ai tanti inganni perpetrati da chi non vive come obbligo il rispetto, ma non può sottrarsi alla qualificazione etica di violenza.

La riflessione sulla possibilità di «fondatezza» della previsione esige un supplemento di indagine sulla «vaghezza» imputata al termine accanimento. È questione davvero centrale chiarire se quest'ultima rimandi ad un problema tecnico o piuttosto ad un problema di ottica etica.

Il tema, discusso a partire dal caso Welby anche sul piano giuridico⁵³, merita di essere affrontato sul piano filosofico.

Non esiste una regola univoca per definire una pluralità di situazioni e condizioni umane.

La regola, formulata in termini generali condivisi – il rifiuto dell'accanimento lo è – deve misurarsi con la «*circumstantia*»⁵⁴: i citati teologi moralisti che hanno discusso nel corso della modernità di mezzi ordinari e straordinari ragionano tenendo conto della *situazione*.

Non c'è equiparazione possibile tra etica e verità matematica: è una pretesa assurda la formulazione di una definizione e di una regola unica, vincolante sempre e dovunque, che possa configurarsi come «oggettiva». Se c'è un tema su cui la bioetica ha fatto chiarezza è la fallacia del ricorso all'«oggettività» della scienza come «*auctoritas*» per risolvere questioni etiche e giuridiche.

La mia ipotesi è che l'accanimento resta termine «vago» se si continua ad escludere per principio la dimensione di «soggettività», ossia il parere

53 Il Tribunale di Roma, ord. 16.12.2006 FI 2007, dichiara che pur essendo configurabile il diritto del paziente «alla consapevole ed informata determinazione della scelta delle terapie a cui sottoporsi, tale diritto non sarebbe in concreto tutelabile a causa della mancata definizione in sede normativa delle sue modalità attuative, in particolare all'esatta individuazione del c. d. accanimento terapeutico».

54 Per una riflessione sul tema cfr. G. M. PIZZUTI, *Natura, implicazioni e limiti del concetto di «circumstantia» in Tommaso d'Aquino*, in P. Piovanì (a cura di), *L'etica della situazione*, Guida Editori, Napoli, 1974, 57 ss.

del paziente su quali cure sono esperite e dichiarate come sproporzionate e la «storicità», il qui ed ora, della *situazione*.

I «requisiti oggettivi» a cui fa riferimento per esempio l'*Evangelium vitae* sono requisiti la cui oggettività potrebbe essere intesa solo come tecnico-scientifica (anche se abbiamo visto nei testi il riferimento, sia pure fugace, alla soggettività). L'impossibilità dell'«oggettività» univoca è palese, non meno dell'inconcepibilità di un principio che, nell'orizzonte mobile della vita e della morte, valga normativamente sempre e comunque.

Il prodursi dell'accanimento, di una pratica di intervento «estrema» (e da tutti rifiutata in linea di principio), non è dovuto al ricorso a farmaci e a tecniche di per sé ragioni di accanimento. Che cosa configura accanimento può essere definito solo di volta in volta, in «situazione». Non c'è un parametro fisso, una «tabella» a cui il medico può ricorrere sempre e comunque, per sapere se l'azione che intraprende è accanimento. Ordinari, straordinari, proporzionati, sproporzionati sono aggettivi che qualificano gli interventi senza specificarli, sono termini che acquistano un significato utile per orientare l'agire «in contesto». Il contesto è dato tanto dalla condizione del paziente, interpretata per il versante «tecnico-scientifico» dal medico e comunicata (secondo l'obbligo dell'informazione che rende possibile consenso o dissenso informato), quanto dalla valutazione del paziente, a partire da sé, dalle sue convinzioni, dal suo rapporto con la cerchia degli intimi. Proprio perché è necessaria la considerazione del contesto «soggettivo, oggettivo, intersoggettivo» non è ipotizzabile una definizione univoca e tanto meno una definizione «per legge».

La tentazione della delega della responsabilità che ci si deve assumere in situazione al dettato di una norma è tentazione perenne. Con il ricorso ad un parametro fisso si produrrebbe un duplice effetto: la delega di valutazioni da fare di volta in volta ad una legge inevitabilmente incapace di regolare con giustizia oggettiva la molteplicità delle situazioni ed altresì una deriva autoritaria del diritto, in quanto l'*auctoritas* del diritto supplirebbe l'autonomia cancellata di medico e paziente. Un quadro normativo dichiaratamente di «indirizzo» dell'azione, l'opzione per un «diritto leggero» – per evocare proposte molto autorevoli del pensiero filosofico-giuridico italiano⁵⁵ – potrebbe aprire a percorsi condivisi.

55 «Abbiamo bisogno di una legislazione sobria, che risponda ai problemi reali e non alle paure, ai fantasmi, ai pregiudizi...; leggera, che consenta la prosecuzione del confronto tra posizioni diverse; elastica, che indichi principi in grado di adattarsi al continuo cambiamento scientifico e tecnologico»: S. RODOTÀ, *Ipotesi sul corpo «giuridificato»*, in *Tecnologie e diritti*, Il Mulino, Bologna, 1995, 205. Ma il tema del «diritto leggero» è presente in altri lavori fondamentali dell'autore, tra

Dunque l'impossibilità dei «requisiti oggettivi» per definire l'accanimento nel senso indicato non è condanna all'arbitrio, tutt'altro. Personalmente credo che contribuisce all'«oggettività»⁵⁶, che il medico cerca a garanzia della giustezza del suo intervento, la richiesta del soggetto-paziente che «patisce» ed «agisce» la sua personalissima vicenda.

L'«oggettività» assume altra connotazione: è l'esito di un percorso relazionale, dissimmetrico psicologicamente, ma non eticamente né politicamente «gerarchico».

La soluzione non è da ricercare in una definizione più «oggettiva», comprensiva del maggior numero di possibili condizioni. Essa esige non un mutamento di linguaggio ma di ottica.

La preoccupazione che astenersi dall'accanimento significhi per il medico abbandono e tradimento del proprio impegno etico professionale merita attenzione. Il tema travalica l'ambito angusto della cosiddetta medicina difensiva, anche se quest'ultima va attentamente considerata. Mi soffermerei tuttavia su un aspetto della questione che ha un peculiare rilievo etico.

Vorrei ricordare la tonalità moralmente rilevante che accompagna l'incubo che la vita, che ci si «accanisce» a mantenere vivente, privata di «impegno adeguato» possa acquistare l'orrida identità di «vita indegna», con il carico di sventura che l'uso di questa espressione ha storicamente comportato⁵⁷. Contro effetti incontrollati derivanti da una pressione subliminale esercitata dalla memoria degli orrori consumati dai nazisti, l'unico antidoto è la chiara consapevolezza che il ricorso a termini quali «dignità» e «indegnità» riferiti alla vita da «dominare» era l'esito di un inganno programmato. Il marchio «degn o indegn di vivere» era attribuito sul parametro dell'ideologia razzista, della «filosofia dell'hitlerismo»⁵⁸, che per sua opzione strutturante non tiene in nessun conto i singoli esseri umani, la loro volontà, la loro valutazione della vita e dei beni della vita. A rendere la vita «indegna» era, dunque, un'ideologia criminale, che avocava a sé

cui vanno ricordati almeno i saggi raccolti nel volume *Repertorio di fine secolo*, Laterza, Roma-Bari, 1999, per giungere a collocazione in un contesto filosofico, etico e giuridico di grandissimo respiro nel più recente *La vita e le regole*, Feltrinelli, Milano, 2009.

56 È appena il caso di ricordare che «oggettività» è termine che ha declinazioni plurime. Sempre opportuno è rimeditare quanto Canguilhem ci rende comprensibile dell'«oggettività» in medicina: cfr. G. CANGUILHEM, *Il normale e il patologico*, tr. it. di D. Buzzolan, Einaudi Torino, 1998.

57 Cfr W. JENS, *Si vis vitam para mortem*, in H. Kung, W. Jens, *Della dignità del morire*, tr. it. di A. Corsi, Rizzoli, Milano, 1996, 149.

58 Per evocare il celebre titolo dell'opera di E. LÉVINAS, *Alcune riflessioni sulla filosofia dell'hitlerismo*, Quodlibet, Macerata, 1996.

definizioni e diritto di vita e di morte. Nulla ha in comune con questa prospettiva la valutazione del singolo di insostenibilità del vivere per ragioni di sofferenza estrema ed irreversibile.

A trasformare l'angoscia in vigilanza che non paralizzi l'azione forse può bastare la considerazione che «la filosofia dell'hitlerismo» è stata storicamente sconfitta, relegata nelle macerie del passato dalla vittoria di un'altra filosofia, una diversa concezione dell'uomo e della vita comune, una «filosofia» depositata anche in Dichiarazioni, Costituzioni e Carte, dunque almeno in linea di principio condivisa e tutelata.

Di essa è certamente parte la convinzione che la vita sofferente e morente è peculiarmente «degn»: degna di cura solidale.

Che cosa sia «vita degna» non si può definire in termini generali, validi per tutti e in tutte le circostanze. Va rifiutato come impossibile qualunque criterio che funzioni da metro universale. Imprescindibile deve restare il giudizio che ognuno formula per la propria vita, non certo per quella altrui. Sicuramente non può la vita essere definita degna da una norma che proponga «criteri oggettivi». Un'eventuale definizione «giuridica», vincolante sempre e comunque, forse tranquillizzerebbe qualche operatore sanitario, ma comporterebbe inevitabilmente tanto il rischio di oscurare la rilevanza delle decisioni che danno forma alle «vite» e alla morte di ognuno, quanto quello di disconoscere la pluralità propria della condizione umana e della valutazione diversa che ognuno elabora di bene e di sofferenza. Violerebbe pertanto la giustizia sostanziale e l'umanità.

Certo la dignità esprime un valore sottratto ad ogni scambio e ad ogni quantificazione. Davvero in relazione al termine dignità il valore non ha nessun rimando a «prezzo». La dignità ha, almeno da Kant in poi, intrinseco rimando all'uomo portatore di libertà e di capacità di darsi legge, fine in sé, mai riducibile a mezzo, che pertanto si sottrae alla sfera della «valutazione» esigendo esclusivamente rispetto.

D'altronde proprio il diritto ha tolto «vaghezza» al principio di dignità, storicizzandone il contenuto. Definendo di volta in volta cosa è lesivo dell'umana dignità, le grandi «Carte della dignità» del Novecento, ma anche il diritto ordinario, ne hanno disegnato «in cavo» una semantica che noi possiamo trascrivere «in tondo» per dire che non ignoriamo oggi cosa essa sia e motivare perché è nozione ormai tutt'altro che «vaga». A me sembra che le Carte novecentesche abbiano dichiarato la centralità della dignità e che il diritto ordinario abbia disegnato il suo essere e la sua identità, sanzionando il *vulnus* via via prodotto dall'umana prepotenza e prevaricazione.

La connessione istituita dal diritto, nell'accezione ampia di questo termine, tra dignità, autodeterminazione, autonomia – termine ben più pre-

gnante della semplice «determinazione» a partire da sé – dischiude i sensi profondi di questo principio, facendone un'idea guida che può fungere da riferimento per risolvere interrogativi etici e bioetici.

L'autonomia rimodula la nozione antica e polisemica di «dignità», ancorandola alla libertà divenuta dimensione inalienabile dell'umanità infine «adulta», il diritto «storicizza» la dignità, la rende dimensione «effettuale» dell'umano tutelandola e dandole un contenuto riconoscibile.

Ritorniamo così alla centralità anche simbolica del processo e del Codice di Norimberga, che possiamo considerare luogo di definizione della soggettività umana identificata nel suo essere da autonomia, competenza etica e giuridica, intangibilità. Fine, dunque, della condizione di minorità nella lingua del diritto. L'insistenza del Codice di Norimberga sul principio di autonomia, di beneficenza, di scientificità e di reversibilità dei danni ed il riferimento alla ineludibilità del consenso volontario dei soggetti spostano le frontiere un tempo presidiate dai codici di osservanza ippocratica.

Sono poste le premesse a che il binomio «scienza e coscienza», stella polare dell'agire medico, riguardi anche tutti coloro che alla scienza medica fanno ricorso. «Scienza» diviene parola che evoca tanto il sapere medico quanto l'informazione di cui deve poter disporre il paziente, per esprimere autonoma valutazione e decisione. «Coscienza» non rimanda esclusivamente alla coerenza del medico rispetto a principi etici personali e professionali, ma alla consapevolezza e alla «competenza etica» del destinatario del sapere medico, mai più «infante», impossibilitato alla parola ed alla decisione.

Una considerazione a sé merita l'attribuzione di «parola» al paziente, che si ha l'obbligo di ascoltare, in quanto avvio di riconoscimento di una dimensione relazionale. È con la «relazione» che sono poste le condizioni per superare, consegnandoli al passato, antichi *status* gerarchici identificanti scienziati e uomini comuni, l'«ingiustizia» inscritta nella privazione di soggettività per i tanti che di «cura» necessitano, il peso dell'assunzione di decisioni non condivise. Di più: forse solo la relazione può infine sciogliere i nodi più difficili che si sono via via intrecciati nel corso del tempo con lo sviluppo di tecnoscienze e medicina, comprendendo tra i «nodi difficili» la difficilissima problematica dell'accanimento. Se ognuno potesse dire che cosa per lui configura «eccesso di intervento» avremmo una traccia sicura per percorrere il *discrimen* tra etico vincolo alla cura ed altrettanto etico vincolo ad evitare accanimento.