

**IL PRINCIPIO DI ADEGUATEZZA ETICA NELL'USO DEI MEZZI DI
CONSERVAZIONE DELLA VITA: TRA ECCESSO TERAPEUTICO E
ABBANDONO DEL PAZIENTE**

Maurizio Calipari

Pontificia Accademia per la Vita, Via della Conciliazione 1, 00193 Roma

Introduzione

Le cronache dei nostri giorni riportano continuamente e, talvolta drammaticamente, al centro dell'attenzione, tanto dei singoli quanto dell'opinione pubblica, il problema della gestione degli interventi terapeutici e di sostegno vitale, in relazione alla dignità del paziente e al rispetto dei valori autenticamente umani. Le nuove e crescenti possibilità tecniche d'intervento medico, infatti, oltre che assicurare maggiori *chances* di vita e/o migliori condizioni di salute per molti, talvolta, possono comportare per il paziente stesso un ulteriore aggravio della sua sofferenza personale, senza che vi sia, per contro, una reale prospettiva di beneficio. Che fare in questi casi? Quali criteri adottare per poter esprimere un giudizio etico ed operativo, che sia fondato e giustificabile, sull'impiego dei mezzi di conservazione della vita?

Il presente testo vuole rappresentare un tentativo di risposta concreta a questi interrogativi, attraverso la proposta di un nuovo schema di dinamismo valutativo, in grado di aiutare la prassi medica, sia dalla parte degli operatori sanitari che da quella del paziente, a prendere delle decisioni operative talvolta difficili e controverse, ma sempre orientate ad assicurare il bene integrale della persona sofferente e bisognosa di cura¹.

1. Premesse antropologico-teologiche

All'inizio del mio itinerario, reputo necessario richiamare alcune premesse essenziali di tipo antropologico e teologico, senza però soffermarmi, in questa sede, a giustificarle; dato

¹ Il contenuto di questo intervento rappresenta una sintesi di quanto più ampiamente esposto e argomentato nel quinto capitolo del mio libro: CALIPARI M., *Curarsi e farsi curare. Tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, Cinisello Balsamo (MI): San Paolo, 2006.

il contesto globale della proposta di questo congresso, credo, infatti, che si possa convenire sull'adozione di un'impostazione antropologica di tipo personalista (con fondamento ontologico), da cui derivare i criteri assiologici di ogni valutazione etica.

In quest'ottica, la vita fisica individuale, tra i beni relativi *della* persona (e non soltanto *per* la persona), rappresenta senza dubbio quello che precede e fonda tutti gli altri, in quanto prima condizione di possibilità del loro sussistere e svilupparsi².

Nello sforzo di valutare la correttezza etica nell'impiego dei mezzi di conservazione della vita, sempre dovrà essere posto come riferimento basilare ed irrinunciabile il riconoscimento della inalienabile *dignità* - ovvero, del *valore* - di *persona*³, che ogni essere umano possiede, fin dal primo istante della sua esistenza. Tale dignità appartiene ad ogni uomo *per natura* ed ha il suo fondamento ultimo nell'atto d'amore, libero e personale, con cui Dio crea ciascun essere umano "ad immagine e somiglianza" sua⁴; perciò, essa non è suscettibile di variazioni *quantitative* o *qualitative*, non può dipendere dalle diverse circostanze esistenziali, né dal riconoscimento personale o dalla concessione altrui: la nostra dignità di persona inizia con noi e ci connota fino al momento della nostra morte.

² Cf. CONGR. PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Istruzione *Donum Vitae*, n. 4; SGRECCIA E., *Manuale di Bioetica*, vol. I, 3^a ediz., Milano: Vita e Pensiero, 1999: 122.

³ Per un approccio alla lunga e complessa storia del concetto filosofico di "persona", rimandiamo ai seguenti testi: AA. VV., *Persona e personalismo. Aspetti filosofici e teologici*, Padova: Gregoriana, 1992; ABBAGNANO N., *Persona*, in Dizionario di Filosofia, Torino: UTET, 1984: 665-667; BERTI E., *Genesi e sviluppo del concetto di persona nella storia del pensiero occidentale*, in CASTELLANO D. (a cura di), *Persona e Diritto*, Udine: Missio, 1990: 17-34; DANTO A.C., *Persons*, in EDWARDS P. (ed.), *Encyclopedia of Philosophy*, vol. VI, New York: MacMillan, 1972: 110-114; DONATI P. (a cura di), *La cultura della vita*, Milano: Franco Angeli, 1989; LOMASKY L., *Person, concept of*, in BECKER L.C., BECKER C.B. (eds.), *Encyclopedia of ethics*, vol.II, New York: Garland, 1992: 950-956; MAZZONI A. (a cura di), *A sua immagine e somiglianza?*, Bologna: Città Nuova, 1997; Voce "persona" in MONDIN B., *Dizionario enciclopedico del pensiero di S. Tommaso d'Aquino*, Bologna: Studio Domenicano, 2000: 516-521; MOUNIER E., *Il personalismo*, Roma: A.V.E., 1999; PALAZZANI L., *Il concetto di persona tra bioetica e diritto*, Torino: G. Giappichelli, 1996; PAVAN A., Milano A. (a cura di), *Persona e personalismi*, Napoli: Dehoniane, 1987; PESSINA A., *Bioetica. L'uomo sperimentale*, Milano: Bruno Mondadori, 1999: 76-93; SGRECCIA E., *Manuale di...*, pp. 105-137; THOMASMA D., WEISSTUB D., HERVÉ C. (eds.), *Persohood and Health Care*, Dordrecht (NL): Kluwer Academic Publishers, 2001; WOJTLA K., *Metafisica della persona*, Milano: Bompiani Il Pensiero Occidentale, 2003; ID, *Persona e atto*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 1982.

⁴ Cf. TETTAMANZI D., *Nuova bioetica cristiana*, Casale Monferrato (AL): Piemme, 2000: 38-41.

Durante la fase terrena della vita, la dignità peculiare di ciascun essere umano si manifesta e si esprime anzitutto nel *bene primario* della vita fisica, ossia attraverso il fatto di essere dei "viventi", chiamati a dare gloria a Dio con la nostra esistenza, in vista del compimento del nostro cammino che si attuerà nella vita eterna⁵.

Rimanendo nell'orizzonte dell'argomento che è oggetto della nostra riflessione, pertanto, il problema da affrontare - agli occhi del moralista, così come di ciascuna persona titolata ad assumersi la responsabilità di scelte concrete - non è, in prima istanza, quello di stabilire *l'obbligatorietà* o meno dell'uso di un determinato mezzo di conservazione della vita, ma quello di *riconoscere e rispettare* la dignità della persona bisognosa di cure e/o di sostegno vitale, tentando di individuare *hic et nunc*, cioè nella data situazione, il modo migliore per promuovere il suo *bene integrale* (che include anche il bene della vita fisica), mediante la decisione di impiegare o meno un determinato mezzo di conservazione della vita.

Personalmente, penso che tale differenza di prospettiva nell'affrontare il problema morale in oggetto non rappresenti una pura questione di "parole", ma, al contrario, un fatto del tutto sostanziale, poiché solo volgendo l'attenzione alla persona del paziente, nella sua verità *oggettiva ed integrale* (che comprende anche la sua *soggettività*), si potrà trovare la risposta moralmente più adeguata ai suoi bisogni reali ed attuali, sia che egli si trovi in condizioni di buona salute, sia che sperimenti la difficoltà della malattia o dell'approssimarsi della morte.

Naturalmente, la sottolineatura di una tale prospettiva d'approccio etico non vuole certamente negare la giusta esigenza circa il fatto che la riflessione morale, per poter elaborare concretamente un giudizio di valutazione etica circa l'uso di una determinata procedura medica o, più in generale, di un mezzo di conservazione della vita, abbia la necessità di individuare dei criteri il più possibile oggettivi e chiari.

⁵ Cf. GIOVANNI PAOLO II, Lett. Enc. *Evangelium Vitae*, n. 38

2. *Un dinamismo valutativo in tre "fasi"*

Scorrendo i vari testi della Tradizione morale e del Magistero concernenti l'impiego dei mezzi di conservazione della vita⁶, si può rilevare l'uso prevalente di due diadi terminologiche, per connotarli dal punto di vista dell'eventuale obbligo morale di ricorrere ad essi: tradizionalmente, la diade "ordinario/straordinario" e, d'impiego più recente, la diade "proporzionato/sproporzionato". A volte, queste coppie terminologiche sono utilizzate come semplici sinonimi, mentre altre volte esse sembrano essere impiegate con significati tra loro differenti⁷. Pongo, pertanto, l'interrogativo: è possibile giungere ad un chiarimento concettuale, che tenga conto delle specificità di ciascuna di queste due espressioni, senza dovere necessariamente considerarle in termini di semplice "equivalenza" o "alternativa"?

Personalmente, dopo lungo studio e reiterata riflessione, ho maturato la ferma convinzione che la risposta debba essere affermativa e di questo mio punto di vista mi accingo, dunque, ad offrire una giustificazione argomentata.

Trattando della formulazione di un giudizio etico sull'uso dei mezzi di conservazione della vita, ritengo necessario anzitutto sottolineare il fatto che la "valutazione etica" in questione vada riferita propriamente all'*uso in situazione* del mezzo, e non al mezzo in quanto tale. Infatti, le "cose", gli oggetti materiali, se considerati in se stessi, non possiedono qualità etiche, solo le azioni umane libere e consapevoli possono averne.

Tale *valutazione*, poi, dovrà essere elaborata alla luce di molti fattori⁸, alcuni dei quali di carattere prevalentemente *oggettivo*, altri di natura più spiccatamente *sogettiva*.

⁶ I testi cui si fa riferimento non sono qui riportati poiché costituiscono l'oggetto specifico di altre relazioni di questo congresso, a cui rimandiamo per una opportuna sintesi.

⁷ Cf. LEONE S., *La prospettiva teologica in Bioetica*, Acireale: Istituto Siciliano di Bioetica, 2002: 467-470.

⁸ Considero del tutto insufficiente il tentativo, fatto da alcuni autori, di schematizzare il processo di valutazione della proporzionalità delle cure mediante l'elaborazione di una sorta di algoritmo. Vedi ad esempio: ABEL F.,

Generalmente, perciò, in una data situazione clinica, l'elaborazione di un tale giudizio morale dovrebbe essere un processo graduale, che rappresenti il risultato della progressiva e attenta valutazione di numerosi elementi, in un clima di sincero e costante dialogo tra il paziente (o i suoi legittimi rappresentanti) e coloro che lo assistono. In questo confronto continuo, è necessario che da parte del medico vi sia ogni cura nell'evitare il rischio di cadere in forme di paternalismo medico eccessivo ed arrogante, che considerano il paziente come un "minore", da gestire a prescindere dalla sua partecipazione personale; sul versante opposto, il paziente ha il dovere di fuggire ogni forma di malinteso "autonomismo" nei confronti del medico, vale a dire un atteggiamento che tenda a considerare il medico stesso alla stregua di un mero "strumento" da usare, nel nome della propria autonomia, per realizzare i propri desideri in ordine alla cura della salute e della vita.

In ogni caso, occorre riconoscere che la responsabilità prima ed ultima del giudizio etico da formulare appartiene in ultima analisi al paziente (o a chi lo rappresenta legittimamente), in quanto primo titolare del bene personale della vita. Naturalmente, però, anche il medico deve obbedire ai dettami della propria coscienza morale e professionale, senza violare mai quella del paziente. Nel caso, dunque, dell'insorgenza di un conflitto insanabile tra la coscienza del paziente e quella del medico, in merito alla valutazione etica di un determinato intervento di sostegno vitale da attuare, la migliore soluzione è senz'altro l'interruzione dell'*alleanza terapeutica* stabilita tra i due al momento dell'inizio del rapporto di cura.

Ritornando al nostro percorso, quello che in definitiva vorrei proporre è un processo valutativo dinamico che può essere descritto mediante un'articolazione in *tre fasi*. Secondo logica, esso dovrà riguardare inizialmente gli elementi di tipo medico-tecnico o, più in generale, tutti quei fattori che si prestano ad una valutazione prevalentemente oggettiva

voce *Accanimento Terapeutico*, in PRIVITERA S., LEONE S. (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, Bologna-Acireale: EDB-ISBN, 1994: 3-6; ENGELHARDT H.T. Jr., *Manuale di bioetica*, Milano: Il Saggiatore, 1999: 286-293.

(*prima fase*); successivamente, esso dovrà prendere in considerazione quei fattori più strettamente connessi con la soggettività del paziente (*seconda fase*); in ultimo, esso dovrà produrre un giudizio etico conclusivo, che tenga bene in conto le precedenti fasi di valutazione e che si traduca in una decisione operativa moralmente adeguata (*terza fase*).

2.1 *Prima fase: valutazione della "proporzionalità"*

La mia proposta è quella di riservare la qualifica di "proporzionato" o "sproporzionato" all'uso di un mezzo di conservazione della vita (non importa se diagnostico, terapeutico, palliativo, di assistenza, naturale, artificiale, ecc.) considerato nella *prima fase* di questo dinamismo valutativo, quella cioè in cui devono essere analizzati in prevalenza gli elementi di carattere tecnico-medico, i quali maggiormente si prestano ad una valutazione *oggettiva*, sostanzialmente indipendente dalla soggettività del paziente.

In questa ottica, la *proporzionalità* o *sproporzionalità* di un mezzo di conservazione della vita indicherà l'adeguatezza o inadeguatezza "tecnico-medica" del suo uso, in relazione al raggiungimento di un determinato obiettivo di salute o di sostegno vitale per il paziente.

Consideriamo, ad esempio, l'uso di un mezzo *naturale* di conservazione della vita, quale l'assunzione (o la somministrazione) di cibo e di liquidi; possiamo affermare che, in una data situazione clinica e per un determinato soggetto, esso sarà sempre da ritenersi "proporzionato" nella misura (e fino al momento) in cui conserva la capacità attuale di raggiungere la sua finalità *specificata*, quella cioè di nutrire la persona, fornendole le sostanze necessarie al suo mantenimento vitale.

Lo stesso ragionamento, pur con una valutazione *tecnicamente* più complessa, vale nel caso di un intervento medico (diagnostico, terapeutico o di sostegno vitale).

Per rendere più chiara l'applicazione del concetto di "proporzionalità" agli atti medici in generale, mi sembra utile premettere il richiamo di alcuni principi di fondo, comuni alla morale e alla deontologia medica.

Nella scelta dei mezzi d'intervento, ogni medico coscienzioso ha il dovere di seguire alcuni criteri fondamentali: egli dovrà sempre impiegare, nei limiti della loro disponibilità attuale, quei mezzi che, secondo le acquisizioni scientifiche più aggiornate, risultano essere i più efficaci per la patologia da diagnosticare o da curare, più adatti alle particolari condizioni fisio-patologiche del paziente in questione, meno rischiosi per la sua salute/vita, il più possibile esenti da effetti collaterali gravosi o dannosi⁹.

A proposito del parametro "efficacia", vorrei inoltre precisare che la sua valutazione può essere effettuata soltanto in relazione ad un preciso obiettivo diagnostico o terapeutico (guarigione, prevenzione delle recidive, prolungamento della vita, alleviamento delle sofferenze, riabilitazione fisica, ecc.) da raggiungere; tale obiettivo, nella data situazione clinica, va previamente individuato attraverso il confronto dialogico tra medico e paziente, come sintesi degli obiettivi "tecnici" del primo (il medico) e delle legittime e ragionevoli attese del secondo (il paziente), in base al valore che quest'ultimo riconosce ai benefici attesi dalla terapia proposta.

In questo senso, propongo di utilizzare il termine "efficacia medica", per indicare gli effetti salutarì oggettivi che l'impiego di un mezzo di conservazione della vita produce, in rapporto ad un preciso obiettivo medico, ed il termine "efficacia globale", in riferimento all'ottenimento di effetti salutarì che risultino essere realmente significativi per la vita del

⁹ Cf. ROMANO M.L., voce *Proporzionalità delle cure*, in PRIVITERA S., LEONE S. (a cura di), *Dizionario di Bioetica*, Bologna-Acireale: EDB-ISBN, 1994: 769-770.

paziente, secondo la sua valutazione personale, nel contesto complessivo della sua esistenza e in base alla scala assiologica da lui adottata¹⁰.

Nella pratica clinica, quindi, può verificarsi la situazione in cui un dato rimedio prometta o mostri di avere una certa "efficacia medica", tecnicamente parlando, ma non una "efficacia globale" per il paziente; in base al suo giudizio personale, infatti, i risultati reali ottenibili (od ottenuti) mediante l'impiego di un certo intervento medico potrebbero non rivestire un significato vitale tale da rendere obbligatorio, o semplicemente giustificare, l'uso di tale mezzo. Ovviamente, il presupposto minimo perché un paziente possa sperimentare l'efficacia globale di un intervento terapeutico è che esso mostri di avere un'efficacia medica sufficiente, in rapporto alle sue attuali condizioni di salute; in definitiva, nella valutazione etica di un intervento terapeutico, l'efficacia medica è un elemento necessario, ma non sempre sufficiente a garantire un'efficacia globale per la persona che vi si sottopone.

Si può dunque affermare che un intervento medico sia da ritenersi "proporzionato", nella misura (e fino al momento) in cui si dimostra *adeguato*, nella data situazione clinica, al raggiungimento di un preciso obiettivo medico preordinato, nel rispetto dei criteri fondamentali sopra ricordati. Tale giudizio di proporzionalità, essendo di natura prevalentemente medico-tecnica, spetta essenzialmente al medico curante e alla *équipe* che eventualmente con lui collabora; esso dovrà risultare dalla valutazione comparata di vari aspetti legati all'intervento medico in questione:

¹⁰ Nel dibattito bioetico contemporaneo, ed in particolare nell'area culturale statunitense, si va diffondendo un concetto molto vicino a quello di "efficacia": si tratta del concetto di "futilità" (*futility*). Esso, la cui accezione medica ha antiche origini, viene oggi talvolta reinterpretato, da alcuni autori, in maniera ambigua e fuorviante. Tuttavia, non ritenendo necessario ai nostri fini attardarci in uno studio approfondito su questo argomento, rimandiamo il lettore che fosse interessato ad un prezioso contributo chiarificatore, i cui contenuti ci sembrano del tutto condivisibili. Ci riferiamo a: PELLEGRINO E., *Decision at the end of life: the use and abuse of the concept of futility*, in PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *The Dignity of the Dying Person*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000: 219-241. Cf. anche LAMB D., *L'etica alle frontiere della vita. Eutanasia e accanimento terapeutico*, Bologna: Il Mulino, 1998: 115-137; SUAUDEAU J., *La futilità delle terapie: aspetti scientifici, questioni etiche e giuridiche*, in *Medicina e Morale*, 2005/6: 1149-1197.

a) *La disponibilità concreta o la plausibile reperibilità del mezzo*: la prima ed ovvia condizione necessaria perché un mezzo diagnostico, terapeutico o di sostegno vitale possa risultare proporzionato, è che esso sia, *hic et nunc*, concretamente disponibile per l'uso, oppure che sia "ragionevolmente" reperibile. La *ragionevolezza* della sua reperibilità deve essere valutata sulla base degli sforzi (distanze, mezzi, tempi, ecc.) necessari per ottenerlo, in relazione alla gravità e/o all'urgenza della situazione clinica da affrontare. Perciò, un mezzo medico, che, in assoluto, risulti essere il migliore e il più indicato per affrontare una certa condizione clinica, nella data situazione, potrebbe anche risultare sproporzionato, in quanto non *disponibile* o *ragionevolmente reperibile*.

b) *L'attuale possibilità tecnica di usare il mezzo adeguatamente*: oltre alla disponibilità concreta del mezzo, è necessario che vi sia anche chi possa impiegarlo con sufficiente perizia e competenza, al momento opportuno; usare in modo inadeguato un rimedio od uno strumento medico può, infatti, essere causa di una significativa diminuzione della sua efficacia, ma soprattutto di un notevole aumento dei rischi per il paziente, rendendo così sproporzionato l'uso del mezzo stesso.

c) *Le ragionevoli aspettative di reale "efficacia medica" del mezzo*: oltre alla verifica dei primi due elementi menzionati, che rappresentano quasi una condizione previa per l'uso di un determinato mezzo di conservazione della vita, uno dei principali fattori per determinare la sua proporzionalità è la ragionevole previsione degli effetti benefici che esso può procurare *per un determinato paziente, nella specifica situazione clinica* ed in rapporto ad un preordinato obiettivo medico. Tale misurazione va verificata costantemente lungo la durata dell'intervento medico, poiché le condizioni concrete del paziente possono variare nel tempo. Ricordiamo anche che l'elemento dell'*efficacia medica* va composto con quello dell'*efficacia globale*, che esamineremo più avanti, tra i fattori di stampo "soggettivo".

d) *Gli eventuali effetti collaterali dannosi per il paziente, che l'impiego del mezzo comporta*: quasi tutti gli interventi medici, accanto agli effetti benefici ricercati, comportano per il paziente anche degli effetti collaterali più o meno negativi. Talvolta, essi possono causare danni significativi per la salute della persona. Perciò, a parità di efficacia medica, bisognerà considerare come maggiormente proporzionato l'uso di quel mezzo terapeutico che, nella data situazione clinica, comporti per il paziente meno effetti collaterali dannosi.

e) *I prevedibili rischi per la salute/vita del paziente, eventualmente implicati nell'uso del mezzo*: molti degli interventi medici comportano una certa percentuale di rischio per la salute del paziente. Maggiore è l'entità (in termini di *probabilità* e *gravità*) di tali rischi¹¹, maggiore deve essere il tasso di *efficacia medica* atteso nell'uso del mezzo in questione, perché esso possa essere considerato proporzionato. L'entità di tali rischi va rapportata anche al grado di severità della patologia da accertare o da curare, come pure all'urgenza d'intervento richiesta dalla situazione clinica da affrontare: quanto più il paziente versa in condizioni critiche, tanto più alta sarà la soglia di rischio accettabile. In ogni caso, la quantificazione della soglia di rischio accettabile nell'uso di un mezzo di conservazione della vita, in relazione ad una determinata patologia, dovrebbe essere stabilita secondo *standards* clinici ampiamente condivisi dalla comunità medica.

f) *La possibilità attuale di ricorrere ad alternative terapeutiche di uguale o maggiore efficacia*: la possibilità di poter ricorrere a valide alternative terapeutiche, rispetto al mezzo ipotizzato, per affrontare una certa situazione clinica, costituisce per il medico un ulteriore elemento da prendere in considerazione nella valutazione della proporzionalità terapeutica. Ovviamente, la *conditio sine qua non* per un tale confronto è che le alternative d'intervento possibili offrano un'efficacia medica prevedibilmente uguale o maggiore al mezzo da valutare.

¹¹ Per un approfondimento dell'etica del rischio sanitario, vedi: SCHÖNE-SEIFERT B., *Risk*, in REICH T.W. (edit.), *Encyclopedia of Bioethics*, vol. 4, New York: MacMillan, 1995: 2316-2321; PONTIFICIA ACADEMIA PRO VITA, *La prospettiva degli xenotrapianti*, Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2001: 41-43.

g) *La quantificazione delle risorse sanitarie (tecniche, economiche, ecc.) necessarie all'impiego del mezzo*: questo fattore di valutazione della proporzionalità dei mezzi di conservazione della vita acquista via via sempre più peso, soprattutto nel quadro dei modelli attuali di erogazione pubblica dei servizi sanitari presenti nella maggior parte dei Paesi occidentali.

I costi, spesso molto elevati, della medicina moderna e delle sofisticate tecnologie che la supportano pongono, infatti, il problema cruciale di una corretta gestione delle risorse sanitarie disponibili che, ovviamente, non sono illimitate. In un sistema sociale di gestione pubblica dei servizi sanitari, quindi, occorre tener ben presente il fatto che, avendo una quantità limitata di risorse disponibili, è necessario razionalizzare al meglio il loro uso, per evitare sprechi dannosi o ingiustizie che penalizzerebbero altri soggetti bisognosi¹². Pertanto, i costi - tecnici, economici, ecc. - richiesti per l'impiego di un mezzo di conservazione della vita devono essere valutati in relazione alla gravità della patologia da curare, all'urgenza dell'intervento e alle reali possibilità di successo terapeutico. Ne deriva che, a parità di efficacia, di rischi connessi e di effetti collaterali dannosi, è moralmente doveroso orientarsi all'uso di quel mezzo di conservazione della vita che comporti minori costi sociali, sulla base dei principi di giustizia distributiva e di solidarietà.

Per evitare interpretazioni equivocate, comunque, va qui riaffermato con forza che il bene fondamentale della vita umana non è disponibile ad essere quantificato in termini meramente economici, né può essere misurato in relazione ad altri beni disomogenei ed inferiori. Allo stesso modo, nessuno può decidere, senza commettere un grave atto di

¹² La bibliografia sull'argomento è ormai molto vasta. Per una panoramica introduttiva della problematica vedi: FRANCE G., ATTANASIO E., *Economia sanitaria, linee e tendenze di ricerca in Italia*, Milano: Giuffrè, 1993; HUMPHREY C., EHRICH K., KELLY B., *Human resources policies and continuity of care*, in *Jour Health Organ Manag.*, 2003, 17(2):102-121; INSTITUTE OF MEDICINE (USA), *Assessing Medical Technology*, Washington DC: National Academy Press, 1985; MENEGUZZO M., *La programmazione ed il controllo delle strutture sanitarie*, Milano: Mc Graw Hill Libri Italia, 1988; MOSKOP J., KOPELMAN L. (edited by), *Ethics and Critical Care Medicine*, Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 1985: 147-161; PERRIN J., *Resource Management in NHS* (National Health Service), London: Chapman & Hall, 1985; SGRECCIA E., SPAGNOLO A.G. (a cura di), *Etica e allocazione della risorse nella sanità*, Milano: Vita e Pensiero, 1996.

arroganza arbitraria, che la vita di una persona, in base alla qualità della sua salute, valga l'impiego di un certo quantitativo di risorse sanitarie e non oltre.

Si può, pertanto, concludere che, qualora il ricorso ad un dato intervento medico sia l'unico modo per salvare una vita umana, se esso mostra di verificare tutti i criteri di proporzionalità precedentemente indicati, il suo impiego risulterà sempre "proporzionato", indipendentemente dai suoi costi.

2.2 *Seconda fase: valutazione della "ordinarietà"*

Alla prima fase di valutazione, prevalentemente tecnico-medica, di un mezzo di conservazione della vita, che produce un giudizio di *proporzionalità* o *sproporzionalità* circa il suo impiego nella data situazione clinica, dovrebbe seguire una seconda fase che prenda in considerazione gli aspetti maggiormente *soggettivi* dell'intervento medico, quelli cioè più strettamente dipendenti dalla soggettività del paziente. Propongo di riservare la qualifica di "ordinario" o "straordinario" all'uso di un mezzo di conservazione della vita (non importa se diagnostico, terapeutico, palliativo, di assistenza, ecc.) considerato in questa *seconda fase* del dinamismo della sua valutazione, la cui elaborazione spetta principalmente al paziente.

Quali dovranno essere, dunque, i criteri oggettivi che la persona interessata è tenuta ad adottare per produrre un tale giudizio? Quali gli elementi da considerare, per valutare in modo eticamente corretto la *ordinarietà* o *straordinarietà* dell'uso di un mezzo di conservazione della vita?

Sono convinto del fatto che, su questo punto in particolare, la Tradizione morale abbia sviluppato un'analisi etica veramente approfondita, che ancora oggi rappresenta un punto di confronto imprescindibile per ogni ulteriore riflessione. Perciò, riprendo dal patrimonio degli

autori classici, alcuni elementi utili da integrare nella presente proposta, rielaborandoli - laddove fosse necessario - in base al contesto globale di quanto andrò dicendo.

A tale scopo, preferisco concentrare l'attenzione sull'indicazione di quei fattori che possono connotare, per il paziente, la "straordinarietà" dell'uso di certo mezzo di conservazione della vita, ed in assenza dei quali si può presupporre la "ordinarietà" del mezzo stesso. Infatti, data l'importanza del valore in gioco, cioè il bene primario della vita fisica umana, mi sembra giustificato assumere un'impostazione concettuale che parta dalla presunzione di *ordinarietà* del mezzo impiegato al fine di salvaguardare la vita stessa, fino all'eventuale momento in cui il suo uso concreto, nella data situazione clinica, non mostri di implicare aspetti che rappresentino per il paziente un reale fattore di *straordinarietà*. In tal senso, si può quindi affermare che un mezzo di conservazione della vita deve essere considerato sempre come *ordinario*, a meno che il suo uso *in situazione* non comporti per il paziente, secondo il suo stesso prudente giudizio, almeno un elemento significativo che ne connoti la *straordinarietà*.

Quali sono, dunque, i fattori che possono rendere *straordinario* l'uso di un mezzo di conservazione della vita?

Riferendoci a quanto lungo i secoli è stato riflettuto dai Moralisti della Tradizione, possiamo affermare che uno degli elementi principali, connotanti l'eventuale *straordinarietà* di un mezzo, è rappresentato dal fatto che il paziente sperimenti, soggettivamente e nella concreta situazione, una *certa impossibilità* ("*quaedam impossibilitas*"), fisica o morale, al suo impiego. Naturalmente, questa *impossibilità* deve assumere per il paziente stesso un grado tale da costituire un aggravio eccessivo rispetto alle sue risorse umane attuali. Quali fattori possono causare una simile *impossibilità*? Mi pare che, in termini sostanziali, essi possano essere ricondotti alle seguenti categorie tradizionali:

a) *uno sforzo eccessivo per reperire e/o usare il mezzo*: questo eventuale sforzo può essere richiesto al paziente in relazione a luoghi, modalità, tempi, ecc., richiesti per la fruizione del mezzo; è bene sottolineare anche come tale sforzo, perché possa costituire un reale fattore di straordinarietà, deve giungere a rappresentare un ostacolo *particolarmente gravoso* per la persona, secondo la sua valutazione soggettiva. È ragionevole presupporre, infatti, che il reperimento e l'uso di un mezzo di conservazione della vita richiedano sempre al paziente una qualche "fatica"; essa, tuttavia, sovente si presenta con un grado accettabile e ben gestibile dal soggetto interessato, rappresentando in tal caso soltanto un aggravio *ordinario*;

b) *lo sperimentare, in connessione con l'uso del mezzo, un dolore fisico ingente od insopportabile, che non può essere sufficientemente lenito*: nonostante gli enormi progressi che l'analgesia ha compiuto negli ultimi decenni, è sempre possibile che l'impiego di un certo mezzo di conservazione della vita possa, talvolta, comportare per il paziente un dolore fisico di alto grado. È noto a tutti come la soglia di sopportabilità del dolore sia un elemento fortemente soggettivo e, per altro, variabile, in relazione ad altri fattori (biologici, psicologici, ambientali, ecc.), anche nello stesso individuo. Solo il soggetto, pertanto, può valutare se l'eventuale dolore fisico, sperimentato in conseguenza dell'uso di un certo mezzo, raggiunga un grado tale da condizionare pesantemente il suo equilibrio personale globale: in tal caso, l'impiego di quel mezzo sarà per lui sicuramente straordinario.

c) *costi economici, connessi all'uso del mezzo, che siano molto gravosi per il paziente o per i suoi congiunti*: abbiamo già considerato, a proposito dei fattori di *proporzionalità* di un mezzo di conservazione della vita, la questione dei costi economici necessari al reperimento e all'impiego del mezzo stesso, al fine di una corretta gestione delle risorse sanitarie, in un regime di assistenza sanitaria pubblica, alla luce del principio di giustizia distributiva. Qui, consideriamo questo fattore dal punto di vista dell'aggravio soggettivo

(personale e familiare) che esso eventualmente comporti per il paziente, in relazione al suo *status* economico attuale. Se i costi implicati dal reperimento e/o dall'uso di un certo mezzo risultano insostenibili, oppure pesantemente condizionanti, per il paziente e/o per la sua famiglia, anche in relazione al loro sostentamento futuro, l'impiego di tale mezzo acquista una caratteristica di straordinarietà. Ritengo che, anche per questo elemento di valutazione etica, sia del tutto appropriata l'applicazione della norma *relativa*¹³, la quale consente al soggetto di calibrare il proprio giudizio in maniera realistica e circostanziata, in base alle proprie condizioni di vita; non ci sembra invece moralmente sostenibile l'idea di stabilire un "tetto massimo" di spesa (chi deciderebbe e con quali criteri?), superato il quale, per qualunque persona ed in qualunque *status* economico essa si trovi, l'uso di un certo mezzo di conservazione della vita risulterebbe comunque straordinario.

d) lo sperimentare una tremenda paura o una forte ripugnanza in relazione all'impiego del mezzo: alla determinazione di una simile evenienza possono concorrere diversi fattori soggettivi di tipo psicologico, emotivo, culturale, ambientale, ecc.

Quando i meccanismi di autodomio del soggetto non sono sufficienti per gestire e compensare le emozioni di paura e/o di ripugnanza eventualmente suscitate dall'uso di un mezzo di conservazione della vita, queste possono raggiungere un grado tale da causare una *certa impossibilità* per la persona di ricorrere all'uso di quel mezzo, che, per il soggetto, risulterà quindi straordinario.

Accanto a questi fattori potenzialmente causanti una *certa impossibilità* soggettiva all'uso di un certo mezzo di conservazione della vita, annovero anche altri tre importanti elementi, che possono incidere sostanzialmente sul giudizio di eventuale *straordinarietà* del

¹³ Cf. KELLY G., *The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life*, in *Theological Studies*, XI (1950): 206; vedi anche CALIPARI M., *La proporzionalità delle cure negli scritti di Gerald A. Kelly, s.j.*, in *Medicina e Morale*, 2006/2: 238.

mezzo, pur non rappresentando necessariamente per il paziente una causa di "*quaedam impossibilitas*" al suo impiego:

e) una probabilità ragionevolmente alta di gravi rischi per la vita o la salute del paziente, legati all'uso del mezzo, valutati da lui stesso in relazione alla gravità della sua condizione clinica attuale: anche questo elemento era già stato affrontato, trattando dei criteri di proporzionalità. Qui ne vogliamo considerare la dimensione prettamente soggettiva. Esiste infatti una valutazione tecnica, di tipo oggettivo, dei rischi eventualmente legati ad un intervento medico, basata sulle statistiche fornite dalla letteratura medica, sugli *standards* adottati dalla comunità scientifica e verificata nell'esperienza clinica. Tuttavia, una volta che il medico abbia valutato, dal punto di vista tecnico, l'accettabilità dei rischi ragionevolmente prevedibili che l'uso di un certo mezzo comporta per il paziente, in relazione alla sua condizione clinica, rimane ancora da verificare se il paziente, che abbia ricevuto dal medico le necessarie informazioni per elaborare una scelta in merito, ritenga soggettivamente accettabile assoggettarsi al tasso di rischio previsto, in relazione ai benefici ragionevolmente attesi nella concreta situazione clinica. Un livello di rischio per la vita o la salute del paziente, ragionevolmente valutato da lui come eccessivo (in termini di probabilità e/o di entità), renderebbe straordinario l'impiego di quel mezzo.

f) un basso tasso di "efficacia globale", in relazione ai benefici ragionevolmente attesi dal paziente, secondo la scala assiologica da lui adottata: dopo aver annoverato l'efficacia medica tra i criteri di proporzionalità, ci riferiamo qui alla già citata "efficacia globale" come importante fattore di possibile straordinarietà. Abbiamo, infatti, già sottolineato come non sempre l'entità di un oggettivo beneficio salutare, ottenibile mediante il ricorso ad un mezzo di conservazione della vita, di fatto giunga a rappresentare per il paziente un vantaggio tale da giustificare l'impiego del mezzo stesso, tenendo anche conto di ciò che esso eventualmente comporta in termini di aggravii per lui e/o per la sua famiglia. Questo criterio richiama l'adagio

morale classico del "*moraliter parum pro nihilo reputatur*"¹⁴, in riferimento a quei benefici realmente ottenibili, ma di così piccola entità da equivalere di fatto quasi ad un niente. In questo senso, l'impiego di un mezzo di conservazione della vita che desse simili benefici risulterebbe *straordinario* per il paziente. Naturalmente, una tale valutazione può essere effettuata soltanto dal paziente stesso, alla luce del significato reale che i benefici ottenibili rivestono nell'ambito del suo quadro valoriale globale e nelle sue condizioni cliniche attuali.

g) la permanenza, conseguentemente all'uso del mezzo, di condizioni cliniche tali da impedire al paziente l'adempimento di doveri morali più gravi ed indifferibili: questo ultimo importante fattore di possibile straordinarietà, nell'uso di un mezzo di conservazione della vita, fa riferimento ai casi in cui il meccanismo di azione o le conseguenze del mezzo da impiegare pongono il paziente in una condizione clinica che, nella data situazione, sia di ostacolo o di impedimento al compimento di gravi doveri morali (di carità o di giustizia), che non possono essere differiti senza pesanti conseguenze negative per sé o per gli altri. In questa categoria di mezzi, può essere annoverata, in alcune circostanze, anche l'induzione nel paziente di uno stato di incoscienza totale o parziale (anestesia, coma farmacologicamente indotto, analgesia, ecc.) per motivi medici.

Tra i fattori che maggiormente incidono nella valutazione soggettiva di questo elemento di straordinarietà vi è sicuramente la "durata nel tempo" della condizione clinica sfavorevole connessa all'uso del mezzo, messa in rapporto con la gravità e l'urgenza dei doveri da adempiere, che essa impedisce.

2.3 Terza fase: sintesi classificatoria

¹⁴ Cf. DE LUGO J., *Disputationes Scholasticae et Morales*, ed. Nova, Parisiis Vivès, 1868-69, VI, *De Iustitia et Iure*, disp. 10, sect. 1, n.30

Chiariti i principali punti che caratterizzano la seconda fase del dinamismo valutativo che stiamo proponendo, il cui fine è quello di determinare la ordinarietà/straordinarietà dell'uso di un certo mezzo di conservazione della vita, dal punto di vista della soggettività del paziente, ci resta da delineare brevemente la terza ed ultima fase di questo processo.

In realtà, essa si rivela molto più semplice ed immediata rispetto alle prime due, prevedendo la formulazione di un giudizio sintetico che connoti l'uso di un dato mezzo, in base alla sua *proporzionalità/sproporzionalità* e alla sua *ordinarietà/straordinarietà*, così come le abbiamo precedentemente definite e descritte.

Incrociando queste variabili descrittive, possiamo dedurre la seguente classificazione teorica dei mezzi di conservazione della vita:

a) mezzi proporzionati e ordinari; *b)* mezzi proporzionati e straordinari; *c)* mezzi sproporzionati e ordinari; *d)* mezzi sproporzionati e straordinari.

In ciascuna situazione clinica, dunque, mediante il dinamismo valutativo che ho cercato di delineare, l'impiego di un certo mezzo di conservazione della vita può essere ascritto ad una delle quattro categorie appena ricordate.

Per ciascuna di queste categorie *descrittive*, poi, occorre individuare, in maniera fondata e consequenziale, i corrispondenti livelli di doverosità morale che guidino ad assumere concrete decisioni operative, in merito all'impiego o meno del mezzo ipotizzato, nella data situazione clinica. A questa riflessione vorrei dedicare il prossimo paragrafo.

Prima, però, mi sembra importante fare un'ultima osservazione riguardo le prime due fasi del processo valutativo appena descritto. Per maggiore efficacia espositiva e chiarezza sistematica, ne ho parlato come di due stadi di giudizio del tutto distinti e temporalmente successivi. In realtà, nella concretezza della pratica clinica, l'esperienza quotidiana mostra come, sovente, queste due fasi si intreccino e si sovrappongano nella loro attuazione, soprattutto quando il dialogo di confronto tra paziente e personale sanitario raggiunge un

buon livello. Questa "mescolanza" di momenti valutativi, del tutto giustificata ed accettabile, di solito non inficia la qualità del processo di giudizio nel suo insieme, a patto che si rispettino i criteri e le competenze proprie sopra esaminate.

3. Il giudizio di "adeguatezza etica" circa l'uso di un mezzo di conservazione della vita

Per completare la mia proposta di rilettura della dottrina morale sull'uso dei mezzi di conservazione della vita, è necessario adesso concentrare l'attenzione su un aspetto specifico del problema: quello della *doverosità morale*. Finora, infatti, abbiamo cercato di esaminare i dinamismi valutativi di tipo "descrittivo", al fine di connotare l'uso di un dato mezzo, in situazione, dal punto di vista della sua proporzionalità e della sua ordinarietà. Ci rimane, dunque, da affrontare la questione cruciale dei doveri etici, in ordine all'agire (impiegare o meno il mezzo proposto), corrispondenti a ciascuna delle categorie di classificazione sopra indicate.

La *doverosità morale* dell'impiego di un qualunque mezzo di conservazione della vita può essere connotata in base a tre classiche fattispecie morali: *obbligatorietà*, *facoltatività*, *illiceità*. Ciascuna di esse, ovviamente, fa appello interiore alla persona (paziente, medico, familiari, ecc.) perchè risponda in modo adeguato, secondo la responsabilità che le è propria, al grave dovere morale di conservare il bene fondamentale della vita.

Quale corrispondenza possiamo individuare tra le quattro categorie descrittive prima elencate e queste tre fattispecie morali?

Innanzitutto, esaminiamo il caso dell'impiego di un mezzo di conservazione della vita che, in seguito alla valutazione operata nella prima fase del dinamismo che abbiamo prima

descritto, risulti essere "proporzionato", cioè medicalmente adeguato (secondo i criteri precedentemente indicati) alla situazione clinica da affrontare, per un determinato paziente. Non vi è dubbio che l'uso di un tale mezzo non potrà mai essere considerato *illecito* (se non per ragioni estrinseche), poiché rappresenta un mezzo tecnicamente adeguato al raggiungimento di un fine buono, quale è quello di sostenere la vita o la salute; di conseguenza, esso risulterà per il paziente eticamente obbligatorio oppure facoltativo. Ciò che determinerà l'occorrenza dell'uno o dell'altro grado di doverosità morale è, fondamentalmente, il giudizio emergente dalla seconda fase valutativa, quella cioè caratterizzata dall'esame degli elementi maggiormente soggettivi (anch'essi già indicati) e, perciò, di pertinenza propria del paziente stesso: qualora l'impiego di un certo mezzo di conservazione della vita, valutato come proporzionato, risulti anche "ordinario" per il paziente, il ricorso a tale mezzo è da ritenersi *obbligatorio* per lui; qualora lo stesso mezzo risultasse, invece, "straordinario" per il paziente, il ricorso ad esso sarà per lui *facoltativo*, almeno in linea di principio. Possono darsi, infatti, circostanze particolari in cui, al fine di poter adempiere doveri più gravi (di carità o di giustizia, verso Dio o verso il prossimo), anche l'uso di un mezzo proporzionato e straordinario potrebbe risultare *obbligatorio* per il paziente.

Cosa dire, invece, dell'impiego di un mezzo di conservazione della vita che risultasse "sproporzionato", cioè non adeguato dal punto di vista medico (sempre secondo i criteri precedentemente indicati), in base al giudizio emerso dalla prima fase del dinamismo valutativo?

Mi sembra di dover concludere che la scelta di ricorrere all'uso di un tale mezzo debba essere considerata, in linea di principio, come un atto moralmente *illecito*, la cui gravità assume un differente grado a seconda degli effetti reali che l'uso del mezzo causa nel paziente. Quando, infatti, valutiamo come "sproporzionato" (cioè medicalmente non adeguato) un mezzo di conservazione della vita, possiamo riferirci a tre diverse eventualità (3 tipi), in

relazione agli effetti che esso causa sulla salute del paziente: 1) può trattarsi di un intervento che procura un certo beneficio al paziente, ma in un grado non sufficiente a sopravanzare gli eventuali effetti collaterali nocivi ad esso connessi; 2) può trattarsi di un mezzo non in grado di procurare alcun beneficio al paziente; 3) può trattarsi di un mezzo il cui uso concreto si dimostra soltanto *nocivo* per la salute del paziente.

È chiaro, dunque, che l'illiceità morale dell'uso di un mezzo sproporzionato risulterà di gravità crescente, dal primo fino al terzo tipo.

Tale illiceità, a mio avviso, non cesserebbe di sussistere neanche quando l'impiego di un simile mezzo dovesse risultare "ordinario" per il paziente (in riferimento alla *seconda fase* valutativa), nel senso di non comportare per lui alcun particolare elemento di straordinarietà.

Tuttavia, ritengo che, almeno in teoria, si possa prevedere una sola eccezione a questa valutazione: si tratta del caso in cui l'uso di un mezzo sproporzionato del *primo tipo* (oggettivamente benefico, ma in modo non sufficiente) rappresenti, *hic et nunc*, l'unica maniera che il paziente ha a disposizione per poter adempiere a doveri morali gravissimi (di carità o di giustizia) ed indifferibili. Solo in questa evenienza, a mio modo di vedere, il ricorso ad un mezzo di conservazione della vita valutato come "sproporzionato" (ma soltanto se del *primo tipo*) può essere considerato moralmente lecito per il paziente, secondo la duplice possibilità già descritta per l'uso dei mezzi proporzionati: *obbligo* etico di ricorrervi qualora il mezzo risultasse anche "ordinario", in base alla valutazione del paziente stesso; *facoltatività* del suo impiego qualora, invece, il suo uso comportasse elementi di straordinarietà. Naturalmente, trattandosi di mezzi sproporzionati, vanno in ogni caso verificati con attenzione due elementi: la previa condizione della loro effettiva disponibilità e l'acquisizione della ragionevole certezza che il loro impiego non costituisca, nella data situazione, una seria violazione del principio di giustizia distributiva, sottraendo ad altri pazienti più bisognosi, in

termini di gravità ed urgenza di trattamento, una buona parte delle risorse sanitarie attualmente disponibili.

4. La doverosità etica da parte del medico

La prospettiva adottata dai moralisti della Tradizione nel trattare la questione morale dell'uso dei mezzi di conservazione della vita è stata, in larga prevalenza, quella dei doveri dalla parte del paziente; occorre attendere qualche secolo perché, negli studi di alcuni moralisti moderni¹⁵, si possa rilevare un progressivo ampliamento di prospettiva, fino ad includere anche un'analisi approfondita dei doveri morali dalla parte del medico.

Nell'ambito della mia proposta di nuova sintesi a proposito dell'uso dei mezzi di conservazione della vita, ho già sottolineato l'importanza e la specificità del ruolo dei medici e del personale sanitario in genere nell'elaborazione della *prima fase* del dinamismo valutativo da noi delineato. Resta ora da indicare con più precisione quali siano i doveri morali corrispondenti del medico, e di chi eventualmente collabora alla sua opera professionale, in relazione all'impiego di un determinato mezzo di conservazione della vita, nella data situazione clinica.

La risposta appare consequenziale rispetto alle premesse che ho fin qui poste: il medico che accetti liberamente di prendere in carico un paziente, al fine di aiutarlo con la sua professionalità a sostenere la sua vita e curare la sua salute, instaurando così quella che spesso

¹⁵ Cfr. KELLY G., *The Duty of Using Artificial Means of Preserving Life*, in *Theological Studies*, XI (1950): 203-220; *The Duty to Preserve Life*, in *Theological Studies*, XII (1951): 550-556; *Medico-Moral Problems*, Part V, St. Louis - Missouri: The Catholic Hospital Association of the United States and Canada, 1954; HEALY E. F., *Medicina e Morale* (traduz. it. a cura di V. CUSUMANO), ediz. III, Roma: Paoline, 1963: 89-124.

viene definita come "alleanza terapeutica", ha il dovere di adempiere anzitutto gli stessi obblighi morali del paziente, in ordine alla conservazione della sua vita ed alla cura della sua salute.

Ciò significa che il medico ha il dovere etico di assicurare al paziente anzitutto la fruizione dei mezzi "proporzionati" ed "ordinari", valutati tali secondo i criteri precedentemente indicati, nella misura della loro reale disponibilità, nella data situazione clinica.

In più, però, il medico ha anche l'obbligo di assicurare al paziente, nei limiti del possibile, la fruizione dei mezzi "proporzionati" e "straordinari" a cui egli eventualmente scegliesse, in modo lecito e ragionevole, di ricorrere.

In base alla stessa logica etica, il medico ha il preciso dovere di non ricorrere all'uso di mezzi di conservazione della vita che risultassero "sproporzionati" (eccetto il caso già descritto, riguardante i mezzi sproporzionati di *primo tipo*), neanche dietro esplicita richiesta del paziente¹⁶.

Ovviamente, nella valutazione e nell'elezione dei mezzi d'intervento, il medico ha il diritto/dovere di conservare una piena autonomia di coscienza, sia sul piano etico che su quello professionale, così come ha il dovere di rispettare pienamente la coscienza morale della persona affidata alle sue cure. Ho già rilevato precedentemente come l'eventuale verificarsi tra paziente e medico di un disaccordo di coscienza sostanziale ed insanabile, circa l'elezione di un dato mezzo, possa costituire una valida ragione per interrompere quell'*alleanza medica* precedentemente instaurata tra loro.

Conclusione

¹⁶ Cf. D'AGOSTINO F., *Bioetica*, Torino: Giappichelli Editore, 1998: 216.

Sono giunto alla conclusione del mio percorso. Introducendo questo lavoro, avevo dichiarato l'obiettivo principale che esso si prefiggeva: giungere a proporre una nuova sintesi della dottrina morale circa l'uso dei mezzi di conservazione della vita, in continuità con gli insegnamenti secolari della Tradizione, ma anche ponendo attenzione alle nuove esigenze etiche poste dall'incessante sviluppo delle scienze mediche e delle tecnologie ad esse applicate.

Ritenendo, dunque, di non dover smarrire né la ricchezza contenuta nella riflessione morale del passato in materia, né le intuizioni più recenti del pensiero morale stimulate dal continuo progresso medico, ho tentato di delineare un nuovo quadro sistematico di valutazione che coniugasse dinamicamente ambedue le coppie concettuali di "proporzionalità/sproporzionalità" (cronologicamente più recente) e di "ordinarietà/straordinarietà" (più tradizionale), senza tuttavia privarle delle loro differenze e specificità.

Da questo dinamismo valutativo, infine, ho provato a derivare un corrispondente schema normativo che possa rappresentare un preciso riferimento per le scelte concrete, circa l'elezione ed il ricorso ai vari mezzi di conservazione della vita.

Il risultato del mio sforzo di nuova sistematizzazione, nel suo insieme, potrebbe essere denominato "principio di adeguatezza etica circa l'uso dei mezzi di conservazione della vita".

Sono ben cosciente del fatto che la proposta emergente da questo studio, quantunque mi sembri ben fondata e coerentemente sviluppata, rappresenta soltanto "un" percorso - certamente non l'unico possibile - per affrontare in maniera sistematica la questione morale circa l'uso dei mezzi di conservazione della vita. La stessa constatazione vale per la terminologia che, convenzionalmente, ho scelto di adottare nella presente proposta, avendo

però cura di mantenermi massimamente fedele ai concetti e alle prospettive già sviluppate dal secolare cammino della Tradizione morale.

Ancora, mi sembra importante sottolineare come la prospettiva scelta per elaborare la nuova proposta sia stata di tipo eminentemente teoretico. Il "principio di adeguatezza etica circa l'uso dei mezzi di conservazione della vita" che ho disegnato si limita a fornire delle norme generali che intenzionalmente, lungo il percorso di queste pagine, non sono state applicate in modo sistematico a casi clinici particolari. Questo sviluppo per così dire "categoriale" rappresenta certamente un ulteriore compito da svolgere in altri studi successivi che, sinceramente, mi auguro possano essere stimolati dal presente lavoro.

In ultimo, vorrei ricordare come ciò che ha costantemente occupato la mia attenzione, durante tutta la riflessione sulla tematica in oggetto, sia stata la preoccupazione di mantenere bene in evidenza la "centralità" della persona umana, del suo bene autentico e della sua dignità peculiare, considerati nella loro verità integrale – secondo la visione antropologica e teologica qui adottata -, come riferimento primo ed ultimo di ogni ragionamento morale in tema di conservazione della vita e di cura della salute.