

“Proporzionalità Terapeutica” e “Accanimento Terapeutico”

John M. Haas, Presidente

The National Catholic Bioethics Center, Philadelphia

Una delle aree più complesse della moralità riguarda le decisioni prese alla fine vita. Ogni caso è ovviamente unico e ciò dipende dalla singolarità della vita umana e dalle circostanze in cui una persona si trova nei suoi ultimi giorni e nelle sue ultime ore che variano da individuo a individuo. E' proprio questa complessità a richiedere lo sviluppo di concetti che chiariscano il più possibile l'applicazione dei principi universali ai singoli casi di approccio alla morte. Due di questi concetti prendono il nome di “Proporzionalità Terapeutica” e “Accanimento Terapeutico”. Ovviamente queste terminologie devono essere inquadrare all'interno di un contesto più ampio che coinvolga in modo particolare l'etica medica e più in generale il pensiero morale Cattolico.

E' interessante notare come molte delle stesse parole usate nelle nostre discussioni sulla fine della vita tradiscano la tradizione della legge naturale tipica del pensiero morale Cattolico. “Proporzionato”, “sproporzionato”, “adatto”, “appropriato”, “ordinario”, “straordinario”, sono tutti termini che, per come sono stati considerati dal pensiero morale cattolico, comunicano ragionevolezza, equilibrio e ordine. Molto tempo fa, Platone nel suo *Euthyphro* chiedeva se certe azioni erano sbagliate perchè gli Dei le avevano vietate o se erano state vietate dagli Dei perchè erano sbagliate. La seconda interpretazione del ruolo e posto della legge morale è senza dubbio quella adottata dalla tradizione cattolica. Dio non ha *arbitrariamente proibito* determinate azioni ma ha semmai vietato quelle sbagliate, cioè quelle che, se messe in atto, violerebbero in qualche modo la dignità umana.

Non si può dimenticare che le decisioni prese al termine della vita riguardano una persona d'incomparabile valore, vera immagine del Dio Trino, una persona per cui Cristo

ha versato il suo sangue. Questo uomo o donna per cui noi prendiamo delle decisioni è qualcuno molto probabilmente amato e tenuto in considerazione da altri, è una moglie o un marito, fratello o sorella, figlio o figlia, amico o collega. La filosofia e la teologia morale sono scienze pratiche applicate alla realtà viva della persona umana. In ultima istanza, le decisioni prese alla fine della vita devono essere viste come ragionevolmente ordinate al bene della persona morente.

San Tommaso fa riferimento alla legge come ad una *ordinatio rationis*, un comando della ragione ordinato al bene comune.¹ Non possiamo definire come legge un comando che sia irragionevole. La riflessione morale cattolica sulla capacità decisionale alla fine della vita cerca di trovare e scegliere delle azioni morali che possano essere giudicate adatte da ogni persona ragionevole, non solo di religione cattolica.

Per incominciare una riflessione sul concetto di “proporzionalità terapeutica” nei testi del recente magistero si dovrebbe iniziare da Pio XII e il suo discorso ai medici del 1957. Il Papa usa qui la parola “ordinario” per riferirsi agli interventi di prolungamento della vita da considerare moralmente obbligatori. “Normalmente una persona è chiamata ad usare mezzi ordinari – in accordo con le circostanze dei luoghi, delle persone, dei periodi storici e delle culture – cioè, mezzi che non implicino nessuna oppressione per se stessi o per altri. Un obbligo più rigido potrebbe risultare troppo gravoso per la maggior parte degli uomini e renderebbe difficoltoso il raggiungimento del bene maggiore.”² Il bene maggiore è ovviamente ottenere la vita eterna in unione con Dio o così come dichiarato dai Vescovi Americani nella direttiva sulla sanità, “ il nostro destino comune è condividere con Dio una vita al di là di ogni forma di corruzione”.³

I mezzi finalizzati al prolungamento della vita e considerati non obbligatori, cioè moralmente opzionali, furono riconosciuti come straordinari. “Ordinario” e “straordinario” diventarono quindi termini standard usati dagli eticisti cattolici per giudicare la moralità delle decisioni mediche sul tema del prolungamento della vita. Con “ordinari” si intendevano i mezzi moralmente obbligatori utilizzati per preservare la vita mentre con “straordinari”, i mezzi moralmente opzionali.

¹ D’ACQUINO T., *Summa theologica*, I-II, Q. 90.4.

² PIO XII, “The prologation of Life” (24 Novembre, 1957), cit. Daniel A. Cronin et al., *Conserving Human Life* (Boston: The Pope John XXIII Center), 315.

³ CONFERENZA EPISCOPALE DEGLI STATI UNITI D’AMERICA, *Ethical and Religious Directives for catholic Health Care Services*, 4th ed. (Washington, D.C.: USCCB, 2001).

La risposta di Pio XII divenne il *locus classicus*, ovvero il punto di partenza, per le odierne discussioni sul tema della moralità nelle decisioni prese alla fine della vita. E' stato fatto notare come in questa allocuzione vennero enfatizzati i fattori soggettivi o relativi che determinano la moralità di un atto più che i risultati di un qualsiasi intervento medico.⁴

Negli anni, medici e professionisti sanitari hanno comunque inteso i termini ordinario e straordinario su un piano più medico che morale. Per "ordinario" si intendeva tutto ciò che era pratica medica quindi statisticamente prevedibile e facilmente accessibile mentre per "straordinario" ciò che era sperimentale e non ancora inteso come procedura medica standard. Si incominciò quindi ad usare nuovi termini per comunicare il significato di ordinario e straordinario usato da Pio XII. I termini "proporzionato" e "sproporzionato" incominciarono ad essere visti e interpretati da molti come sinonimi del significato morale di "ordinario" e "straordinario".

Queste due definizioni fecero la loro prima comparsa negli insegnamenti della Chiesa attraverso la *Dichiarazione sull'Eutanasia (Iura et Bona)* emessa dalla Congregazione per la Dottrina della Fede nel 1980. Il cambio di terminologie è piuttosto evidente:

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.⁵

Ragionevole e proporzionato permeano il linguaggio della *Dichiarazione sull'Eutanasia*. Essa parla delle "ragionevoli richieste del paziente". Sottolinea che

⁴ CALIPARI M., *Curarse y Hacerse Curar*, Buenos Aires, Editoriale della Pontificia Università Cattolica Argentina, 2007, 170.

⁵ SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'Eutanasia* (5 Maggio, 1980), IV.

l'investimento in risorse e personale deve essere proporzionato ai risultati previsti. Parla della legittimità “ di evitare applicazioni o procedure mediche sproporzionate ai risultati aspettati”. Procedure mediche proporzionate ai risultati sperati devono essere intese in termini clinici o di proporzionalità terapeutica.

Si noti come la *Dichiarazione* dia grande importanza alla valutazione medica delle condizioni del paziente e al giudizio sul trattamento da parte del personale medico mentre l'Allocuzione di Pio XII ponga enfattizzi i fattori relativi alla situazione del paziente, o a considerazioni più soggettive. La *Dichiarazione sull'Eutanasia* di fatto parla delle “ragionevoli volontà del paziente” che nella loro ragionevolezza, devono essere plasmate dai “consigli dei dottori che hanno speciali competenze in materia”. I dottori possono giudicare “in particolare” che “l'investimento in strumenti e personale è sproporzionato ai risultati previsti; [i dottori] possono anche giudicare che le tecniche applicate impongono al paziente uno stress ed un dolore sproporzionato rispetto ai benefici previsti”.

Ciò che il paziente può sopportare, ciò che il paziente considera essere sproporzionato in termini di fatiche alla luce dei benefici previsti, è certamente tenuto in considerazione. La *Dichiarazione* però sembrerebbe accentrare il giudizio del personale medico in relazione alla proporzionalità terapeutica dell'intervento. Il medico è la persona migliore per valutare oggettivamente i probabili effetti di un intervento medico basato sulla prognosi del paziente e sul trattamento previsto. E' il medico a stabilire ciò che è proporzionato a livello terapeutico.

L'anno dopo la pubblicazione della *Jura et Bona*, Il Pontificio Consiglio *Cor Unum* emanò un documento “Questioni Etiche relative ai malati gravi e ai morenti”.⁶ Nonostante l'uscita di quest'ultimo fu successiva alla *Jura et Bona*, il documento fu preparato ben quattro anni prima come risultato di un lavoro di gruppo convocato da *Cor Unum* per affrontare il tema della capacità di prendere decisioni etiche alla fine della vita. Il documento riconobbe che “ordinario” e “straordinario” “nella terminologia scientifica come nella pratica medica tendono ad essere superati.”⁷ Allo stesso tempo non vuole scartare i vecchi termini poichè in teologia rimangono comunque “indispensabili”. Tale

⁶ PONTIFICIO CONSIGLIO “COR UNUM”, *Questioni Etiche relative ai malati gravi e morenti*, 27 Giugno 1981, in *Enchiridion Vaticanum*, 7, Documenti ufficiali della santa Sede 1980-1981.

⁷ *Ibid.*, 2.4.1.

valutazione venne probabilmente data a causa dell'ampio uso di queste definizioni nella tradizione Cattolica, in modo particolare nel dibattito moderno su questi temi avviato da Pio XII. Suggestisce anche termini equivalenti come "cure adattate ai bisogni reali" del paziente. Una frase di questo tipo è un riferimento esplicito alla proporzionalità terapeutica.

Tra quelli pubblicati dalla Santa Sede, il documento di *Cor Unum* sembra essere il primo a fare una distinzione esplicita tra criteri "soggettivi" e "oggettivi" che debbono essere usati nella formulazione di un giudizio medico morale. Esso faceva riferimento alla legittimità di accertare il concreto stato di salute di un paziente dopo l'intervento medico. Anche questo venne considerato come materia soggetta al giudizio scientifico di medici e professionisti sanitari. Comunque, le condizioni concrete stimate dal dottore includevano la disposizione e le risorse morali del soggetto, cioè il paziente stesso. "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."⁸

Maurizio Calipari fa notare come il documento di *Cor Unum* introduca il concetto di "qualità della vita" nei criteri oggettivi che permettono di giudicare se un intervento sia o meno proporzionalità terapeutica. Per Calipari la "qualità della vita" deve rientrare nella direzione dei criteri oggettivi poichè la relazione del Gruppo di Lavoro lo differenzia dalle considerazioni soggettive. "Il criterio della qualità della vita, però, non deve essere l'unico elemento da valutare ... le considerazioni soggettive devono essere attentamente vagliate per capire quali terapie affrontare e quali evitare."

Direttive etiche e religiose dei Vescovi degli Stati Uniti

Avendo la *Dichiarazione sull'Eutanasia* suggerito un'equivalenza fra le definizioni di ordinario/straordinario e proporzionato/sproporzionato, i vescovi cattolici statunitensi integrarono questi termini nel loro documento *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services* (Direttive Etiche e Religiose per la Sanità Cattolica). Le Direttive sono obbligatorie per tutte le persone impegnate nell'ampio

⁸ Ibid., 2.4.3.

ministero della Sanità Cattolica degli Stati Uniti. Si noti che questo documento emanato dalla Conferenza Episcopale degli Stati Uniti non ha nessun peso magisteriale. Nonostante questo, esso nasce con l'intenzione di articolare e applicare gli insegnamenti del magistero e mostrare come i vescovi americani leggano e ne interpretino i testi. La Congregazione per la Dottrina della Fede esaminò *Le Direttive Etiche e Religiose* senza trovare errori nell'uso della terminologia.

La quinta sezione del documento fa riferimento ai "Problemi nell'Assistenza ai Morenti". Secondo la direttiva 56 della quinta sezione: "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."⁹

Si noti come i vescovi statunitensi, pongano un'enfasi maggiore sull'inclinazione ed il giudizio del paziente più che sul giudizio medico del dottore. Effettivamente, in questa *Direttiva* non c'è alcun riferimento all'opinione del personale medico. E' evidente come il paziente non possa giudicare se l'intervento in questione ponga una ragionevole speranza di beneficio e non comporti un peso eccessivo senza il consiglio medico esperto di un dottore. E' ancora più chiaro come i vescovi statunitensi vedano una equivalenza tra i termini "ordinario" e "proporzionato" da una parte e "straordinario" e "sproporzionato" dall'altra. Infatti, i "mezzi proporzionati" sono definiti sulla base di una "ragionevole speranza di beneficio" (proporzionalità terapeutica) e da quanto gravano sul paziente e sulla famiglia.

La direttiva precedente, *Direttiva 55*, cita i fattori che il paziente deve tenere in considerazione per fare una scelta informata sulla sua salute fisica. "[Al paziente] devono essere offerte le informazioni mediche appropriate per scegliere tra tutte le possibilità moralmente legittime a lui disponibili." Ancora una volta l'enfasi è posta più sulle scelte del paziente che sul carattere oggettivo della prognosi e della valutazione del trattamento dal punto di vista del medico. Sembrerebbe maggiore il peso morale dato alla decisione del paziente su quanto può sopportare che a ciò che oggettivamente è visto come un intervento terapeutico proporzionato.

⁹ USCCB, *Direttive Etiche e Religiose*.

Una delle *Direttive* dei vescovi americani che può essere interpretata come contenente un riferimento trasversale al carattere morale vincolante del giudizio oggettivo del medico relativamente alla proporzionalità terapeutica. Se per i dottori la terapia proposta è veramente proporzionata al risultato sperato, prese in considerazione le condizioni soggettive del paziente, allora potrebbe essere moralmente obbligatorio procedere con il trattamento nonostante i desideri del paziente. La direttiva 59 si preoccupa di colui che riceve le cure mediche e fa riferimento principalmente all'importanza di rispettare il giudizio del paziente. La valutazione del medico è comunque presa in considerazione. “Il giudizio libero e informato da parte di un paziente adulto competente riguardo l'uso o il rifiuto di procedure per il prolungamento della vita dovrebbe essere sempre rispettato e normalmente assecondato, almeno che non sia contrario agli insegnamenti morali della Chiesa.”

Ancora una volta l'enfasi è posta sul paziente tranne che non ci si scontri con la preposizione subordinata “almeno che”. Ad esempio, un tipo d'azione contraria agli insegnamenti morali della Chiesa potrebbe essere una scelta pro-eutanasia o pro-suicidio medico assistito. A questo punto, si dovrebbe anche concludere che un medico cattolico o un'istituzione sanitaria, basandosi su evidenze mediche e prognosi specifiche, possano stabilire che l'intervento medico proposto possa fornire al paziente una ragionevole speranza di beneficio senza uno sforzo eccessivamente gravoso diventando quindi moralmente obbligatorio in termini di proporzionalità terapeutica.

In questo caso il giudizio e la valutazione verosimilmente più oggettiva del dottore sembrerebbe scontrarsi col giudizio soggettivo del paziente. In altre parole, il paziente adulto competente potrebbe giudicare un intervento come straordinario e quindi moralmente opzionale quando il dottore, al contrario, usando i criteri più oggettivi della proporzionalità terapeutica, potrebbero giudicarlo moralmente obbligatorio proprio per quella ragionevole speranza di beneficio che esclude un peso eccessivamente gravoso. La Direttiva 59 suggerisce che il giudizio medico-scientifico del dottore possa sopersedere la valutazione soggettiva del paziente sul trattamento proposto. L'assunto è che la valutazione del medico sia più oggettiva grazie alle sue competenze specificatamente professionali. Se dovesse nascere questo tipo di conflitto, il medico potrebbe essere

moralmente obbligato ad organizzare il trasferimento del paziente ad un altro medico che in coscienza possa eseguirne le volontà.

I vescovi degli Stati Uniti, rispetto al documento della Santa Sede, sembrano enfatizzare le considerazioni soggettive del paziente e usare i qualificativi “ordinario/straordinario” e “proporzionato/sproporzionato” come sinonimi. Ritorniamo agli insegnamenti del magistero papale.

Giovanni Paolo II

Nella sua enciclica *Evangelium Vitae*, Papa Giovanni Paolo II cita quest'argomento nella sezione 65 e traccia una netta distinzione tra tutto ciò che può considerarsi appropriato dal punto di vista medico con il termine “proporzionato” e tutto ciò che può essere inteso in maniera più soggettiva, con il termine “gravoso”, senza però usare per quest'ultimo, il qualificatore “straordinario”. Il Papa scrive di “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.”

Continua il Pontefice: “occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento.” E' chiaro il riferimento alla “proporzionalità terapeutica”. Conclude dicendo: “La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.”

In questo passaggio non è chiaro se l'intenzione fosse di usare i qualificatori “straordinario” e “sproporzionato” come sinonimi o se Giovanni Paolo II volesse spiegare che trattamenti continui potevano essere limitati perché troppo gravosi sul paziente o perché le condizioni dello stesso davano nessuna o poca speranza di miglioramento.

Un tentativo di dare un significato più preciso ai termini

Una conoscenza degli elementi oggettivi e soggettivi necessari a prendere una decisione medica coscienziosa possono essere certamente trovati nei documenti magisteriali anche

se si è provato a definire questi elementi in maniera forse più diretta rispetto ai documenti stessi. Alcuni autori hanno cercato di identificare “ordinario” e “straordinario” con la dimensione soggettiva di una scelta morale medica e associare i termini “proporzionato” e “sproporzionato” ad una dimensione medico clinica più obbiettiva della decisione morale.¹⁰

Se questa identificazione e uso dei termini fornisce una maggiore consistenza terminologica nel campo dell’analisi morale, tale proposta non trova giustificazione esplicita nei documenti del magistero. Senza dubbio, i termini proporzionato e sproporzionato sembrano essere usati più spesso in relazione ad una valutazione medica oggettiva del trattamento. Comunque, “ordinario” e “straordinario”, nei documenti magisteriali, non sono solo riferiti agli aspetti soggettivi del processo dinamico di capacità decisionale sui temi di morale medica. Inoltre l’uso di “ordinario/straordinario” per gli aspetti soggettivi relativi alle capacità decisionali medico morali e “proporzionato/sproporzionato” per gli aspetti oggettivi sembra dividere il processo decisionale in due fasi ed in componenti soggettivi ed oggettivi. Esiste già un complesso gioco di parti tra considerazioni oggettive e soggettive sia per il dottore che per il paziente oltre alla dinamica dei giudizi e delle considerazioni, senza dover cercare di risolvere il tutto in una cronologia prestabilita.

Il termine “proporzionato” veniva generalmente applicato ad interventi medici per specificarne l’obbligo morale dopo che attente considerazioni sulla potenzialità terapeutica dell’intervento e sugli effetti per la vita del paziente dimostavano l’esistenza di una ragionevole speranza di beneficio senza oneri eccessivi. Sembrerebbe che l’aspetto “oggettivo” (o proporzionalità terapeutica) e l’aspetto “soggettivo” (o come chiamata da alcuni dottori “efficacia globale) più che fasi di un intervento medico debbano essere interpretate come due dimensioni distinte ma inseparabili di una stessa decisione. Così come la teoria ileomorfa non permette la separazione della forma dalla materia ma semmai una distinzione delle due, così anche gli aspetti oggettivi e soggettivi di una scelta morale devono rimanere inseparabili e allo stesso tempo distinti.

¹⁰ CALIPARI M., *The principle of Proportionality in Therapy: Foundations and Applications Criteria*, NeuroRehabilitation 19.4(2004): 391-397.

Se a prima vista è difficile trovare un testo magisteriale che attribuisca esplicitamente la dimensione soggettiva della capacità decisionale ai termini “ordinario/straordinario” e la dimensione oggettiva a “proporzionato/sproporzionato”, possiamo comunque individuare prove della loro distinzione.

Anche se non in modo esplicito, le radici di questa differenziazione si possono trovare nel Catechismo della Chiesa Cattolica al numero 2278. “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.”¹¹ Una possibile interpretazione di questo breve passaggio del catechismo si può trovare nel fatto che esso indica una differenza tra i qualificatori “straordinario” e “sproporzionato” in virtù di quella “o” posizionata tra i due termini. “Sproporzionato” sembrerebbe riferirsi ad un giudizio medico più oggettivo “rispetto ai risultati attesi” della procedura medica mentre “straordinario” si rifarebbe ad elementi più soggettivi della decisione assieme al qualificatore “oneroso”.

Questa distinzione si trova anche nel famoso discorso di Giovanni Paolo II dell'aprile 2004 sul tema dell'idratazione e nutrizione di un paziente in stato vegetativo persistente. Il Papa parla della somministrazione di acqua e cibo come “ordinaria” e “proporzionata” e quindi moralmente obbligatoria. “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.”¹²

L'uso di questi termini è noto anche in documenti più recenti del magistero su temi medico morali. L'1 agosto 2007 la Congregazione per la Dottrina sulla Fede rispondeva ad un *Dubium* presentato dalla Conferenza Episcopale degli Stati Uniti sulla necessità di somministrare artificialmente acqua e cibo a pazienti in stato vegetativo

¹¹ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, 2nd ed. (Conferenza Episcopale degli Stati Uniti/Libreria Editrice Vaticana, 1997).

¹² GIOVANNI PAOLO II, “*I trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo*”, National Catholic Bioethics Quarterly 4.3(2004): 573-576.

persistente. Nonostante la domanda sollevata dal *Dubium* sia più un problema legato alle cure che non al trattamento i termini contengono lo stesso significato.

La congregazione scrisse: “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 fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente.”

E' difficile sapere se nel discorso originario di Giovanni Paolo II e conseguentemente nel *Dubium*, i qualificatori “ordinario” e “proporzionato” siano usati come sinonimi per indicare una continuità tra gli insegnamenti di Pio XII e l'introduzione del qualificatore “proporzionato” nella *Dichiarazione sull'Eutanasia* oppure se “ordinario” fosse usato per riferirsi all'elemento soggettivo della gravosità e “proporzionato” fosse usato per riferirsi all'elemento di un giudizio oggettivo relativo ad un intervento che avesse raggiunto lo scopo terapeutico desiderato.

In ogni caso, dobbiamo dire che nel discorso di Giovanni Paolo II dell'aprile 2004, la decisione di continuare l'idratazione e la nutrizione è basata fondamentalmente su una considerazione di proporzionalità terapeutica. In questo contesto il paziente non dà nessun giudizio soggettivo per quanto riguarda il suo stato di salute globale, secondo una scelta di valori. Al contrario il giudizio è espresso dagli assistenti, i professionisti medici. “Noi sappiamo” dicono, “che secondo il nostro migliore giudizio medico, intervenire con cibo e acqua preserverà la vita del paziente, è nel suo migliore interesse, perciò, obbligatorio. Esso costituisce proporzionalità terapeutica. L'intervento è proporzionato allo scopo desiderato”. Il consenso del paziente nel ricevere l'intervento è quantomeno ipotizzato.

Il concetto di proporzionalità terapeutica nella tradizione

Il linguaggio dell'oggettività della proporzionalità terapeutica riflette certamente ciò che per secoli è contenuto nella tradizione etica della Chiesa. Per i moralisti del XVI e XVII

secolo, i mezzi obbligatori atti al prolungamento della vita dovevano essere facilmente ottenibili ed utilizzabili¹³ ma altresì capaci di un certo effetto benefico anticipato.

La tradizione applicava questa ragionevolezza non solo all'efficacia dei mezzi impiegati (i fattori più oggettivi della proporzionalità terapeutica) ma anche alla disposizione e tolleranza del paziente. In altre parole, la scelta su un percorso moralmente obbligato comprendeva una componente oggettiva ed una soggettiva. Il cibo da sicuramente un certo nutrimento, ma a seconda della natura della malattia il suo consumo potrebbe richiedere misure eroiche. Francisco de Vitoria, in uno scritto del XVI secolo, faceva riferimento all'impossibilità fisica di sostenere determinate cure e trattamenti: "...se la depressione dello spirito è a livelli tali da coinvolgere l'appetito che soltanto attraverso sforzi enormi e mezzi simili a torture la persona malata potrà mangiare, è presto riconosciuta una certa impossibilità e quindi la persona è scusata."¹⁴

Gli autori hanno anche discusso su una particolare impossibilità morale nel rendere un intervento medico opzionale o non-obbligatorio. Daniel A. Cronin ha analizzato la tradizione etica della Chiesa basandosi sulle condizioni che renderebbero un intervento medico non obbligatorio. Tra le circostanze morali che scuserebbero una persona dall'obbligo d'intervento anche se questo costituisse Proporzionalità Terapeutica, Cronin cita rimedi di tipo gravoso e severo (*summus labor e media nimis dura*), ad esempio uno sforzo straordinario per raggiungere il dottore, un dolore straordinario (*quidam cruciatus e ingens dolor*) come l'amputazione di un'arto in un'era senza anestesia, spese eccessive (*sumptus extraordinarius, media preziosa e media exquisita*) e eccessiva ripugnanza o paura (*vehemens horror*).¹⁵

“Accanimento Terapeutico”

Per la tradizione non sono solo questi fattori soggettivi a rendere certi interventi non obbligatori ma anche gli effetti medici previsti dell'intervento stesso. I moralisti del XVI e XVII secolo erano molto chiari sull'uso irragionevole di un intervento medico che

¹³ CRONIN ET AL., *Conservino Human Life*, 78-145.

¹⁴ DE VITORIA F., *Reletio de Temperantia*, I, citato in CRONIN ET AL., *Conserving Human Life*, 35.

¹⁵ CRONIN ET AL., *Conservino Human Life*, 99-111.

offrisse poche o alcune speranze al paziente. Ecco incontrare la nozione di “accanimento terapeutico”.

Generalmente la traduzione inglese di questo termine è “trattamento medico aggressivo”. Questa definizione non sembrerebbe ben comprendere la realtà dietro l’espressione “accanimento terapeutico”, poiché un trattamento medico aggressivo può risultare più o meno appropriato a seconda delle circostanze. Un regime aggressivo di chemio-terapia, ad esempio, può essere adeguato per il trattamento di una donna di 32 anni, madre di quattro figli, mentre non lo è per una debole vedova di 87. Inoltre l’espressione “accanimento terapeutico” sembrerebbe implicare che le azioni del dottore andrebbero ben oltre interventi medici futili.

Inanzitutto, futile non è una categoria morale, ma semmai medica. E’ semplicemente un giudizio sulla idoneità dei mezzi usati per ottenere lo scopo desiderato. In questo caso, è un giudizio sull’idoneità di un intervento medico che porti ad un miglioramento della salute fin dove possibile o che porti conforto ai morenti. Parliamo di futilità in senso stretto quando l’intervento medico è completamente inefficace nel migliorare le condizioni patologiche del paziente.¹⁶ Senza dubbio un giudizio basato sulla futilità medica sarà un fattore significativo nel formulare una risposta morale alle cure del paziente. L’agente morale deve innanzitutto valutare i fatti medici prima di discernere se un intervento costituisca o no un trattamento proporzionato e quindi essere obbligatorio, oppure un intervento sproporzionato e quindi essere moralmente non obbligatorio sempre quando i fattori soggettivi siano stati presi in considerazione. Comunque si deve considerare che l’intervento medico può essere futile senza necessariamente essere doloroso verso il paziente.

L’accanimento terapeutico d’altrparte, sembrerebbe implicare un’intervento che non solo non è obbligatorio ma che la persona dovrebbe essere obbligata a non sostenere. Una sorta di violenza, un assalto al paziente mascherato da trattamento medico che non solo non è terapeutico ma è effettivamente dannoso.

¹⁶ PELLEGRINO D. EDMUND, M.D., “*Decision at the End of Life: The Use and Abuse of the Concept of Futility*,” in *The Dignity of the Dying Person*, Atti dalla Quinta Assemblea della Pontificia Accademia pro (Febbraio 24-27, 2007), VIAL CORREA J. D. e SGRECCIA E. (Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana, 2000), 219-241. Vedi, “*Futility in Medical Decision: The Word and the Concept*”, HEC Forum 17.4 (Dicembre 2005): 308-318.

Possiamo trovare un altro esempio nella dichiarazione del Pontificio Consiglio *Cor Unum*(1981), di cui abbiamo precedentemente parlato. Il documento citava una lettera che il Cardinale Villot spedì al Congresso Internazionale della Federazione delle Associazioni Mediche Cattoliche nella quale faceva riferimento all'abuso del paziente in nome della medicina: “ Un medico non è obbligato ad usare tutte le tecniche di mantenimento della vita a lui offerte dalla infaticabile creatività della scienza. Non sarebbe in molti casa, una tortura inutile, imporre una rianimazione vegetativa durante l'ultima fase di una malattia incurabile?”¹⁷

“Tortura Inutile” è un linguaggio molto duro e sembrerebbe descrivere ciò che deliniamo come “accanimento terapeutico”. In altri luoghi, però, il termine “accanimento terapeutico” sembra quasi corrispondere a ciò che tradizionalmente si definisce come mezzi straordinari e sproporzionati per prolungare la vita e quindi moralmente non obbligatori.

Nella “*Evangelium Vitae*”, 65, Papa Giovanni Paolo II distingue il rifiuto all'“accanimento terapeutico”, moralmente lecito, dall'eutanasia che non può mai essere lecita. Scrive: “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.” In questo contesto il Papa cita la *Dichiarazione sull'Eutanasia* del 1980 (*Bona et Jura*). Continua il Supremo Pontefice: “Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi.”¹⁸

Infatti è come dire che se un intervento procurasse “soltanto un prolungamento precario e penoso della vita” sarebbe quindi pericoloso per il paziente. In questo caso non si potrebbe fare riferimento alla parola “trattamento”. Un tipo di definizione più neutrale come “intervento medico” potrebbe essere più appropriato. Le parole di Giovanni Paolo

¹⁷ PONTIFICIO CONSIGLIO “COR UNUM”, *Alcune domande Etiche*. 2.4.3. Vedi Documentation Catholique, 1970, p. 963 dalla lettera del Cardinale.

¹⁸ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, “*Dichiarazione sull'Eutanasia*,” *Iura et Bona* (5 Maggio, 1980), II: AAS72(1980): 551.

Il *nell'Evangelium Vitae*, prima di citare la Dichiarazione sull'Eutanasia, sembrerebbero corrispondere a misure straordinarie per il prolungamento della vita che non sono obbligatorie ma che possono essere scelte a seconda delle circostanze. Ad esempio, il paziente potrebbe avere un obbligo morale nel ripagare un debito oppure ricevere il sacramento della riconciliazione prima di morire e sarebbe quindi moralmente obbligato a “procurare un prolungamento precario e penoso della vita” per adempiere a queste altre obbligazioni.

Comunque, il termine “accanimento terapeutico”, appare spesso come pericoloso per il paziente. Questa connotazione sembra essere usata in un discorso di Giovanni Paolo II del 27 febbraio 1999 alla Pontificia Accademia per la Vita. Secondo il Pontefice, essi dovevano rinunciare a “a quelle forme di ‘accanimento terapeutico’ che non sono di vero sostegno alla vita e alla dignità del morente.” (4) Ora, se questi interventi, veramente non sono di vero sostegno alla vita del morente e costituiscono una violenza alla sua dignità, difficilmente potranno essere definiti “trattamenti medici”, siano essi aggressivi o altro. Il Papa non fa riferimento all'uso occasionale di queste forme di “accanimento terapeutico”, ma insiste sul fatto che esse debbano essere rifiutate.

Il 2 febbraio 2003, Giovanni Paolo II si rivolse ai partecipanti della Giornata Mondiale del Malato reiterando un già affermato insegnamento della Chiesa. “E se nella tappa finale della vita possono essere incoraggiate le cure palliative, evitando l'accanimento terapeutico, non sarà mai lecita alcuna azione o omissione che di sua natura e nelle intenzioni dell'agente sia volta a procurare la morte.”¹⁹ Nella versione inglese, accanimento terapeutico venne tradotto con l'espressione *treatment at all cost mentality* (mentalità da trattamento ad ogni costo), ma di fatto rappresenta lo stesso concetto.

Un anno prima, nel 2002, Giovanni Paolo II si rivolse all'organizzazione mondiale di Gastroenterologia, usando ancora il termine “accanimento terapeutico”. E' interessante osservare le diverse traduzioni del testo date dal Vaticano. A mio avviso la più vicina alla realtà da noi trattata è quella tedesca.

“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

¹⁹ GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio di Sua Santità per la XI Giornata Mondiale del Malato*, (2 Febbraio, 2003).

contare allora unicamente sulla tecnica. Ed in questa ottica, un esasperato accanimento terapeutico [overzealous treatment] [ensañamiento terapéutico exasperado] [übertriebene lebensverlängernde Maßnahmen] [acharnement thérapeutique exagéré], anche con le migliori intenzioni, si rivelerebbe in definitiva, oltre che inutile, non pienamente rispettoso del malato giunto ormai ad uno stato terminale.” (23 Marzo 2002)

Notiamo come il termine faccia riferimento ad un intervento che non è semplicemente sproporzionato o straordinario o addirittura futile o inutile. In questo passaggio il termine “accanimento terapeutico” è un chiaro riferimento ad un intervento che manca di rispetto per la persona ammalata o morente. Sembrerebbe quindi che, nel senso usato in questo contesto, una persona non dovrebbe mai sostenere questo tipo di intervento. Secondo quanto detto, la natura stessa della definizione di “accanimento terapeutico” sarebbe diversa da un “trattamento sproporzionato” e ci si potrebbe quindi chiedere se rispetto alla realtà che vuole descrivere essa non sia sbagliata. Se è accanimento non può essere terapeutico.

Nel continuo sviluppo della riflessione sulle decisioni alla fine della vita, la tradizione morale cattolica deve continuare a raffinare i termini usati per permettere una maggiore precisione nel giudizio etico. Anche se negli insegnamenti ufficiali della Chiesa, ordinario/straordinario e proporzionato/sproporzionato sono spesso usati come sinonimi, i termini proporzionato/sproporzionato sembrano essere applicati in maniera più diretta alla valutazione dell'intervento medico e al giudizio legato alla possibilità di raggiungere lo scopo desiderato. I termini “ordinario/straordinario” sembrano avere un'applicazione più generale e quindi meno chiara. Infine, la realtà a cui si fa spesso riferimento con i termini “accanimento terapeutico”, potrebbe essere definita in maniera più accurata come misure eccessive per il prolungamento della vita oppure maltrattamenti per il prolungamento della vita invece che trattamenti medici aggressivi. Ancora una volta, un intervento non può essere terapeutico se è eccessivo o tirannico ed è contro il bene del paziente.

Discorso di Giovanni Paolo II in occasione della Conferenza Internazionale del Pontificio Consiglio per la Pastorale della Salute, 12 Novembre 2004, n.4.

Circa, poi, il cosiddetto “accanimento terapeutico”, che consisterebbe nell’uso di mezzi particolarmente sfibranti e pesanti per il malato, condannandolo di fatto a un’agonia prolungata artificialmente., [231] (231. Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Ai partecipanti del Congresso Internazionale sull’Assistenza ai Morenti*, in Oss. Rom., 25 Marzo 1992, n.4. Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, 25 Marzo 1995, n.65.)

Carta per gli Operatori Sanitari, 119

Ciò potrebbe richiedere la rinuncia a certi mezzi per lasciare spazio ad una serena e Cristiana accettazione della morte come parte integrante della vita. Questo significa anche rispettare i desideri del paziente che rifiuta l’uso di questi mezzi. [236]

Carta per gli Operatori Sanitari, 121 (236. Cf. Pont. Con. *Cor Unum, Alcune domande etiche riguardo ai morenti e ai malati gravi*, 27 luglio, 1981, in *Enchiridion Vaticanum*, 7, Documenti ufficiali della Santa Sede, 1980-1981. EDB, Bologna 1985, p. 1165, n. 7.2; *ibid.*, p. 1143, n. 2.4.1: “La vita terrena è un bene fondamentale ma non assoluto. Diventa importante specificare il limite per cui si è obbligati a tenere una persona in vita. La distinzione – già delineata – tra mezzi “proporzionati”, che non devono mai essere abbandonati in modo da non anticipare o causare la morte, e mezzi “sproporzionati”, che possono e devono, in casi di tirannia terapeutica, essere abbandonati è un criterio etico decisivo per specificare questi limiti.

Qui gli operatori sanitari possono trovare linee guida significative e rassicuranti per la soluzione di tutti quei casi complessi affidati alle loro responsabilità. Parliamo in maniera particolare di stati di coma permanente e irreversibile, patologie tumorali con prognosi infauste, persone anziane in stati gravi e terminali.

