

MEZZI ORDINARI E STRAORDINARI DI CONSERVAZIONE DELLA VITA:  
L'INSEGNAMENTO DELLA TRADIZIONE MORALE<sup>1</sup>

Paulina Taboada, MD, PhD

Professore Aggiunto  
Direttrice del Centro di Bioetica  
Pontificia Università Cattolica del Cile

Indirizzo elettronico: [ptaboada@med.puc.cl](mailto:ptaboada@med.puc.cl)  
Indirizzo postale: Centro de Bioética  
Facultad de Medicina  
Pontificia Universidad Católica de Chile  
Casilla 193, Correo 22  
Santiago – Chile

---

<sup>1</sup> Conferenza pronunciata durante il Congresso Scientifico Internazionale: «*Accanto al malato inguaribile e al morente: aspetti scientifici ed etici*». XIV Assemblea Generale, Pontificia Accademia per la Vita (Roma, 25-27 febbraio 2008).

## SINTESI

Il lavoro affronta fondamentalmente due aspetti:

1. Lo sviluppo storico e il contenuto essenziale della tradizionale distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» di conservazione della vita.
2. Alcune forme di interpretazione ed applicazione inadeguata dell'insegnamento tradizionale nel campo dell'etica medica contemporanea.

L'origine formale della tradizionale distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» di conservazione della vita si trova nei grandi commentatori di San Tommaso d'Aquino, del XVI secolo. I progressi della medicina del Rinascimento obbligarono i moralisti dell'epoca ad affrontare la questione sui limiti del dovere morale di conservare la salute e la vita. E' sorto così l'insegnamento tradizionale che afferma l'esistenza di un dovere morale «positivo» di conservare la salute e la vita mediante l'uso di terapie mediche che offrano una ragionevole speranza di beneficio (*spes salutis*) e che non implicino un incomodo fisico o morale per l'individuo (*quaedam impossibilitas*). Entrambe le condizioni devono sussistere simultaneamente perché un mezzo di conservazione della vita sia considerato «ordinario» e, quindi, moralmente obbligatorio. Quando non si attua almeno una di queste condizioni, la terapia è considerata «straordinaria» e il suo uso risulta moralmente facoltativo per l'individuo (norma relativa).

La validità attuale di questo insegnamento è stata confermata dal Magistero della Chiesa nel corso del XX secolo, di fronte ai complessi dilemmi etici sollevati dalla pratica della medicina contemporanea. I documenti magisteriali sottolineano l'importanza di comprendere ed applicare questa dottrina classica, alla luce del rispetto incondizionato

che merita ogni vita umana — dal concepimento fino alla morte naturale — in ragione della sua dignità ontologica (connessa sia alla sua origine che al suo destino). Questa concezione antropologica offre la chiave ermeneutica per una adeguata applicazione dell'insegnamento tradizionale ai casi particolari. Al di fuori di questo contesto, è facile che il contenuto dell'insegnamento tradizionale sia interpretato e applicato in maniera inadeguata, come dimostra una breve analisi di quattro modi di intendere questa dottrina nel contesto dell'etica medica contemporanea.

## I. INTRODUZIONE<sup>2,3</sup>

La tradizione morale della Chiesa Cattolica ha contribuito in modo significativo a dare una risposta alla questione sui limiti del dovere di preservare la salute e la vita, proponendo la distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari». Gli organizzatori di questo Congresso mi hanno chiesto di offrire una breve analisi di tale insegnamento tradizionale. Nel realizzarla, un medico che, come me, ha una formazione filosofica, non può fare a meno di interrogarsi sul modo in cui questa dottrina è presente ed illumina la letteratura bioetica e la pratica medica di oggi. Una rapida ricerca nei principali *database* medici (ad esempio PubMed, MeSH, ecc.) permette di trovare circa un centinaio di riferimenti.<sup>4</sup> Potrebbe sembrare che sia stata incorporata, nel linguaggio dell'etica medica contemporanea, la classica distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari».<sup>5</sup> Tuttavia la letteratura pone in evidenza certe ambiguità e incongruenze nell'interpretazione ed applicazione dell'insegnamento tradizionale, e ciò dimostra che il suo contenuto non è sempre opportunamente compreso.

Quindi mi riferirò, di seguito, fondamentalmente a due aspetti:

1. Lo sviluppo storico e il contenuto essenziale della classica distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» di conservazione della vita.

---

<sup>2</sup> Ringrazio sinceramente il Presidente e il Consiglio Direttivo della Pontificia Accademia per la Vita per l'invito a partecipare a questo Congresso Internazionale, dedicato all'analisi degli aspetti scientifici ed etici connessi all'attenzione ai morenti. Questa opportunità, per la quale sono profondamente grata, di porre il mio lavoro accademico al servizio della Chiesa e del Vangelo della Vita, costituisce per me motivo di particolare gioia.

<sup>3</sup> Ringrazio Alfonso GÓMEZ-LOBO, Alejandro SERANI e William F. SULLIVAN per i validi contributi e commenti ricevuti durante l'elaborazione di questo testo.

<sup>4</sup> Si potrebbe notare che un centinaio di riferimenti non sono molti se comparati alle migliaia di rimandi che generalmente si ottengono nel consultare parole chiave come «utilità/futilità», «ordine di non rianimare», «testamento vitale», ecc.

<sup>5</sup> Cf. Editoriale, *Ordinary and Extraordinary Means*. *J Med Eth*, 1981, 7 (2), 55-56.

2. Alcune forme inadeguate di interpretazione ed applicazione di questo insegnamento nel campo dell'etica medica odierna.

## **II. SVILUPPO STORICO E CONTENUTO ESSENZIALE DELLA TRADIZIONALE DISTINZIONE TRA MEZZI «ORDINARI» E «STRAORDINARI»**

Una revisione storica e sistematica della tradizionale distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» non ha bisogno oggi di partire *ex novo*. Fortunatamente possiamo contare su eccellenti contributi di autori come Mons. Daniel Cronin<sup>6</sup> (Arcivescovo di Harford, USA), i sacerdoti gesuiti nordamericani Gerard Kelly<sup>7</sup> e Kevin Wildes<sup>8</sup> e — più recentemente — Mons. Maurizio Calipari.<sup>9</sup> Basandomi fondamentalmente sugli apporti di questi autori e di altri, riassumerò brevemente lo sviluppo storico e il contenuto essenziale di questo insegnamento tradizionale.<sup>10</sup>

### **2.1. Analisi storica e sistematica dell'insegnamento tradizionale**

L'esistenza di un dovere morale «positivo» di curare la salute e la vita — propria e altrui — è stata riconosciuta fin dalle origini del Cristianesimo. Già negli scritti di San Basilio (329-379) troviamo

---

<sup>6</sup> Cf. CRONIN D., *Conserving Human Life*, in SMITH R. (Ed.), *Conserving Human Life*, Massachusetts, Pope John XXIII Medical-Moral Research and Educational Center, 1989, 1-145.

<sup>7</sup> Cf. KELLY G., *The Duty to Preserve Life*. Theological Studies 1951, 12, 550-556.

<sup>8</sup> Cf. WILDES K., *Conserving Life and Conserving Means: Lead us not into Temptation*. In: *Philosophy and Medicine* 51, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1995. Cf. anche: WILDES K., *Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life*. Theological Studies 1996, 57 (3), 500-512.

<sup>9</sup> Cf. CALIPARI M., *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*. Edizioni San Paolo, Cinisello Balsamo, 2006. Cf. anche: CALIPARI M., *The Principle of Proportionality in Therapy: Foundations and Applications Criteria*. NeuroRehabilitation 2004, 19 (4), 391-7.

<sup>10</sup> Il contenuto di questa sezione si basa fondamentalmente sui contributi di: CALIPARI, 2004, 2006, CRONIN, 1989 e WILDES, 1995, 1996, come pure sugli articoli di McCARTNEY J.J., *The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case*. Linacre Quarterly 1980 Aug, 47 (3), 215-24 e MEILAENDER G., *Questio Disputata. Ordinary an Extraordinary Treatments: When does Quality Count?* Theological Studies 1997, 58 (3), 527-31.

paragrafi destinati ad elogiare l'arte medica come un dono divino, che ci permette di portare sollievo ai malati.<sup>11</sup> Tuttavia, tenendo presente la medicina, San Basilio condannò «qualunque cosa richieda una indebita quantità di riflessioni o di preoccupazioni o implichi un grande dispendio di sforzi e faccia in modo che tutta la vita ruoti attorno alla sollecitudine per la carne».<sup>12</sup> Questa citazione invita ad una riflessione teologica sui limiti del dovere morale di preservare la vita (fisica), riflessione che i moralisti del XVI secolo compirono sviluppando la tradizionale distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari».

### **2.1.1. Trattato sul suicidio e distinzione tra precetti «positivi» e «negativi»**

Per lo sviluppo di questo insegnamento, i moralisti della tradizione si basarono fundamentalmente sui concetti esposti in precedenza da San Tommaso d'Aquino (1225-1274) nella sua analisi sul suicidio e sulla mutilazione (*Quaestio 64* e *Quaestio 65* della *Secunda Secundae*).<sup>13</sup> L'analisi del Dottore Angelico mostra che non solo esiste un obbligo morale «negativo» di non privarsi volontariamente della propria vita (mediante il suicidio), ma esiste anche un obbligo «positivo» di usare i mezzi necessari per salvaguardare la vita (fisica). Questa idea darà origine alla riflessione teologica sui doveri «positivi» connessi con la cura e la difesa della salute e della vita (propria e altrui).

Seguendo San Tommaso, la tradizione ha distinto i precetti «positivi» (*bonum est faciendum*) dai precetti «negativi» (*malum vitandū*)

---

<sup>11</sup> «Each of the arts is God's gift to us, remedying the deficiencies of nature... the medical art was given to us to relief the sick, in some degree at least». Cf. ST. BASIL, *The Long Rules* (Transl. Sister Monica Wagner). Washington D.C, Catholic University of America Press, 1962, 330-31. Citato in: ENGELHARDT T. & SMITH A., *End-of-Life: the Traditional Christian View*. The Lancet 2005, 366, 1047.

<sup>12</sup> Traduzione propria della citazione in inglese: «Whatever requires an undue amount of thought or trouble or involves a large expenditure of effort and causes our whole life to revolve, as it were, around the solicitude for the flesh». Cf. ST. BASIL, *The Long Rules* (Transl. Sister Monica Wagner). Washington D.C, Catholic University of America Press, 1962, 330-31. Citato in: ENGELHARDT T. & SMITH A., *End-of-Life: the Traditional Christian View*, The Lancet 2005, 366, 1047.

<sup>13</sup> Cf. SAN TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 5; q. 65, a. 1.

della legge naturale, indicando che le prescrizioni «negative» valgono sempre ed obbligano in qualsiasi circostanza (*semper et pro semper*), mentre i precetti «positivi» valgono sempre ma non obbligano in tutte le circostanze (*semper sed non pro semper*). Il motivo è che i precetti positivi (*bonum est faciendum*) ci stimolano a compiere tutto il bene possibile in una determinata situazione, ma quel bene potrebbe essere limitato nel suo compimento se esistono cause proporzionalmente gravi che ne giustifichino l'inosservanza. Al contrario, i precetti «negativi» (*malum vitandi*) non ammettono limiti al loro adempimento. La proibizione di compiere il male morale vale sempre ed obbliga in qualsiasi circostanza, poiché nulla potrebbe esimerci dall'obbligo di non commettere un male morale.<sup>14</sup> Questa distinzione basilare tra precetti negativi e positivi si applica anche al bene della vita umana e al dovere morale di conservarla.<sup>15</sup>

### **2.1.2. Progressi della medicina del Rinascimento e sviluppo dell'insegnamento tradizionale**

L'applicazione formale di questi concetti alla questione circa i limiti dell'obbligo morale di preservare la salute e la vita mediante l'uso di terapie mediche, iniziò ad essere effettuata in modo sistematico a partire dal XVI secolo, grazie al lavoro di alcuni famosi commentatori di San Tommaso d'Aquino, come Francisco de Vitoria, Domenico Soto e il Cardinale Juan de Lugo, per citarne soltanto alcuni.

I progressi della medicina del Rinascimento obbligarono i moralisti dell'epoca ad affrontare direttamente la questione sulle cause che potevano esimere un cristiano dal dovere morale di preservare la salute e la vita mediante il ricorso alle nuove terapie che la medicina iniziava ad offrire. E' il caso di ricordare che fu proprio nel XVI secolo

---

<sup>14</sup> Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis Splendor*, Città del Vaticano, 1993, n. 52. Cf. anche CONCILIO VATICANO II, *Costituzione pastorale Gaudium et Spes (sulla Chiesa nel mondo contemporaneo)*, n. 10; SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Persona Humana (circa alcune questioni di etica sessuale)*, 4, AAS 68 (1976), 80.

<sup>15</sup> CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 121.

che Vesalio (1514-1564) pubblicò il suo libro *De humani corporis fabrica* (1542), che dette origine allo studio dell'anatomia, così come la intendiamo oggi; Harvey (1578-1657) compì le scoperte che lo portarono a proporre la teoria della circolazione sanguinea e Sydenham (1624-1689) pubblicò il suo libro *Observationes medicae* (1676), che conteneva una descrizione sistematica delle malattie, introducendo così il metodo di osservazione scientifica nella pratica clinica.

Queste scoperte resero possibile lo sviluppo di nuove terapie, come, ad esempio, l'amputazione chirurgica. Di fronte a tali progressi della medicina del Rinascimento, i moralisti si videro nella necessità di esplorare i limiti dell'obbligo morale di conservare la salute e la vita mediante l'uso di queste nuove tecniche. Così, tra i problemi concreti che si prospettarono, c'era, ad esempio, il dubbio circa il dovere morale di sottoporsi ad una amputazione chirurgica, in un'epoca in cui l'asepsi e la tecnica anestetica non si conoscevano ancora.

Tra i commentatori di San Tommaso, che affrontarono i «nuovi» problemi morali, si distingue Francisco de Vitoria (1483-1546), i cui scritti gettarono le basi per lo sviluppo dell'insegnamento tradizionale che fa una distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari». Nelle sue famose *Relectiones Theologiae*, Vitoria tratta alcuni problemi morali legati alla conservazione della vita mediante l'assunzione di alimenti. In accordo con l'Aquinate, i suoi argomenti a favore dell'esistenza di un obbligo morale di alimentarsi, si basano sull'inclinazione naturale all'auto-conservazione, sull'amore per se stessi e sulla malizia del suicidio.<sup>16</sup> In un famoso brano, Vitoria afferma:

---

<sup>16</sup> Parlando della malizia morale del suicidio, il Dottore Angelico propose fondamentalmente tre ragioni (Cf. SAN TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II-II, q. 64, a. 5):

- La prima si riferisce alla violazione della legge naturale, secondo la quale ogni uomo ama se stesso e tende all'auto-conservazione, opponendosi a tutto ciò che potrebbe distruggerlo.

- La seconda si basa sul fatto che ogni individuo è parte di un tutto sociale. Suicidandosi commetterebbe un torto nei riguardi della comunità umana alla quale appartiene, poiché la priverebbe di uno dei suoi membri.

- La terza ragione si basa sull'appartenenza radicale di ogni vita umana a Dio Creatore, che l'ha voluta e che la sostiene in essere. Per questo, privarsi della propria

«Se un malato può assumere cibo o un qualunque alimento, ove vi sia qualche speranza di vita, è tenuto a farlo, così come sarebbe tenuto a darlo ad un'altra persona malata (...). Se la depressione dell'animo è così grande e la capacità di appetito così diminuita che solo con un grandissimo sforzo e quasi come sottoponendosi ad una tortura il malato può assumere cibo, sicuramente è da riconoscere una certa impossibilità e perciò egli è scusato, almeno dal peccato mortale, specialmente dove la speranza di vita sia esigua o nulla ». <sup>17</sup>

Pertanto, pur affermando che esiste un dovere morale di auto-conservazione attraverso l'assunzione di alimenti, Vitoria sostiene che una persona malata potrebbe non essere accusata di peccato mortale nel caso sperimentasse una impossibilità morale nel compimento di questo dovere, specialmente se la sua speranza di vita è scarsa o nulla. In accordo con la mentalità dell'epoca, Vitoria accentra la sua analisi fondamentalmente sull'obbligo morale della persona malata. Questo approccio è caratteristico dei moralisti del Rinascimento, che erano interessati ad identificare quegli elementi che potevano discolpare una persona dal peccato mortale in caso di mancato ricorso ai «nuovi» mezzi di conservazione della vita che la medicina metteva a sua disposizione. Partendo da questa prospettiva, centrata sui doveri del malato, Vitoria contrappone l'obbligo morale di alimentarsi all'obbligo di utilizzare terapie mediche, concludendo:

---

vita significherebbe commettere un torto nei confronti di Dio, in quanto l'uomo si arrogerebbe il diritto di giudicare circa il valore della propria esistenza, senza averne la «giurisdizione», dal momento che il giudizio sulla vita e sulla morte appartiene soltanto a Dio.

<sup>17</sup> Cf. VITORIA F., *Relecciones Teológicas*, Argentina, Ed. Enero, 1946. *Relecciones de la Templanza*, p. 448. Nostra traduzione. Cf. citazione in latino: «*Ad argumentum in contrarium [...] secundo dico quod si aegrotus potest sumere cibum vel alimentum cum aliqua spe vitae, tenetur sumere cibum, sicut teneretur dare aegrotanti. Tertio dico, quod si animi deiectione tanta est et appetitivae virtutis tanta consternatio, ut non nisi per summum laborem et quasi cruciatum quendam aegrotus possit sumere cibum, iam reputatur quaedam impossibilitas et ideo excusatur, saltem a mortali; maxime ubi est exigua spes vitae aut nulla*». Cf. VITORIA F. *Relecciones Theologicae*, Lugduni, 1587, *Relectio de Temperantia* n. 1, citato in: CALIPARI, *Curarsi e...* p. 40.

«La medicina e il cibo non sono la stessa cosa, poiché il cibo è un mezzo in se stesso ordinato alla vita animale e naturale, ma non la medicina, e l'uomo non ha l'obbligo di ricorrere a tutti i mezzi possibili di conservazione della vita, ma soltanto a quelli in se stessi ordinati a ciò.

Secondo, una cosa è morire per mancanza di cibo, e ciò sarebbe imputabile all'uomo, e altra cosa è morire per una malattia che ha invaso il corpo in modo naturale. E così, astenersi dal mangiare equivarrebbe ad uccidersi, ma evitare di assumere il farmaco significherebbe non ostacolare la minaccia della morte; una cosa è non prolungare la vita e altra cosa è abbreviarla. Il secondo è sempre illecito, ma non il primo.

Terzo, se qualcuno avesse la certezza morale di poter recuperare la salute attraverso l'assunzione di un medicinale, senza il quale morirebbe, non potrebbe essere disculpato dal peccato mortale se non ne facesse uso». <sup>18</sup>

Questa analogia con il dovere morale di alimentarsi — introdotta da Vitoria nella *Relectio de Temperantia* — lo porta a proporre che la giustificazione dell'obbligo di utilizzare terapie mediche si fonda sulla «certezza mortale» dei loro eventuali benefici, intesi come la possibilità di recuperare la salute e di prevenire una morte evitabile. D'altro lato, nella *Relectio de Homicidio*, Vitoria sostiene che, anche in quei casi in cui il ricorso alla medicina servisse per prolungare un po' la vita, una

---

<sup>18</sup> Cf. VITORIA F. *Relecciones Teológicas... Relecciones de la Templanza*, p. 449. Nostra traduzione. Cf. Citazione in latino: «...aliud est non protelare vitam, aliud est abrumpere: nam ad primum non semper tenetur homo et satis est quod det operam per quam homo regulariter potest vivere; nec puto, si aeger non posset habere pharmacum nisi daret totam substantiam suam, quod teneretur facere». Ibid. n. 12 - «...non tenetur quis uti medicinis ad prolongandam vitam, etiam ubi esset probabile periculum mortis, puta quotannis sumere pharmacum ad vitandas febres, vel aliquid huiusmodi». Cf. VITORIA F. *Relecciones Theol... Relectio de Temperantia* n. 9, citato in: CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 41.

persona potrebbe essere dispensata dal dovere morale di farne uso se esistessero condizioni che le causano una «impossibilità morale» come, ad esempio, un costo eccessivo.

«Nel caso che è stato posto, credo che la persona non sia tenuta a dare tutto il suo patrimonio per conservare la vita (...). Da ciò deriva che, se uno si ammalasse senza speranza di vita, ammesso che un certo farmaco prezioso possa procurargli qualche ora o anche qualche giorno di vita, egli non sarebbe tenuto a comprarlo, ma sarebbe sufficiente utilizzare i rimedi comuni».<sup>19</sup>

### **2.1.3. Natura dei mezzi «ordinari»**

In questo modo, negli scritti di Francisco de Vitoria troviamo il riconoscimento esplicito di due requisiti che la tradizione ha accertato come fondanti della obbligatorietà morale dei mezzi «ordinari» di conservazione della vita:

1. La speranza di ottenere un ragionevole beneficio (inteso come recupero della salute o prevenzione di una morte evitabile). I moralisti della tradizione sono soliti designare questo requisito con l'espressione latina *spes salutis*, che nella letteratura medica contemporanea potrebbe corrispondere al tanto dibattuto criterio del «beneficio» o della «utilità» scientifico-tecnica del mezzo;<sup>20</sup> e

---

<sup>19</sup> Cf. VITORIA F., *Relecciones Teológicas... Reeleccion del Homicidio*, p. 487. Citazione in latino: «Unde in casu posito credo quod non tenetur dare totum patrimonium pro vita servanda [...]. Ex quo etiam infertur quod cum aliquis sine spe vitae aegrotat, dato quod aliquo pharmaco pretioso posset producere vitam aliquot horas, aut etiam dies, non tenetur illud emere, sed satis erit uti remediis communibus». Cf. VITORIA, *Relecciones Theol... Relectio de Homicidio*, n. 35, in CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 42.

<sup>20</sup> Entrare nel dibattito relativo ai concetti di «utilità/futilità» medica oltrepasserebbe i limiti di questo lavoro. Si potrebbero fare qui tuttavia alcuni riferimenti: Cf. SCHNEIDERMAN L., *Commentary: Bringing Clarity to the Futility Debate: Are the Cases Wrong?* Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1998; 7, 269-278; SCHNEIDERMAN L., JECKER N., JONSEN A., *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*. Ann Intern Med. 1990; 112, 949-954; SCHNEIDERMAN L., FABER-LANGENDOEN K., JECKER N., *Beyond Futility to an Ethical Care*. Am J Med. 1994; 96, 110-114; SCHNEIDERMAN L., JECKER N. et al., *Medical Futility: Response to*

2. l'assenza di una impossibilità fisica o morale per la loro utilizzazione da parte dell'individuo (indicata con l'espressione latina *quaedam impossibilitas*).<sup>21</sup>

La tradizione sostiene che entrambe le condizioni devono attuarsi simultaneamente perché un mezzo possa essere definito come «ordinario» e, pertanto, moralmente obbligatorio.<sup>22</sup> Così, tra le espressioni che i moralisti della tradizione utilizzarono per descrivere la natura dei «mezzi ordinari» vi sono:<sup>23</sup>

- «speranza di salute» (*spes salutis*);
- «mezzi comuni» (*media communia*);
- «secondo la proporzione dello stato» (*secundum proportionem status*);
- «mezzi facili» (*media facilia*); e
- «mezzi non difficili» (*media non difficilia*).

E' singolare che, per descrivere i mezzi «ordinari», si utilizzino di frequente, nei testi classici, formulazioni «negative», nel senso di definire come mezzi ordinari quelli il cui uso *non* ha le caratteristiche tipiche dei mezzi straordinari.<sup>24</sup> Dato che — come vedremo più avanti — i principali elementi che connotano il carattere «straordinario» di un mezzo di conservazione della vita si riferiscono alle diverse difficoltà connesse con il suo impiego, un modo utilizzato dai moralisti della tradizione per descrivere il carattere «ordinario» di un mezzo di conservazione della vita, è stato proprio la negazione di gravi difficoltà (fisiche o morali).

---

*Critiques*. Ann Intern Med. 1996; 125, 669-674; CHRISTENSEN K., *Applying the Concept of Futility at the Bedside*. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics. 1992; 1, 239-248.

<sup>21</sup> Cf. CRONIN, *Conserving...*, p. 102.

<sup>22</sup> Cf. WILDES, *Ordinary and...*, p. 506.

<sup>23</sup> Cf. CRONIN, *Conserving...*, pp. 84-98. Cf. anche CALIPARI, *Curarsi e...*, pp. 115-120.

<sup>24</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...*, pp. 118-119.

#### **2.1.4. Natura dei «mezzi straordinari» e cause di impossibilità morale**

Sviluppando questa idea, i moralisti del Rinascimento<sup>25</sup> compirono importanti sforzi per identificare le diverse cause di impossibilità fisica o morale che una persona poteva sperimentare usando i mezzi di conservazione della vita. Così, ad esempio, analizzando il problema dell'obbligatorietà morale di sottoporsi ad una amputazione chirurgica (nell'era pre-anestetica), Domenico Soto (1494-1570) conclude che i superiori di un ordine religioso non potrebbero obbligare i loro subalterni — sottomessi al voto di obbedienza — a ricorrere ad interventi che causino loro un enorme dolore (*ingens dolor*), perché nessuno sarebbe obbligato a subire tanti tormenti (*cruciatu*) per conservare la propria vita.<sup>26</sup>

In tal modo, l'identificazione delle diverse cause di impossibilità fisica o morale che una persona poteva sperimentare per utilizzare le «nuove» terapie della medicina del Rinascimento, fece sì che i commentatori di San Tommaso sviluppassero e precisassero progressivamente il contenuto dell'insegnamento morale tradizionale circa i limiti del dovere morale di preservare la vita, mediante la distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari».

Tra le probabili cause di impossibilità fisica, potremmo dire che il mezzo semplicemente non è disponibile o che non può essere utilizzato, che le condizioni fisiche del malato sono incompatibili con il suo uso,

---

<sup>25</sup> Mi riferisco, ad esempio, a Domenico Soto, Luis de Molina, Domingo Bañez, Francisco Suárez, Juan de Lugo, ecc.

<sup>26</sup> Cf. SOTO D., *Theologia Moralis, Tractatus de Justitia et Jure*, Lib. V, q. 2, art. 1 - «...*praelatus vero cogere posset subditum propter singularem oboedientiam illi promissam, ut medicamina admittat quae commode recipere potest. At vero quod ingentissimum dolorem in amputatione membri aut corporis incisione ferat, profecto nemo cogi potest: quia nemo tenetur tanto cruciatu vitam servare. Neque ille censendus est sui homicida. Imo vera est illa Romani vox dum crus illi aperietur: Non est tanto dolore digna salus*». In: CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 43.

ecc.<sup>27</sup> Tra le espressioni che i moralisti della tradizione usarono per designare le cause di impossibilità morale, si sottolineano le seguenti:<sup>28</sup>

- «Sommo sforzo» (*summus labor*) e «mezzi troppo duri» (*media nimia dura*);
- «Certo tormento» (*quidam cruciatus*) e «enorme dolore» (*ingens dolor*);
- «Costo straordinario» (*sumptus extraordinarius*), «mezzi costosi» (*media pretiosa*) e «mezzi eccellenti» (*media exquisita*);
- «Paura intensa» (*vehemens horror*).

E' in tal modo che ebbe origine l'insegnamento tradizionale, secondo il quale un mezzo di conservazione della vita — che comporti per un individuo almeno uno di questi quattro elementi di «impossibilità morale» o che non sia capace di offrirgli un beneficio ragionevole — dovrebbe essere considerato come «straordinario» e, pertanto, moralmente non obbligatorio (facoltativo). Al contrario, quei mezzi capaci di offrire un beneficio ragionevole (*spes salutis*) e che non impongano carichi eccessivi per il paziente (*summus labor*), devono essere considerati come «ordinari» e, quindi, moralmente obbligatori.

Come dato aneddotico si potrebbe ricordare che fu Domingo Bañez (1528-1604), che, nel 1595, introdusse i termini «ordinario» e «straordinario» nel dibattito sull'obbligatorietà morale dei mezzi di conservazione della vita.<sup>29</sup> Pertanto fu appena alla fine del XVI secolo che i moralisti iniziarono a pronunciare i loro insegnamenti servendosi delle espressioni «mezzo ordinario» e «mezzo straordinario».<sup>30</sup>

<sup>27</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...* p. 122.

<sup>28</sup> Cf. CRONIN, *Conserving...*, pp. 98-112. Cf. anche CALIPARI, *Curarsi e...*, pp. 120-127.

<sup>29</sup> McCARTNEY J.J., *The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case*. *Linacre Quarterly* 1980 Aug, 47 (3), 216.

<sup>30</sup> Bañez sottolinea che, sebbene sia ragionevole affermare che ogni persona è obbligata a ricorrere ai mezzi necessari per conservare la propria vita, nessuno tuttavia è tenuto a farlo impiegando mezzi «straordinari», ma usando soltanto quei mezzi che sono comuni a tutti, come l'alimentazione, il vestiario o le medicine ordinarie. Invece, quei mezzi che provocano un dolore insopportabile, che comportano

### **2.1.5. Norma assoluta contro norma relativa**

Da quanto detto finora si deduce che, in accordo con gli insegnamenti della tradizione, la distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» non si riferisce in primo luogo al tipo di mezzo in generale, ma piuttosto al carattere morale che l'uso di questo mezzo ha per una persona in particolare. Si tratta di una distinzione incentrata sulla persona del malato e sul suo obbligo morale di curare la propria salute e la propria vita.<sup>31</sup> Pertanto, gli elementi che occorre tenere presenti per determinare il grado di obbligatorietà morale di un determinato mezzo di conservazione della vita, più che descrivere gli aspetti tecnici del mezzo in questione, tendono a caratterizzare la situazione particolare in cui si trova il malato.

C'è da chiedersi allora se, per definire il carattere «straordinario» (cioè non obbligatorio) di un mezzo di conservazione della vita, in un caso concreto, basta identificare qualche elemento che causi una impossibilità fisica o morale per quella persona in particolare (norma relativa) o se occorre riferirsi, piuttosto, a quelle circostanze che causano impossibilità a tutti gli esseri umani in generale (norma assoluta). In accordo con la tradizione, basterebbe adottare la «norma relativa» al momento di definire il carattere «ordinario» o «straordinario» di un mezzo di conservazione della vita. Tuttavia, è necessario fare alcune precisazioni. Nel caso esista una impossibilità fisica, non risulta

---

uno sforzo eccessivo o che causano costi straordinari e sproporzionati alle condizioni di vita del malato (*sumptus extraordinarius*) non sono moralmente esigibili per quella persona. Cf. JANINI J., *La operación quirúrgica remedio ordinario*. Revista Espanola de Teología 1958; 18, 331-348.

<sup>31</sup> CALIPARI così sottolinea questa idea: «Ciò che contraddistingue il pensiero della tradizione sul tema di studio che stiamo affrontando è la grande attenzione che questi autori hanno dimostrato nei confronti della persona umana. E' proprio la persona, infatti, con la sua dignità peculiare ed inalienabile derivante dall'essere creata «a immagine e somiglianza di Dio», ed il cui destino si compie in pienezza nella vita eterna, cioè nella comunione piena e definitiva con la SS. Trinità, ad essere fermamente al centro di ogni ragionamento morale; essa costituisce la vera «norma», la misura dei principi e delle analisi etiche proposte, il cui unico fine è quello di guidare le decisioni e le azioni dei singoli individui, in un campo così delicato come quello della conservazione della vita, verso il raggiungimento del bene autentico ed integrale della persona bisognosa di cure». Cf. CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 127-128.

difficile concludere che la persona può essere dispensata dal dovere di conservare la propria vita, secondo il classico aforisma «nessuno è obbligato all'impossibile» (*nemo ad impossibilia tenetur*).<sup>32</sup> Tuttavia, quando si tratta di una impossibilità morale, si deve tener conto della distinzione tra precetti negativi e precetti affermativi. Poiché i primi obbligano sempre e in ogni circostanza (*semper et pro semper*), non sarebbe possibile giustificare un'azione che violi direttamente un precetto negativo, nemmeno adducendo una pretesa impossibilità morale ad agire diversamente. Quando però ci riferiamo ai doveri positivi connessi alla cura e alla conservazione della vita, l'esistenza di una impossibilità morale può diventare una scusante al suo adempimento.<sup>33</sup> E' pertanto nell'ambito dei doveri positivi legati alla conservazione della vita che sarebbe sufficiente adottare la «norma relativa» per definire il carattere «ordinario» (cioè moralmente obbligatorio) o «straordinario» (non obbligatorio) di un mezzo.<sup>34</sup> Vale a dire, ciò che è «ordinario» o «straordinario» per un paziente in una determinata situazione clinica, potrebbe non esserlo per un altro paziente in una situazione simile o anche per il paziente stesso in altre circostanze.<sup>35</sup>

### **2.1.6. Fondamento teologico dell'insegnamento tradizionale**

Un'altra questione che dobbiamo analizzare, in relazione al contenuto dell'insegnamento tradizionale, riguarda il suo fondamento. Seguendo San Tommaso, i moralisti della tradizione intesero il dovere morale di conservare la vita nel contesto della virtù della giustizia e, in particolare, della giustizia commutativa.<sup>36</sup> Di fatto, l'Aquinate affrontò il tema del suicidio nel suo trattato sulla virtù della giustizia.<sup>37</sup> Non ci

---

<sup>32</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...* p. 122.

<sup>33</sup> *Ibid.*, p. 122.

<sup>34</sup> Cf. CRONIN, *Conserving...*, pp. 91-92; KELLY, *The duty...* p. 214; CALIPARI, *Curarsi e...* pp. 127-129

<sup>35</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...* pp. 127-129.

<sup>36</sup> Cf. CALIPARI, *The principle...* p. 393.

<sup>37</sup> Cf. SAN TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II-II, c. 64, a. 5. Come abbiamo ricordato precedentemente, parlando della malizia morale del suicidio, il Dottore Angelico propose fundamentalmente tre ragioni. La terza si basa sull'appartenenza

deve sorprendere, quindi, il fatto che, analizzando i fondamenti del dovere morale di preservare la vita, il Cardinale Juan de Lugo, S.J. (1583-1660) sottolinei la differenza radicale esistente tra il dominio che l'uomo ha delle cose e il dominio che ha della propria vita. Così, mentre una persona può affermare che le cose le appartengono, non sarebbe corretto asserire che la sua vita le appartiene in ugual modo. Dato che la vita è un dono, la persona non ne ha un pieno dominio, ma ne è piuttosto l'amministratore.<sup>38</sup>

La vita (fisica) è riconosciuta dai moralisti della tradizione come un bene fondamentale e primario della persona, ma non come un bene assoluto, poiché solo la felicità eterna può essere considerata come un bene assoluto.<sup>39</sup> L'insegnamento classico che distingue mezzi «ordinari» e «straordinari» afferma che il dovere positivo di conservare e promuovere questo bene primario (la vita fisica) ammette alcuni limiti circostanziali (come tutte le prescrizioni morali positive). Tuttavia, data l'importanza del valore in gioco — la vita di una persona — si chiede di compiere tutti gli sforzi ragionevoli per tutelarla. Pertanto, solo cause proporzionalmente gravi potrebbero esimere dai doveri positivi riguardanti la conservazione della vita.

Anche la salute, in quanto qualità positiva della vita fisica, merita di essere conservata e custodita. «Sussiste perciò il dovere di curarsi e di farsi curare».<sup>40</sup> La tradizionale distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» offre i criteri per stabilire i limiti di questo obbligo morale positivo, affermando che è moralmente obbligatorio l'uso di terapie «ordinarie» e moralmente facoltativo l'impiego delle terapie «straordinarie». Tuttavia, una adeguata comprensione ed applicazione di questo insegnamento tradizionale ai casi particolari si basa sulla

---

radicale di ogni vita umana a Dio Creatore, che l'ha voluta e che la sostiene in essere. Per questo, privarsi della propria vita significherebbe commettere un torto nei confronti di Dio, in quanto l'uomo si arrogherebbe il diritto di giudicare circa il valore della propria esistenza, senza averne la «giurisdizione», dal momento che il giudizio sulla vita e sulla morte appartiene soltanto a Dio.

<sup>38</sup> Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, Città del Vaticano, 1995, n. 34.

<sup>39</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...* p. 128; Cf. anche CALIPARI, *The principle...* p. 393.

<sup>40</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 128.

premessa che ogni vita umana merita un rispetto incondizionato — dal concepimento fino alla morte naturale — in ragione della sua dignità ontologica. Restando al di fuori di tale concezione antropologica, è facile che il contenuto di questo insegnamento tradizionale sia interpretato ed applicato in forma inadeguata, come accade con qualche frequenza oggi.

## **2.2. Incorporazione dell'insegnamento tradizionale nei documenti del Magistero**

L'insegnamento tradizionale, proposto dai moralisti del XVI secolo, fu trasmesso per circa cinque secoli senza grandi variazioni. La sua validità attuale è stata riconosciuta ufficialmente dalla Chiesa Cattolica che, nel XX secolo, ha incorporato questa dottrina in alcuni documenti magisteriali. Dato che i pronunciamenti del Magistero sono stati analizzati approfonditamente dal Prof. John Haas (in questo volume), mi limiterò ad offrire qui un breve elenco di alcuni di questi documenti, con il proposito di mettere in evidenza la conferma data dalla Chiesa all'insegnamento tradizionale nel contesto dei progressi della medicina contemporanea, progressi che indubbiamente pongono «nuove» e complesse sfide alla questione sui limiti del dovere morale di conservare la vita:

- E' noto che, nell'anno 1957, il Papa Pio XII applicò la classica distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» in un suo discorso ad un gruppo di anestesisti che lo interpellavano sull'obbligatorietà morale dell'uso delle (allora) «nuove» tecniche di rianimazione cardiopolmonare.<sup>41</sup>

- Nell'anno 1981, la Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede promulgò la Dichiarazione *Iura et Bona* (sull'eutanasia).<sup>42</sup> Nella quarta parte di questo documento si fa riferimento alla distinzione tra mezzi

---

<sup>41</sup> Cf. PIO XII, *Answers to Some Relevant Questions on Resuscitation*, AAS 49, 24 novembre 1957.

<sup>42</sup> Cf. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Iura et Bona (sull'eutanasia)*, Città del Vaticano, 5 maggio 1980.

«ordinari» e «straordinari» nel contesto delle decisioni di limitare gli sforzi terapeutici al termine della vita, proponendo — per la prima volta in un documento magisteriale — l'uso alternativo dei termini «terapie proporzionate» e «terapie sproporzionate» (principio di proporzionalità terapeutica).<sup>43</sup> Si afferma che «è lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire»<sup>44</sup> e che «nell'imminenza di una morte inevitabile (...) è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita».<sup>45</sup> Si sottolinea anche il dovere di non interrompere le cure «normali dovute all'ammalato in simili casi».<sup>46</sup>

- Poco dopo, nello stesso anno 1981, il Pontificio Consiglio *Cor Unum* promulgò un documento su «Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti».<sup>47</sup> Anche in questo documento — conosciuto con il suo titolo francese *Dans le Cadre* — si utilizza la distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» e si precisa che, nel giudicare l'efficacia globale di un mezzo di conservazione della vita, si devono prendere in considerazione sia elementi quantitativi, sia elementi qualitativi. Si insiste sull'obbligo morale di utilizzare le cosiddette cure «minimali», definite come quelle misure che, in condizioni normali, sono destinate a mantenere la vita di una persona (come ad esempio l'alimentazione).<sup>48</sup>

- Nel 1995, il Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari, pubblicò la *Carta degli Operatori Sanitari*,<sup>49</sup> nella quale si propone, tra le altre cose, che la distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» (o mezzi «proporzionati» e «sproporzionati») non solo si

---

<sup>43</sup> L'origine di questa nuova terminologia si ascrive al pensiero di alcuni autori che la propongono. Tuttavia, il documento non fa riferimento ai loro nomi. Cf. CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 90 e 133.

<sup>44</sup> Cf. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Iura et Bona*, parte IV.

<sup>45</sup> *Ibid.*

<sup>46</sup> *Ibid.*

<sup>47</sup> Cf. PONTIFICIO CONSIGLIO COR UNUM, *Dans le Cadre*, Città del Vaticano, 27 giugno 1981.

<sup>48</sup> *Ibid.*, n. 2.4.

<sup>49</sup> PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1995, n. 64-65.

applica nelle decisioni al termine della vita, ma anche in qualsiasi situazione durante l'arco dell'esistenza di una persona, quando si ponga la questione sull'obbligatorietà morale di utilizzare una terapia medica.<sup>50</sup>

- Lo stesso anno 1995, Sua Santità Giovanni Paolo II pubblicò l'Enciclica *Evangelium Vitae*, che è senza dubbio il documento magisteriale più importante che conferma l'insegnamento tradizionale. Questa Enciclica pone in rilievo la differenza fondamentale esistente tra l'eutanasia («che si situa al livello delle intenzioni e dei metodi usati»<sup>51</sup>) e il rifiuto del cosiddetto «accanimento terapeutico» (cioè, il ricorso a «certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbe sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia»<sup>52</sup>). La conclusione è che «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».<sup>53</sup>

- Un altro documento — indubbiamente molto importante — è il Catechismo della Chiesa Cattolica, che conferma questa dottrina nel sostenere che «l'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'«accanimento terapeutico». Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente».<sup>54</sup>

---

<sup>50</sup> Cf. CALIPARI, *The principle...*, p. 395.

<sup>51</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, Città del Vaticano, 1995, n. 65.

<sup>52</sup> *Ibid.*

<sup>53</sup> *Ibid.*

<sup>54</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Catechismo della Chiesa Cattolica*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1992, n. 2278.

### III. INTERPRETAZIONI ED APPLICAZIONI INADEGUATE DELL'INSEGNAMENTO TRADIZIONALE NELL'ETICA MEDICA CONTEMPORANEA

Sebbene la distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» di conservazione della vita sembra che sia stata incorporata al linguaggio dell'etica medica contemporanea,<sup>55</sup> e si citi con qualche frequenza nella letteratura biomedica, come criterio capace di orientare le decisioni di limitare gli sforzi terapeutici, una revisione aggiornata dimostra che questa distinzione non sempre è compresa ed applicata adeguatamente. Di seguito riassumerò brevemente alcune delle forme in cui — secondo la mia opinione — il contenuto dell'insegnamento tradizionale viene interpretato ed applicato oggi in modo inadeguato, cercando di porre in evidenza le ragioni che sono alla base di questi equivoci.

#### 3.1. Interpretazione inadeguata del significato dei termini «ordinario» e «straordinario»

Come afferma il teologo moralista britannico Dunstan<sup>56</sup> in un articolo pubblicato nel *Dictionary of Medical Ethics*, il significato dei termini «mezzi ordinari» e «mezzi straordinari», ha una diversa connotazione per medici e moralisti. Tra i professionisti della salute spesso l'espressione «mezzo ordinario» viene equiparata all'idea di terapie «comuni», «abituale» o «non eccezionali», mentre il termine «mezzo straordinario» è riferito a quelle terapie che sono «poco comuni», «inusuali», «eccezionali» o che «si trovano anche in fase sperimentale». Infatti, questa è l'interpretazione dei termini che propongono, ad esempio, l'*American Medical Association (AMA)*<sup>57</sup> e la *President's Commission for the Study of Ethical Problems and Behavioral Research*

<sup>55</sup> Cf. *Editorial. Ordinary and Extraordinary Means*. *J Med Eth*, 1981, 7 (2), 55-56.

<sup>56</sup> Cf. DUNSTAN, GR. Citato in: *Editorial*, *J Med Eth*, 1981, 7, 55.

<sup>57</sup> Cf. AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. *Principles of Medical Ethics*. Chicago, Illinois, AMA, 1981. Per un'analisi critica dell'interpretazione dell'AMA, cf. FISCHER S.A., *Correspondence: «Ordinary» and «Extraordinary» Vary with the Case*. *Hastings Center Report*, 1983; 13 (5), 43-4.

degli Stati Uniti.<sup>58</sup> Non c'è pertanto da meravigliarsi che l'atteggiamento prevalente tra i medici sia di interpretare la distinzione tra ordinario/straordinario come differenza tra usuale/inusuale, equiparando le misure «ordinarie» alle cosiddette «terapie standard», secondo la patologia.<sup>59</sup>

Sebbene questa interpretazione abbia qualche relazione con la distinzione tra «ordinario» e «straordinario», proposta dai moralisti della tradizione, sembra evidente che il semplice riferimento all'«usuale» o a ciò che si considera «terapia standard» per una determinata situazione clinica, non basterebbe per determinare se questa terapia è moralmente obbligatoria o no per un paziente in particolare. Così, ad esempio, la tripla terapia anti-retrovirale è attualmente la terapia standard per il trattamento di infezioni da HIV. Tuttavia, potrebbe accadere che un particolare paziente sia fisicamente o moralmente impossibilitato a sottoporsi a tale terapia (come effettivamente ci è accaduto in ospedale).<sup>60</sup> In queste circostanze, l'uso della suddetta terapia non sarebbe moralmente esigibile per questo paziente in particolare, sebbene il suo utilizzo sia abituale in questi casi. Così, pur trattandosi della terapia standard, diverrebbe una misura «straordinaria» per questo paziente in particolare (norma relativa).

Pertanto, equiparare la distinzione *ordinario/straordinario* alla duplice differenziazione *usuale/inusuale* vorrebbe dire incorrere in un

---

<sup>58</sup> Cf. *The President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Deciding to Forgo Life-Sustaining Treatment*. Washington, D.C., U.S. Government Printing Office, 1983.

<sup>59</sup> Cf. MEYERS C., *Intended Goals and Appropriate Treatment: an Alternative to the Ordinary/Extraordinary Distinction*. *J Med Eth*, 1984, 10 (3), 128-130.

<sup>60</sup> Il caso si riferisce ad una situazione clinica realmente accaduta nella Clinica Ospedaliera della nostra Università e che ha motivato una consultazione al Comitato di Etica. Cf. TABOADA P., *Principles of Bioethics in Palliative Care*. In: BRUERA E., HIGGINSON I., RIPAMONTI C., VON GURTEN C., *Textbook of Palliative Medicine*. London: Hodder Arnold, 2006, 85-91; TABOADA P., *Ethical Issues in Palliative Care*. In: BRUERA E., DE LIMA L., WENK R., FARR W., *Palliative Care in the Developing World. Principles and Practice*. Houston: IAHP Press, 2004, 39-51; TABOADA P., *Principios éticos en Medicina Paliativa*. In: BRUERA E., DE LIMA L. (Eds.), *Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico* (2nd. Ed) Washington D.C., IAHP/OPS, 2004, 9-14; TABOADA P., *El derecho a morir con dignidad*. *Acta Bioethica*. 2000; VI (1), 91-101.

errore logico, come hanno dimostrato alcuni autori contemporanei.<sup>61</sup> Infatti, non sarebbe corretto dedurre un obbligo morale dalla semplice frequenza statistica con la quale un fatto accade. Far derivare il carattere «ordinario» (moralmente obbligatorio) o «straordinario» (facoltativo) di una terapia esclusivamente dalla frequenza con la quale essa si utilizza in clinica, significherebbe incorrere in una versione «statistica» della fallacia naturalista: identificare l'etica con la statistica.<sup>62</sup>

Ricordiamo che i moralisti della tradizione introdussero i termini «ordinario» e «straordinario» per far riferimento al carattere morale (obbligatorio contro facoltativo) che l'uso del mezzo di conservazione della vita aveva per un singolo paziente. In altre parole, considerando il significato della loro radice latina (*ordo-ordinis*), le espressioni «ordinario» e «straordinario» denotano l'«ordine» o il «disordine» morale che l'uso di una terapia medica implica nella vita di un singolo paziente.<sup>63</sup> Questo «ordine» o «disordine» morale si riferisce al luogo che si concede all'obbligo morale di «curarsi e farsi curare»<sup>64</sup> nel contesto più ampio degli altri obblighi morali e delle circostanze particolari della vita di una persona, tenendo conto di una adeguata scala assiologica. Questa connotazione morale dei termini «ordinario» e «straordinario»

---

<sup>61</sup> Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*. (Fifth Edition). Oxford, Oxford University Press, 2001, 200-201; MEYERS C., *Intended Goals...* p. 128, PERRY C., *Ordinary, Extraordinary and Neutral Medical Treatment*. *Theor Med* 1983, 4 (11), 43-56; BOLE T., *The Ordinary-Extraordinary Distinction Reconsidered: a Moral Context for the Proper Calculus of Benefits and Burdens*. *HEC Forum*. 1990; 2 (4), 219-232;

<sup>62</sup> Cf. MOORE G.E., *Principia Ethica*. New York, Cambridge University Press, 1959, 39-40.

Moore così descrive la fallacia naturalista: «I shall deal with theories which owe their prevalence to the supposition that good can be defined by reference to a *natural object* [...] and I give it but one name, the naturalistic fallacy.[...] This method consists in substituting for 'good' some one property of a natural object or of a collection of natural objects; and in thus replacing Ethics by some one of the natural sciences».

<sup>63</sup> Cf. McCARTNEY J.J., *The Development of the Doctrine of Ordinary and Extraordinary Means of Preserving Life in Catholic Moral Theology Before the Karen Quinlan Case*. *Linacre Quarterly* 1980 Aug, 47 (3), 215-24; WILDES K., *Conserving Life and Conserving Means: Lead us not into Temptation*. In: *Philosophy and Medicine* 51, Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1995; WILDES K., *Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life*. *Theological Studies* 1996, 57 (3), 500-512.

<sup>64</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...* p. 34-38.

non coincide necessariamente con l'idea di ciò che abitualmente si fa o si è solito fare dal punto di vista medico, come ho cercato di dimostrare precedentemente.

### **3.2. Interpretazione della distinzione ordinario/straordinario incentrata sui mezzi**

Un'altra interpretazione inadeguata della distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» — strettamente vincolata a quella segnalata al punto precedente e frequente anche nell'ambito medico — consiste nel focalizzare la distinzione sui «mezzi» e non sulla persona che li usa. Si cerca, così, di fare un elenco di quegli interventi medici che dovrebbero sempre essere realizzati per considerarsi «ordinari», contrapponendo questo elenco alla lista di quegli interventi che ricadrebbero nell'ambito del facoltativo e sarebbero considerati come «straordinari».<sup>65</sup> Nel presunto elenco di interventi medici «ordinari» si enumerano quelle terapie di uso «comune» nella medicina, in quanto relativamente semplici, come, ad esempio, gli antibiotici, gli steroidi, le trasfusioni di sangue, ecc.<sup>66</sup> Invece, nella lista delle terapie «straordinarie» si includono quegli interventi a cui si ricorre soltanto in casi eccezionali, poiché altamente complessi o ancora in fase sperimentale, come ad esempio la circolazione extracorporea con camera iperbarica, la terapia rigenerativa con cellule staminali provenienti da cordone ombelicale, certe forme di terapia genica, ecc.

Questo modo di considerare la distinzione tra «ordinario» e «straordinario» — più focalizzata sui «mezzi» che sul dovere morale della persona che ne fa uso — incorre in una fallacia simile a quella segnalata nel punto precedente.<sup>67</sup> Sebbene sia più probabile che quegli interventi medici relativamente semplici da implementare ricadano

---

<sup>65</sup> Cf. *Editorial. Ordinary and Extraordinary Means*. J Med Eth, 1981, 7 (2), 55-56; PERRY C., *Ordinary, Extraordinary...* p. 43-56; Meyers, *Intended goals...* p. 128-129; O'NEIL R., *In defense of the Ordinary/Extraordinary Distinction*. Linacre Quarterly, 1978; 45 (1) 37-40.

<sup>66</sup> Cf. PERRY C., *Ordinary, extraordinary...* p. 43-56.

<sup>67</sup> Cf. PERRY C., *Ordinary, extraordinary...* p. 43-56.

nell'ambito di quanto che è moralmente obbligatorio per un paziente, non sarebbe corretto identificare ciò che è semplice con ciò che è eticamente dovuto.<sup>68</sup> Potrebbe accadere che un intervento semplice e di per sé efficace, non sia moralmente da esigere per un paziente in una situazione particolare, come ad esempio nel caso di un malato con un alto livello di potassio nel sangue (ipercalemia) secondario ad un'insufficienza renale causata dall'infiltrazione tumorale dei suoi ureteri. Sebbene dal punto di vista medico esistano misure semplici ed efficaci per ridurre il potassio nel sangue, il ricorso a tali misure potrebbe risultare moralmente facoltativo per questo paziente in particolare, essendo portatore di un cancro in fase terminale, e ciò comporta che la causa della sua ipercalemia non possa essere corretta.<sup>69</sup>

D'altra parte, sostenere che i valori inerenti alla classificazione (cioè il carattere moralmente obbligatorio dei mezzi «ordinari» e il carattere facoltativo dei mezzi «straordinari») sono soprattutto relazionati con i procedimenti medici in quanto tali, significherebbe accettare che è possibile determinare il loro carattere morale indipendentemente dalle circostanze particolari nelle quali una terapia si utilizza, e ciò non pare ragionevole.<sup>70</sup>

\*\*Pertanto, sembra inadeguato identificare le terapie eticamente obbligatorie (mezzi «ordinari») con un elenco di interventi semplici o di uso comune dal punto di vista medico (e viceversa). In effetti, i testi dei

---

<sup>68</sup> Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of ...* pp. 200 -201.

<sup>69</sup> La descrizione del caso corrisponde ad una situazione realmente verificatasi di recente nella Clinica Ospedaliera della nostra Università e che ha motivato una consultazione del Comitato di Etica. Cf. TABOADA P., *Principles of Bioethics in Palliative Care*. In: BRUERA E., HIGGINSON I., RIPAMONTI C., VON GURTEN C., *Textbook of Palliative Medicine*. London, Hodder Arnold, 2006, 85-91; TABOADA P., *Ethical Issues in Palliative Care*. In: BRUERA E., DE LIMA L., WENK R., FARR W., *Palliative Care in the Developing World. Principles and Practice*. Houston, IAHP Press, 2004, 39-51; TABOADA P., *Principios éticos en Medicina Paliativa*. In: BRUERA E., DE LIMA L. (Eds.), *Cuidados Paliativos: Guías para el Manejo Clínico* (2nd. Ed) Washington D.C., IAHP/OPS, 2004, 9-14; TABOADA P., *El derecho a morir con dignidad*. Acta Bioethica. 2000; VI (1), 91-101.

<sup>70</sup> Cf. PERRY C., *Ordinary, Extraordinary...* p. 44-45; RACHELS J., *More Impertinent Distinction*, in: MAPPS T.A., ZEMBATY J.S. (eds.), *Biomedical Ethics*, New York, McGraw Hill 1981, 335 359.

moralisti non cercano mai di offrire una lista esaustiva e completa di mezzi «ordinari» e «straordinari». I riferimenti a situazioni concrete che appaiono nei loro scritti hanno una funzione soltanto esemplificativa, che cerca di dimostrare che la qualità morale di «ordinario» o «straordinario» non può essere valutata astrattamente, ma deve essere giudicata qui e ora (*hic et nunc*), secondo le circostanze specifiche di ogni paziente.<sup>71</sup>

### **3.3. Confusione tra «proporzionalità terapeutica» e «proporzionalismo»**

Un gruppo di famosi teologi moralisti del XX secolo<sup>72</sup> ha proposto una forma di ragionamento etico conosciuto come «teoria della proporzionalità». Il proporzionalismo etico — una variante del consequenzialismo — sostiene che la bontà o la malizia morale di una azione deriva esclusivamente dal calcolo delle conseguenze buone e cattive che da essa derivano o possono derivare, includendo in questo bilancio alcuni beni pre-morali o non-morali.<sup>73</sup> Nel contesto di situazioni concrete, in cui il bene e il male coesistono, ponendo un dilemma etico di difficile soluzione, questi autori propongono che il giudizio morale si focalizzi sulla proporzione riconosciuta tra gli effetti buoni o cattivi, in vista del «più grande bene» o del «minor male», che siano effettivamente possibili in una situazione particolare.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> Cf. CALIPARI, *The principle...* p. 393. «Contrary to what is affirmed in some quarters, a careful reading of the texts of these moralists shows that they were careful not to attempt to draw up exhaustive and definitive lists of ordinary and extraordinary therapeutic means (possible references to specific medical actions present in their tracts, in fact, have a purely example-giving function), and they well brought out how the 'ordinary' or 'extraordinary' character of a therapeutic action was an ethical *quality* that can and must be fully assessed not in the abstract but in the concrete circumstances of clinical use, *hic et nunc*, and for a specific patient. All this clearly bears witness to the centrality that the classic moralists gave to the person as such in the way in which they argued and justified their ethical conclusions».

<sup>72</sup> Faccio qui riferimento ad autori come Janssens, Knauer, Fuchs, Schüller, Van de Poel, Van der Marck e McCormick.

<sup>73</sup> Cf. Giovanni Paolo II, *Veritatis Splendor*, Città del Vaticano, 1993, nn. 74-79.

<sup>74</sup> Cf. Giovanni Paolo II, *Veritatis Splendor*, n. 75.

Basandosi su questa corrente etica, alcuni bioeticisti contemporanei — come Paul Schotsmans<sup>75</sup> e Ludger Honnefelder<sup>76</sup> — criticano la distinzione classica tra mezzi «ordinari» e «straordinari», poiché ritengono che questi concetti operino soltanto nel contesto del modello etico denominato «deontologia dell'atto»,<sup>77</sup> che essi non condividono. Ad esempio, per Schotsmans la principale carenza del modello classico si radica nel fatto che è «statico» e, pertanto, è incapace di integrare dinamicamente, nella sua analisi, le prospettive variabili che caratterizzano l'evoluzione della medicina contemporanea.<sup>78</sup> Per superare questa ipotizzata carenza del modello tradizionale, Schotsmans propone di adottare la teoria proporzionalista,<sup>79</sup> che, secondo questo autore, più che un «sistema» o una «metodologia» di analisi, consisterebbe in un nuovo modo di considerare le azioni umane in termini di relazione tra gli scopi e il bene.<sup>80</sup> La moralità di un atto dovrebbe essere valutata in modo differenziato: da un lato occorrerebbe considerare la sua «bontà» morale, che sarebbe data fundamentalmente dall'intenzione del soggetto (in quanto riferita ai beni morali, come la

---

<sup>75</sup> Cf. SCHOTSMANS P., *Equal Care as the Best Care: A Personalist Approach*. In: ENGELHARDT H.T., CHERRY M. (Eds.), *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2002, 125-139.

<sup>76</sup> Cf. HONNEFELDER L., *Quality of Life and Human Dignity: Meaning and Limits of Prolongation of Life*. In: ENGELHARDT H.T., CHERRY M. (Eds.), *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives*, Washington, D.C., Georgetown University Press, 2002, 140-153.

<sup>77</sup> Designano con questo nome la teoria classica dell'azione morale, secondo la quale le fonti della moralità sono date dall'oggetto, dal fine e dalle circostanze di un atto umano. Questa teoria classica sostiene che la prima qualificazione morale di un atto gli viene dato dal suo oggetto o «specie» morale e da ciò si deduce l'esistenza di azioni che sempre e in qualsiasi circostanza sarebbero moralmente cattive (*intrinsece malum*). Cf. SAN TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q. 6-21.

<sup>78</sup> Cf. SCHOTSMANS, *Equal Care...* p. 134: «Traditionally, moral theology applied in this context the concepts of 'ordinary' and 'extraordinary' means. ... This distinction may be adequate for static and poor medical environments, but it is no longer apt to cope with the rapid evolutions of medical technology at the moment. From a more methodological point of view, we may say that these concepts functioned indeed very well in the context of the ethical model of so-called act deontology, but they lack sufficient dynamic integration of new evolutions and changing perspectives».

<sup>79</sup> Cf. SCHOTSMANS, *Equal Care...* p. 134: «All this makes clear that speaking in terms of 'proportionate and disproportionate' is preferable. The general dissatisfaction with the concepts of 'ordinary' and 'extraordinary means' (e.g. in situations in which good and evil coexist) led many eminent moral theologians, including Janssens, Knauer, Fuchs, Schüller, Van de Poel, Van der Marck and McCormick, to explore a way of reasoning that is known as the 'theory of proportionality'».

<sup>80</sup> Cf. SCHOTSMANS, *Equal Care...* p. 134: «As noted by Selling, 'proportionality' is neither a 'system' nor a 'determinative methodology', but is only a way of 'looking at things proportionally' (Selling 1986). According to Janssens (1980-81), proportionality is a question of relation between end and good. There must not be any intrinsic contradiction between the basic or ontic good that we want to preserve and the means we use for that end. As Knauer says, this postulate of noncontradiction between the means and the end is a central norm for determining the proportionate reason of any human act (Knauer 1965)». Le citazioni incluse nel testo di SCHOTSMANS fanno riferimento specificamente ai seguenti testi: SELLING J., *The Development of Proportionalist Thinking*. *Chicago Studies* 1986, 25, 167-175; JANSSENS L., *Artificial Insemination: Ethical Considerations*. *Louvain Studies* 1980-1, 8, 3-29; KNAUER P., *La détermination du bien et du mal moral par le principe du double effet*. *Nouvelle Revue Théologique* 1965, 87, 356-376.

benevolenza, la giustizia, ecc.); dall'altro lato si dovrebbe stabilire la sua «rettitudine», e ciò risulterebbe dalla proporzione tra gli effetti e le circostanze prevedibili dell'azione.<sup>81</sup>

Secondo questa prospettiva, parlare di mezzi «ordinari» e «straordinari» risulterebbe inefficace e sarebbe preferibile utilizzare i termini «mezzi proporzionati» e «mezzi sproporzionati».<sup>82</sup> Nel giudicare la «proporzionalità» di una terapia, il bene della salute — e in circostanze estreme anche il bene della vita stessa — dovrebbe tener presente altri valori vigenti nell'«attuale sistema di valori» (ad esempio, contenimento di costi, equità, solidarietà, giustizia, ecc.).<sup>83</sup> Pertanto, la determinazione di ciò che costituisce un trattamento «proporzionato» (la «migliore» cura o il «trattamento adeguato») per un paziente, sarebbe il risultato di un dialogo tra i professionisti della salute, il paziente e le imprese assicuratrici. Così, il carattere morale di una azione terapeutica («proporzionata» contro «sproporzionata») deriverebbe fondamentalmente dal bilancio dei loro risultati, essendo eticamente corretto quel corso di azione che produce la maggior proporzione di beni o il «minor male» possibile da conseguire nella situazione considerata.<sup>84</sup> Se l'intenzione del soggetto è rivolta al bene (beneficenza, giustizia, ecc.), questa azione sarà moralmente buona (indipendentemente dall'oggetto specifico dell'atto o dalla «specie» morale). In questo modo, il bilancio proporzionalista include la possibilità che alcuni carichi non-morali, associati alle terapie o alle circostanze particolari del paziente, possano superare il valore della vita stessa e giustificare atti che, di per sé, potrebbero porre fine alla vita del paziente.

Questo tipo di interpretazione «proporzionalista» della distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» è molto diffusa attualmente tra i

---

<sup>81</sup> *Ibid.*

<sup>82</sup> Cf. SCHOTSMANS, *Equal Care...* p. 136: «All this makes clear that speaking in terms of 'proportionate and disproportionate means' is preferable».

<sup>83</sup> Cf. SCHOTSMANS, *Equal Care...* p. 136: «We understand by 'best' of care the appropriate care for every unique patient. This implies that the medical profession in dialogue with the representatives of patients (e.g., mutual insurance funds) must define adequate health care... the value of 'health must be balanced against other values incurrent value systems».

<sup>84</sup> Cf. SCHOTSMANS, *Equal Care...*, HONNEFELDER, *Quality of Life...*

moralisti. E' probabile che la sua diffusione sia risultata facilitata dalla sostituzione, nelle ultime decadi, dei termini « mezzo ordinario» e «mezzo straordinario», con «terapie proporzionate» e «sproporzionate». D'altra parte, non c'è dubbio che — come indica Giovanni Paolo II nella *Veritatis Splendor* — le teorie etiche consequenzialiste e proporzionaliste «possano acquistare una certa forza persuasiva dalla loro affinità con la mentalità scientifica, giustamente preoccupata di ordinare le attività tecniche ed economiche in base al calcolo delle risorse e dei profitti, dei procedimenti e degli effetti».<sup>85</sup> Tuttavia, continua Giovanni Paolo II: «Siffatte teorie non sono però fedeli alla dottrina della Chiesa, allorché credono di poter giustificare, come moralmente buone, scelte deliberate di comportamenti contrari ai comandamenti della legge divina e naturale».<sup>86</sup>

In questo modo, quando nell'insegnamento tradizionale e nei documenti più recenti del Magistero ecclesiastico si propone di applicare il «principio di proporzionalità terapeutica» alle decisioni di limitare sforzi terapeutici,<sup>87</sup> la «proporzionalità» è concepita in modo organicamente integrato con i concetti della morale classica.<sup>88</sup> Come afferma Sulmasy, un'adeguata interpretazione ed applicazione della proporzionalità terapeutica esige che, sia i benefici, sia gli oneri associati ad un trattamento, siano valutati nel loro insieme e ponderati a fronte della ragionevolezza pratica di implementare tale terapia, dando per inteso che si accetta l'esistenza di un dovere morale di preservare la salute e la vita (fisica).<sup>89</sup> In altre parole, per giudicare la

---

<sup>85</sup> Cf. GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis Splendor*, Città del Vaticano, 1993, n. 76.

<sup>86</sup> *Ibid*

<sup>87</sup> Cf. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Iura et Bona*, 5 maggio 1980, n. 27; PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1995, n. 64; PONTIFICIO CONSIGLIO COR UNUM, *Dans le Cadre*, Città del Vaticano, 27 giugno 1981, n. 2-4; 7.2; 7.3.

<sup>88</sup> TABOADA P., *What is Appropriate Intensive Care? A Roman Catholic Perspective*. In: Engelhardt H.T., Cherry M. (Eds.), *Allocating Scarce Medical Resources: Roman Catholic Perspectives*, Washington, D.C., Georgetown University Press, USA, 2002, 53-73.

<sup>89</sup> Cf. SULMASY D., *Double-Effect Reasoning and Care at the End of Life: Some Clarifications and Distinctions*. In: MONSOUR H.D., SULLIVAN W.F., HENG J. (Eds.),

«proporzionalità» (od obbligatorietà morale) di una terapia non sembra opportuno contrapporre il bene della salute e della vita ad un insieme di valori morali e pre-morali — come propone il proporzionalismo —, ma si dovrebbe stabilire se esistono o no elementi che possano costituire un inconveniente «proporzionalmente grave» (una «impossibilità morale») perché una persona possa compiere il dovere «positivo» di conservare la propria salute e la propria vita, ammettendo che la vita stessa è un bene «indisponibile». Secondo questo punto di vista, basato sulla premessa che la vita (fisica) è un bene primario e fondamentale di cui non abbiamo un pieno dominio, si conclude che il suo valore non potrebbe mai essere contrapposto ad un insieme di beni non-morali, per quanto avverse possano essere le circostanze. In quanto precetto negativo, il dovere morale di non commettere atti che possano violare direttamente la vita e la salute di una persona umana obbliga sempre e in qualunque circostanza (*semper et pro semper*). Questo dovere include l'obbligo di mantenere un certo livello di cure minime o di trattamenti medici (intesi in senso ampio) che sono direttamente relazionati con la preservazione della vita (fisica)<sup>90</sup> e che — in linea di principio — non potrebbero essere mai considerati come «sproporzionati» o «straordinari». In altre parole, queste misure sarebbero sempre «ordinarie», per cui non sarebbe mai lecito ometterle, se si vuole rispettare la vita e la dignità ontologica di ogni persona umana.<sup>91</sup>

---

*Dignity in Illness, Disability, and Dying*. Toronto, International Association of Catholic Bioethicists, 2007, 49-109.

<sup>90</sup> Faccio qui riferimento a misure come l'igiene, l'idratazione, l'alimentazione, ecc. Cf. HEANEY S., «*You Can't be any poorer than dead*»: *Difficulties in Recognizing Artificial Nutrition and Hydrations as Medical Treatments*. *Linacre Quarterly*, May 1994, 77-87; ASHBY M., STOFFELL B., *Artificial hydration and alimentation at the end of life: a reply to Craig*. *J Med Ethics*. 1995; 21 (3), 135-40. DUNLOP R.J., ELLERSHAW J.E., BAINES M.J., SYKES N., SAUNDERS C.M., *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far?*

<sup>91</sup> Questa idea è stata ribadita in numerosi documenti magisteriali recenti: Cf. SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Iura et Bona*, 5 maggio 1980, n. 28; PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli Operatori Sanitari*, Città del Vaticano, 1995, n. 120; GIOVANNI PAOLO II, Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale «Life-sustaining Treatments and Vegetative State: Scientific Advances and Ethical Dilemmas», 20 marzo 2004, Città del Vaticano (online: [www.vatican.va](http://www.vatican.va)); SACRA CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Risposte a quesiti della Conferenza Episcopale Statunitense circa l'alimentazione e l'idratazione artificiali*, Roma, 1 agosto 2007.

### 3.4. Interpretazione centrata sulla «qualità della vita»

Dare un valore preponderante alla «qualità della vita»<sup>92</sup> come criterio che permetterebbe di distinguere le terapie moralmente obbligatorie da quelle che non lo sono, è un'altra forma molto diffusa di interpretare attualmente la distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari». <sup>93</sup> Beauchamp e Childress, ad esempio, suggeriscono che sarebbe meglio sostituire la distinzione tra trattamenti «ordinari» e «straordinari» con una distinzione tra trattamenti «moralmente obbligatori» e «opzionali», in accordo con un bilancio tra i benefici e gli oneri per il paziente, in cui la qualità della vita gioca un ruolo centrale.<sup>94</sup> Per questi autori, il principale criterio che permette di stabilire se un trattamento è moralmente obbligatorio o «eccessivo» è la considerazione della probabilità e dell'ampiezza dei loro benefici, valutata a fronte dei possibili oneri. In tal modo, le condizioni che potrebbero giustificare la violazione dell'obbligo *prima facie* che dobbiamo trattare, sarebbero la «futilità» del trattamento o il fatto che gli oneri superano i benefici.

Secondo questa prospettiva, la distinzione tra trattamenti «obbligatori» e «opzionali» ammette che possono esistere condizioni in cui il valore del mero vivere potrebbe non essere opportunamente controbilanciato da quei beni — come la felicità e il piacere — che rendono veramente prezioso vivere. Pertanto, il principio di non-malizia non implicherebbe l'obbligo di conservare la vita biologica, né il dovere

---

<sup>92</sup> Un'analisi critica del concetto di qualità della vita e del suo ruolo nelle decisioni di limitare terapie eccederebbe molto i limiti di questo lavoro.

<sup>93</sup> Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of Biomedical Ethics*. (Fifth Edition). Oxford, Oxford University Press, 2001; BOLE T., *Intensive Care Units (ICUs), and the Ordinary Means: Turning Virtue into Vice*. *Linacre Quarterly*. 1990; 51 (1), 68-77; BOLE T., *The Ordinary-Extraordinary Distinction Reconsidered: a Moral Context for the Proper Calculus of Benefits and Burdens*. *HEC Forum*. 1990; 2 (4), 219-232; WILDES K., *Ordinary and Extraordinary Means and the Quality of Life*. *Theological Studies* 1996, 57 (3), 500-512.

<sup>94</sup> Cf. BEAUCHAMP T., CHILDRESS J., *Principles of ...* p. 202: «We conclude that the distinction between ordinary and extraordinary treatments is morally irrelevant and should be replaced by the distinction between optional and obligatory treatment, as determined by the balance of benefits and burdens to the patient». ... *Ibid*, p. 215: «Our arguments thus far give considerable weight to quality-of-life judgments in determining whether treatments are optional or obligatory».

di iniziare o continuare trattamenti in condizioni di dolore, di sofferenza e di sconforto per il paziente. In questa maniera, quando la «qualità di vita» non è affatto buona, si potrebbe ritenere che il trattamento sta imponendo più oneri che benefici al paziente. In altre parole, la vita non avrebbe un valore intrinseco, ma varrebbe in virtù dei beni che ci permette di realizzare e, soprattutto, la felicità e il piacere che si possono sperimentare. Qui l'impostazione coincide con la posizione utilitarista.

Di fatto, il criterio utilitarista di massimizzare la felicità per il maggior numero di persone ha trovato oggi forte accettazione, soprattutto tra i moralisti e i bioeticisti anglosassoni. Nel dibattito sui limiti dell'obbligo di preservare la vita, l'impostazione utilitarista si è manifestata sotto forma di un forte rifiuto dell'idea che possa esistere un obbligo morale di mantenere l'idratazione e l'alimentazione in pazienti gravemente affetti da demenza o in stato vegetativo persistente.<sup>95</sup>

Risulta evidente che questa interpretazione della distinzione tra mezzi «ordinari» e «straordinari» ha profonde divergenze rispetto all'insegnamento tradizionale. Tra le differenze più importanti si sottolineano la proposta di massimizzare certi beni non-morali e l'idea

---

<sup>95</sup> CLARK P., *Tube Feedings and Persistent Vegetative State Patients: Ordinary or Extraordinary Means?* *Christ Bioeth.* 2006; 12 (1), 43-64. CRAIG G., *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far?* *J Med Eth*, 1994, 20, 139-143; CRAIG G., *On Withholding artificial hydrating and nutrition from terminally ill sedated patients. The debate continues.* *J Med Eth*, 1996; 22, 147-153; DUNLOP R.J., ELLERSHAW J.E., BAINES M.J., SYKES N., SAUNDERS C.M., *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Ill: Has Palliative Medicine Gone Too Far? A Reply.* *J Med Eth* 1995; 21, 141-143; GUEVIN B., *Ordinary, Extraordinary, and Artificial Means of Care.* *Natl Cathol Bioeth Q.* 2005 Autumn; 5 (3), 471-9; HEANEY S., «*You can't be any poorer than dead*»: *Difficulties in Recognizing Artificial Nutrition and Hydrations as Medical Treatments.* *Linacre Quarterly*, May 1994, 77-87; HICKEY J.V., FISCHER S.A., RACHELS J., *Ordinary and Extraordinary Vary with the Case.* *Hastings Cent Rep.* 1983; 13 (5), 43-4; SHANNON T., *Nutrition and Hydration: an Analysis of the recent papal statement in the light of the Roman Catholic bioethical tradition.* *Christ Bioeth.* 2006 Apr; 12 (1), 29-41; TORCHIA J., *Artificial Hydration and Nutrition for the PVS Patient: Ordinary Care or Extraordinary Intervention?* *Natl Cathol Bioeth Q.* 2003 Winter; 3 (4), 719-30; WILKES E., *On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A Commentary.* *J Med Eth*, 1994; 20, 144-145.

che la vita ha valore soltanto se è fonte di piacere. La larga accettazione che la «qualità della vita» ha trovato nella letteratura biomedica contemporanea, come criterio preponderante nelle decisioni di limitare gli sforzi terapeutici, mette in evidenza il fatto che le nostre società stanno perdendo il senso del valore della vita umana e il significato dell'appartenenza alla comunità umana.<sup>96</sup>

#### IV. RIFLESSIONI FINALI

Ricapitolando, possiamo dire che l'origine formale dell'insegnamento morale tradizionale, che distingue i mezzi «ordinari» da quelli «straordinari» di conservazione della vita, si trova nei grandi commentatori di San Tommaso d'Aquino, del XVI secolo. I progressi della medicina del Rinascimento obbligarono i moralisti dell'epoca ad affrontare direttamente la questione sui limiti del dovere morale di conservare la salute e la vita. Ebbe così origine l'insegnamento tradizionale che afferma l'esistenza di un dovere morale «positivo» di conservare la salute e la vita mediante l'uso delle terapie mediche disponibili, sempre che queste offrano una ragionevole speranza di beneficio (*spes salutis*) e che il loro uso non determini una impossibilità fisica o morale per il singolo paziente (*quaedam impossibilitas*).<sup>97</sup> Entrambe le condizioni devono sussistere simultaneamente perché un mezzo di conservazione della vita sia considerato «ordinario» e, pertanto, moralmente obbligatorio. Quando almeno una di queste condizioni non si attua, la terapia si considera «straordinaria» e il suo uso risulta moralmente facoltativo per l'individuo (norma relativa). Tuttavia, la tradizione afferma anche che l'utilizzazione di un mezzo «straordinario» potrebbe essere moralmente obbligatoria *per accidens* in circostanze particolari, come, ad esempio, nel caso in cui il suo uso rappresentasse l'unico modo che un paziente avrebbe per poter adempiere ad altri

---

<sup>96</sup> Cf. MARKWELL H., *End-of-life: A Catholic View*. The Lancet. 2005, 366, 1132-35; BLAKE D.C., *Reconsidering the Distinction of Ordinary and Extraordinary Treatment: Should We Go «Back to the Future»?* HEC Forum 1996; 8 (6), 355-71.

<sup>97</sup> Cf. MEILAENDER, 1997, p. 527; KELLY, 1951, p. 550.

doveri più gravi, «come quelli di pietà, di carità o di giustizia (verso Dio, la società, la famiglia, ecc.)». <sup>98</sup>

La validità attuale dell'insegnamento tradizionale è stata confermata dal Magistero della Chiesa durante il XX secolo, nel contesto di complessi dilemmi etici posti dalla pratica della medicina contemporanea. I documenti magisteriali sottolineano l'importanza di comprendere e applicare questa dottrina alla luce del rispetto incondizionato che merita ogni vita umana — dal concepimento fino alla morte naturale — in ragione della sua dignità ontologica (connessa sia alla sua origine che al suo destino). Questa concezione antropologica offre la chiave ermeneutica per una adeguata applicazione prudenziale dell'insegnamento tradizionale ai casi particolari. Al di fuori di tale contesto, è facile che il contenuto di questo insegnamento tradizionale sia interpretato ed applicato in forma inadeguata, come ha posto in evidenza la breve analisi compiuta di alcuni dei modi di interpretare questa dottrina nell'ambito dell'etica medica contemporanea.

---

<sup>98</sup> Cf. CALIPARI, *Curarsi e...*, p. 128.