

Penetriamo nuovamente in epoche che non aspettano dal filosofo né una spiegazione né una trasformazione del mondo, ma la costruzione di rifugi contro l'inclemenza del tempo. *Nicolás Gómez Dávila*

BIOETICA. OPINIONI CONTRASTANTI SU NATURA, TECNOLOGIA, OBBLIGO MORALE.



Questo numero.

Un articolo di Tommaso Scandroglio uscito a novembre su *La Nuova Bussola Quotidiana* proprio per la sua chiarezza ha suscitato dei forti rilievi critici da parte mia, rilievi che ho provato a esternare sia sotto forma di note al testo sia con un breve scritto diffuso tra alcuni amici. Abbiamo poi deciso di darne conto ai nostri lettori: l'articolo di Scandroglio lo trovate per intero qui a lato (corsivi, evidenziazioni e note sono opera mia), le mie osservazioni sono a pag. 5. Mi rendo conto di intervenire su argomenti troppo caldi e certamente superiori alle mie forze, ma così... *Dixi et salvavi animam meam.* (S. B.)

Papa ed eutanasia, un intervento problematico.

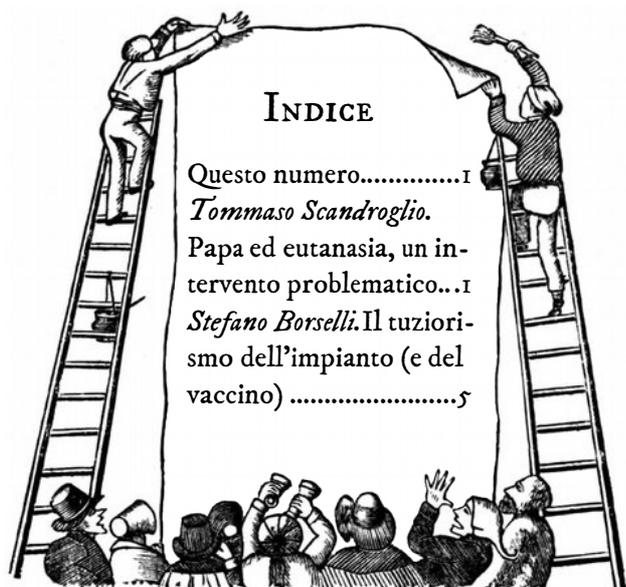
DI TOMMASO SCANDROGLIO

Fonte e © *La Nuova Bussola Quotidiana* del 17 novembre 2017.

HA preso l'avvio ieri e si concluderà oggi il Meeting Regionale Europeo della World Medical Association organizzato in Vaticano unitamente alla Pontificia Accademia per la Vita sui temi cosiddetti di «fine vita». La World Medical Association non è un ente o un'associazione in qualche modo legata alla Santa Sede, ma è una laicissima associazione di medici. Alcuni suoi membri, come Benedetta Frigerio ha già avuto modo di illustrare da queste colonne qualche giorno fa, sono infatti a favore di eutanasia e aborto.

Ieri Papa Francesco ha inviato i suoi saluti ai partecipanti di questo convegno. Basta dare un'occhiata alle prime reazioni della grande stampa per comprendere che il messaggio del Santo Padre presenta accanto a passaggi sicuramente condivisibili, altri ambigui ed altri ancora formulati in modo erroneo. Esaminiamo quelli più problematici.

Il Papa parte da un fatto: la medicina ha fatto passi da gigante e questo può avere ef-



fetti positivi e negativi. In merito agli aspetti positivi il Pontefice afferma:

La medicina ha infatti sviluppato una sempre maggiore capacità terapeutica, che ha permesso di sconfiggere molte malattie, di migliorare la salute e prolungare il tempo della vita. Essa ha dunque svolto un ruolo molto positivo.

Subito dopo Francesco elenca invece i rischi di tale progresso scientifico-tecnico:

D'altra parte, oggi è anche possibile prostrarre la vita in condizioni che in passato non si potevano neanche immaginare. Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi: possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo non equivale a promuovere la salute. Occorre quindi un supplemento di saggezza, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona.¹

A seguire il Papa cita, per commentare tali effetti nocivi, alcuni documenti del Magistero che trattano dell'accanimento terapeutico. Ora occorre chiedersi se le situazioni descritte dal Papa configurano accanimento terapeutico. Vediamole una ad una.

¹ Le parole del Papa possono apparire rozze e semplificatrici, ma a mio parere esprimono il sentire e il buon senso umano comune. Che poi queste verità vengano da lui usate come perno funzionale alla dissoluzione della Chiesa, ultimo baluardo contro la modernità e l'abolizione dell'uomo, è un altro discorso. (*Tutte le note sono di S. B.*)

Il Papa da una parte afferma che vivere più a lungo è un bene, ma vivere più a lungo in condizioni di salute critica non lo è. Occorre a questo proposito ricordare che curare un paziente permettendogli di vivere più a lungo, sebbene con una qualità di vita non elevata perché affetto da gravi disabilità, patologie croniche severe, etc., non configura accanimento terapeutico.

L'accanimento terapeutico infatti, come ricorda correttamente il Pontefice, è una sproporzione tra trattamenti e risultati sperati.

Se grazie alla tecnologia oggi disponibile posso mantenere in vita per lungo tempo una persona affetta da sindrome della veglia aresponsiva (il cd paziente in stato vegetativo) ciò non configura accanimento terapeutico, ma in realtà è un obbligo morale in capo al medico e al paziente.²

La proporzione, in questi casi, deve guardare all'effetto positivo «vita», non al «benessere». In caso contrario scademmo nell'etica della qualità della vita e non prestare le *dovute* cure configurerebbe un caso di *eutanasia omissiva*.³ Come ebbe a scrivere la

² Ergo: se è possibile è obbligatorio. Del tutto in disaccordo.

³ *Eutanasia omissiva* è termine estremamente ambiguo, inoltre chi decide quello che è *dovuto*? Com'è noto Ivan Illich ha convissuto diciassette anni con un tumore della parotide (che divenne visibilissimo e sfigurante, raddoppiando le dimensioni del collo) del quale si limitava a controllare il dolore con oppiacei. All'epoca della diagnosi, dopo essersi informato da par suo, decise di rifiutare la proposta di un intervento chirurgico (neppure risolutivo) che lo avrebbe privato della parola (per i successivi diciassette anni, ora lo sappiamo) e che avrebbe implicato anche un trattamento sedativo che avrebbe reso il suo lavoro impossibile. Negli ultimi anni inse-

bioeticista Claudia Navarini, per i sostenitori dell'eutanasia

non sarebbero eventuali trattamenti gravosi e inutili a costituire una forma di accanimento, ma sarebbe un accanimento il fatto stesso di mantenere in vita un morente o un malato grave (C. Navarini, «Eutanasia», in T. Scandroglio, *Questioni di vita o di morte*, Ares). I casi Welby, Eluana e Charlie sono paradigmatici in questo senso.

Altra frase problematica del Santo Padre già prima citata: «Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi». Ricordiamo che tali interventi per il Papa sono effetti negativi dell'ipertecnologia della medicina e configurano accanimento terapeutico. Ma l'accanimento terapeutico si realizza proprio quando il trattamento è inefficace. Quando invece, come scrive il Papa, fosse efficace, anche se non risolutivo, l'intervento è moralmente accettabile. Molti di noi portano gli occhiali: correggono un difetto della vista, ma non risolvono il difetto della vista. Eppure questa protesi non può venire derubricata ad accanimento terapeutico. Se i medici dovessero astenersi da tutti gli interventi non risolutivi, addio ad esempio alla cura delle patologie croniche. Il medico, come ricorda lo stesso Pontefice, è chiamato non solo a guarire, ma anche a curare, cioè a migliorare o stabilizzare le condizioni di un paziente che per ipotesi mai guarirà.

Ulteriore periodo molto scivoloso: alcuni interventi «possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura so-

gnava a Brema dove, racconta Giannozzo Pucci, era a volte molestato da un prete (prete come lui, peraltro) che, pieno di zelo, lo accusava, insegnando in quelle condizioni, di dare pubblico scandalo quale suicida da eutanasia passiva.

stituirle, ma questo non equivale a promuovere la salute». In merito al sostentamento delle funzioni biologiche possiamo riferirci alla nutrizione, idratazione e ventilazione assistita (ma non solo a loro dato che l'espressione «funzioni biologiche» può essere riferita ad un'infinità di attività dell'organismo: la funzione metabolica epatica, la funzione endocrina, etc.). Se questi presidi vitali riescono a soddisfare il loro fine proprio — cioè adiuvarne l'assimilazione di cibo, di liquidi e la respirazione — se non c'è sproporzione tra sollievo arrecato e dolore inferto e tra beneficio prodotto e danni procurati, allora significa che questi mezzi di sostentamento vitale non scadono nell'accanimento terapeutico, bensì equivalgono «a promuovere la salute» e «giovano al bene integrale della persona». Non somministrarli configurerebbe una scelta eutanasi. Anche laddove l'intervento avesse carattere sostitutivo — pensiamo ad esempio alla circolazione extracorporea durante un'operazione chirurgica — ciò non significa che di per se stesso l'intervento rappresenta una forma di accanimento terapeutico.

In breve al passaggio già menzionato, gli interventi sul corpo [...] possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo non equivale a promuovere la salute,

occorreva aggiungere un «sempre»:

gli interventi sul corpo [...] possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, o addirittura sostituirle, ma questo non equivale sempre a promuovere la salute,

perché in particolari circostanze tali interventi seppur adiuvanti o sostitutivi di fun-

zioni biologiche possono configurare accanimento terapeutico.

Altro passaggio critico. Chi deve decidere se c'è o meno accanimento terapeutico? Il Papa afferma che l'ultima parola spetta al paziente, seppur in dialogo con i medici:

È anzitutto lui che ha titolo, ovviamente in dialogo con i medici, di valutare i trattamenti che gli vengono proposti e giudicare sulla loro effettiva proporzionalità nella situazione concreta, rendendone doverosa la rinuncia qualora tale proporzionalità fosse riconosciuta mancante.

Francesco cita a questo proposito il *Catechismo della Chiesa Cattolica*:

«Le decisioni devono essere prese dal paziente, *se ne ha la competenza*⁴ e la capacità» (n. 2278).

Però leggiamo per intero il periodo citato parzialmente dal Papa:

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.⁵

Il Catechismo ci dice questo: per capire se i trattamenti terapeutici configurano accanimento terapeutico occorre da una parte la competenza del medico, che ci potrà dire se, secondo letteratura e sua esperienza personale, quel tipo di cura è efficace o meno,

⁴ Quindi, nel mio caso (non vedendo alcuna mia competenza medica) forse mai.

⁵ Brano del catechismo di fatto antifeyerabendiano (e quindi antibellarminiano). Gli accenni di Ratzinger a Feyerabend erano dunque solo strumentali?

e dall'altra il paziente, perché è solo lui, a patto che sia vigile e cosciente, che ci può comunicare ad esempio se tale cura gli reca troppo dolore, se si sente meglio, etc. Detto ciò però il criterio indicato dal Catechismo non scade nel soggettivismo assolutista, infatti

il Catechismo specifica che le volontà del paziente devono essere rispettate *solo se ragionevoli*, cioè conforme a morale,

e solo se dunque tutelano gli oggettivi interessi del paziente, ossia la sua dignità.

Detto in soldoni: se una paziente dichiarasse che non vuole più nutrirsi con le peg perché a suo insindacabile giudizio la nutrizione assistita configura accanimento terapeutico, questa volontà sarebbe irragionevole e quindi non da rispettare.⁶ L'ultima parola spetta alla valutazione del bene oggettivo della persona, bene oggettivo spesso non riconosciuto dalla persona stessa. Di contro, rispettare sempre e comunque il giudizio del paziente su cosa è o non è accanimento terapeutico aprirebbe la porta all'eutanasia. Quella stessa porta che il Santo Padre, nel messaggio inviato ai partecipanti del convegno che si sta svolgendo in Vaticano, vorrebbe che rimanesse sempre chiusa.

⁶ Quello che Scandroglio sottintende (vedi sopra) è però che il paziente cattolico non deve mai neppure rifiutare la PEG *al momento dell'impianto*. Il medico dice: «O la PEG o muori». Per S. non puoi replicare: «Siamo assolutamente certi che morirò *immediatamente* (prima o poi tutti moriremo...) senza PEG?» perché la sua (del medico istituzionale) autorità è indiscutibile (infallibilità della Scienza con la mauscola).

tali *legittime* autorità morali sono discordi: alcune consentono, alcune negano. Va da sé che la suddivisione dei pareri può andare dal 50% contro 50% al tutti-meno-uno contro uno.⁷

Inciso. Tali casi dubbi sono rari o capitano di tanto in tanto? Secondo Caramuel, nell'agire nella vita *reale* i casi dubbi sono maggioritari.

• *Il tuziorismo.*

Una risposta coerente (nel senso della sua costruzione interna) e facilissima da capire è chiamata *tuziorismo* (da *tutior*) e propone di applicare sempre l'opinione che nega. La logica è inesorabile: il buon cristiano deve tenere di più (anzi, solamente) alla salvezza dell'anima e nel dubbio rinuncerà a qualsiasi cosa a quello scopo. Quindi se uno soltanto (contro tutti gli altri) dei dottori della Chiesa, la negherà, non mangerai la cioccolata. Era questa l'opinione dei giansenisti e dei loro campioni, tra i quali Blaise Pascal.

• *Il probabilismo.*

Tra le obiezioni della corrente opposta, chiamata *probabilismo*, vi era quella che tale logica soffocasse ogni creaturale palpito di vita (abolendo in fin dei conti la scelta morale stessa e vanificando quindi il disegno, e i doni, del Padre) e dilatasse in modo abnorme gli scrupoli, intralciando così l'azione per il bene comune. Il nucleo dei probabilisti era formato da *molinisti* (all'epoca sinonimo di gesuiti), i grandi avversari del giansenismo e del luteranesimo. Per i probabilisti, se in accordo con la tua co-

⁷ Sull'argomento sono utili in Wikipedia o Treccani le voci *Tuziorismo*, *Probabilismo*, *Probabiliorismo*. Per un approfondimento si raccomanda l'aureo: Dino Pastine, *Juan Caramuel. Probabilismo ed Enciclopedia*.



San Roberto Bellarmino

scienza, il giusto amore per quella creatura che sei tu stesso ti fa scegliere l'opinione, seppur minoritaria, che consente.

• *Una strana e longeva alleanza.*

Inizialmente prevalsero i molinisti, e il tuziorismo fu condannato, ma in seguito i domenicani dettero protezione ai giansenisti in nome di un rigorismo che si opponeva agli eccessi (reali) di chi declinava il probabilismo verso il puro lassismo. Per la paura del rischio intrinseco alla libertà probabilista si cercavano quindi «sistemi [moral] talmente perfetti che nessuno avrebbe più bisogno di essere buono».

Furono escogitate soluzioni intermedie, *equiprobabilismo* ecc., che permisero di migliorare l'algoritmo probabilista ma il molinismo, nonostante la forza dell'alleanza domenicani-giansenisti, non fu mai condannato e quindi, *apparentemente*, il tuziorismo restò bandito.

✚ AI GIORNI NOSTRI.

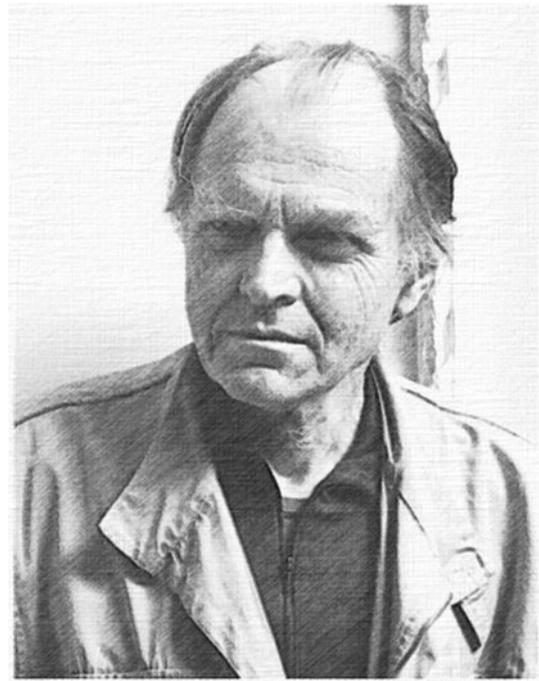
CI si aspetterebbe che su questioni di medicina e bioetica (dove per Feyerabend e Bellarmino non esiste un'autorità scientifica assoluta e *unica*) si procedesse in maniera *ancor più* probabilistica dicendo, ad esempio di fronte alla proposta di un impianto di ventilazione meccanica permanente (idem per una *vaccinazione*): il paziente potrà sentire le varie autorità mediche (non *legali!*) come la medicina «scientifica» (nelle sue varie scuole!), l'omeopatia, la naturopatia, l'Ayurveda ecc., dopo di che deciderà secondo suo giudizio e coscienza se farsi impiantare o meno.

• *Il tuziorismo dell'impianto.*

Al contrario, nel testo di Scandroglio (e purtroppo anche nel brano del *Catechismo* da lui citato) non c'è spazio per il dubbio, tutto è cogente: c'è solo *una* autorità medica (e *legale*) possibile e *un solo* parere legittimo al quale *il tuo stesso corpo* deve essere *totalmente disponibile*: quello del complesso medico-industriale-finanziario, in altre parole il capitale.

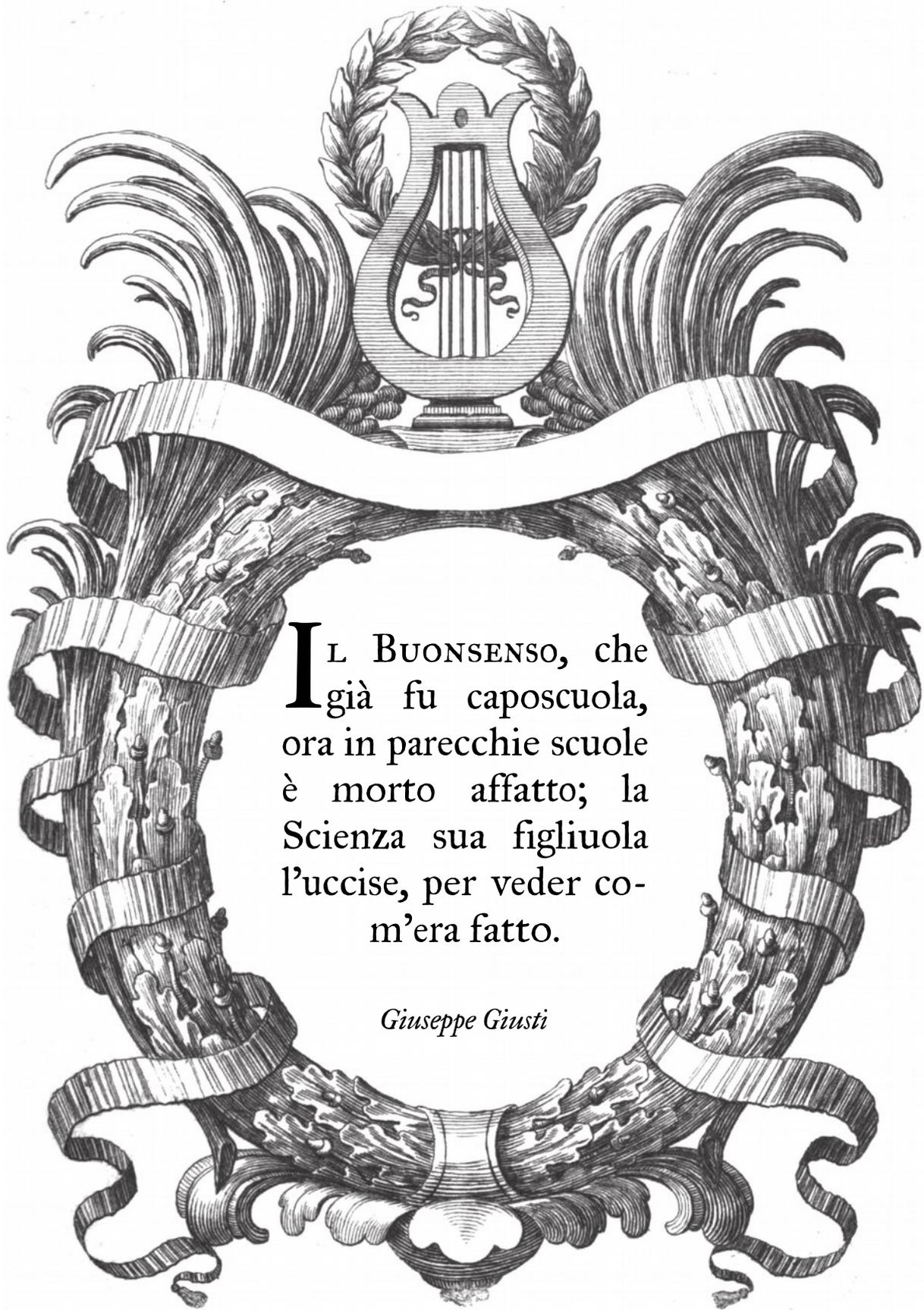
✚ UN GROVIGLIO DI CONTRADDIZIONI.

BISOGNA aggiungere che, eterogenesi dei fini, l'accanimento tecnologico di molti cattolici nasce proprio dalla volontà di combattere contro un sistema economico che mercifica e sfrutta l'uomo e poi, con l'eutanasia, vorrebbe risparmiare nei costi di dismissione. Come sempre alle spalle c'è anche una lettura riduttiva e pauperistica del processo del valore, incapace di vedere che quello procede e si sviluppa *e* con l'eutanasia *e*, ancor più, con la medicalizzazione e protesizzazione integrale dell'uomo, processi che sfociano inevitabilmente nel postumanesimo pratico. Come se la verità



Paul Feyerabend

fosse plasmabile in negativo, per opposizione, dalle scelte del «nemico», per istituire una tripla muraglia di difesa contro le tendenze eutanasiche si dovrà quindi: 1) allargare la definizione di eutanasia e parlare di *eutanasia passiva* e di conseguenza, 2) assimilare al suicidio qualsiasi rifiuto della cura (con l'imbarazzo delle scelte finali di Pio XII e GP II che in extremis cacciarono i medici, come tutti sanno ma non si deve dire); 3) dichiarare *indistinguibili* prassi naturale e prassi tecnologica e ipertecnologica (quindi una PEG sarà considerata tale e quale la nutrizione naturale), malgrado ciò entri in conflitto sia con l'evidenza e il senso comune sia con le posizioni della Chiesa riguardo la sessualità, la contraccezione e la procreata, campi dove inevitabilmente una distinzione tra prassi naturale e prassi tecnologica (ad. es. tra fecondazione naturale e fecondazione in vitro) viene posta. ✚



IL BUONSENNO, che
già fu caposcuola,
ora in parecchie scuole
è morto affatto; la
Scienza sua figliuola
l'uccise, per veder co-
m'era fatto.

Giuseppe Giusti

Penetriamo nuovamente in epoche che non aspettano dal filosofo né una spiegazione né una trasformazione del mondo, ma la costruzione di rifugi contro l'inclemenza del tempo. Nicolás Gómez Dávila

BIOETICA. OPINIONI CONTRASTANTI SU NATURA, TECNOLOGIA, OBBLIGO MORALE (2).



Questo numero fa seguito al 975 dello scorso dicembre che presentava un testo di Tommaso Scandroglio su temi di bioetica seguito da annotazioni critiche di Stefano Borselli. La lettura di quel numero è imprescindibile per la comprensione di questo, originato dalla gentile e argomentata risposta di Scandroglio a quei rilievi. I nostri ringraziamenti al professore, che testimonia di una pratica dialogica che pare estinta. 🐦

✶ Risposta a Borselli.

DI TOMMASO SCANDROGLIO

I.

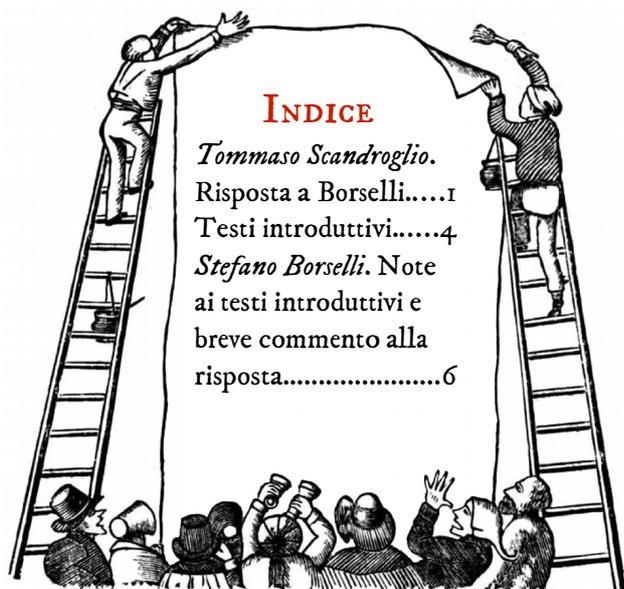
Ergo: se è possibile è obbligatorio. Del tutto in disaccordo.¹

Esiste un dovere morale di vivere:

Se la maggior parte degli uomini ritiene che la vita abbia un carattere sacro e che nessuno ne possa disporre a piacimento, i credenti vedono in essa anche un dono dell'amore di Dio, che sono chiamati a conservare e a far fruttificare. [...] Ciascuno ha il dovere di curarsi e di farsi curare. (*Iura et bona* I, IV).

Il dovere di vivere è però un dovere affermativo e come ogni dovere affermativo è contingente, quindi non da soddisfarsi sempre. Un caso in cui viene meno questo dovere di vivere è l'ipotesi di accanimento terapeutico perché un atto inefficace è da rifiutarsi. Al contrario rinunciare a vivere, rifiutando trattamenti sanitari salvavita, perché la vita è di bassa qualità equivale a suicidio.

¹ Le citazioni da note e articolo di Borselli sono in corsivo (*N.d.R.*).



2.

Eutanasia omissiva è termine estremamente ambiguo, inoltre chi decide quello che è dovuto?

a. In merito all'espressione «eutanasia omissiva» credo che sia preferibile rispetto a quella di «eutanasia passiva», seppur corretta, perché quest'ultima potrebbe richiamare erroneamente uno scenario in cui non si sceglie la morte rifiutando terapie salvavita o mezzi di sostentamento vitale, bensì si accetta passivamente la morte come evento inevitabile. Invece la scelta può avvenire per il tramite di atti commissivi e omissivi. Quindi l'aggettivo «ommissivo» non è ambiguo, bensì è più preciso.

b. in merito alla domanda «*inoltre chi decide quello che è dovuto?*» non posso che rimandare alla lezione artistotelica-tomista sull'articolazione dell'atto morale e al Magistero che ha fatto proprio questo insegnamento.

3.

Sul caso di Ivan Illich non mi pronuncio perché non conosco nel dettaglio la vicenda, ma lo spunto è utile per ribadire quanto accennato sopra: il dovere di vivere è un dovere affermativo contingente e non assoluto. La relativa doverosità viene ad evidenza non solo in caso di mezzi sproporzionati ai fine, caso già accennato sopra, ma anche nel caso dei cd consigli super erogatori: un padre può lecitamente dare l'unico pezzo di pane al figlio per sfamarlo sapendo che così morirà: il padre non sceglie di morire, ma sceglie la salvezza del figlio sopportando come effetto non voluto la propria morte (principio del duplice effetto). E così Tizio, per ipotesi di scuola, può lecitamente rifiutare di curarsi perché se curato non potrebbe soddisfare ad impegni oggettivamente più importanti del dovere di vivere: amore del prossimo, cura delle anime, salvezza della patria, custodia della fede, etc. Occorre però verificare caso per caso che il be-

ne scelto da tutelare sia di valore pari o superiore a quello della vita.

4.

Quindi, nel mio caso (non vedendo alcuna mia competenza medica) forse mai.

La persona deve scegliere sempre il bene per sé. Questo comporta conoscere cosa è bene e cosa è male. A volte questo, a sua volta, comporta avere delle conoscenze specifiche tecniche. È per questo motivo che spesso in ambito clinico — e non solo in ambito clinico — occorre fidarsi del medico che ha più competenza del paziente.

5.

Quello che Scandroglio sottintende (vedi sopra) è però che il paziente cattolico non deve mai neppure rifiutare la PEG al momento dell'impianto

v. supra in merito alla categoria dei doveri morali affermativi contingenti.

6.

Il medico dice: «O la PEG o muori». Per S. non puoi replicare: «Siamo assolutamente certi che morirò immediatamente (prima o poi tutti moriremo...) senza PEG? perché la sua (del medico istituzionale) autorità è indiscutibile (infallibilità della Scienza con la maiuscola).

Il medico applica, o dovrebbe applicare, sempre un criterio di prevedibilità degli effetti: la certezza in merito al prodursi di certi effetti empirici non è predicabile (questo riguarda ogni tipologia di nostra azione). Il criterio di probabilità incide sulla valutazione dell'atto morale: se abito al quinto piano ho l'obbligo morale, in condizioni normali, di prendere l'ascensore per arrivare al piano terra e non di buttarmi dal quinto piano, perché assai probabile che buttandomi dal quinto piano morirò.

Se il medico si vede costretto alla Peg ciò significa che è certo (la cd certezza morale che mi fa passare su un ponte fiducioso che non crolli, ma che non è certezza assoluta) che senza Peg il paziente morirà perché non può essere idratato e nutrito in altro modo.

7.

Al contrario, nel testo di Scandroglia (e purtroppo anche nel brano del Catechismo da lui citato) non c'è spazio per il dubbio, tutto è cogente: c'è solo una autorità medica (e legale) possibile e un solo parere legittimo al quale il tuo stesso corpo deve essere totalmente disponibile: quello del complesso medico-industriale-finanziario, in altre parole il capitale» e «assimilare al suicidio qualsiasi rifiuto della cura

rinvio alle mie note riguardanti i doveri affermativi contingenti.

8.

In merito alla morte di Pio XII e GP II, non conosco le circostanze della prima, ma sulla seconda il Pontefice, ormai tornato in Vaticano, chiese se era utile un altro ricovero in ospedale. I medici risposero che era inutile. Caso tipico di rifiuto di accanimento terapeutico e non certo di scelta eutanasi.

9.

[...] dichiarare indistinguibili prassi naturale e prassi tecnologica e ipertecnologica (quindi una PEG sarà considerata tale e quale la nutrizione naturale).

La natura di un atto è dato dal fine voluto: mangiare, camminare, parlare etc. I mezzi o modi per soddisfare i fini possono essere molteplici: così io potrò camminare con le scarpe, con gli scarponi, a piedi nudi, su un piede solo e sulle mani: cambia il modo ma non il fine (come visto sopra: posso volere la morte di una persona con modalità commissive o

omissive). Parimenti per la nutrizione e idratazione: posso nutrirmi con forchetta o coltello oppure con un sondino naso-gastrico oppure con la Peg, ma la natura dell'atto non muterà: si tratterà sempre di nutrizione e non di terapia. Anche nutrirsi con un forchetta è una modalità artificiale di farlo, perché «artificiale» significa «prodotto dall'uomo, voluto dall'uomo», ergo tutto ciò che fa l'uomo e non madre natura è artificiale.² La maggior o minore artificiosità non incide sulla natura dell'atto. Quello che cambia dalla forchetta alla Peg è il maggior grado di artificiosità, ma questa variazione non muta la natura dell'atto. Nella Peg, in particolare, abbiamo un atto con finalità nutritive che comporta competenze cliniche, ma anche in questo caso le competenze coinvolte, come la qualifica dell'autore dell'atto (medico), non sono capaci di mutare la natura dell'atto.

10.

La morale naturale qualifica illecite le condotte proprie della contraccezione e della fecondazione extracorporea non per il loro grado di artificiosità (se così fosse qualsiasi terapia o ritrovato tecnologico dovrebbe essere giudicato immorale), bensì perché nel primo caso contraddice la natura dell'atto sessuale, ossia alcuni suoi fini, e perché nel secondo caso è una modalità non consona alla dignità del concepito e dei genitori oltre al fatto che espone il primo a serio rischio di morte e di future patologie.

11.

[...] allargare la definizione di eutanasia e parlare di eutanasia passiva

come già accennato la moralità di un atto risiede nell'oggetto voluto e la volontà si può

2 La fecondazione artificiale viene così denominata per distinguerla convenzionalmente dalla fecondazione non extracorporea (N.d.A.).

esplicitare in atti materiali commissivi ed omissivi. Io compio un omicidio sia volendo la morte di una persona innocente per il tramite di un avvelenamento sia per il tramite di un'astensione da un intervento che potrebbe salvarlo da un affogamento. Quindi l'eutanasia può concretarsi in modalità commissive ed omissive.

TOMMASO SCANDROGLIO



Testi introduttivi.

1. LA SCIENZA MEDICA.

«**IN** arrivo una nuova categoria di malati ipertesi, per la gioia dell'industria farmaceutica», così titolava *www.ilfattoalimentare.it* un articolo del 21 settembre 2010 che riprendeva un approfondito articolo di Cinzia Colombo, ricercatrice dell'Istituto Mario Negri, sul portale *Partecipasalute*.

Pre-ipertensione [...] è la nuova diagnosi che sta per essere lanciata durante la conferenza internazionale che si terrà a Vienna su questo tema dal 24 al 27 febbraio 2011 [...] Indica una pressione sistolica, la cosiddetta massima, di 120-139 mm Hg (millimetri di mercurio) o una pressione diastolica, la minima, di 80-89 mm Hg. Parametri finora considerati normali diventano così soglie di pre-rischio, o meglio identificano il rischio di sviluppare l'ipertensione, a sua volta fattore di rischio [...] Fiona Godlee, direttore della rivista medica *British Medical Journal*, riassume bene questo processo nel titolo del suo recente editoriale: «Siamo a rischio di essere a rischio?» [...] La creazione della diagnosi

di pre-ipertensione è emblematica e si stanno moltiplicando casi analoghi: come la pre-osteoporosi e il pre-diabete, che potenzialmente trasformano in malati la maggior parte degli adulti. Se già da anni è in atto un abbassamento delle soglie di rischio — come i livelli di colesterolo nel sangue — identificare soglie di pre-rischio aumenta la medicalizzazione della salute e il mercato potenziale delle aziende farmaceutiche. [...] nel comitato che scrisse le linee guida del 2003, undici dei 12 componenti dichiararono di avere diversi rapporti con aziende farmaceutiche. Tra questi, George Bakris dichiarò di aver lavorato come relatore o consulente per 13 aziende farmaceutiche: oggi è il presidente dell'American Society of Hypertension, dove 9 dei 13 componenti del direttivo hanno dichiarato a loro volta di avere rapporti con aziende farmaceutiche.

2. MO HE FERNUTO 'E MAGNÀ PESCE!

DI MAURIZIO CUOMO

Fonte e © testo e immagine: www.liberoricercatore.it.

«**ORA** hai finito di mangiare pesce». Questo modo di dire nasce da una curiosa storiella. Ad un pescivendolo si era conficcata nella mano una grossa spina di pesce, che oltre a fargli molto male non gli permetteva di svolgere il suo lavoro agevolmente. Ricorse così alle cure di un medico e per ingraziarselo, ogni giorno, quando andava a medicarsi la ferita, gli portava una «spasella» di pesci pregiati con la speranza di essere curato bene e di guarire in fretta. Ma il furbo medico, per non perdere tutta quella grazia di Dio, mandava la cura per le lunghe. Un giorno, però, costretto ad assentarsi, incaricò suo figlio, studente in medicina, di sostituirlo. Il giovane eseguì alla perfezione l'incarico avuto dal padre e la prima cosa che fece fu quella di togliere la spina dalla mano del pescivendolo, cosa che il padre furbesca-

mente non aveva fatto proprio per ritardare la guarigione. Quando il padre rientrò chiese al figlio come era andata la medicazione e quando il figlio gli disse quello che aveva fatto, egli lo apostrofò in malo modo e aggiunse: «Mo he fernuto 'e magnà pesce!» Perché, chiaramente, con l'avvenuta guarigione cessò l'invio delle «spaselle» di pesce.



TERMINOLOGIA STABIESE

3. FRANCESCO AI TEMPI DEL TESTAMENTO BIOLOGICO.

DI LUCA TEGLIA

AVVENNE ad un mio caro amico di nome Francesco, in un momento molto importante della sua vita, il caso che in breve vi racconto.

Di età di mezzo, era male in salute per più malattie, ed il corpo debilitato debilitato da digiuni e privazioni; ultimamente poi non mangiava quasi più: preso da visioni, estasiato e ripieno di un al di là luminoso non si accorgeva della fame e della sete, o meglio il suo corpo lo aveva seguito e non le considerava più.

In uno di quei momenti di contemplazione, mentre recitava alcuni versi di una lode che già da tempo aveva in mente:

Laudato si, mi Signore per sora nostra
morte corporale,
dalla quale nullo omo vivente può
scampare...

andò fuori di sé, svenne si potrebbe dire.

Il caso volle che un buon amico comune, che era stato via a lungo, passasse a trovarlo: e lo trovò così sdraiato in terra, le braccia aperte, che respirava piano piano.

Provò a chiamarlo e scuoterlo, ma non ebbe risposta; spaventato chiamò la guardia medica che, non dando lui segno di riscuotersi, lo ricoverò prontamente in una terapia d'urgenza; e tanto era smagrito ed emaciato che subito gli misero un sondino naso-gastrico per nutrirlo, e avviarono tutte le terapie del caso; e lì in pochi giorni lo stabilizzarono.

Risvegliandosi un giorno Francesco si ritrovò, incapace di muoversi dal collo in giù, in un bianco letto; cominciò a chiamare e una donna sorridente, con un abito monacale tutto bianco, venne, e:

«Buongiorno caro, ti sei svegliato allora.»

«Dove sono? cosa succede? non riesco a muovermi; e sento solo come se avessi qualcosa che mi ostruisce il naso e mi pulsa.»

«Sei stato male; ci siamo molto preoccupati tutti. Ma ora va molto meglio; non hai quasi più bisogno di medicine. Quello che senti nel naso è un tubicino per nutrirti, non puoi più mangiare da solo, sai. Presto però ti mettiamo un impianto fisso che va allo stomaco, e vedrai quasi non te ne accorgerai di averlo.»

Lui la guardò esterrefatto.

«Toglietemelo, vi prego. Non voglio che lo facciate.»

Poi dopo una breve sospensione, con un sorriso: «C'è il mio Signore che ora mi nutre, ed è a lui che vado.»

«Certo. Tutti andiamo al nostro Signore: è bello che tu ci pensi. Ma non si può smettere di nutrirti. La vita è un dono, va mantenuta e rispettata. Tu non sei solo, fai parte di una

comunità che certo non ti abbandona; di sicuro non ti farà morire di fame e di sete.»

Siccome lui si agitava e invocava e diceva parole e frasi all'apparenza sconnesse, lo tenevano a lungo sedato e lo accudivano con affetto e spesso lo giravano in modo che non gli venissero le piaghe.

4. CHI SCEGLIERÀ TRA BREVE.

A. NUOVE LAUREE IN MEDICINA.

Fonte e ©: *www.focus.it* 25 novembre 2017.

IL dottor Xiaoyi è un giovane medico cinese decisamente brillante: qualche giorno fa ha superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione medica con la votazione di 456 punti, 96 oltre il livello minimo richiesto dalla normativa del proprio paese. Un risultato notevole. ¶ Ma ciò che sorprende è che Xiaoyi non è un medico in carne e ossa bensì un sistema di intelligenza artificiale. E ora anche il primo medico non umano in possesso di una formale autorizzazione a effettuare diagnosi. [...] Xiaoyi sarà operativo dal prossimo mese di marzo [...] *il suo compito non sarà quello di sostituirsi ai medici, bensì di aiutarli in modo da rendere più efficiente il loro lavoro.*³

B. MEDICINA, L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE È MIGLIORE DEI PATOLOGI NELL'INDIVIDUAZIONE DEL CANCRO.

Fonte e ©: *www.meteoweb.eu* 15 dicembre 2017

In un nuovo studio i ricercatori riportano che un algoritmo meccanico è migliore dei patologi nell'individuare la diffusione di un tipo di cancro al seno. Probabilmente nel campo medico radiologi e patologi saranno i primi ad essere influenzati dall'intelligenza artificiale. *Ma i ricercatori che ci stanno lavorando non intendono sostituire i dottori, bensì aiutarli.*⁴

³ Corsivo red.

⁴ C. s.

☞ Note ai testi introduttivi e breve commento alla risposta.

DI STEFANO BORSELLI

TESTI 1. & 2.

IL testo n° 1 mostra (cosa che peraltro tutti sanno) come i protocolli medico-scientifici siano il frutto di una negoziazione e un compromesso tra 1) necessità dell'approntamento di cure efficaci o almeno non percepite come inutili o dannose 2) interessi del complesso farmaceutico-industrialmedicale-finanziario 3) interessi della corporazione medico-infermieristica (vedi testo n° 2).

La verità scientifica medica è qualcosa di abbastanza lontano da quella in campo logico-matematico e la sua fonte autoritativa è l'autorità in quanto tale. Come l'epistemologia postpopperiana (massime Feyerabend) ha messo in luce, era proprio l'attribuzione ad un comitato scientifico di un potere veritativo assoluto che preoccupava san Bellarmino...

TESTO 3.

VA da sé che il raccontino di Luca Teglia sintetizza tutta la querelle, ma non sopporta commenti.

TESTI 4.

«**«** *Ma i ricercatori che ci stanno lavorando non intendono sostituire i dottori, bensì aiutarli.* Ovviamamente va letto come: «Ma i ricercatori stanno lavorando proprio per sostituire i dottori, così costosi e poco efficaci (in ultima: obsoleti) con macchine ben più efficienti: così come hanno già fatto con il disegno tecnico, con gli scacchi ed ora col Go e la guida delle automobili...»

Ciò significa che a breve il medico che «*si vede costretto alla Peg*» sarà *una macchina* o, più realisticamente, un medico di paglia che

parlerà leggendo le indicazioni di una macchina (non si scherza sui protocolli, già oggi i medici si vedono denunciati per non averli rispettati). Per come nascono questi protocolli, vale a dire per ciò che è e sarà incorporato nel software medico, si vedano i testi nn. 1 e 2, ma non risulterebbe disutile il *Frammento sulle macchine* di K. Marx.

LA RISPOSTA DI SCANDROGLIO.

IN linea generale Scandroglio ribadisce che il suo ragionamento è in linea con la posizione attuale e i documenti ufficiali della Chiesa, cita *Iura et bona* ecc., ma il fatto è che quella posizione e quei documenti sono da alcuni (compreso forse lo stesso papa Francesco) ritenuti da riconsiderare.

I punti di vista restano distanti, ma sul «caso di Ivan Illich», se leggo bene, Scandroglio implicitamente dà una possibile ragione a Illich e di conseguenza forse, ma non lo scrive, considera temerari gli interventi del prete che lo rimproverava. Devo rilevare invece la totale assenza di risposte in tema di *pluralismo* delle pratiche medicali: nessun accenno all'esistenza di concezioni alternative alla medicina *mainstream*.

Scandroglio delinea inoltre una figura di medico autonomo e onnisciente che non trova riscontro:

Il medico applica, o dovrebbe applicare, sempre un criterio di prevedibilità degli effetti.

Abbiamo già visto sopra che il medico più spesso (e sempre maggiormente) applica un protocollo già predisposto da enti «autorizzati» e il cui funzionamento interno (a base prevalentemente statistica e con risvolti economici poco trasparenti, diciamo) gli è noto in genere per sommissimi capi.⁵

⁵ Data la disaggregazione del corpo del malato e della pratica medica derivante dalla iperspecializzazione, accompagnata dalla tecnologizzazione delle dia-

Una ragione di più perché il comando torni al paziente. Faccio mia la domanda che Vittorio Possenti rivolse a Pietro De Marco nel 2009, in occasione del dibattito sul caso Englaro:

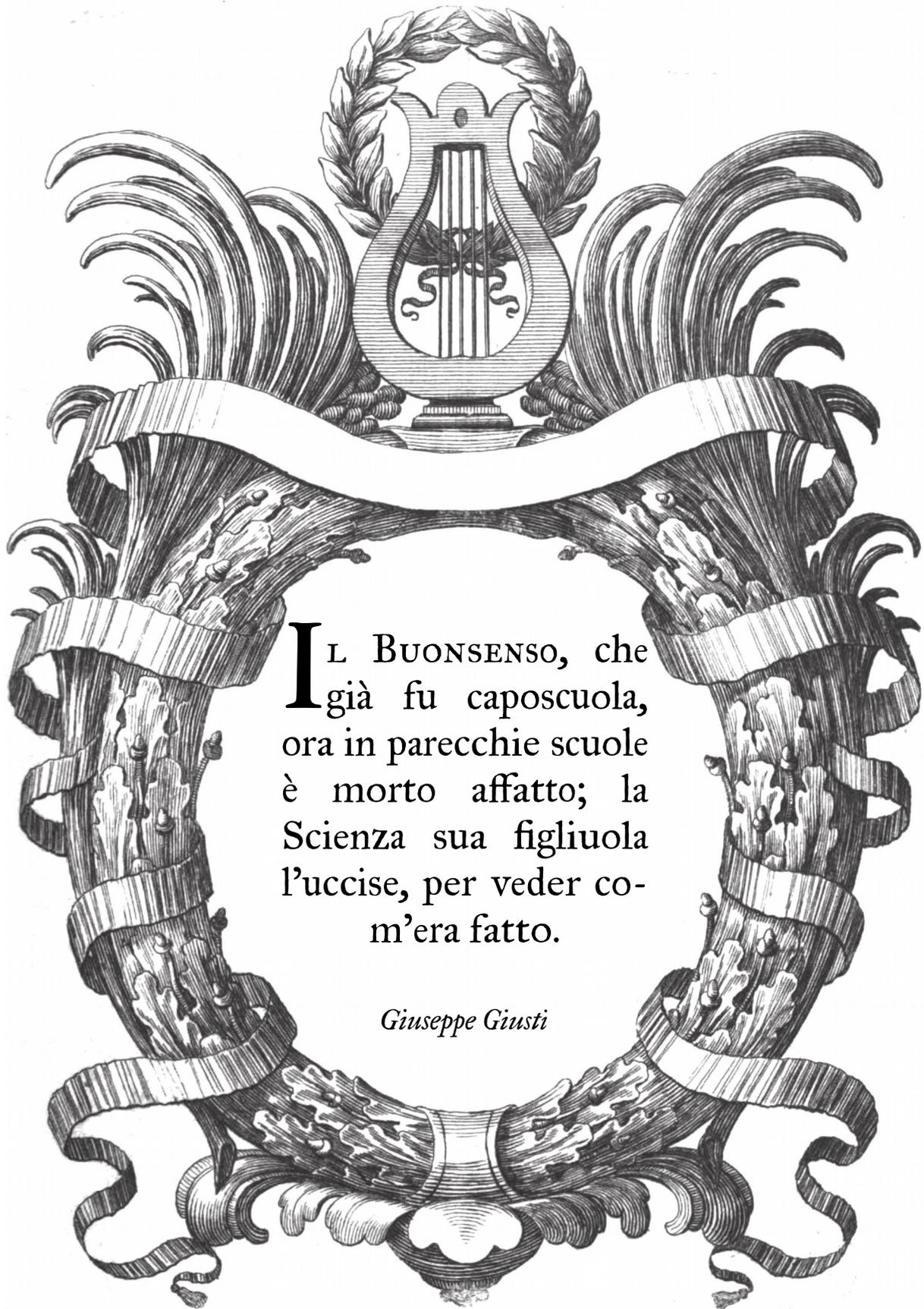
Che cosa significa [...] l'assoluta indisponibilità della propria vita, essendo la persona umana un essere libero? In altri termini: spetta o non spetta alla persona decidere almeno parzialmente di sé stessa? E se non le spetta, perché? È la persona un automa?⁶

STEFANO BORSELLI



gnosi ecc, si può ritenere che il *sistema* medico sia in grado di valutare globalmente e con ragionevole previsione decorso, costi-benefici ecc? No, certo no. ¶ Nello stesso tempo la medicalizzazione di tutti gli aspetti della vita umana, che convoglia ogni episodio, condizione, fase di essa, in una branca specifica del suddetto *sistema*, opera un controllo totalizzante che tende ad ampliare incessantemente la sua area (consumismo di farmaci e tecnologie). Un simile apparato commerciale e speculativo è credibile? No, certo no. ¶ La controprova sono le carenze della ricerca nei settori «difficili», non globalizzabili e poco remunerativi, e — all'altro estremo — dell'assistenza-base (malasanità) ¶ Mi sembra pertanto difficile applicare un discernimento morale su decisioni di cui una delle componenti sia «un sistema». ¶ La scelta può operarsi difendendo e recuperando l'unità della persona umana, che non può alienarsi — causa malattia, incidente, età — a favore di un meccanismo tendenzialmente robotico. (*Nota di Gabriella Rouf*)

⁶ Lo scambio di opinioni fu pubblicato nell'eccellente sito di Sandro Magister: <http://magister.blogautore.espresso.repubblica.it/2009/01/21/sul-diritto-dimorire-botta-e-risposta-inedito-tra-vittorio-possenti-e-pietro-de-marco/>.



IL BUONSENSO, che
già fu caposcuola,
ora in parecchie scuole
è morto affatto; la
Scienza sua figliuola
l'uccise, per veder co-
m'era fatto.

Giuseppe Giusti