

Lectio Magistralis
Francesco Paolo Casavola

Convegno Medicina del Dolore
Piedimonte Matese 12 ottobre 2013

Fin dall'infanzia ho sempre guardato al medico come a un uomo privilegiato, e non perché visitasse i malati per curarli e guarirli. In questo la sua esperienza era non troppo diversa da quella di quanti, familiari, parenti, vicini, conoscenti, amici, hanno in casa o entrano nella casa di un bambino, di un adulto, di un anziano ammalato. La relazione sua con i pazienti restava sociale e professionale. Ma quando assistesse un moribondo? Doveva essere tutt'altra vicenda.

Il medico può leggere sul volto e sul corpo degli esseri umani quel che accade nell'ora della morte. Senza il turbamento emotivo di chi al morente è legato da vincoli affettivi, con l'obiettività dell'osservazione clinica. Da sempre il medico è stato chiamato ad accertare la conclusione del processo agonico, con la cessazione del respiro e del battito cardiaco, oggi distinguendosi con migliori disponibilità strumentali due tipologie di morte, cardiaca e cerebrale. Ma resta pur sempre a distinguere il medico questa esperienza di relazionalità umana, che con la stessa frequenza e intensità non è aperta a tutti. Ci sono stati tempi in cui la morte di chiunque, non importa quanto umile o eminente, era un evento pubblico, al punto che si introducevano nella stanza dove giaceva il defunto anche estranei, e finanche bambini, perché apprendessero dalla loro tenera età come la vita si conclude. Il dato antropologico sotteso ad un tale comportamento di curiosità diffusa per vedere un morto è che l'essere umano è l'unico animale che sa di dover morire. Di qui due diversi modi di porsi dinanzi alla morte altrui o alla morte di sé. La prima induce forme della mentalità collettiva e conduce ad usi funerari conseguenti. La seconda può accendere una riflessione costante durante la vita sulla propria morte di cui si ha terrore o che si accetta con diverse chiavi filosofiche o religiose. Se apriamo il capitolo della morte altrui non va dimenticato che non è solo la natura autrice della morte, per vecchiaia o per malattia. Ogni essere umano può dare la morte a un suo simile. La storia umana è funestata da omicidi. Miti e cronache narrano di parricidii, uxoricidii, matricidii, fratricidii, infanticidi, oltre che di assassinii di altri parenti e di estranei.

L'uomo è un animale che uccide, con le più diverse motivazioni, da quelle primordiali di sopravvivenza e autodifesa a quelle più evolute di odio, intolleranza, interesse, ambizione, invidia. Non a caso appena si costituiscono comunità ordinate l'omicidio è uno dei primi comportamenti vietati. Ma uccidere può essere un obbligo quando lo si compia in quel procedimento giuridicizzato che è la guerra. I giuristi romani insegnavano che proprio la guerra avesse dato origine al primo ordinamento di diritto internazionale, che è il *ius gentium*. Il militare che avesse prestato il giuramento di obbedienza al proprio comandante aveva il *ius occidendi*, il diritto di uccidere il nemico. Senza quel giuramento egli sarebbe stato reo di omicidio. La cultura del corpo, nel mondo antico, mirava a sviluppare nei maschi una energia aggressiva indispensabile nel combattimento all'arma bianca.

Nelle guerre annibaliche si combattè una battaglia in Italia, presso il Trasimeno, per una intera giornata e con tale accanimento che nessuno dei combattenti ebbe percezione di un terremoto che contemporaneamente distruggeva tutto il territorio in cui gli eserciti contrapposti lottavano in micidiali corpo a corpo. Le stragi militari erano immani carneficine. Cesare fu accusato di avere sterminato un milione di Galli. Ma la modernità non è stata da meno. La battaglia di Waterloo lasciò morti sul terreno 25mila francesi, 20mila inglesi, 4mila prussiani. L'affrontamento avveniva con masse di soldati, in ordine chiuso, con musica e bandiera, come in parata. Ma la costante esercitazione della marcia in ordine chiuso non era stata inventata per le parate, ma per vincere la paura di uccidere e di essere uccisi in battaglia, mantenendo il contatto fianco a fianco con i commilitoni, con l'esaltazione psicologica delle fanfare e del garrire delle bandiere e degli stendardi. Questa alterazione dell'umore normale dell'uomo per farne un animale da combattimento si avvaleva anche di una retorica dell'eroismo. Ma gli eroi della mitologia erano sostenuti dalla consapevolezza di un destino che aveva già disegnato la traiettoria della loro esistenza. Così come nel mondo medioevale i cavalieri che si affrontavano nei tornei sapevano di essere attori di uno spettacolo cruento, il cui esito avrebbe deciso la sconfitta o la vittoria di una parte, oltre che convalidare o smentire il valore o la fortuna di un campione.

Estraneo alle tipologie sinora osservate è il combattimento gladiatorio, in cui per contratto due uomini si assaltano per uccidersi. La morte è cercata da entrambi reciprocamente. Il saluto *Ave Caesar, morituri te salutant*, ch'essi rivolgono all'imperatore presente è il segno della loro volontà e coscienza di andare a morire.

Altra esperienza è quella della morte altrui per calamità naturali o di intere popolazioni civili per eventi bellici. Per restare ad esempi a noi vicini, la caduta della diga del Vaiont, di cinquanta anni fa, che comportò oltre duemila morti, le centinaia di morti nel recente naufragio di migranti a Lampedusa, e le migliaia nel Mediterraneo per cause analoghe. E quanto a numeri, che diremo della prima bomba atomica americana su Hiroshima, il 6 agosto 1945, che fece 78.150 morti, 37.425 feriti, 13.083 dispersi, e della seconda su Nagasaki, il 9 agosto 1945, che uccise 74.000 persone? Il secolo ventesimo da cui siamo usciti ha visto immolate cinquantadue milioni di vittime nel solo secondo conflitto mondiale. Il tema della morte altrui ha avuto modo di essere metabolizzato individualmente e collettivamente fino ad approdare da una generazione all'altra ad una sua rimozione. Nell'antichità gli uomini erano chiamati mortali. I greci prima che *anthropoi* indicavano gli uomini come *thnetòi* o *brothòi*, cioè appunto mortali e conviventi sulla terra con gli dei immortali. Quando erano morti i sopravvissuti si chiedevano dove fossero andati. E siccome gli dei erano immaginati *iperuranii*, cioè abitanti nel cielo, i morti si credeva scendessero in luoghi governati da divinità *ctonie*, cioè sotterranee. Il seppellimento domestico agevolava la credenza che i morti continuassero a vivere invisibili con i loro familiari e avessero bisogno di nutrirsi con cibi immessi nelle loro sepolture almeno una volta l'anno. La preghiera, divenuta poi rituale e generica, "*sit tibi terra levis*", che non pesi la terra sopra di te, forse originariamente alludeva al calpestio dei vivi coabitanti con i sepolti in casa. Si passò a sepolture fuori casa ma sempre, secondo la regola romana, in proprietà privata che si trasformava, con l'interramento del morto, in *locus religiosus* acquistato dagli dei inferi, e sottratto alla commerciabilità.

Il termine *religiosus* è proprio del mondo dei morti, come *sacer* di quello dei vivi, ciascuno dominato dalle rispettive divinità, *iperuranie* o *ctonie*. Le tombe extradomestiche si potevano allineare anche lungo le strade con iscrizioni che invitavano i viandanti al ricordo del defunto, oppure raccogliere in aree extraurbane, in età cristiana lungo le mura perimetrali delle chiese, ad *sanctos*, o addirittura in chiesa. L'uscita dalle chiese e dalle città per vere e proprie zone cimiteriali fu imposta dall'Editto della Polizia urbana del 1804, tipico della cultura della Francia napoleonica, esteso in Italia nel 1806, noto come editto di Saint-Cloud, occasione per Ugo Foscolo di comporre il *Dei Sepolcri*.

Questa è la morte sociale, che trasferisce l'esperienza della morte individuale negli usi della incinerazione e dell'inumazione, nel passaggio preistorico dal nomadismo alla stanzialità, nel rispetto delle regole tecniche e poi giuridiche tramandate dagli antenati, che per essere nominati nei tre gradi di avi, abavi, atavi dovevano avere a lungo vissuto come capi delle famiglie e delle tribù, e poi divinizzati, come Mani e Penati, in modo che si possa dire che la comunità dei viventi è governata dai morti.

Attorno alla morte individuale si svolge invece tutt'altro processo, che possiamo seguire su due linee. La prima è quella della riflessione sulla esistenza di un aldilà, quando cessa la vita corporea. Nell'Antico Israele non esistette una credenza di una seconda vita. Si affacciò episodicamente una simile speranza, per compensare le stragi che gli ebrei subivano per opera degli eserciti seleucidici da cui erano attaccati di sabato, giorno in cui non potevano difendersi perché sacro al riposo imposto dal loro Dio. È con il cristianesimo che si impone di pensare la morte come una fase di attesa della resurrezione, in cui tutti i corpi, secondo San Tommaso rinasceranno nella vigilia dei 33 anni, età della morte di Gesù. La tradizione greca è quella filosofica, di Platone e di Aristotele, della dualità di corpo perituro e di anima immortale. La morte è più che consolatoriamente pensata come liberazione dell'anima dal carcere del corpo. Ma i filosofi non riescono a scalfire quel timore della morte di sé che angoscia l'umanità. Seneca dirà *cotidie morimur*. Dunque perché temere l'ultimo giorno della vita, peraltro ignoto nella sua data, quando ogni giorno che se ne va è in qualche modo una rata di morte? Più complessa è la riflessione del pensiero europeo. Per una fuggevole, ma assai significativa esemplificazione, ricorderemo René Descartes, Cartesio, e Blaise Pascal. Cartesio per la maggior parte della vita si occupò di medicina e partecipò a consulti. Era convinto che il medico dovesse avere per suo fine quello di curare per guarire o alleviare le sofferenze. Progredendo le conoscenze del corpo umano e con diete appropriate egli si diceva certo che la vita potesse prolungarsi anche di parecchi secoli. Ma morì a Stoccolma, l'11 febbraio 1650, a soli 53 anni, prendendosi i sarcasmi della Regina Cristina di Svezia. Dalla dualità di anima e corpo Cartesio ricavava che la morte non capita mai per colpa dell'anima, ma quando il corpo diventa inabitabile. Pascal, invece, è ossessionato dalla morte.

Egli scrive: “*Noi corriamo spensierati verso il precipizio, dopo esserci messo dinanzi agli occhi qualcosa che ci impedisce di vederlo. La morte che ci minaccia in ogni ora deve metterci infallibilmente entro breve termine nell’orribile necessità di essere eternamente annientati o infelici... Non c’è niente di più reale che questo, niente di più terribile. Possiamo fischiare nel buio quanto ci piace: questa è la fine che attende anche la più bella delle vite di questa terra. L’ultimo atto è cruento, per quanto bella sia la commedia in tutto il resto: alla fine, ci gettano un po’ di terra sulla testa, ed è finita per sempre*” (Cfr. Jacques Choron, *La morte nel pensiero occidentale*, De Donato, Bari 1871, 126s.). Questa esperienza della morte di sé si supera nella visione cristiana della riunione dell’uomo con Dio, proprio nel passaggio della morte.

La seconda linea sulla morte di sé è quella del come morire. Philippe Ariès, autore di una celebre *Storia della morte in Occidente* (BUR 1975, pp.253), inizia il suo itinerario dal Medioevo ai giorni nostri ricordando la premonizione, l’avvertimento dello stare per morire dei cavalieri della *chanson de geste*, di un eremita o di un mugiko di Tolstoi. Si preparavano a morire da cristiani, serenamente. Molto di recente Solgenitsin dice di vecchi contadini russi che morivano quasi traslocassero da un’isba ad un’altra. Oggi se la morte sociale sembra esaurirsi nella cronaca di eventi distrattamente appresa o, se ci spetta, nella cosmetica del cadavere e in un funerale il più possibile rapido e discreto, la morte di sé sfugge al contrario alle regole della rimozione. La ragione ne è che si vuole allontanare il giorno della morte, se si è malati, facendosi curare con speranza di guarigione, e quando la prognosi sia infausta, che quel prolungamento sia senza dolore. E non basta: si può volere anche che la vita si abbrevii, se comporti eccesso di sofferenza o modalità di sostegno oppressive della umana dignità. Il nostro tempo fa convivere due comportamenti contraddittori, quello di dimenticare la morte e l’opposto di farne un incubo. Paradossalmente il secondo profilo, presente nella cultura delle società più avanzate, si accompagna allo straordinario progresso delle scienze biomediche a partire dalla seconda metà del secolo scorso. La medicina predittiva, preventiva, quella delle patologie croniche, le tecnologie delle protesi, i trattamenti oncologici, le terapie antidolore hanno riattivato un diffusa e tesa attenzione per lo stato individuale di salute. L’organizzazione mondiale della sanità per parte sua definisce la salute come stato di assoluto benessere psichico e fisico, che taluno con ironia apprezza come identico alla felicità.

Così l'esperienza della vita si muove tra due poli, quello della felicità, nel senso che si è detto, e quello della conclusione senza dolore. Ma c'è una storia che va ripercorsa per comprendere meglio quello che è accaduto e che sta accadendo. Verso la fine del terzo Reich nazista, Hitler con un biglietto autorizza l'uso di prigionieri politici o di malati mentali come cavie da esperimento. Se ne giudicherà in uno dei processi di Norimberga e ne nascerà il Codice di Norimberga sulla materia, un decalogo sulla sperimentazione, inserito in una sentenza del 19 agosto 1947. Ma nel luglio 1972 si scoprì che in Alabama, da quarant'anni 399 negri, ammalati di sifilide erano lasciati senza cure per l'osservazione sperimentale del decorso del processo patologico. Questo esperimento fu dichiarato immorale da un apposito comitato. Nel 1974 il Congresso degli Stati Uniti votò il National research act, istitutivo di una commissione nazionale per la protezione del soggetto umano da sperimentazione e trattamenti biomedici. Nel 1979, la commissione pubblicò il Rapport Belmont, considerato il documento di svolta per una nuova etica medica. Ci si chiederà perché gli Stati Uniti hanno un primato cronologico nella nascita di iniziative di difesa rispetto al progresso biomedico.

Dei molteplici fattori, vanno citati, la dominanza della medicina privata, anziché, come in Europa, di quella pubblica, lo stato avanzato della ricerca biomedica e della biotecnologia, gli interessi di mercato dietro la ricerca e l'applicazione clinica, il contenzioso assicurativo e la giurisprudenza delle Corti, più aderente a singoli episodi, come è proprio di sistemi di *case-law*, e non di diritto legiferato, quale il *civil-law* dell'Europa continentale, il pluralismo di opzioni filosofiche e religiose, sensibile, quando non reattivo, ai rischi di una omologazione tecno-scientifica. E' significativo che a partire dagli anni '70 si verificano la nascita della bioetica e l'inizio della pratica sociale del testamento biologico, del living will. Nel 1970 uscivano due articoli del cancerologo americano *Van Rensselaer Potter* in cui appare la terminologia *bioethics* e nel 1971 la monografia dello stesso autore *Bioethics, Bridge to the future* (London, Prentice-Hall). Nel 1978, la *Encyclopedia of Bioethics* (New York, Macmillan Reference USA), definisce la nuova disciplina "lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito della scienza della vita e della cura della salute, in quanto tale condotta sia esaminata alla luce dei valori e dei principi morale". Il living will, testamento non patrimoniale, ma destinato a dettare le volontà non già di un defunto, bensì di un paziente per il momento in cui la eventuale futura malattia impedisca di esprimerle, è un atto di sfiducia, se non proprio di rivolta, nei confronti dei medici, in una fase di tale

progresso delle conoscenze e degli strumenti clinici, farmacologici e meccanici, tale da procrastinare il momento della morte. Diventa perciò il living will uno dei nodi più aspri della riflessione bioetica. La pratica sociale sarebbe stata impari nella sfida contro le decisioni dei medici se non fosse stata chiesta la legalizzazione. Questo è avvenuta negli Stati Uniti, progressivamente, nel 1976 nello Stato di California, poi in altri Stati e finalmente, nel 1991, con una legge federale. Alla luce di questa vicenda, i grandi affreschi sulla storia della morte di Ariès, Choron e Ziegler documentano il passato, meno il presente. Alla luce delle disposizioni impartite nei testamenti sulla vita, non appare tanto temuta la morte, data la diffusa incredularità nell'aldilà, quanto l'artificiale dilazione della vita mediante provvedimenti medici causativi di sofferenze e in ogni caso di una esistenza indegna. In Italia le difficoltà di legiferare sulla materia delle cosiddette Disposizioni anticipate di trattamento, come da noi è tradotto il living will, derivano dal valore che a tale documento si debba attribuire, se di semplice indicazione di desiderio, o di volontà vincolante il medico, se debba essere nominato un fiduciario, se debbano essere ascoltati i familiari o altri che abbia conoscenza biografica del paziente.

Come sempre accade nella gravi questioni bioetiche, si prospettano soluzioni desiderabili, ma utopiche come quella della cosiddetta alleanza terapeutica tra medico e paziente, tale da indurre empatia tra le due figure. Ma una tale empatia tra quanti individui può costituirsi, soprattutto nelle moltitudini che non possono permettersi lungo l'itinerario della vita la compagnia di un medico, o quando la medicalizzazione della morte si verifica in quei grandi apparati burocratizzati che sono gli ospedali? Il 4 aprile 1997, in Oviedo, gli Stati membri del Consiglio d'Europa, la più antica organizzazione internazionale del Continente, da non confondersi con l'Unione Europea, firmavano una Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina.

Il titolo va ricordato per intero e preferito alla forma brachiloga "Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina", che tende ad attenuare la ispirazione di tutela dei diritti dell'essere umano minacciato da improprie pratiche della ricerca e delle applicazioni cliniche che insorgono nel rapido sviluppo della biomedicina. Quella Convenzione formula nell'articolo 2 il principio rubricato come "Primato dell'essere umano" con questo tenore: "L'interesse e il bene dell'essere umano debbono prevalere sul solo interesse della società o della scienza".

Dunque è qui codificato il rimedio con cui la razionalità occidentale tende a superare la psicosi collettiva dilagata all'indomani della conclusione del secondo conflitto mondiale dinanzi alla sovranità della tecnica. Vi sono ben delineati i tre attori, l'essere umano, la società, la scienza. Nonché la gerarchia dei rispettivi interessi. Il bene dell'essere umano non può mai essere subordinato al solo interesse della società o al solo interesse della scienza. Ma chi può conoscere e decidere del bene dell'individuo, se non l'individuo stesso? Questa è la domanda capitale della bioetica, variamente declinata lungo la intera traiettoria della vita, dai suoi inizi alla sua conclusione. La società può avere sue ragioni generali e collettive, ma non può sovrapporle al bene individuale, annientandolo. La scienza ha il suo patrimonio di conoscenze, che l'individuo non può possedere, e quand'anche sa che può realizzare il bene di una persona, non può intervenire sul suo corpo, se non ottenendone il consenso libero e informato. Questa è la regola generale formulata nell'articolo 5 della Convenzione di Oviedo. Quando le condizioni del malato terminale non consentono ch'egli possa essere destinatario di informazioni sul suo stato e sugli esiti di esiti di trattamenti sanitari disponibili, allora giova conoscere desideri eventualmente espressi in precedenza. La Convenzione di Oviedo, nell'articolo 9, allude alla pratica del *living will*, con questa formulazione: "I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione". Le due lingue, francese e inglese, in cui è redatto il testo ufficiale della Convenzione, adoperano i termini *souhails* e *wishes*, dunque non più che desideri. Già la loro traduzione in direttive anticipate è una forzatura, che rende incongruo il predicato "saranno tenuti in considerazione". Nulla dunque di vincolante per il medico. E tuttavia, se così fosse, ci troveremmo dinanzi ad una patente violazione del principio di autodeterminazione del malato, che soffre eccezione, nella stessa Convenzione, solo all'articolo 8, sulle situazioni d'urgenza: "Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata". L'accoglimento tenue della istanza del *living will* da parte della Convenzione di Oviedo, ha sollecitato alcuni Stati ad interventi più incisivi. Tra il 2005 e il 2006, in Francia con una legge ed un decreto è stato novellato il *Code de la santé publique*, che oggi presenta una disciplina organica dei diritti del malato ed alla fine della vita.

Gli atti di prevenzione, di indagine e cura non devono essere perseguiti con ostinazione irragionevole e quando appaiono inutili, sproporzionati o con alcun altro effetto che il mantenimento in vita artificiale del moribondo, debbono essere sospesi o non iniziati, in modo che così il medico stesso possa salvaguardare la dignità del malato e alleviarne la sofferenza con cure palliative. Il medico può ricorrere ad un trattamento antidolorifico, anche se questo comporti l'effetto secondario di abbreviare la vita, purchè ne sia informato il paziente o il suo fiduciario o la famiglia o un parente. Sono dettate norme per la redazione di direttive anticipate in un documento scritto, con durata triennale rinnovabile, e contenuto modificabile o revocabile, da conservarsi nella scheda del medico curante o nella cartella clinica, che possono contenere rinvio a direttive conservate invece dal paziente o dal fiduciario o da un familiare o parente.

Del pari è regolata la procedura collegiale, medico o equipe medica, fiduciario, familiari, per le decisioni conclusive da assumere nella vicenda. In Germania, malgrado il dibattito nell'opinione pubblica e in Parlamento auspichi un pronto intervento legislativo, il testamento biologico ha ottenuto riconoscimento di atto vincolante per una sentenza della Corte Suprema Federale del 17 marzo 2003, in base al diritto di autodeterminazione dell'individuo, implicito nell'articolo 1, comma 1 del *Grundgesetz*, che dichiara intangibile la dignità dell'uomo. Nei Paesi Bassi la legge del 12 aprile 2001 regola il controllo di interruzione della vita su richiesta e assistenza al suicidio. Ferme restando le figure criminose dell'incitamento al suicidio, di suicidio assistito e di omicidio del consenziente, qualora abbia applicato sei criteri di accuratezza, consistenti nella convinzione che si trattava di richiesta spontanea e ben ponderata del malato, in condizioni di sofferenza insopportabile senza prospettive di miglioramento, nell'aver informato il paziente della situazione e degli esiti, nella convinzione che nessun'altra soluzione ragionevole fosse apprezzabile, nell'aver chiesto il parere di almeno un altro medico indipendente, che avesse visitato il paziente e steso un parere scritto, e di avere eseguito con scrupolosi criteri medici l'interruzione della vita o l'assistenza al suicidio. Nel Regno Unito il *living will* non è previsto legalmente, ma riconosciuto dalla giurisprudenza, a partire dal caso Bland, deciso nel 1993, relativo alla interruzione di alimentazione artificiale e della somministrazione di antibiotici ad un paziente in stato vegetativo permanente.

Tre giudici della Divisional Court su cinque riconobbero che il medico ebbe l'intenzione di uccidere, ma l'intero collegio esclude responsabilità penali e civili, dal momento che i medici non sono obbligati a somministrare trattamenti inutili, a seguito di valutazione scientifica della condizione del paziente. Quando il paziente non è in grado di accettare o di rifiutare un trattamento e non abbia predisposto un documento con dichiarazioni anticipate di volontà, i medici decidono dopo averne discusso con i familiari. In base ai codici deontologici i medici inglesi sono tenuti a richiedere una decisione giudiziaria preventiva. E' da ricordare la decisione del caso "miss B", dell'Alta Corte di Londra del 2002, che riconobbe alla paziente, del tutto cosciente, il diritto a rifiutare la terapia e a far staccare il respiratore meccanico che la teneva in vita (caso simile a quello Welby in Italia). In Spagna è entrata in vigore il 16 maggio 2003 una legge del 14 maggio 2002 sui diritti dei pazienti fondata sul consenso informato e sull'autonomia del malato, che può scegliere tra più opzioni cliniche o rifiutare un determinato trattamento. L'autonomia può essere esercitata tramite rappresentante. E' vietato l'accanimento terapeutico. Sono previste dichiarazioni anticipate di volontà. In Italia è in discussione al Senato un progetto di legge sul cosiddetto testamento biologico.

In base all'articolo 32, comma 2 della Costituzione nessuno può essere sottoposto a trattamento sanitario, se non previsto come obbligatorio dalla legge. Ne consegue il diritto del malato a rifiutare le cure. In altri paesi, con diverse tradizioni culturali e giuridiche, nascerebbe in primo luogo la questione etica. Da noi si è discusso tra costituzionalisti se in simmetria con il diritto della salute esista il dovere di curarsi, e data la perentorietà costituzionale del diritto al rifiuto delle cure, la risposta sull'assenza del dovere di curarsi non può che essere scontata. Anzi, se il rifiuto determina la morte del malato, il problema si sposta dal campo della salute a quello del suicidio. E qui sillogizzando, se non esiste il dovere di curarsi, non sussiste il dovere di vivere. Il suicidio è promosso ad atto di libertà, coperto dalla garanzia dell'articolo 2 della Costituzione, relativa ai diritti inviolabili dell'uomo. Se una legge lo vietasse, essa sarebbe incostituzionale. Ai giuristi di *common law* è richiesta *wisdom*, saggezza. A quella di *civil law* il campo è libero ad ogni acrobazia intellettualistica, data la innocuità pratica della loro letteratura accademica, dinanzi alla onnipotenza del legislatore e alla interpretazione timida dei giudici.

Il diritto al suicidio (*right to die*) implicherebbe una revisione degli articoli 579 e 580 del codice penale, che prevedono l'omicidio del consenziente e l'istigazione e l'assistenza al suicidio. In realtà il gesto del suicida, quando sia del tutto spontaneo, è un atto tragico di solitudine, estraneo a valutazioni giuridiche. Solo il permanere ideologico del positivismo giuridico può immaginare che ogni fatto umano sia prevedibile e regolabile dall'ordinamento giuridico. Al di là del diritto c'è quella infinità che Kant descrive come il cielo stellato sopra di me e la coscienza morale dentro di me. Mentre, come insegnavano i giuristi romani, il diritto può e deve avere certi confini (*cum ius finitum et possit esse et debeat*, Nerva 5 membr. D. 22.6.2.). Lasciamo dunque il suicidio con le sue tante, diverse individuali motivazioni ai plurimi giudizi dell'etica e delle religioni. Al diritto sale l'istanza della richiesta eutanasi. Nel nostro sistema la distinzione tra eutanasi omissiva e commissiva, la quale seconda si avvicinerrebbe ad una figura incriminabile, quale l'assistenza o l'agevolazione al suicidio, non esce dal mero dibattito teorico se si tratti di un nuovo diritto umano, mutuato dalla rivolta contro la tecnica, dal terrore dell'agonia, della morte intubata, ispirata dal desiderio di morire con dignità. A differenza che nei Paesi Bassi, in Italia la questione non è matura per una scelta legislativa. Perché quando interviene il diritto, come bene scrive Chiara Tripodina, nella voce *Eutanasia* del citato Dizionario Utet, il legislatore deve schierarsi per una delle due tesi contrapposte, per la indisponibilità della vita umana da parte di chicchessia o per la sua disponibilità da parte di chi intende viverla senza le sofferenze e le angosce di una agonia inutilmente prolungata. La mediazione tra valori etici diversi deve compierla la società, non la legge. Se i *dissoi logoi* etici riusciranno a orientare comportamenti pratici, come l'alleviamento del dolore con terapie palliative, e la compagnia di familiari, amici, medici, infermieri nel processo verso la morte, la questione dell'eutanasi potrebbe sciogliersi in una scelta etica, non legale. Nel corso del XX secolo, è mutato anche il criterio di accertamento della morte. Un tempo ci si arrestava all'auscultazione del battito cardiaco, che una volta cessato insieme al respiro segnava l'uscita dalla vita. La rilevazione dell'attività elettrica del cervello ha spostato il luogo della ricognizione di un tale evento dal cuore dell'encefalo.

Dalla morte cardiaca, dunque, alla morte cerebrale. Nel frattempo funzioni vitali possono essere mantenute artificialmente con macchine, in modo che la evoluta chirurgia dei trapianti possa procedere all'espianto da cadavere di organi e tessuti viventi.

Questo è un altro passo del dominio della tecnica sul corpo dell'uomo, che diventa, come è stato scritto da Carlo Augusto Viano, "deposito di risorse biologiche". L'estremo confine che le legislazioni tracciano a tutela della persona per questo esito filantropico richiede il sacrificio di potenziali individui nascenti, la strada indicata è eticamente percorribile? In tema di selezione dell'embrione o di aborto terapeutico si è giunti a sostenere che si ha il diritto a nascere sani o in alternativa a non nascere. La III sezione della nostra Cassazione civile con sentenza 29 luglio 2004, n. 14488, ha fatto giustizia di una simile aberrazione. Se dobbiamo restare sotto il cielo dei diritti umani, stiamo ben attenti a non crearne di disumani. Del resto, come non esiste una entità compatta e omogenea che convenzionalmente chiamiamo società, che anzi nulla è più pluralistico delle società multiculturali contemporanee, così non esiste una scienza come omogenea e totalizzante corporazione di ricercatori e di clinici guidati da un pensiero unico. Gli scienziati sono tanti e diversi non solo per le loro molteplici professionalità e competenze, ma anche per le loro diverse opzioni etiche. Non è auspicabile che nel dibattito bioetico ci si divida tra materialisti e spiritualisti, atei e credenti, innovatori e conservatori. Occorre superare le due culture, come ce le ha disegnate Snow. Le scienze della natura non possono restare separate da quelle umanistiche, dal momento che operiamo sull'uomo come un pezzo della natura e abbiamo il dovere di sapere attraverso quali e quante esperienze quel pezzo della natura si è costituita come umana. In reciprocità la rappresentazione delle tecnoscienze con il pregiudizio del materialismo positivista va abbandonata per filosofie della scienza, più vicine a quel loro oggetto continuamente mutante. Dall'atteggiamento difensivo contro il dominio della tecnica, che ha contrassegnato il Novecento, si sta passando a quello della enfaticizzazione di un preteso mutamento antropologico indotto dal trionfo delle tecnoscienze. L'*homo faber* diventa *creator*, l'ingegneria genetica si continua nella robotica, il post-moderno si affaccia sul post-umano. Nessuna suggestione interpretativa va rifiutata, soprattutto quando ne nascano argomenti utili a quel dialogo interdisciplinare che è la bioetica. E tuttavia va detto che quando dalla ricerca e dalla discussione si deve costruire una regola, e questa la si deve chiedere alla legge, allora si deve saper rinunciare a posizioni individualiste e minoritarie, perché nelle grandi società democratiche del nostro tempo le ragioni dell'uomo devono essere condivise dalla maggior parte degli uomini.