

PARTE I

IL RAPPORTO PAZIENTE-MEDICO TRA PRINCIPI E REGOLE GENERALI

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. La vita come bene indisponibile. – 3. Il dominio della vita. – 3.1. L'eutanasia. – 3.2. L'eutanasia del minore. – 3.3. Rifiuto o rinuncia consapevole ai trattamenti sanitari salva vita. – 4. La dignità umana. – 5. Il 'diritto a morire' nelle Convenzioni e nelle Carte europee. – 6. Le cure palliative. – 7. L'accanimento clinico. – 7.1. *Versus* il paziente adulto. – 7.2. *Versus* il paziente bambino. – 8. Breve conclusione.

1. Premessa

Le scelte etiche e giuridiche in merito al 'fine vita' suscitano un complesso di riflessioni su tematiche dove soprattutto in gioco sono la dignità della persona con i suoi diritti fondamentali (diritto alla libertà, all'autonomia, all'uguaglianza, alla salute, ecc.), il valore della vita e della sua integrità, il valore della professionalità del medico, le scelte giuridiche fatte proprie dalle politiche pubbliche. Ne consegue anche che questo dibattito si traduce in un confronto multidisciplinare su problematiche mediche, etiche, giuridiche, sociologiche ed economiche.

In una società come la nostra, caratterizzata dalla nuova utopia emergente della 'salute perfetta'¹, potrebbe apparire quasi fuori luogo parlare di 'buona morte'. Sarebbe cioè consequenziale pensare che la medicina con i suoi progressi, affiancata dalla tecnica e dalla scienza, abbia accentuato nella nostra società la tendenza a escludere la morte dalle rappresentazioni collettive e quotidiane, relegandola nell'oblio della segregazione ospedaliera. Eppure, avviene qualcosa di diverso e l'ampio dibattito su queste tematiche lo conferma. Ci confrontiamo, riflettiamo con sempre maggiore frequenza tanto sulla vita nel momento della nascita, quanto

¹L. SFEZ, *Il sogno biotecnologico*, Milano 2002.

sulla morte. La medicina, le biotecnologie hanno potuto mettere a disposizione dell'uomo previsioni attendibili, strumenti affidabili sui modi e sulle opzioni con cui si realizzano e possono essere vissuti questi eventi e ciò porta a considerarli non come momenti strettamente naturali sui quali non si può intervenire, bensì come ambiti aperti a scelte di autodeterminazione, a prerogative e diritti.

La morte, affidata alla tradizione familiare nel mondo premoderno, poi al medico secondo il paradigma della modernità, pare ora rimessa al morente, al suo consenso, che diventa protagonista del suo congedo dal mondo. Nell'ambito di tale scelta la casistica ovviamente è ampia e problematiche differenti sorgono a seconda del particolare contesto in cui queste si determinano. Vari i fattori che entrano in gioco: la natura della patologia di cui soffre il paziente (lieve, acuta, cronica, ecc.); la tipologia del trattamento proposto (di breve o di lunga durata, ordinario o straordinario, invasivo o non invasivo, ecc.); l'ospedalizzazione o meno e l'accessibilità ai servizi medico-assistenziali; infine, ma non ultima, la situazione esistenziale in cui vive il paziente (familiare, socio-culturale, economica, ecc.).

Nel riflettere su tali problematiche non è dunque possibile considerare la grande varietà delle specifiche situazioni concrete che hanno caratterizzato il rapporto paziente/medico, con particolare attenzione alle scelte di fine vita, ma è possibile tracciare un percorso etico e giuridico che si è sviluppato nel corso di questi decenni. Pertanto nella prima parte del volume il discorso svolto e i problemi etici e giuridici affrontati hanno un carattere generale e sono riferibili a qualsiasi società civile che voglia e debba arbitrare e regolamentare il rapporto di cura tra paziente-medico con particolare attenzione alle scelte di fine vita, mentre nella seconda parte si è voluto dare conto delle scelte e dell'evoluzione etica e giuridica verificatasi nel nostro Paese in merito a tematiche concernenti il consenso informato e alla minore o maggiore libertà che ognuno di noi ha avuto nei confronti del "bene vita". Si è resa opportuna una ricostruzione del percorso giurisprudenziale sviluppatosi in questi decenni, fino a giungere alla L. 219/2017 e alla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 in merito alla legittimità del suicidio assistito medicalizzato (art. 580 c.p.)².

² Temi ampiamente trattati dallo stesso A. in diverse monografie e saggi in specie *Verso un antidestino. Biotecnologie e scelte di vita*, II ed., Torino 2009 e *Il dominio delle biotecnologie. L'opportunità e i limiti dell'intervento del diritto*, Torino 2018, cap. II.

2. La vita come bene indisponibile

Quelle dottrine che condannano soluzioni chiaramente eutanasiche o di eutanasia giudicata ‘mascherata’ richiamano con vigore i principi della inviolabilità e indisponibilità di ogni vita umana. La vita umana non può mai essere considerata come un bene negoziabile: non si può disporne per ottenere, in cambio, una serie di vantaggi anche considerevoli. Inoltre, il suo valore non è mai determinato in funzione di criteri come lo stato di salute del suo titolare, misurato anche in termini di utilità sociale.

È possibile evidenziare almeno due linee argomentative a sostegno della indisponibilità della vita con riferimento alla natura e a Dio. Come a dire che per ritenere che la vita è un bene indisponibile non è necessario ricorrere a ‘due ali’³: la ragione e la fede. Anche chi si avvale di un’ala sola (la ragione) può ritenere nella prospettiva meramente razionale, non chiusa al trascendente, che la libertà e l’autodeterminazione non sono illimitate.

a) Questa linea di pensiero si sviluppa in ambito filosofico – pertanto laico nel significato di ragionare ‘come se Dio non fosse’ – e parte dalla considerazione della vita dell’essere umano come un bene in sé e per sé (dall’inizio alla fine) in quanto manifestazione della natura umana razionale. Ogni uomo rappresenta un progetto biologico-naturale o politico-sociale indispensabile per l’esistenza e lo sviluppo della stessa società civile, di modo che la vita umana è indisponibile in ogni sua età di sviluppo a prescindere da qualsiasi condizione e qualità. In questa prospettiva la vita umana contiene in sé in ogni circostanza la propria dignità.

Secondo questa visione antropologica e morale una morte anticipata, deliberata è una grande sconfitta per l’uomo e per la società. Emblematico quanto scrive Kant che colloca il divieto del suicidio tra i doveri morali dell’uomo nei confronti di se stesso. Se l’uomo vuole suicidarsi, non deve prendere in considerazione unicamente la propria animalità, ma deve pensare che è anche un essere morale e in quanto tale ha dei doveri nei confronti di se stesso. E se un uomo rispetta l’essere morale, rispetta attraverso la sua persona l’intera umanità, mentre se lo disprezza o lo distrugge, avvilisce tutta l’umanità. Per Kant, quindi, il suicidio non costituisce solo un male morale, ma un crimine. «Distruggere il soggetto dell’eticità nella sua propria persona sarebbe come estirpare dal mondo ... l’esistenza dell’eticità stessa ...»⁴.

³ *Fides et Ratio*, 1, enciclica pubblicata da Papa Giovanni Paolo II il 14 settembre 1998.

⁴ I. KANT, *La metafisica dei costumi*, Bari 1983, *Elementi dell’etica*, parte I, lib. 1, cap. I, 6, 279.

Dunque, tali posizioni hanno fondato la loro contrarietà all'eutanasia, qualunque ne sia la sua forma attiva o passiva, in nome della tutela della comunità intesa non solo come contesto sociale in cui i cittadini si trovano a convivere, ma anche come elemento costitutivo della loro stessa identità. Anche se non esiste un obbligo giuridico a curarsi, sussiste sempre un dovere morale del paziente di salvaguardare la vita, sin dove l'impegno medico è proporzionato alla condizione clinica in atto. È una responsabilità, non solo individuale ma anche verso l'esterno, per il recupero della salute al fine di poter svolgere ancora attività positive nell'interesse di terzi (la famiglia e la società). In tal modo il dovere nei confronti della propria salute ha una rilevanza sociale e l'unica ragione che giustifichi naturalmente la rinuncia alle terapie c.d. salva vita è che queste si traducano in forme di accanimento clinico o che si richieda un sacrificio in nome di un bene superiore (ad es. la donna incinta, malata di tumore, che rinuncia alle cure per portare a termine la gravidanza e non recare danni al nascituro)⁵.

Secondo questa linea di pensiero l'apertura verso la depenalizzazione dell'eutanasia avrebbe conseguenze problematiche, oltre che morali, pubbliche e sociali. Indichiamo quelle maggiormente menzionate: l'indebolimento dell'impegno a fornire cure adeguate ai morenti; la lesione all'identità morale e professionale del medico.

Nel primo caso con la metafora del 'pendio scivoloso' si evidenzia il rischio di abusi di pratiche eutanasiche non volontarie e si pone l'accento sulla predisposizione psico-sociale dell'essere umano ad accettare soluzioni di fine vita non volute in stato di grave sofferenza, di incompetenza e sul rischio di una crescente pressione sociale quando le condizioni di salute diventano un peso per altre persone e costi per la società. Nel complesso, poi, queste critiche conducono a ritenere l'eutanasia come una vicenda anti-relazionale e conseguentemente anti-giuridica, dato che in queste situazioni è facile riscontrare posizioni non paritarie, posizioni di marcata debolezza, decisioni non realmente libere e l'indebolimento del divieto generale di omicidio.

⁵ Così alcuni membri del COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA nel parere *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, 2008, 12 ss. e nel parere *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 2019, 21 ss.

Per una ricostruzione critica dei problemi in discussione v. L. PALAZZANI, *Dalla bioetica alla tecno-etica: le nuove sfide al diritto*, Torino 2017, 177 ss. e *Dovere di curarsi-curare e diritto a non curarsi-curare*, in L. PALAZZANI (a cura di) *Doveri e diritti alla fine della vita*, Roma 2010, 81 ss.; S. AMATO, *Eutanasie. Il diritto di fronte alla fine della vita*, Torino 2015.

La seconda conseguenza è che l'eutanasia e la partecipazione al suicidio non sono conciliabili con il compito dei medici, in quanto in contrapposizione con il loro ruolo sociale, morale e professionale. Il compito del medico è infatti di guarire e in questa ottica la richiesta di morire non può prevalere sull'atto curativo, che a sua volta non può trasformarsi in un gesto che conduce alla morte⁶. Il divieto di ogni forma di eutanasia e di assistenza al suicidio protegge il medico dal conflitto di interessi tra il fatto di curare e di uccidere e consentirebbe al paziente di conservare la fiducia nel proprio medico. Secondo questa corrente di pensiero la medicina non è un'attività meramente tecnica e neutrale fondata su valori esterni, bensì una professione connotata moralmente che si definisce in base ai propri valori interni. E il valore intrinseco che dà senso all'attività medica risiede nella cura orientata alla guarigione del paziente.

Da tutto ciò consegue per questa scuola di pensiero la necessità sociale e giuridica, e non solo etica, di ricomprendere il comportamento 'attivo-passivo' dell'operatore sanitario nell'ambito dell'eutanasia ogni qualvolta questo è finalizzato ad anticipare la morte del paziente. La proibizione legale dell'eutanasia è considerata una garanzia per poter differenziare e legittimare la interruzione di terapie intese come accanimento clinico, una pratica che non presti il fianco ad abusi e disincentivi la intenzionalità terapeutica dei medici.

b) Una seconda linea di pensiero si sviluppa in ambito teologico e considera la vita sacra in quanto creata da Dio.

Questa posizione, che ha trovato la sua massima espressione nella tradizione morale giudaico-cristiana, è quella più volte ribadita dalla Chiesa cattolica. È S. Agostino che muove da un atteggiamento intransigente nei confronti del suicidio. Una condanna che viene ricavata in termini categorici dal quinto comandamento: "non uccidere" e la sua interpretazione non consente alcuna deroga e va seguita alla lettera. Nessuna situazione estrema può giustificare il suicidio⁷. Anche S. Tommaso d'Aquino si è espresso in merito al suicidio e le sue riflessioni hanno influenzato ancora oggi la dottrina ufficiale della Chiesa cattolica. Le sue argomentazioni sul suicidio non si fondano tanto sulla natura dell'essere umano e sulla sua libertà mo-

⁶Questo argomento è stato sostenuto tra gli altri dal filosofo H. JONAS, *The Right to Die*, in "Hasting Center Report", VIII, 1978, 31-36. Filosofi come E.D. Pellegrino e L.R. Kass hanno avviato una profonda riflessione sul ruolo dei medici e il concetto di integrità professionale: L.R. KASS, *Toward a More Natural Science*, New York 1985; E.D. PELLEGRINO, *Humanism and the Physician*, Knoxville 1979.

⁷S. AGOSTINO, *La città di Dio e Le epistole*.

rale, quanto su una concezione particolare della sovranità di Dio riguardo alle persone. Per S. Tommaso ogni suicidio costituisce un'incursione nell'ambito specifico dei diritti di Dio. Poiché la vita è un dono divino, questa rimane nel potere di colui il quale fa vivere e fa morire. Perciò chi priva se stesso della vita pecca contro Dio, in quanto soltanto a Dio appartiene il giudizio di vita o di morte⁸.

Non sono mancati, comunque, nella storia del cristianesimo, molteplici episodi di martirio volontario, assimilabili al suicidio volontario ed è solo nel IV secolo dopo Cristo che la Chiesa condannerà il "gesto suicida" e nel 693 d.C. a Toledo verrà emessa la risoluzione di non seppellire i cadaveri in terreno consacrato e di scomunicare chi è vittima di se stesso⁹.

Per venire ad epoche più attuali possiamo ricordare il discorso fatto all'associazione medico-chirurgica San Luca (12 novembre 1944) da Pio XII, il quale in merito all'uccisione pietosa ad opera del medico o su richiesta del paziente ammoniva: «Della vita di un uomo, non reo di diritto punibile con la pena della morte, solo Signore è Dio ... Nessuna potestà può autorizzarlo (il medico) alla diretta distruzione di essa».

Una condanna altrettanto esplicita venne sempre da Pio XII in occasione del Congresso Internazionale dei Medici Cattolici (29 ottobre 1951) nel quale, trattando il valore e l'inviolabilità della vita umana, ebbe a dire: «Non abbiamo da insegnare a Voi nei particolari il significato e la portata per la vostra professione di questa *legge* fondamentale. Ma non dimenticate: al di sopra di qualsiasi legge umana, al di sopra di qualsiasi 'indicazione' si leva, indefettibile, la legge di Dio»¹⁰.

Il pensiero cattolico venne poi nuovamente affermato nel dicembre del 1965 in occasione del Concilio Vaticano II nella Costituzione pastorale *Gaudium et spes* di Paolo VI in merito ai crimini contro la vita, quali l'aborto, l'omicidio, il suicidio e l'eutanasia, definiti come pratiche 'vergognose'. Ancora di Paolo VI l'*Humanae Vitae* (1968), della Congregazione per la dottrina della fede la *Dichiarazione sull'eutanasia* (1980) e di Giovanni Paolo II l'enciclica *Evangelium vitae* (1995), tutti documenti dove forte è il richiamo sul valore etico assoluto, non solo religioso, ma anche razionale, della vita umana dal suo inizio fino alla morte naturale, specialmente nelle due fasi più fragili, quali sono appunto quella prenatale e quella della malattia grave e terminale. Tale fondazione etica traduce l'euta-

⁸S. TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II, q. 64, art. 5.

⁹M. CAVINA, *Andarsene al momento giusto. Culture dell'eutanasia nella storia europea*, Bologna 2015, 36-39.

¹⁰S. MENTIL, *La riflessione bioetica di Pio XII*, Parigi 2017.

nasia in una violazione della legge divina, in una offesa alla dignità della persona umana, in un crimine contro la vita, in un attentato all'umanità¹¹. «Dalla sacralità della vita scaturisce la sua inviolabilità, inscritta fin dalle origini nel cuore dell'uomo»¹². Il c.d. 'principio di autonomia', invocato nelle scelte di fine vita a favore dell'eutanasia, non può essere strumento per esasperare il concetto di libertà individuale, spingendolo al di là dei suoi confini razionali, e non può certo per la Chiesa giustificare la soppressione della vita propria e altrui. «L'autonomia personale, infatti, ha come presupposto primo l'essere vivi e reclama la responsabilità dell'individuo, che è libero di fare il bene secondo verità: egli giungerà ad affermare se stesso, senza contraddizione, soltanto riconoscendo (anche in una prospettiva puramente razionale) d'aver ricevuto in dono la sua vita, di cui perciò non può essere padrone assoluto»¹³.

Le tesi eutanasiche sono di conseguenza ritenute una delle manifestazioni dell'indebolimento spirituale e morale riguardo alla dignità della persona morente ed una via 'utilitarista' di disimpegno di fronte alle vere necessità del paziente. In merito a quest'ultimo aspetto i documenti del Magistero tracciano un itinerario di assistenza al malato grave e al morente che, sotto il profilo sia dell'etica medica che di quella spirituale e pastorale, si ispira alla dignità della persona, al rispetto della vita e dei valori della fraternità e solidarietà, sollecitando la società a rispondere con testimonianze concrete alle sfide attuali della *cultura di morte*¹⁴.

Tenuto conto che in Svizzera lo Stato consente il suicidio assistito, è interessante menzionare la lettera pastorale dei Vescovi svizzeri sull'eutanasia dei morenti dal titolo: *Morire con dignità*¹⁵. La lettera inizia con una serie di riflessioni sulla 'serietà della morte', che attualizzano il senso religioso del trapasso e le tre dimensioni della morte umana: esistenziale, sociale e religiosa. Il messaggio pastorale approfondisce inoltre le tematiche della 'dignità cristiana della morte' e della 'dignità del morente', invocando in particolare il nesso tra autodeterminazione e indipendenza. Per i vescovi l'autodeterminazione esiste solo come questione di fondo e nei limiti della dipendenza dell'esistenza umana. L'accompagnamento dei morenti consiste nel facilitare loro l'accettazione della morte come un ultimo e decisivo

¹¹ Dichiarazione sull'eutanasia, II.

¹² *Evangelium vitae*, n. 40.

¹³ *Ivi*, n. 68.

¹⁴ *Ivi*, Conclusione.

¹⁵ *Morire con dignità*, Einsiedeln, 3-5.6, 2002.

intervento esterno. Questo passaggio può essere semplificato da un atteggiamento religioso, secondo cui anche la propria morte è nelle mani di Dio. Il paragrafo sull'assistenza al suicidio condanna questa pratica perché non si distingue dall'eutanasia attiva, in quanto tutti i preparativi sono organizzati da chi assiste il paziente, che si limita a compiere l'ultimo gesto letale. Con l'aggravante che, «mentre l'omicidio su domanda viene considerato l'ultima soluzione di fronte a sofferenze intollerabili, il suicidio assistito è preso in considerazione ben prima della fine del processo che conduce alla morte ...»¹⁶. E la lettera episcopale prende anche in considerazione i possibili effetti di una simile prospettiva per le persone gravemente disabili, che potrebbero vedersi costrette a chiedersi se non sia meglio «accettare di essere uccise, piuttosto che ricorrere a importanti mezzi per rendere un poco più sopportabile il tempo che resta loro da vivere»¹⁷.

Sebbene, dunque, il pensiero della Chiesa cattolica si traduca in un principio ostativo di natura religiosa, che vale a circoscrivere la vincolatività di tale giudizio nell'ambito del popolo dei fedeli resta tuttavia che esso ha una ampia influenza nel mondo sociale e politico verso un rifiuto alla legittimazione della disponibilità della propria vita da parte del paziente.

c) Nell'ambito del pensiero cristiano e cattolico si possono, tuttavia, sottolineare evoluzioni concettuali e linee di pensiero che tendono ad attenuare la rigidità di tale approccio.

A partire dalla fine degli anni '50 l'insegnamento della Chiesa cattolica considera con sempre maggiore insistenza la necessità di lenire la sofferenza del malato così da subordinare ad essa la finalità di prolungare ad ogni costo la vita¹⁸. Si denuncia l'accanimento clinico, l'uso sproporzionato di mezzi terapeutici che non portano beneficio alla salute del paziente e che avrebbero il solo scopo di procurare un possibile prolungamento precario e penoso della vita. È dunque moralmente lecito rifiutarli o sospenderli.

È noto l'intervento di Paolo VI in una lettera, inviata tramite il cardinale Jean Villot, al segretario generale della Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche (FIAMC) nel 1970, e nella quale è scritto: «Il carattere sacro della vita è ciò che impedisce al medico di uccidere e che lo obbliga nello stesso tempo a dedicarsi con tutte le risorse della sua arte a lottare contro la morte. Questo non significa tuttavia obbligarlo ad utilizzare tutte le tecniche di sopravvivenza che gli offre una scienza in-

¹⁶ *Ivi.*

¹⁷ *Ivi.*

¹⁸ *Messaggio di Pio XII* al Convegno internazionale di anesthesiologia, 1956.

stancabilmente creatrice. In molti casi non sarebbe forse una inutile tortura imporre la rianimazione vegetativa nella fase terminale di una malattia incurabile? In quel caso, il dovere del medico è piuttosto impegnarsi ad alleviare la sofferenza, invece di voler prolungare il più a lungo possibile, con qualsiasi mezzo e in qualsiasi condizione, una vita che non è più pienamente umana e che va naturalmente verso il suo epilogo: l'ora ineluttabile e sacra dell'incontro dell'anima con il suo Creatore, attraverso un passaggio doloroso che la rende partecipe della passione di Cristo. Anche in questo il medico deve rispettare la vita»¹⁹.

Né mancano nell'*Evangelium vitae* (1995) di Giovanni Paolo II affermazioni che attribuiscono al malato stesso la responsabilità della fase terminale della propria vita, pur ribadendo la condanna verso l'eutanasia. «Se non sono disponibili altre cure è lecito con l'approvazione del paziente applicare anche quelle rese disponibili dal progresso medico, anche quando esse non siano state sufficientemente sperimentate e comportino ancora qualche rischio ... Allo stesso modo è lecito sospendere l'applicazione di queste cure quando i risultati non corrispondono alle aspettative. In tale decisione si deve tenere conto del giusto desiderio del malato e dei suoi cari come anche del giudizio dei medici specialisti del settore»²⁰. E ciò è conforme alla richiesta dello stesso Pontefice, poco prima di morire: «Lasciatemi andare alla casa del Padre».

Il più recente messaggio di Papa Francesco, inviato nel novembre del 2017 ai partecipanti al meeting regionale europeo della World Medical Association sulla questione del fine vita, accanto alla condanna dell'eutanasia, riafferma anche i principi favorevoli alle cure palliative e contrari all'accanimento clinico. E in questo percorso la persona malata, ci dice Papa Francesco, «riveste il ruolo principale ... È anzi colui che ne ha titolo, ovviamente in dialogo con i medici ...». Proprio questo passaggio è uno dei momenti più importanti del messaggio: affermare che anche per la Chiesa nelle decisioni di fine vita e più in generale nel rapporto di cura con il medico (alleanza terapeutica) la volontà del paziente, capace di intendere e di volere e correttamente informato, diviene centrale e non può che essere valorizzata.

Lasciar morire e procurare la morte sono dunque vicende che possono essere ben distinte, tanto per un cattolico come per un laico. È difficile sot-

¹⁹ Parole utilizzate dai fautori dell'eutanasia e riproposte in occasione delle vicende di Welby e dell'Englaro, ma in realtà mirate a confermare la contrarietà della Chiesa all'accanimento clinico.

²⁰ *Evangelium vitae*, n. 65.

tovalutare, come già ricordato, che il ruolo invasivo assunto dalla tecnologia nell'ambito della medicina, oltre a rendere incerto il confine tra naturale e artificiale, può tradursi in una vita gestita dal potere delle macchine e dalla discrezionalità del medico.

Occorre, poi, distinguere la posizione ufficiale della Chiesa cattolica dalle posizioni delle altre Chiese (evangelista, valdese, protestante svizzera) su questi argomenti e dalle convinzioni personali di molti dei loro membri.

Teologi quali H. Kung, evangelisti quali W. Neidhart, J. Fletcher e H.M. Kuitert e protestanti quali P. Sporken e A. Holderegger hanno tracciato una terza via teologicamente e cristianamente definita 'responsabile' tra un 'libertinismo antireligioso' (diritto illimitato al suicidio) e un 'rigorismo reazionario' senza compassione (anche ciò che è insopportabile deve essere accolto come dono di Dio). In sintesi si sostiene che il Dio misericordioso, che si attende dall'uomo responsabilità e libertà per la sua vita, ha anche lasciato all'uomo, che è in procinto di morire, la responsabilità e la libertà di coscienza di decidere il modo e il tempo della sua morte. Una responsabilità che nello Stato e nella Chiesa né un medico né un teologo possono togliergli. Il punto d'arrivo è quello di una disposizione verso la morte che sia diversa, più serena, degna dell'uomo²¹. Il teologo protestante Joseph Fletcher osserva che «Prolungare la vita di qualcuno quando essa è diventata inutile, quando la libertà, la conoscenza, il dominio di sé, il controllo e la responsabilità, cioè la qualità delle persone, sono sacrificate significa compromettere lo statuto morale di quella persona»²². Non diversamente Hans Kung nel sostenere che nessun uomo deve essere costretto a continuare a vivere a ogni costo: «il diritto alla vita non equivale a una coercizione a vivere»²³.

Su queste posizioni troviamo un importante documento sulla *buona morte* della Chiesa valdese che ha confutato il concetto della sacralità e intangibilità della vita come una delle basi fondamentali del rapporto tra Dio e l'uomo: l'uomo non potrebbe intervenire perché significherebbe prendere il posto di Dio. Si ricorda che: «Per quanto paradossale possa essere, in tale

²¹ H. KUNG-W. JENS, *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, Milano 1996; W. NEIDHART, *Das Selbstbestimmungsrecht des Schwerkranken aus der Sicht eines Theologen*, in "Schriftenreihe der Schweizerischen Gesellschaft für Gesundheitspolitik", 36, 1994; J. FLETCHER, *The Patient's Right to Die*, in AA.VV., *Euthanasia and the Right to Death. The Case of Voluntary Euthanasia*, a cura di A.B. Downing, London 1969, 61-70 e P. SPORKEN, *Menschlich Sterben*, Dusseldorf 1972.

²² J. FLETCHER, *Morals and Medicine*, Princeton (N.J.) 1954, 191.

²³ KUNG-JENS, *Della dignità del morire*, cit., 73.