
UN'ANALISI CRITICA DELLA “RISPOSTA AL QUESITO” SUI TRATTAMENTI DI SOSTEGNO VITALE DATA DAL CNB

PRESIDENTE DELLA CONSULTA DI BIOETICA ONLUS
E COMPONENTE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Maurizio Mori*

1. IL TEMA

Col titolo “Risposta al Quesito del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria”, il 1° luglio 2024 il CNB ha pubblicato sul sito del Governo un testo sui Trattamenti di Sostegno Vitale (TSV). Il titolo “Risposta al Quesito” è al singolare e la grammatica basta a indicare che la risposta è una. A leggere il testo si scopre però che le risposte sono almeno due (una di maggioranza e una di minoranza) e che poi la prima si sdoppia così che diventano tre, a cui vanno aggiunte un’astensione e una dichiarazione di totale contrarietà alla risposta stessa. Il testo è piuttosto ampio (circa 4.500 parole) con diversi ritorni e un discorso in cui si trovano tesi tra loro molto diverse e a volte incompatibili che sono accomunate, creando disorientamento.

Al fine di facilitare la lettura e la comprensione del testo di maggioranza, cerco qui di delineare il quadro generale dei problemi circa il TSV, così da poter collocare le diverse risposte in un orizzonte teorico più ampio e ricostruire i passi centrali interni alle varie soluzioni per confrontarle tra loro. Sul tema ho una precisa tesi normativa in linea con la risposta di minoranza, ma la presente analisi è rivolta alla *conoscenza* e non alla pratica: l’obiettivo qui è conoscere le possibili mosse teoriche circa i problemi del TSV, non sostenere una specifica soluzione normativa, anche se l’auspicio è che la

*nota autore

conoscenza della logica del ragionamento normativo in tema di TSV abbia positive ricadute sulla *pratica*.

2. IL QUADRO TEORICO DELLE DIVERSE POSIZIONI SUL TSV: COME MAI CI SONO RISPOSTE DIVERSE

Nel testo del CNB le risposte al quesito sono più d'una, e quindi il titolo al singolare è come minimo impreciso. Per spiegare come mai siano inevitabili più risposte, in un precedente contributo (https://www.quo.dianosanita.it/studi-e-analisi/ar,colo.php?ar,colo_id=122753) avevo preso spunto da un'analisi filosofica di Bertrand Russell a partire dalla domanda: "questo tavolo è liscio o frastagliato?". Il senso comune, osservava Russell, suggerisce che la domanda abbia una (sola) risposta, netta e precisa. Tuttavia, una riflessione critica (scientifica) rileva che la risposta non è una, perché essa non dipende dall'oggetto "tavolo" (come lascia credere il senso comune), ma dal livello di visione richiesto. Poiché ci sono livelli di visione diversi, il tavolo è liscio, se lo si guarda a occhio nudo, frastagliato se lo si guarda al microscopio.

Allo stesso modo la domanda: "questo trattamento è un TSV o un Trattamento Ordinario (TO)?" non ha una risposta unica, perché anche qui essa dipende non dal trattamento (l'oggetto), ma dai valori assunti per valutare l'uso del trattamento. Poiché sul tema i valori ultimi di riferimento sono sostanzialmente due: il "bene-vita" e il "bene-scelta", la risposta sarà diversa a seconda che la valutazione dipenda dall'uno o dall'altro bene. Ecco perché il testo del CNB presenta due grandi risposte: di maggioranza e di minoranza.

La "Risposta di minoranza" fa riferimento al "bene-scelta" e sottolinea che un TSV, qualunque cosa esso sia, è pur sempre un "trattamento" (TO). Ciò significa che i TSV sono un sottoinsieme del più ampio insieme dei TO, e poiché "il più" include "il meno", anche un TSV come ogni altro trattamento è soggetto al consenso informato. Infatti, la Legge Lenzi n. 219/17 prevede il consenso come base del rapporto medico-paziente e dell'intera attività sanitaria. Non si esclude che l'essere "di sostegno vitale" (TSV) possa richiedere anche un qualcosa "in più" di un normale trattamento ordinario (TO), ma ciò non cambia il quadro di fondo. In questo senso la Risposta di minoranza riprende un passo del CNB del 2019 in cui si afferma che "la presenza di un trattamento di sostegno vitale è considerata una condizione aggiuntiva solo eventuale; ritenerla necessaria, infatti, creerebbe una

discriminazione irragionevole e incostituzionale (ai sensi dell'art. 3 della Costituzione) fra quanti sono mantenuti in vita artificialmente e quanti, pur affetti da patologia anche gravissima e con forti sofferenze, non lo sono o non lo sono ancora. Si imporrebbe, inoltre, a questi ultimi di accettare un trattamento anche molto invasivo, come nutrizione e idratazione artificiali o ventilazione meccanica, al solo scopo di poter richiedere l'assistenza al suicidio, prospettando in questo modo un trattamento sanitario obbligatorio senza alcun motivo ragionevole" (CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio assistito*, 18 luglio 2019, p. 23).

La risposta di maggioranza, invece, parte rilevando che la Sentenza 242/19 prevede che l'assistenza al suicidio sia consentita quando il paziente è "tenuto in vita da un TSV": facendo esplicito riferimento al TSV, la Corte prevede questo "qualcosa in più" rispetto al TO. Inoltre, questo "in più" (il TSV) sta al di fuori della "circoscritta area" in cui non è punita l'assistenza al suicidio e di cui in un senso ne è la "porta di ingresso": essendone fuori il TSV è regolato dal "bene-vita" – che qui risulta prioritario al bene-scelta. Questa è la base comune alla maggioranza, la quale poi si divide perché gli "alcuni" declinano il bene-vita in modo tale da rendere il TSV un elemento "oggettivo" e il presupposto di tutto il resto, mentre gli "altri" lo declinano includendo nel bene-vita aspetti esistenziali e relazionali che aprono alla soggettività, così che il TSV è solo un elemento tra altri (non il presupposto) e non è "oggettivo".

Abbiamo così delineato un quadro teorico entro cui collocare le diverse valutazioni del TSV e avere almeno un'idea del perché ci sono divergenze. La risposta di maggioranza ha invece impostato il problema in modo diverso: dopo un iniziale inquadramento giuridico circa la clausola-TSV, seguendo il senso comune è andata alla ricerca della definizione di TSV o di un criterio interpretativo per distinguere un TSV da un TO. Seguiamo i passi compiuti.

3. LA RISPOSTA DI MAGGIORANZA RICONOSCE DI NON RIUSCIRE A DISTINGUERE UN TSV DA UN TO

Il punto di partenza della risposta di maggioranza è che la Corte costituzionale nella Sentenza 242/19 ha individuato una «circoscritta area di non conformità costituzionale» in cui non è punito l'aiuto al suicidio, senza che ciò metta "in questione la ratio dell'art. 580" c.p. (che resta sempre e nel

medesimo senso la «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema ed irreparabile, come quella del suicidio»). Sulla scorta di questa premessa (data come certa e indiscussa) si osserva che la “circoscritta area” di non punibilità è delimitata da 4 condizioni: a) la presenza di una malattia inguaribile, b) che dà sofferenze insopportabili, c) l’“essere tenuti in vita da TSV”, e d) il consenso dell’interessato.

Le prime due condizioni già chiariscono che si tratta di situazioni di fine-vita in prossimità di morte, ma resta da chiarire se prossimità sia di minuti, ore, settimane, mesi o anni. Né l'ordinamento né la Corte costituzionale hanno mai chiarito che cosa sia un TSV, e diventa fondamentale precisare che cosa esso sia perché così facendo si determina l'ampiezza della “circoscritta area”. Per precisare il punto, il CNB si è messo alla ricerca di una “definizione” di TSV, cioè di una classe che “delimita intorno” e che consente di dire se un oggetto vi rientra o no. Abbiamo tutti in mente l'immagine di un paziente in terapia intensiva attaccato alle macchine e che è “tenuto in vita da TSV”. A partire da quell'immagine si è andati alla ricerca di una definizione per stabilire quale dei tanti fili o tubicini sia lo specifico trattamento che è “di sostegno vitale”.

Subito ci si è accorti che non c'è alcuna “definizione” condivisa di TSV, e che non c'è affatto uno specifico “oggetto” o “trattamento” che sia “di sostegno vitale”. Abbandonata l'idea di trovare una definizione, si è pensato a un “*criterio interpretativo*” (p. 7) che consenta di distinguere un TSV da un TO. Un criterio è una “unità di confronto” rispetto alla quale fare la distinzione richiesta: mentre una definizione ci dice *direttamente* se qualcosa rientri o no nel concetto, un criterio consente di distinguere solo *indirettamente* offrendo la “unità di confronto” la cui applicazione porta al risultato. La proposta di un qualsiasi criterio, comunque, va sostenuta da ragioni “esterne” al criterio stesso che ne giustificano l'opportunità o il valore. Per esempio: nella Francia di fine xviii secolo c'erano più di 200 unità di misura e per semplificare la misurazione si è proposto il metro come nuovo criterio di misura perché corrisponde a un decimilionesimo della distanza dal Polo nord all'equatore: ragione basata sul calcolo numerico naturale e “neutrale” che ha sostenuto l'accoglienza del metro.

Dovendo determinare un “criterio interpretativo” per distinguere un TSV da un TO (qualcosa di analogo al metro) ci si sarebbe aspettati l'esplicitazione delle ragioni “esterne” a suo sostegno. Invece, la risposta di

maggioranza si è limitata a rilevare che per stabilire il criterio "è indispensabile partire dalla considerazione, che gli approcci terapeutici possono essere classificati" (p. 7) in modi diversi a seconda della loro efficacia, dei loro obiettivi, delle evidenze cliniche a loro sostegno, etc. Con queste poche parole, cioè col rimando agli "approcci terapeutici", in modo tacito e forse inconsapevole, il bene-vita inteso come primario e incomprimibile è diventato la ragione "esterna" a sostegno del criterio per individuare l'"in più" che caratterizza il TSV e che lo distingue dal TO. Per la L. 219/17 anche nelle situazioni di urgenza, prima di intervenire, i medici sono tenuti a reperire eventuali DAT o PCC, ma per la maggioranza gli "approcci terapeutici" sono ragione più che sufficiente per dire che non è tempo di "mettersi a discutere" e che bisogna "salvare" come impone il bene-vita.

Compiuto il passo, ci si sarebbe aspettati che il criterio-TSV basato sul bene-vita avrebbe almeno portato alla distinzione cercata, ma neanche quel criterio riesce a stabilire "una netta dicotomia fra trattamenti ordinari e TSV" (p. 8). Allora si è ricorsi al "primo e più immediato significato dell'espressione" TSV (p. 8) per formulare tre "criteri specifici" (o sotto-criteri) – di "finalità", di "intensità", e di "sospensione" – grazie ai quali individuare "la "parte comune" delle diverse liste di TSV" (p. 8). Ma anche questi tre sotto-criteri solo "aiutano a distinguer[e]" (p. 8) i TSV dai TO senza tuttavia farlo con precisione, "fermo restando che, come si è detto, non c'è consenso in ambito sanitario su una lista che comprenda tutti i TSV e soltanto essi" (p. 8).

Per esplicita ammissione, la risposta di maggioranza riconosce che non c'è né una definizione né un criterio interpretativo che riesca a distinguere un TSV da un TO. In breve, la domanda del CER dell'Umbria è destinata a rimanere senza risposta chiara e precisa.

4. IL BENE-VITA È DIVISO E NEANCHE IL CRITERIO RIESCE PIÙ A DISTINGUERE UN TSV DA UN TO

Il risultato "negativo" raggiunto è per un verso importante perché stabilisce un punto fermo: conferma quel che già si sapeva, ossia che seguendo il senso comune la risposta non arriva. Per arrivarci ci vuole una riflessione critica che porti alla formulazione di una domanda adeguata. Per l'altro verso il risultato è deludente (molto), perché il CNB aveva promesso una risposta al quesito, e poi invece riconosce che la risposta non c'è, ma allo

stesso tempo continua a far credere che ci sia. Ciò crea confusione: anche il titolo del paragrafo §. 5 (“La risposta al quesito”) è al singolare, ma poi con la formula “alcuni ... altri” di risposte se ne danno due.

Nella sua “Presentazione” il presidente del CNB rileva che le due “posizioni differenziate [...] tra coloro che hanno approvato il parere, riflettono la complessità del tema” (p. 3): parole che lasciano intendere che la divisione interna sia questione marginale che non intacca la linea complessiva della risposta. Invece, la divisione è decisiva, perché se neanche quel criterio riesce a distinguere in modo netto il TSV dal TO è perché la ragione “esterna” che lo giustifica (il bene-vita) risulta troppo ampia, e di fatto si è sdoppiata, non riuscendo così più a sostenere il criterio stesso (è come se il calcolo a sostegno del metro non fosse più uno solo ma due). La divisione rivela che il bene-vita è ormai solamente un richiamo generale (e chi mai è contro la vita!), e che poi, quando si entra nel vivo dei temi pratici, quel valore ampio si divide e di valori se ne hanno diversi: è per questo che neanche quel “criterio” funziona.

5. L'INCOMPATIBILITÀ DELLE DUE RISPOSTE DI MAGGIORANZA

La formula “alcuni ... altri” fa apparire meno aspre le divergenze nella maggioranza che però restano tanto profonde da rendere inconciliabili le due risposte sul TSV. Vediamo i punti di contrasto.

1. Per gli “alcuni 19 componenti” del CNB, l’essere tenuti in vita dal TSV costituisce “il presupposto e la precondizione per attuare la distinzione” (p. 10) tra la situazione in cui è lecita l’assistenza al suicidio e quella in cui non lo è, in quanto nell’ambito del TSV “la *ratio* del 580 c.p. si applica in tutta la sua portata [...] tutela della vita (propria e altrui) quale bene primario ed incomprimibile” (p. 10). Per gli “altri 5 componenti” del CNB, invece, “l’essere sottoposti a un TSV è *in ogni caso* solo uno dei requisiti” da considerare, e ciò va fatto “all’interno di un quadro clinico la cui gravità non si riduce al solo fatto che la persona sia *tenuta in vita* da uno specifico trattamento”, ma al complesso della situazione (che include anche i valori e le relazioni della persona).
2. Per gli “alcuni 19 componenti” il TSV è “un elemento ‘oggettivo’” (p.

- 10) senza il quale la "circoscritta area" si allargherebbe molto (con possibili abusi) e le varie condizioni richieste per l'assistenza al suicidio si ridurrebbero "a vuote formule" (p. 10). Per gli "altri 5 componenti", invece, la presenza del TSV comporta che l'invasività dell'assistenza sia considerata "non solo in riferimento alle sue caratteristiche "oggettive" ma anche all'impatto che questa ha sui valori della persona" (p. 9).
3. Per gli "alcuni 19 componenti" i TSV "non si limitano a un semplice sostegno, ma costituiscono una vera e propria sostituzione di funzioni vitali" (p. 8-9) al fine di "poter tutelare al massimo i pazienti più fragili" (p. 8). Per gli "altri 5 componenti", invece, "un "sostegno" non coincide necessariamente con una completa 'sostituzione'" (p. 11) e il sostegno "può avvenire anche attraverso piani di assistenza complessi" (p. 9) per cui bisogna considerare anche l'impatto che l'invasività dell'assistenza ha sui valori della persona.
 4. Per "gli "alcuni 19 componenti", la sospensione del TSV è "seguita dalla morte in tempi brevi" (p. 10) o anche "in tempi molto brevi" (p. 9), quantificabili cioè in pochi minuti o al massimo in qualche ora. Per gli "altri 5 componenti", invece, i "tempi che possono intercorrere fra la sospensione di un TSV e la morte del paziente" (p. 9) sono sicuramente rilevanti, ma basta che ci sia "una limitata aspettativa di sopravvivenza dopo la sospensione di ogni trattamento che *mantiene in vita* la persona" (p. 11): non una questione di pochi minuti o di qualche ora, ma di un tempo più ampio (e non precisato).
 5. Per gli "alcuni 19 componenti", il fatto che la sospensione comporti la morte in tempi brevi implica che l'idratazione-nutrizione artificiale è esclusa dai TSV, anche se nel testo nulla di esplicito viene detto al riguardo. Per gli "altri 5 componenti", invece, "è importante ricordare che l'alimentazione e l'idratazione artificiali sono, come indicato anche nella sentenza della Corte, TSV" (p. 9).
 6. Per gli "alcuni 19 componenti", essendo il TSV un elemento "oggettivo" è possibile stabilire e conoscere se e quando un TSV è presente sulla scorta di precise e puntuali norme generali applicate con rigore. Per gli "altri 5 componenti", invece, quando c'è un "quadro clinico ed esistenziale di estrema gravità [...] non si può immaginare nessun automatismo fra un qualsiasi rifiuto di una terapia che determinasse una condizione di pericolo di vita e la possibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito" (p. 11), per cui l'accesso alla "ristretta area" di

liceità dell'assistenza al suicidio va valutata caso per caso.

Non è escluso che ci siano altri punti di contrasto, ma i 6 individuati bastano e avanzano per vedere che le due risposte sono tra loro inconciliabili: per gli “alcuni 19 componenti” il bene-vita è “oggettivo”, “primario ed incompressibile” con priorità sul consenso, il TSV è “il presupposto e la precondizione” per l'accesso alla “ristretta area” e comporta la sostituzione delle funzioni vitali così che alla sua sospensione la morte segue in tempi brevi, e tutti i relativi passaggi sono conoscibili in modo automatico. Per gli “altri 5 componenti”, invece, il bene-vita include aspetti esistenziali e relazionali che aprono alla soggettività; il TSV è solo uno dei requisiti richiesti; non è “oggettivo” ma tiene conto dell'impatto che l'assistenza ha sui valori della persona; non necessariamente “sostituisce” le funzioni vitali ma solo le “sostiene”, per cui alla sospensione può restare una “limitata aspettativa di sopravvivenza” e non la morte in tempi brevi; la valutazione è caso per caso e non è automatica.

Il bene-vita degli “alcuni 19 componenti” è tanto diverso da quello degli “altri 5 componenti” che non solo i due valori sono inconciliabili, ma il secondo rientra nell'orbita del bene-scelta. Due esempi concreti possono chiarire il punto.

6. ESEMPLIFICAZIONE DELL'INCONCILIABILITÀ DELLE DUE RISPOSTE DI MAGGIORANZA.

Primo esempio: non è detto esplicitamente, ma per gli “alcuni 19 componenti” l'idratazione-nutrizione artificiale non rientra nel novero dei TSV, dal momento che la sua sospensione non è seguita dalla morte “in tempi brevi”. Si torna così al “caso Eluana”, che ruotava tutto attorno al sapere se l'idratazione-nutrizione artificiale fosse “trattamento sanitario” (soggetto a consenso) oppure “cura di bisogni vitali” (sempre dovuta). Dopo l'ultimo respiro di Eluana (9 febbraio 2009), il Senato a fine marzo 2009 approvò il ddl Calabrò col “decreto salva-Eluana” che sul tema prevedeva soluzioni opposte a quelle indicate dalla Corte di cassazione. Il “salva-Eluana” non è mai diventato legge, mentre in seguito è stata approvata la legge 219/17 che con chiarezza inequivocabile prevede l'idratazione-nutrizione come “trattamento sanitario” soggetto a consenso.

Si può comprendere che gli “alcuni 19 componenti” dissentano con la

ratio etica della 219/17, ma per contribuire al dibattito in modo propositivo, la critica dovrebbe essere sostenuta da qualche nuova ragione. Questo anche perché la Sentenza 242/19 ha citato ben 15 volte con approvazione la 219/17 così da averla come "costituzionalizzata", mettendo da parte ogni possibile dubbio di una sua incongruità coi valori della Costituzione. Ripeto: le critiche all'etica della 219/17 sono benvenute ma serve a poco continuare a ripetere tesi vecchie e ritrite, soprattutto dopo che la legge ha avuto autorevoli conferme. È quindi sorprendente che gli "alcuni 19 componenti" assumano una posizione non conforme alla legislazione vigente e all'etica che la sottende, ponendosi così in contrasto anche con quanto stabilito dalla sentenza 242/19.

Bene benissimo han fatto gli "altri 5 componenti" a prendere le distanze sul tema e sottolineare "che l'alimentazione e l'idratazione artificiali sono, come indicato anche nella sentenza della Corte, TSV". Questa, però, è una differenza sostanziale che segna una scelta di paradigma o di campo: differenza che rivela che il bene-vita non è più uno ma si è sdoppiato in due diversi. Le tante discussioni su Eluana (su cui cfr: M. Mori, *Il caso Eluana Englaro. La "Porta Pia" del vitalismo ippocratico ovvero perché è moralmente giusto sospendere ogni intervento*, Pendragon, Bologna 2008) hanno mostrato che il passaggio dell'idratazione-nutrizione da "opera di misericordia corporale" a "trattamento sanitario" ha comportato un cambio di paradigma etico con l'affermazione del bene-scelta o di un "bene-vita-modificato" che incorpora aspetti esistenziali e relazionali tanto rilevanti da essere assimilabile al bene-scelta. Ecco perché il criterio interpretativo stabilito non funziona, e la risposta degli "altri 5 componenti" è inconciliabile con quella degli "alcuni 19 componenti" e rientra nell'orbita del bene-scelta.

Secondo esempio: quando dj Fabo in Italia ha chiesto di essere aiutato a morire, gli è stato proposto di farlo interrompendo la ventilazione e l'idratazione-nutrizione in corso di sedazione palliativa profonda continua: soluzione lecita, ma da lui rifiutata perché giudicata umanamente troppo gravosa. Marco Cappato lo ha accompagnato in Svizzera autodenunciandosi poi, e su quel caso la Corte costituzionale ha fissato le 4 condizioni per la liceità dell'assistenza al suicidio: condizioni soddisfatte da dj Fabo, visto che Cappato è stato assolto. Dj Fabo era sostenuto da una macchina in quanto necessitava di ventilazione per alcune ore al giorno, a differenza di Welby che ne era totalmente dipendente: Welby è morto subito dopo la sospensione, mentre per dj Fabo la sospensione di entrambi i sostegni avrebbe comportato un'agonia più lunga: di qui l'esigenza di una eventuale sedazione profonda continua.

Supponiamo ora di trovarci di fronte un ipotetico Fabo-bis in condizioni identiche a quelle di dj Fabo e vediamo che cosa sarebbe consentito fare sulla scorta delle indicazioni individuate. Gli “alcuni 19 componenti” subito rileverebbero che Fabo-bis è sì “sostenuto” da una macchina per la ventilazione, ma questa non comporta “una vera e propria sostituzione di funzioni vitali”, tanto che la sua sospensione non avrebbe comportato la morte “in tempi brevi” – com’è stato invece per Welby. La conclusione è che Fabo-bis non è tenuto in vita da un TSV e quindi non potrebbe chiedere l’assistenza al suicidio.

Il risultato è sconcertante, perché la Sentenza 242/19 è stata costruita sul caso dj. Fabo e grazie a tale Sentenza Cappato è stato assolto: segno che le clausole previste erano soddisfatte. Al contrario, ora, in base alle indicazioni che gli “alcuni 19 componenti” ascrivono alla stessa 242/19 il nostro Fabo-bis identico a dj Fabo non potrebbe chiedere tale assistenza (e un Cappato-bis sarebbe condannato). È palese che qualcosa non torni in tutto questo, e la cosa è tanto paradossale e assurda che non ha bisogno di ulteriori approfondimenti.

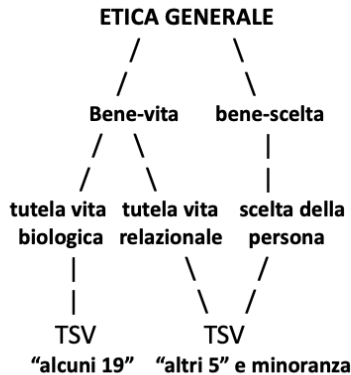
Bene benissimo hanno fatto gli “altri 5 componenti” a rifiutare l’intera prospettiva, cioè ricordare che l’idratazione-nutrizione è TSV, che TSV è anche solo “sostegno” e non necessariamente “sostituzione”, che alla sospensione non è detto che la morte giunga subito, e che la valutazione dei vari punti non è automatica ma va fatta “caso per caso”. Non si può sapere con assoluta certezza quale sarà il responso dato sulla scorta delle indicazioni degli “altri 5 componenti”, ma è molto probabile che (diversamente da prima) qui Fabo-bis avrà accesso all’assistenza al suicidio.

All’inizio gli “altri 5 componenti” hanno votato assieme agli “alcuni 19”, ma l’analisi dei due esempi fa emergere che la frattura interna al bene-vita è tanto profonda da rimandare a opposti paradigmi etici, e che le indicazioni date dagli “altri 5 componenti” sono tali che la loro risposta (pur con le cautele del caso) rientra nell’orbita del bene-scelta.

7. MAPPA CONCETTUALE DELLE DIVERSE POSIZIONI SUL TSV

Ciò accade perché gli "altri 5 componenti" propongono una *posizione intermedia* tra il bene-vita e il bene-scelta. La versione da loro proposta del "bene-vita-modificato" da incorporare aspetti esistenzial-relazionali così rilevanti da renderlo affine alle soluzioni derivanti dal bene-scelta. Proprio perché "intermedia" la posizione è criticata sia dai fautori del "bene-vita-oggettivo" perché essa lo svuoterebbe dall'interno, riducendo a "vuote formule" i punti fermi che lo caratterizzano; sia dai fautori del "bene-scelta" per i quali la posizione intermedia sarebbe troppo cauta e tradizionalista. Di rimando i fautori della posizione intermedia replicano che ci sono ragioni diverse che spaziano da quelle biografiche (cultura cattolica di provenienza), teoriche (evitare cambiamenti troppo rapidi), o sociali (evitare "aperture indiscriminate" cioè a una sorta di "suicidio à la carte" o "per capriccio").

È opportuno tracciare la mappa logica delle diverse posizioni, così da vedere le possibili grandi mosse che sono attuate per arrivare al giudizio sul TSV:



MAPPA ESPLICATIVA DELLE DIVERSE RISPOSTE

In alto c'è l'etica generale da cui derivano i due grandi valori di fondo: il bene-vita e il bene-scelta, che stanno alla base rispettivamente della risposta di maggioranza e di minoranza. Quest'ultima (a destra) per ora non ha divisioni interne (è unitaria) e assegna la priorità all'autonomia e alla scelta della persona per concludere che il TSV è pur sempre un trattamento sanitario che, come tutti gli altri (tranne il TSO), è soggetto al consenso informato.

Dall'altra parte (a sinistra) sta la risposta di maggioranza che, invece, in prima battuta assegna la priorità al bene-vita, ma che poi si divide dando origine a due valori o beni diversi. Il primo (alla sinistra) indicato con: "tutela vita biologica" propone un bene-vita che è oggettivo (basato sulla biologia), primario e incompressibile così che il giudizio sul TSV è diretto e automatico come sostenuto dagli "alcuni 19 componenti". L'altro valore (al centro: "intermedio", appunto) è indicato con: "tutela vita relazionale" perché propone un "bene-vita-modificato" che incorpora in sé aspetti esistenzial-relazionali che aprono alla soggettività in modo tanto significativo da far sì che il giudizio sul TSV sia dato caso per caso dopo valutazione attenta della situazione complessiva: non si può sapere a-priori quale sarà il giudizio, ma data l'estrema gravità dei casi (sinora) considerati è presumibile che tale giudizio sia affine a quello dato in base al bene-scelta. Ecco perché la risposta degli "altri 5 componenti" rientra nell'orbita della risposta di minoranza e alla fine afferisce al paradigma etico basato sul bene-scelta.

Per completezza del quadro teorico va detto che la convergenza registrata tra i giudizi dati in base alla posizione intermedia e al bene-scelta riguarda (solo) il tema specifico del TSV e non è affatto di per sé estendibile a altre tematiche, su cui la posizione intermedia potrebbe portare a giudizi di altro segno, più in linea col "bene-vita-oggettivo". Non c'è infatti un meta-criterio che stabilisca quanto ampia debba essere l'apertura alla soggettività, per cui questa può variare di molto a seconda delle diverse questioni o anche dei singoli casi. In questo senso le posizioni intermedie comportano una sorta di "navigazione a vista" che esclude soluzioni generali: un fattore di incertezza per i critici è un grave difetto, mentre per i fautori è indice di saggia duttilità.

Non è il caso di approfondire oltre i problemi delle posizioni intermedie: l'obiettivo di questo contributo non era la valutazione delle diverse posizioni, ma la conoscenza della logica sottesa alle diverse risposte presentate. La "Risposta al Quesito" del CNB lascia intendere che una risposta ci sia, e poi prima riconosce che la risposta non c'è, e poi di risposte ne dà tre. È facile che a fronte di questo il lettore sia spaesato, e per favorire l'orientamento ho pensato di chiarire la logica del ragionamento morale sottesa al giudizio richiesto per distinguere un TSV da un TO e spiegare così il perché delle varie posizioni. L'auspicio è che la conoscenza delle possibili mosse aumenti la consapevolezza e favorisca anche il giudizio sul TSV, qualunque essa sia.

8. NOTA FINALE

Pur avendo il Comitato dato tre risposte diverse, il Comunicato Stampa CNB n. 4/2024 del 1° Luglio ha dato notizia della sola risposta di maggioranza, mettendo in luce che "il CNB ha confermato la specifica finalità bioetica di non ridurre la tutela del diritto alla vita soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema ed irreparabile, come quella del suicidio". Ha poi subito sottolineato che il CNB "sul punto si è espresso con una ampia maggioranza (7 voti contrari)", dove l'enfasi posta sull'"ampia maggioranza" e sui (pochi) 7 voti contrari ha poi portato alla marginalizzazione della minoranza, la cui relazione neanche è menzionata, mentre ulteriore spazio è stato dedicato per evidenziare "come il requisito dei Trattamenti di Sostegno Vitali abbia una decisiva rilevanza bioetica, al fine di non esporre i soggetti fragili a una inaccettabile pressione, con una grave apertura nei confronti dei percorsi suicidari".

Pur sapendo che ci sono criteri diversi per fare la conta della maggioranza, è opportuno ricordare che al CNB partecipano 37 studiosi: un Presidente, un vice-presidente vicario, tre vice-presidenti, 28 membri e 4 membri consultivi, delegati dal CNR, FnomCeO, FNOVI, e dell'ISS, che non hanno diritto di voto ma che possono aderire o no esprimendo la propria posizione. La risposta di maggioranza è stata approvata da 24 componenti ma non dagli altri 13, che per ragioni diverse non l'hanno votata: i 7 contrari con i 4 membri consultivi, più un'astensione e una non partecipazione al voto. In prima battuta la maggioranza è di 24 a 13, cioè un po' meno dei due terzi. Se però anche gli "altri 5 componenti", come qui si è mostrato, rientrano nell'orbita della minoranza, allora il computo finale è di 19 a 18: la maggioranza resta, ma non è più ampia. Quanto poi all'etica della proposta di maggioranza il discorso cambia, ma quella è un'altra storia.

ABSTRACT

ABSTRACT ITALIANO

ABSTRACT INGLESE

KEYWORDS
