Il suicidio medicalmente assistito: **l'urgenza di un pluralismo ragionevole**

Marco Vergano
Medico anestesista rianimatore
Reparto di terapia intensiva
Ospedale San Giovanni Bosco di Torino

Viviamo in un tempo in cui la tecnologia medica corre più veloce della nostra capacità di interrogarci sul suo significato e di scegliere come e fino a che punto utilizzarla. Ogni giorno, in ospedale, incontriamo pazienti che salgono su una sorta di "nastro trasportatore", su cui le decisioni sono spesso automatiche, perché "fare qualcosa" costa meno fatica rispetto a "non fare". In questo scenario, il dibattito sul suicidio medicalmente assistito non può essere separato da un'altra domanda, più radicale: stiamo davvero scegliendo, o siamo trascinati da automatismi che ci illudono di farlo?
Sono domande che hanno iniziato a emergere solo con l'avvento di nuove tecnologie. I celebri discorsi di Papa Pio XII agli anestesisti-rianimatori risalgono al 1957, quando la ventilazione meccanica era ancora una novità pionieristica. Solo pochi anni prima, certi interrogativi semplicemente non esistevano. Sessant'anni dopo, nel novembre del 2017 in Vaticano, Papa Francesco citava proprio quel discorso al

Foto di Sandrine Cornille / CC BY

meeting europeo della "World Medical Association" sulle questioni del fine-vita: "Non c'è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili; in casi ben determinati, non solo è lecito, ma è doveroso astenersene". Poche settimane più tardi veniva approvata nel nostro Paese la legge 219 sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento.

Tutto questo ci impone una domanda: stiamo davvero rispettando l'idea – tanto evocata quanto ambigua – che la vita sia "indisponibile", e cioè che non sia un bene di cui si possa disporre liberamente? Perché se da una parte si difende questo principio in opposizione a pratiche come il suicidio medicalmente assistito, dall'altra non si ha la stessa cautela nell'eccesso di cure che spesso imponiamo ai pazienti più fragili, in particolare ai grandi anziani. La sproporzione tra mezzi impiegati e benefici reali è una realtà quotidiana che noi clinici conosciamo molto bene.

Mi ha sempre colpito come, anche tra coloro che abbracciano il principio dell'indisponibilità della vita – nelle tradizioni cattolica, ebraica e musulmana – esistano modi profondamente umani e saggi per accogliere il "lasciar andare". Penso, ad esempio, all'"inshallah" che pronunciano alcuni pazienti di fede islamica, come gesto di affidamento: un "sia fatta la volontà di Dio" che spesso, nella mia esperienza, aiuta a sbloccare relazioni di cura incancrenite e a rimettere in moto conversazioni di fine vita che sembravano impossibili. In quei momenti, paradossalmente, si compie un atto di reale rispetto per la vita – e non la sua forzatura.

In questo senso, ho trovato particolarmente lucida l'osservazione di padre Carlo Casalone: se la vita è un dono, ma non ne è concessa alcuna disponibilità, che tipo di donatore è colui che impone senza lasciare spazio alla libertà? Verrebbe da dire: un donatore dispotico. È una logica, purtroppo, che ritroviamo anche nel modo in cui oggi si sta tentando di regolare queste scelte.

Se la vita è un dono, ma non ne è concessa alcuna disponibilità, che tipo di donatore è colui che impone senza lasciare spazio alla libertà? Verrebbe da dire: un donatore dispotico

Il disegno di legge sul suicidio medicalmente assistito sembra destinato a passare così com'è, senza modifiche, con la creazione di un comitato centrale esterno al Servizio sanitario nazionale. Trovo sinceramente inquietante che una materia così delicata venga trattata con un approccio così rigido e verticale, come un elefante in una cristalleria. Il rischio è quello di imporre una norma uniforme e monolitica, che ignora la complessità delle sensibilità e delle visioni del mondo che oggi abbiamo ascoltato.

Mi augurerei invece che il Parlamento assomigliasse di più a un "Cortile dei Gentili", uno spazio di ascolto e confronto sincero, in cui non si cerchi il compromesso al ribasso ma un diritto capace di gentilezza e ragionevolezza. È ciò che Luciano Orsi ha descritto come "consenso per intersezione": un'idea che richiama la teoria del pluralismo ragionevole di John Rawls, in cui diverse posizioni morali possono convergere su principi condivisi, pur partendo da presupposti differenti.

In un contesto eticamente pluralista come il nostro, una legge su una pratica già depenalizzata non può – e non deve – essere ridotta a una contrapposizione tribale. Deve invece garantire rispetto, libertà e possibilità di scelta, tanto a chi rivendica la disponibilità della propria vita quanto a chi ne difende l'indisponibilità. Così come uno Stato laico garantisce la libertà di culto, allo stesso modo deve assicurare – senza prevaricazioni – la libertà di decisione di ciascuno.

Da clinico, guardo con crescente preoccupazione al panorama che si sta delineando.