Adulti in cammino – anno pastorale 2021-22

**Riflessioni sulle cure palliative e sul fine-vita.**

**Canto iniziale**

Tu sei la mia vita, altro io non ho; Tu sei la mia strada, la mia verità. Nella tua parola io camminerò, finché avrò respiro, fino a quando tu vorrai. Non avrò paura sai, se tu sei con me: io ti prego, resta con me.

**Preghiera iniziale**

*Io so, Padre, che il tempo che tu mi dai è un dono sincero*

*e che diventa a tutti gli effetti il mio tempo.*

*Piccola traccia, ma indelebile e irripetibile,*

*di un'esistenza personale che attraversa la vita del mondo:*

*tu la riconosci tra mille*

*col tuo sguardo infinitamente limpido e profondo.*

*Per quanto piccola, labile e leggera sia la linea del tempo che la mia traccia percorre,*

*solido e indistruttibile è il valore di cui è segno fin dal primo istante;*

*pura l'intenzione che vi si esprime;*

*indefettibili il vincolo e la promessa che l'accompagnano.*

*In ogni istante del tempo il dono si rinnova;*

*e con esso la certezza che, anche se tutti mi abbandonassero,*

*sono desiderato almeno da te,*

*sono sommamente importante almeno per te.*

*Carlo Maria Martini, 1992*

**Dal vangelo secondo Marco** (9,38-41)

Giovanni disse al Signore Gesù: «Maestro, abbiamo visto uno che scacciava demòni nel tuo nome e volevamo impedirglielo, perché non ci seguiva». Ma Gesù disse: «Non glielo impedite, perché non c’è nessuno che faccia un miracolo nel mio nome e subito possa parlare male di me: chi non è contro di noi è per noi. Chiunque infatti vi darà da bere un bicchiere d’acqua nel mio nome perché siete di Cristo, in verità io vi dico, non perderà la sua ricompensa».

Parola del Signore. **Lode a te, o Cristo!**

Perché non sia un “discorso solo per esperti”.

Affinché sia resa gloria a Dio che ci ha donato l’intelletto, la memoria, la volontà, il sentimento.

**2. Interpretazioni inautentiche del morire: eutanasia ed esubero terapeutico**

di don *Stefano Cucchetti*, teologo moralista, in “*Il cristiano nel mondo*” (2020).

In questo contesto trova la sua retta collocazione il dibattito attuale e urgente attorno alle categorie di eutanasia e di esubero terapeutico.

**2.1 Chiarificazione dei termini in gioco: eutanasia**

 La tecnologizzazione della medicina ha creato un clima culturale spesso favorevole a forme di eutanasia. Non tutti però hanno chiaramente in testa la stessa realtà quando utilizzano questo termine.

 In antichità la parola “eutanasia” esprimeva quanto è racchiuso nella sua etimologia: essa significava “**morte bella**” e indicava **la ricerca di tutte le condizioni affinché il soggetto potesse vivere una fine degna del suo stato di uomo e cittadino**. Con l’epoca moderna il termine si è piegato al riferimento ad **un atto che procura o accelera la morte al fine di alleviare le sofferenze**. Oggi, con eutanasia intendiamo **la scelta che con un’azione o un’omissione, per struttura propria dell’atto o per deliberata intenzione del soggetto agente, procuri la morte in una persona per compassione verso la sua condizione di sofferente o di malato in stato ritenuto disumano**. Tale definizione corrisponde di fatto all’espressione autorevolmente data già nel 1980 dalla Congregazione per la Dottrina della Chiesa nel documento conosciuto come *Iura et bona*.

 Delimitato in questo modo la fattispecie dell’agire eutanasico, si ricomprendono meglio alcune terminologie che rischiano di creare confusione piuttosto che di aiutare le coscienze. Anzitutto mi sembra si debba abbandonare la distinzione, usata da alcuni autori, **tra eutanasia attiva o passiva**: la prima sarebbe intesa come l’agire di chi attivamente pone in essere un insieme di strategie che procurino la morte, mentre nel secondo caso si riconosce il movimento di chi omette o sospende un’azione in grado di impedire la morte. La definizione che abbiamo fornito sottolinea l’indifferenza etica dei due procedimenti: ciò che è discriminante è l’intenzione che muove l’agire. Se questa è diretta alla morte del malato, poco importa che la sua realizzazione avvenga attraverso una procedura posta o omessa. Ci sono azioni che per loro stessa struttura non ammettono intenzioni differenti, mentre altre sono suscettibili a diverse intenzionalità. In questo secondo caso **la direzione dell’intenzione determina la fattispecie morale. In sintesi, l’uccidere al fine di alleviare le sofferenze è sempre eutanasia, mentre il lasciar morire può esserlo, ma non necessariamente**. **Ciò dipende dall’intenzione sottesa e dalle circostanze in cui l’azione si pone**. Il termine eutanasia deve quindi riservarsi per le azioni che per natura o per intenzione dell’agente esprimono l’intenzionalità di procurare la morte. **La possibilità di sospensione di cure, anche vitali, può configurarsi quindi come legittima sospensione di atti medici sproporzionati. Sarà da comprendere cosa significhi proporzionalità dei mezzi**.

 Ulteriore distinzione da superare è quella tra eutanasia diretta ed indiretta. Nell’opinione degli autori che utilizzano questa terminologia, solo la prima si configura come un illecito morale, mentre la seconda rientra nella possibile assunzione di conseguenze in vista di una finalità positiva. Alla luce di quanto detto **solo quando l’intenzione è diretta all’uccisione si può parlare di eutanasia**. Nel secondo caso, come, ad esempio, **per la prescrizione di analgesici all’interno di una terapia del dolore consapevoli che il farmaco in questione possa abbreviare la vita, non siamo di fronte ad eutanasia**. Infatti, la somministrazione di un farmaco analgesico, nelle dosi e nei modi corretti, intende lenire il dolore, non procurare la morte. La tradizione ha elaborato una riflessione capace di articolare il legame tra l’intenzione e le conseguenze previste, ma solo tollerate: si tratta del **principio del duplice effetto**. In esso si afferma che una conseguenza negativa può essere assunta in un atto moralmente lecito sotto determinate condizioni: l’azione posta deve essere in sé buona o moralmente neutra (fornire un farmaco non è un atto negativo in sé); la volontà deve essere diretta all’effetto buono (si vuole lenire il dolore); l’effetto negativo non può essere mezzo per ottenere il fine buono (l’effetto analgesico non dipende dalla possibile riduzione della vita); ci deve essere una ragione proporzionata che giustifichi la conseguenza negativa (una seria terapia del dolore che permetta al malato di vivere consapevolmente e dignitosamente la propria condizione terminale è valore che giustifica un abbreviarsi della vita biologica).

 Un’ultima chiarificazione terminologica riguarda l’uso dell’**espressione suicidio assistito**. Si intende qui specificare la situazione in cui l’operatore non agisce in prima persona nel procurare la morte, ma fornisce al malato le conoscenze e gli strumenti affinché lui possa procedere da solo.

**2.2 Chiarificazione dei termini in gioco: esubero terapeutico**

 La pratica opposta all’eutanasia si definisce come **distanasia, o esubero terapeutico**. Utilizziamo qui il termine “esubero” rispetto al più diffuso “accanimento” per evitare l’impressione di una malizia personale del medico contro un malato. Si tratta della dilazione ad oltranza della morte attraverso l’utilizzo delle tecniche mediche e in nome di un vitalismo che difende la vita biologica ad ogni costo.

 Una simile pratica si configura come **l’applicazione al malato di mezzi sproporzionati rispetto alla propria condizione**. Il riferimento al criterio di proporzionalità chiede però di essere precisato nella pratica per non cadere in una teorizzazione formale.

Lo stesso Magistero ecclesiale ha assunto questa terminologia nel già citato documento *Iura et bona* tralasciando la più tradizionale distinzione tra mezzi ordinari e straordinari. Così il testo si esprime:

*Nel passato, i moralisti rispondevano che nessuno è mai obbligato a fare uso di rimedi “straordinari”. Questa risposta, sempre valida in linea di principio, è forse poco chiara oggi, a causa dell’imprecisione terminologica e del rapido progresso avvenuto nel trattamento della sofferenza. Così molte persone preferiscono parlare di rimedi “proporzionati” e “sproporzionati”. In ogni caso sarà possibile porre un giudizio corretto sui rimedi* ***studiando il tipo di trattamento da usare, il suo grado di complessità e rischio, il suo costo e la possibilità di accesso, e comparando questi elementi con il risultato che ci si aspetta****, considerando lo stato della persona malata e le sue forze fisiche e morali (Iura et bona, IV).*

 La classificazione tradizionale rischia evidentemente un appiattimento sull’oggettività dei mezzi considerati a prescindere dal soggetto a cui si applica-no e dalla situazione in cui ci si trova. La valutazione di proporzionalità invece coinvolge la coscienza del soggetto e non può avvenire a prescindere da questi.

 Le caratteristiche proprie dei mezzi sono assunte in un giudizio personale del soggetto, che le interpreta e le **valuta alla luce dei propri valori e del proprio bene complessivo in quanto persona**. Questa comparazione tende a promuovere condizioni di vita che, in prossimità della morte ineluttabile, *siano il più possibili corrispondenti alla dignità della persona e al suo bene integrale* (*Casalone* 2002, 543).

**2.3 La valutazione etica**

 Nel contesto che abbiamo descritto, riconosciamo sia nell’eutanasia che nell’esubero terapeutico espressioni della stessa **dinamica di fuga dall’evento del morire**. Le pressioni culturali paradossalmente a favore di entrambe queste dinamiche e la fatica a trovare equilibri condivisi all’interno di una società che si prende cura dei propri fratelli morenti, sono i segni di **un’incapacità condivisa ad assumere nel proprio vivere il momento della morte**. Il compito etico di un’interpretazione autentica del sé nel proprio morire chiede invece di **trovare un equilibrio nella ricerca di cure proporzionate**. Questo risulta il criterio fondamentale. Ciò che esce da questa linea di azione si configura come gravemente illecito in quanto non corrispondente all’altissima dignità della persona che muore. Il Magistero ribadisce questa criteriologia in modo estremamente autorevole nell’Enciclica di Giovanni Paolo II *Evangelium vitae*:

 *In conformità con il Magistero dei miei predecessori e in comunione con i Vescovi della Chiesa cattolica, confermo che l’eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è tra-smessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale. […]*

*Da essa [l’eutanasia] va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto “accanimento terapeutico”, ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia (EV 65).*

 La ricerca di cure proporzionate fornisce una **criteriologia minima**, utile a regolare i confini oltre cui la libertà comunque si perde. Anzitutto ogni mezzo sperimentale è lecito con il consenso del paziente, nel caso però non si abbiano altre terapie a disposizione o comunque la sperimentazione non contrasti con una terapia in corso. L’uso di questi mezzi deve essere sempre sospendibile su valutazione del paziente o dei familiari. Nell’imminenza e nella certezza della morte è lecito rinunciare a qualunque trattamento ritenuto eccessivo senza però interrompere le cosiddette cure normali dovute ad ogni persona.

 Al di là di questi paletti minimi, la valutazione di proporzionalità si consegna al dovere della coscienza del malato di una valutazione oggettiva. Gli elementi che non possono essere persi sono evidentemente le condizioni reali in cui il soggetto si trova, i dati attorno all’atto medico in questione (costo, reperibilità, efficacia, ecc.), la consapevolezza delle proprie capacità psico-fisiche, la considerazione di coloro che sono prossimi, la propria visione di vita e i propri valori. Ovviamente non si tratta di una somma algebrica: **la considerazione di tutti i dati non garantisce ancora l’autenticità della decisione che ne viene**. La garanzia di autenticità corrisponde invece alla qualità della coscienza che raccoglie gli elementi e decide. Si esprime qui il legame tra l’evento del morire della persona e l’intero della sua vita. **Difficilmente una coscienza che si è abituata a forme inautentiche nel corso della sua vita potrà essere in grado di esprime un giudizio oggettivo di fronte ad un passo così importante. È allora necessario formare e custodire coscienze** capaci di giudizi oggettivi. Ciò è possibile solo in un’autenticità del vivere che ne riconosca ed esprima i caratteri relazionali e trascendenti. La vita diventa paratio ad mortem.

**2.4 Questioni aperte: le “cure normali” e le direttive anticipate di trattamento**

 Concludendo, accenno soltanto a questioni che rimangono aperte nel dibattito etico, soprattutto a seguito di recenti fatti di cronaca.

 Si è visto, nella criteriologia minima fornita, che la sospensione di ogni terapia non ammette però la sottrazione al morente delle **cure normali che sono dovute ad ogni persona**. Il problema riguarda casi in cui queste cure, **come l’idratazione e l’alimentazione**, vengono svolte in un contesto di ospedalizzazione e di procedura tecnica. La questione appare complessa e mi limito qui ad elencare alcuni elementi che non possono essere persi di vista. Il prendersi cura di un malato è risposta alla sua dignità e questa, oggettivamente riconosciuta, è criterio per definire la correttezza di ogni pratica. Le procedure di idratazione e alimentazione artificiale non possono essere giudicate negativamente in nome dell’artificialità: si è più volte visto come la tecnica sia parte del normale agire. Per di più le procedure attualmente utilizzate non appaiono particolarmente invasive nei confronti del soggetto.

 D’altra parte, come ha riconosciuto anche la Congregazione per la Dottrina della Fede in alcune risposte ai vescovi americani nell’agosto del 2007, si possono dare casi in cui l’accessibilità a simili strumenti sia impossibile, oppure la finalità propria di queste procedure non sia più realizzabile, o, casi in cui «l’alimentazione e l’idratazione artificiali possano comportare per il paziente un’eccessiva gravosità o un rilevante disagio fisico legato, per esempio, a complicanze nell’uso di ausili strumentali» (Congregazione per la Dottrina della Fede 2007, Nota di Commento). In questo senso non possiamo dire di essere di fronte a diritti assoluti di ogni uomo, quali ad esempio al cibo e all’acqua: la non accessibilità di alcune regioni della terra al cibo e all’acqua non giustifica la fame o la sete, ma impone a tutti il dovere grave di fornire il dovuto.

 Allo stesso modo l’Associazione dei Medici Cattolici Italiani, nella sezione di Milano, ha emesso un documento nel 2009, in cui si riconosce l’esistenza di casi in cui le pratiche di idratazione e alimentazione possono presentare una **reale gravosità per il malato**. Tale gravosità è necessario che tenga conto delle condizioni peculiari di ogni ammalato, delle sue forze fisiche e morali perché non si rischi, in alcune situazioni, in modo poco prudente, di richiedere comportamenti che risultino eroici. In queste circostanze, tali interventi, ci sembra, non sarebbero più forma concreta del prendersi cura dell’altro (Associazione dei Medici Cattolici Italiani - Sezione di Milano 2009).

 La considerazione di questi elementi richiede **un incremento della riflessione etica su questo tema che si liberi sia dall’eccessiva vicinanza emotiva a casi particolari, sia dall’ideologizzazione delle posizioni**.

 Ulteriore questione di recente dibattito riguarda le **direttive anticipate di trattamento** (DAT). Si tratta di strumenti giuridici con i quali si cerca di **riempire il vuoto decisionale che si crea in situazioni di incoscienza di un paziente, incapace quindi a partecipare alle scelte terapeutiche che lo riguardano**. Le terminologie con cui si definiscono questi atti sono molteplici: living will, testamento biologico, carte di autodeterminazione del malato. Nella discussione attorno a questo tema si deve riconoscere anzitutto che questi sono **strumenti che devono rimanere subordinati al fine che li determinano**, e cioè la possibilità di un’autentica partecipazione al proprio morire anche in condizioni estreme. Per questo non sarebbero comunque legittime espressioni anticipate che fuggano dal morire nelle forme dell’eutanasia o dell’esubero terapeutico.

 Certamente le esigenze che muovono la ricerca di strumenti utili in questa direzione appaiono positive: l’espressione di una responsabilità decisionale; la possibilità di garantire a tutti il legittimo consenso alle cure; l’occasione di una riflessione sulla propria finitezza. Si devono però riconoscere anche vistosi limiti, quali l’indeterminatezza di molti formulari e la fatica ad articolare per via giuridico-legale il dialogo tra l’opinione del medico e quella del malato. La recente legislazione italiana (lg 219/2017) ha raccolto queste istanze regolamentando lo strumento delle DAT all’interno del più ampio quadro di un dialogo tra paziente, familiari ed équipe medica che si formalizza in un consenso (eventualmente anche anticipato) ai trattamenti medici.

**3. Quasi una conclusione: vivere la propria morte**

 Vivere la propria morte: sembra un gioco di parole eppure è un imperativo estremamente serio oggi. Si è visto come la possibilità di un’opzione morale autentica nei confronti del morire sia possibile solo nelle condizioni di una vita oggettivamente orientata al bene. Questo chiede **una formazione della coscienza che sia aperta alla consapevolezza della finitezza, in un contesto relazionale e trascendente**. Ciò può sembrare strano nella nostra epoca in cui la potenza della tecnica offusca la limitatezza della persona vivente, in cui persino il linguaggio ecclesiale sembra avere semplicisticamente rimosso la semantica legata ad un apparecchio alla morte correndo a volte anche il rischio di retoriche vitalistiche. Eppure la tradizione spirituale della Chiesa anche contemporanea ci consegna la testimonianza altissima di uomini e di donne che hanno saputo vivere co-scientemente il proprio morire, preparandosi ad esso. L’ascolto critico di queste voci sembra possa essere una fonte importante per comprendere cosa voglia dire formazione delle coscienze in questo campo. Ecco perché ci piace concludere la nostra riflessione con alcuni passaggi di un testo altissimo.

Si tratta del celebre “**Pensiero alla morte” di Paolo VI**:

«Tempus resolutonis meae instat»

È giunto il tempo di sciogliere le vele (2Tim. 4,6) «Certus quod velox est depositio tabernaculi mei»

Sono certo che presto dovrò lasciare questa mia tenda (2Petr. 1,14) «Finis venit, venit finis»

La fine! Giunge la fine (Ez. 2,7)

Questa ovvia considerazione sulla precarietà della vita temporale e sull’avvicinarsi inevitabile e sempre più prossimo della sua fine si impone. Non è saggia la cecità davanti a tale immancabile sorte, davanti alla disastrosa rovina che porta con sé, davanti alla misteriosa metamorfosi che sta per compiersi nell’essere mio, davanti a ciò che si prepara.

Vedo che la considerazione prevalente si fa estremamente personale: io, chi sono? che cosa resta di me? dove vado? e perciò estremamente morale: che cosa devo fare? quali sono le mie responsabilità?

E vedo anche che rispetto alla vita presente è vano avere speranze; rispetto ad essa si hanno dei doveri e delle aspettative funzionali e momentanee; le speranze sono per l’al di là.

E vedo che questa suprema considerazione non può svolgersi in un monologo soggettivo, nel solito dramma umano che al crescere della luce fa crescere l’oscurità del destino umano; deve svolgersi a dialogo con la Realtà divina, donde vengo e dove certamente vado; secondo la lucerna che Cristo ci pone in mano per il grande passaggio.

Credo, o Signore. […]

Quanto a me vorrei avere finalmente una nozione riassuntiva e sapiente sul mondo e sulla vita: penso che tale nozione dovrebbe esprimersi in riconoscenza: tutto era dono, tutto era grazia; e com’era bello il panorama attraverso il quale si è passati; troppo bello, tanto che ci si è lasciati attrarre ed incantare, mentre doveva apparire segno e invito.

Ma, in ogni modo, sembra che il congedo debba esprimersi in un grande e semplice atto di riconoscenza, anzi di gratitudine: questa vita mortale è, nonostante i suoi travagli, i suoi oscuri misteri, le sue sofferenze, la sua fatale caducità, un fatto bellissimo, un prodigio sempre originale e commovente, un avvenimento degno d’essere cantato in gaudio e in gloria: la vita, la vita dell’uomo!

Né meno degno d’esaltazione e di felice stupore è il quadro che circonda la vita dell’uomo: questo mondo immenso, misterioso, magnifico, questo universo dalle mille forze, dalle mille leggi, dalle mille bellezze, dalle mille profondità. È un pano-rama incantevole. […]

E poi un atto, finalmente, di buona volontà: non più guardare indietro, ma fare volentieri, semplicemente, umilmente, fortemente, il dovere risultante dalle circostanze in cui mi trovo, come Tua volontà.

Fare presto, fare tutto, fare bene. Fare lietamente: ciò che ora Tu vuoi da me, anche se supera immensamente le mie forze e se mi chiede la vita. Finalmente, a quest’ultima ora. Curvo il capo ed alzo lo spirito. Umilio me stesso ed esalto Te, Dio, «la cui natura è bontà» (S. Leone). Lascia che in questa ultima veglia io renda omaggio, a Te, Dio vivo e vero, che domani sarai il mio giudice, e che dia a Te la lode che più ambisci, il nome che preferisci: sei Padre.

*papa Paolo VI, 1978.*

dal minuto 24:45 al 47:34

**Roberto Mordacci,** *preside della Facoltà di Filosofia; filosofo morale; bioeticista.*

dal minuto 51:36 al 1:12:54

**Augusto Caraceni,** *neurofisiologo; neurologo; direttore della struttura di cure palliative dell’Istituto nazionale dei tumori di Milano; insegna cure palliative in Norvegia e nella università degli studi di Milano.*

Le cure palliative hanno a che fare con il fine-vita.

Controllo dei sintomi

Multidisciplinari

Contesto familiare

Non hanno come fine la guarigione o la morte.

Il “dolore totale”.

Carattere caritativo saldato con quello scientifico-medico.

1. Valorizzazione della soggettività del malato, per conoscere e studiare il sintomo soggettivo.

2. Valorizzazione di quel percorso della fase finale della vita, caratterizzato della sconfitta della medicina… e la medicina che si estende anche oltre alla fase curativa.

Multidimensionalità della sofferenza, quindi multidimensionalità e multiprofessionalità dell’intervento delle cure palliative.

“Importi perché sei tu e sei importante fino al termine della tua vita”.

Contro l’abbandono terapeutico e l’accanimento terapeutico.

Affinché non si arrivi a desiderare anzitempo l’abbandono della vita.

Non negano che la morte è parte naturale della evoluzione delle malattie.

Stile della medicina e dei medici.

Sedazione terminale; sospendere ciò che non serve alla cura; inappropriati interventi.

dal minuto 1:15 al 1:40:47

**padre Carlo Casalone,** *medico; teologo; membro della Pontificia Accademia per la Vita; docente di Teologia morale alla Pontifica Università Gregoriana di Roma.*

Dialogo e ascolto. Anche su posizioni differenti.

Ricerca di ciò che è giusto e di ciò che è buono: diritto e etica, in ascolto e collaborazione.

Si coordinano nella “cultura”: i costumi, l’ethos condiviso che storicamente caratterizzano le forme concrete, pratiche, teoriche della vita di un popolo, in cui si articolano i significati fondamentali dell’esistenza: vivere, morire, soffrire… comuni a tutti gli esseri umani.

Il giuridico è una delle forme della cultura. Non va sovrastimato: è il frutto del costume, non anzitutto la causa. Il buono è implicato nel giusto.

Nella società cercano di coabitare diverse visioni: è un elemento del bene comune che vi sia sintonia tra le varie componenti.

Anche la medicina non è fuori dalla cultura.

Concentrarsi sull’organismo, più della persona che vive la malattia.

Asseconda la mentalità del portarsi sempre avanti nel “progresso scientifico”… che è un buon approccio dal punto di vista metodologico (superare il limite), ma non funziona se si pone sul livello ontologico: cioè si pensa che non bisogna avere limiti, si cerca di spostarli, addirittura si vuole toglierli.

Ecco allora che la medicina non vuole accogliere il limite che la malattia pone… e così la cronicizza. Viviamo più a lungo sì, ma conviviamo di più con la malattia (polipatologie).

Nuovo rapporto con la malattia, dato dalle cure palliative, che si configurano come un ulteriore modo di prendersi cura del malato (anche quando si arrendeva).

In questa cultura la presenza e la testimonianza della Chies: anch’essa immersa nel tessuto culturale e partecipa al dibattito politico, culturale, sociale nel quale è immersa. Il contributo dei credenti si dà dentro il contesto, e non sopra, come se i credenti possedessero una verità a priori. e nemmeno sta sotto, come se fosse una opinione estranea al contesto.

I credenti non sono controparte, ma componente della società. Il contributo dei cristiani: testimonianza di quella forma di essere umani presente nel vangelo di Gesù. Credendo alla portata universale che questa rivelazione porta.

Elaborare alcuni criteri, tra i vari snodi giuridici.

Consenso informato: permettere la sospensione di qualsiasi trattamento che venga trovato sproporzionato dalla persona, dando attualmente il proprio consenso o dandolo ora per allora, quando io non potrò più decidere. Valutare la proporzionalità dei mezzi, alla luce della mia posizione di paziente.

Corpo personale e corpo sociale. L’esercizio della mia libertà può avvenire solo in una dinamica relazionale.

La mia libertà si radica in un contesto di relazioni: anzitutto, la vita e la libertà io le ricevo. Esercito la libertà in quanto anzitutto la ricevo, una iniziativa altrui che mi costituisce.

La decisione sul mio corpo non è solo mai, certamente anche mia. Io dipendo dalla originaria indisponibilità.

Interdipendenza e responsabilità comune.

Io do consenso all’altro, perché ho anzitutto fiducia. Senza fiducia non mi oriento al senso.

La vita umana non è riconducibile all’azione su un oggetto (il mio corpo).

La capacità decisionale di alcuni pazienti è limitata. In nome della autodeterminazione si arriva a comprimere lo spazio effettivo della libertà di chi è debole.

Non si tratta di mercanteggiare il minimo possibile, bensì una complessiva elaborazione, il più possibile condivisa, affinché cresca la coscienza comune, dalle iniziali divergenze verso una possibile convergenza, che faccia il bene di tutto il tessuto sociale.

**Preghiera finale**

*Tu sai bene, mio Dio, che spesso gli eventi del tempo ci allontanano da te.*

*Eventi a volte difficili e al limite delle mie capacità di volere e di intendere.*

*Quando la durezza degli accadimenti mi turba,*

*quando la tua apparente distanza mi ferisce e mi svuota,*

*allora le forze mi abbandonano e la speranza si indebolisce fino a venire meno.*

*In quei momenti sono molto fragile ed esposto alla tentazione.*

*La tentazione di cedere all'angoscia del tempo che mi sfugge,*

*dove l'immagine di una fine che incombe inesorabile*

*prevale su quella del compimento che si avvicina.*

*Invece di affrontarla e di vincerla, sono tentato di rimuovere l'angoscia*

*con l'ossessiva cura del mio corpo,*

*con la fuga dalla povertà e dalla malattia dell'altro,*

*con lo stordimento dei sensi e l'indurimento del cuore.*

*Non vedo più nulla alle spalle della mia nascita, nulla di decisivo nella vita*

*e non scorgo più nulla oltre la mia morte.*

*Carlo Maria Martini, 1992*

**Canto finale**

Tu sei la mia forza, altro io non ho. Tu sei la mia pace, la mia libertà. Niente nella vita ci separerà: so che la tua mano forte non mi lascerà. So che da ogni male tu mi libererai e nel tuo perdono vivrò.