

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BOLOGNA

DOTTORATO DI RICERCA IN BIOETICA

CICLO XIX

Tesi di

Matteo Galletti

***Intendere la morte, alleviare il dolore.
Dilemmi etici alla fine della vita***

Coordinatore

Chiar.ma Prof.ssa Carla Faralli

Tutor

Chiar.mo prof. Giorgio Bongiovanni

a.a. 2005-2006

Indice

1. INTRODUZIONE. LE “ZONE GRIGIE” DEGLI INTERVENTI DI FINE VITA.....	3
1.1	Decisioni di fine vita..... 3
1.2	Le zone grigie delle decisioni di fine vita 8
1.3	Due sentenze sul doppio effetto 17
2. IL CONTROLLO DEL DOLORE E L’ACCELERAZIONE DELLA MORTE. IL DUPLICE EFFETTO E LA SUA GIUSTIFICAZIONE MORALE	26
2.1	Il doppio effetto e la somministrazione di analgesici in fase terminale 26
2.2	Il principio dell’intenzione..... 34
2.3	Intenzioni dirette e intenzioni indirette. Il modello desiderio-credenza..... 37
2.4	Intenzioni, piani, impegni 51
2.5	Interludio: il rapporto tra mezzi, fini e intenzioni 58
2.6	La distinzione tra mezzi ed effetti collaterali. Il ruolo delle intenzioni 70
2.7	La responsabilità morale e la DDE 73
2.8	Siamo responsabili degli effetti collaterali delle nostre azioni?..... 78
2.9	Intenzioni, deontologismo, assolutismo morale..... 82
2.10	L’appello ai doveri come alternativa alla DDE..... 86
2.11	Intenzioni, azioni, giudizi di biasimo: una questione di virtù? 94
2.12	La condizione di proporzionalità e la scelta tra mali. Eutanasia e doppio effetto.... 102
3. LA SEDAZIONE TERMINALE E L’EUTANASIA MASCHERATA	110
3.1	La sedazione profonda e continua: un’eutanasia mascherata?..... 110
3.2	La moralità di sospendere/non-iniziare trattamenti di prolungamento della vita..... 113
3.3	I due poli: la sedazione terminale come alternativa all’eutanasia e la sedazione terminale come eutanasia 115
3.4	L’argomento del corso della natura..... 122
3.5	Il ruolo causale del medico. Alcune chiarificazioni preliminari 125
3.6	Cause plurali e complesse. Condizioni e interessi 131
3.7	La “fallacia artefattuale” e la moralizzazione delle cause..... 137
3.8	Morti naturali, morti indotte vs. morti giustificate, morti ingiustificate 141
3.9	Interludio: natura vs. artificio..... 145
3.10	Morti giustificate? Rinunciare a trattamenti straordinari, sproporzionati o futili 149
3.11	L’alimentazione e l’idratazione artificiali possono essere trattamenti sempre proporzionati? 160
3.12	Una distinzione senza differenza? Interruzione/non-inizio di trattamenti ed eutanasia..... 164
4. IL CONTRIBUTO DELLA PSICOLOGIA MORALE E LA RIABILITAZIONE DELLE DISTINZIONI TRADIZIONALI	166
4.1	Strutture morali di fondo..... 166
4.2	L’integrità morale come identità morale. L’idea di moralità professionale..... 169
4.3	La natura della medicina e l’interruzione della vita..... 174
4.4	Doveri, emozioni e integrità morale professionale. Una riabilitazione delle distinzioni tradizionali? 182
BIBLIOGRAFIA.....	192

1. Introduzione.

Le “zone grigie” degli interventi di fine vita

1.1 DECISIONI DI FINE VITA

Il movimento delle cure palliative sta oggi vivendo un duplice destino. Da una parte si sta diffondendo in modo sempre più radicato la percezione che il dolore nella fase terminale sia per lo più un dolore inutile, da combattere e sconfiggere con i mezzi a disposizione qualora esso raggiunga vette così alte da mettere in seria discussione la qualità della vita del paziente, oppure quando è il paziente stesso che giudica non più tollerabile tale sofferenza. Per questo motivo, nella pratica e nella letteratura in materia si può registrare un’ampia convergenza sulla loro utilità e sulla necessità che vengano promosse anche a livello politico, con la loro integrazione nei sistemi sanitari nazionali. Le cure palliative sono oggi ritenute essenziali, anche se il controllo del dolore terminale non è il loro unico obiettivo. In realtà, l’intervento antalgico costituisce soltanto una parte delle cure palliative, che consistono più in generale in un “prendersi cura” totale del paziente e non si limitano quindi al controllo del dolore fisico. Qui interviene l’altro aspetto delle cure palliative, l’aspetto che in certi casi solleva alcuni problemi. Le cure palliative, per questa loro vocazione a mettere al centro dell’attenzione il paziente nella sua totalità, con i suoi sintomi fisici ma anche con i suoi bisogni in senso più lato, si propongono di avere come obiettivo la “qualità della vita” del paziente, piuttosto che il prolungamento dell’esistenza attraverso l’impiego della tecnologia medica disponibile.

Questo aspetto traspare in modo chiaro nell’autorevole definizione di “cure palliative” stabilita dall’Organizzazione Mondiale della Sanità:

Le cure palliative consistono nella cura totale attiva dei pazienti la cui malattia non risponde più ai trattamenti terapeutici. Il controllo del dolore, di altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è di vitale importanza. L’obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita possibile per i pazienti e per le loro famiglie¹.

¹ World Health Organization, *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, WHO, Geneva 1990, p. 11.

Le cure palliative, in buona sostanza, possono richiedere di non fare niente per prolungare la vita in modo non necessario o per tenere artificialmente in vita il paziente con trattamenti straordinari. Sebbene questo aspetto concordi con il rifiuto dell'accanimento terapeutico, che sembra divenuto uno dei punti di convergenza tra bioetiche laiche e bioetiche religiose – seppure sia un concetto altamente indeterminato –, per altri versi esso può ingenerare il timore che le cure palliative si identifichino con una specie di abbandono terapeutico. Inoltre la scelta dell'aggettivo “palliativo” per designare questo tipo di cure ingenererebbe nell'opinione pubblica l'idea che questi interventi, soprattutto quando attuati alla fine della vita, siano “inutili”.

La connessione tra cure palliative e salvaguardia della qualità della vita del paziente, anche a costo di non impegnarsi attivamente per la sua sopravvivenza, è l'aspetto problematico del rapporto ormai riconosciuto tra cure palliative e decisioni di fine vita.

Il chiarimento di questo rapporto è importante, anche perché l'identificazione che è stata più volte suggerita tra cure palliative e cure di fine vita viene sempre più contestata. In particolare modo si sottolinea che l'atteggiamento che caratterizza le cure palliative (il “prendersi cura” del paziente nella sua totalità) dovrebbe accompagnare l'intero processo terapeutico, a partire dal momento stesso della diagnosi, e terminare addirittura oltre il decesso, nella forma di aiuto all'elaborazione del lutto da parte dei familiari del pazienti². Sebbene quindi le cure palliative non debbano essere esclusivamente cure di fine vita, esse toccano tangenzialmente il complesso di decisioni che possono essere definite come “decisioni di fine vita”.

Cosa si intende per “decisioni di fine vita”? Una possibile definizione suggerisce che con decisioni di fine vita si indichi un insieme di scelte complesse e non lineari, volte a privilegiare la qualità di vita piuttosto che il prolungamento della sopravvivenza³. In questo senso cure palliative e decisioni di fine vita condividono la centralità della qualità della vita come scopo centrale dell'intervento medico. L'uso del concetto di qualità della vita può risultare però problematico. È ormai un punto assodato

² S.H. Ahmedzai *et al.*, *A New International Framework for Palliative Care*, “European Journal of Cancer”, 40 (2004), pp. 2192-2200.

³ D.E. Weissman, *Decision Making at a Time of Crisis Near the End of Life*, “Journal of American Medical Association”, 292 (2004), pp. 1738-1743.

il fatto che fornire una *sola* definizione di “qualità della vita”, che possa valere in assoluto, sia un problema ancora controverso. Il punto di vista interno di chi valuta la propria vita determina un giudizio soggettivo sulla qualità della propria esistenza, dipendente da assunti morali e metafisici, e perciò aperto ad una pluralità di definizioni. Anche quando ci si trovasse d'accordo su un insieme di fini che gli esseri umani devono realizzare nel corso della loro vita, le vie praticabili che portano alla realizzazione di questi scopi possono essere molteplici⁴. Almeno che non si abbracci l'ideale di un bene intrinseco della natura umana e della sua dignità, a cui le azioni devono conformarsi – anche riguardo alle vie da percorrere per realizzare questo bene – il punto di vista soggettivo non può essere considerato meramente *descrittivo*. Del resto, prendere sul serio la sfida di ridare centralità al paziente, ai suoi bisogni e ai valori che egli fa suoi, significa prendere sul serio questo punto di vista soggettivo e considerarlo *prescrittivo* rispetto ai comportamenti da adottare⁵. Questo perché la qualità della vita viene giudicata dal titolare di quella vita in base a standard e piani prospettici che incorporano valori fondamentali e rispecchiano le relazioni con il mondo che egli intrattiene e grazie a cui la vita può possedere un certo valore. Ignorare questi giudizi può significare tradire l'impegno più profondo verso il mondo e verso il significato della vita che il paziente – esplicitamente o in modo irriflesso – considera radicato nella sua visione attuale della qualità della propria esistenza.

Preso atto delle molteplici definizioni della qualità della vita, mantenere una definizione di decisioni di fine vita come quella proposta può presentare alcune difficoltà. Prima di tutto, l'accento posto dalle cure palliative sulla qualità della vita è spesso associato all'idea che la palliazione abbia lo scopo di accompagnare il morente sino alla fine, costituendo così una “zona franca” o una sfera protetta rispetto alla possibilità di porre fine alla sua vita, in modo commissivo o omissivo, su richiesta del paziente stesso, qualora egli giudichi che la sua esistenza non possieda un'adeguata qualità. Questa idea è riassunta nella celebre frase secondo cui le cure palliative intendono preservare tale qualità, senza anticipare né ritardare la morte del paziente. Ma se i giudizi di qualità della vita sono comunque importanti in questa prospettiva, hanno

⁴ Cfr. ad es. E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari 1999, pp. 104-105.

⁵ Per una visione diversa, che subordina la descrittività dei giudizi soggettivi di qualità della vita alla prescrittività dei giudizi oggettivi di dignità della vita, cfr. Cfr. D. Birnbacher, *Quality of Life – Evaluation or Description?*, “Ethical Theory and Moral Practice”, 2 (1999), p. 30.

una funzione prescrittiva e sono aperti ad una pluralità di interpretazioni, che possono prevedere anche la richiesta che la morte venga anticipata, allora si può creare una vera e propria tensione tra una buona pratica delle cure palliative e le decisioni di fine vita interpretate nel senso suggerito.

Dovremmo optare per una definizione di decisioni di fine vita che si limiti a tutti quegli interventi di anticipazione della morte che, secondo il giudizio del paziente, sono il modo più giusto di onorare i suoi giudizi soggettivi di qualità della vita? Una tale definizione sarebbe ancora una volta problematica. Infatti, sembra dubbio che le “decisioni di fine vita” possano essere ristrette a solo questi interventi. Per fare un esempio, le direttive anticipate sono oggi considerate sempre più uno strumento valido affinché lo staff medico possa prendere decisioni di fine vita in accordo con i desideri e le preferenze del paziente, che egli non può più esplicitare a causa delle sue condizioni cliniche. Il contenuto delle direttive anticipate non si limita però alla espressione di preferenze sull'interruzione di cure di prolungamento della vita non desiderate ma comprende una gamma più vasta, che può includere anche preferenze sull'assistenza spirituale, sulle modalità del trattamento del cadavere e sull'eventuale donazione di organi ai fini del trapianto. Si potrebbero discriminare queste ultime decisioni, indicandole come “decisioni che riguardano la pianificazione dell'assistenza” e distinguerle così dalle decisioni di fine vita. Ma una tale distinzione potrebbe rivelarsi eccessivamente artificiosa; del resto è innegabile che, a prescindere dal momento in cui viene formulata la dichiarazione anticipata, tutte queste siano preferenze che riguardano la fine vita e possono dare luogo a decisioni.

Ma ad esempio come considerare l'eutanasia? Essa è indubbiamente un intervento che anticipa la morte – anzi, questo potrebbe essere un eufemismo, in quanto l'eutanasia equivale a porre fine alla vita umana – ma vi è un'ampia convergenza nel ritenere che debba essere esclusa dalle direttive anticipate. A livello descrittivo essa rientra però nell'ambito delle decisioni di vita; la discussione sulla sua legittimità morale riguarda la *giustificabilità* di inserire tale pratica tra le decisioni *lecite* di fine vita.

Sembra quindi che la soluzione più promettente sia quella di includere sotto l'etichetta “decisioni di fine vita” *anche* quelle decisioni che contemplan l'intenzionale anticipazione della morte (per omissione o per azione), su richiesta del paziente o in

accordo con desideri precedenti da lui espressi o in relazione al parere dei familiari e degli intimi, qualora il paziente non sia più in grado di esprimere un orientamento e non abbia lasciato alcuna dichiarazione scritta. Sarà poi compito della riflessione bioetica e morale vagliare quali di queste decisioni siano anche decisioni *lecite*. Tale soluzione deve però compiere anche un altro passo, riconoscendo la tensione che si può creare tra cure palliative e decisioni di fine vita in questo senso più ampio.

Come detto il nucleo principale delle cure palliative rifiuta ogni forma di abbreviamento intenzionale della vita umana, sebbene manifesti l'esigenza di non fare niente che prolunghi oltre il necessario l'esistenza umana. Il movimento delle cure palliative si è sempre contraddistinto come fortemente critico verso l'imperativo tecnologico che contraddistingue la medicina moderna, per cui è lecito fare tutto ciò si può fare e quindi è lecito prolungare la vita finché è possibile con tutti i mezzi tecnologici a disposizione. Ma le cure palliative sono anche un'alternativa ai movimenti che richiedono la legalizzazione dell'eutanasia come argine alla medicalizzazione della medicina e all'accanimento terapeutico. L'eutanasia sarebbe quindi un'opzione incompatibile con la buona cura palliativa, in quanto “[I]a vita, anche la vita del morente, è [...] essenzialmente un pellegrinaggio. Nessun medico o infermiere può mai essere capace di decidere quando il pellegrinaggio sia giunto alla fine”⁶.

In questo quadro, l'accettazione della morte non può mai equivalere alla decisione di porre fine alla vita; il presupposto che sembra implicito è che nel momento in cui si pone attivamente fine alla vita umana si opera un'anticipazione intenzionale della morte, mentre quando si decide di non iniziare o di sospendere una cura tesa soltanto a prolungare la vita senza contribuire alla sua qualità si lascia che la natura faccia il suo corso e si permette alla morte di avvenire in modo naturale. Questo è sostanzialmente uno dei modi in cui è stata fondata la distinzione tra uccidere e lasciare morire o, come viene chiamata tradizionalmente la distinzione, tra “eutanasia attiva” e “eutanasia passiva”. Questa seconda formulazione è oggi quasi interamente abbandonata, sebbene abbia avuto la sua fortuna storica dopo la pubblicazione del saggio di James Rachels sull'argomento negli anni Settanta dello scorso secolo⁷. Oggi si preferisce parlare di una

⁶ R. Jansen, *Palliative Care. Concepts and Ethics*, Nijmegen University Press, Nijmegen 2001, pp. 169-171. Per il rapporto tra cure palliative ed eutanasia, si veda l'interessante articolo M.A. Hermsen, H. ten Have, *Euthanasia in Palliative Care Journals*, “Journal of Pain and Symptom Management”, 23 (2002), pp. 517-525.

⁷ J. Rachels, *Active and Passive Euthanasia*, “New England Journal of Medicine”, 292 (1975), pp. 78-80.

distinzione tra “eutanasia” e “sospensione o non-inizio delle cure” e così impostata la distinzione è effettivamente più intelligibile. Infatti, i termini “eutanasia attiva” e “eutanasia passiva” sembrano suggerire una sovrapposizione con la coppia “azione” ed “omissione”; tuttavia, sospendere la respirazione artificiale (una forma di eutanasia passiva) sembra dal punto di vista descrittivo una vera e propria azione. Inoltre, mantenere la qualifica di “eutanasia” per entrambi i comportamenti è in contraddizione con quelle visioni – come quella delle cure palliative – che rifiutano con decisione l’eutanasia, ma accettano che la decisione di non impiegare mezzi per prolungare la vita oltre il necessario. Chi sostiene queste visioni, potrebbe effettivamente avere difficoltà a descrivere la propria tesi come l’accettazione di una particolare forma di eutanasia⁸.

1.2 LE ZONE GRIGIE DELLE DECISIONI DI FINE VITA

Non iniziare o sospendere un trattamento medico non sembra quindi costituire un abbreviamento *intenzionale* della vita umana, al contrario di un’eutanasia attiva che consista nell’iniezione di una sostanza letale con l’intenzione di produrre la morte del paziente. Perché non è intenzionale? Generalmente si possono sostenere due tesi (anche combinate tra loro): (1) La morte del paziente non è effetto di ciò che il medico fa, ma del decorso naturale della patologia da cui è affetto il paziente: se viene sospesa la respirazione artificiale, il paziente morirà *a causa* dell’insufficienza respiratoria a cui i macchinari ponevano un rimedio – e questo è l’argomento del corso della natura a cui si è già accennato; (2) Il medico che sospende o non inizia un trattamento non intende abbreviare la vita del paziente o accelerarne la morte, ma intende soltanto sospendere un mezzo straordinario, sproporzionato o futile oppure soltanto di rispettare le preferenze (lecite) del paziente che ha chiesto la sospensione della cura⁹. La morte del paziente è un effetto collaterale, previsto ma non inteso, di questa azione.

⁸ Per l’esigenza di mantenere il concetto di “eutanasia” per indicare la sola eutanasia attiva volontaria, cfr. E. Montero, *L’eutanasia è un diritto? Autonomia, dignità, pluralismo*, “Studi cattolici”, 43 (2000), p. 165.

⁹ Chiaramente onorare le preferenze del paziente è concepibile solo se preventivamente sia stata stabilita la liceità morale della richiesta di sospensione delle cure. Come si vedrà, la discussione sulla definizione di quando un mezzo sia straordinario, sproporzionato o futile è ancora aperta. Generalmente si sostiene che un mezzo è tale quando, pur prolungando la vita, non riesce a migliorarne la sua qualità. Ma si capisce bene come siano vaghi questi giudizi, almeno che non si definisca con precisione cosa si intenda per “qualità della vita”.

In questo modo, si può ritenere *lecita* una decisione di fine vita che in qualche modo provoca la morte – come la sospensione o il non-inizio di una cura – in ragione del fatto che la causa reale della morte è la patologia e/o la morte non è conseguenza intenzionale dell’azione del medico. In questo modo una particolare decisione di fine vita può essere coerente con i fondamenti etici delle cure palliative. Diversamente, l’incompatibilità tra palliazione ed eutanasia è data dal fatto che (1) nell’eutanasia la morte viene provocata dall’azione del medico che somministra l’iniezione letale; (2) nell’eutanasia il medico intende la morte del paziente.

Queste differenze tracciano una linea tra atti leciti e atti illeciti e ciò è necessario se si vuole da una parte evitare forme di accanimento terapeutico e dall’altra mantenere salda una norma morale che vieta ai medici di procurare attivamente la morte ai loro pazienti. Tuttavia l’applicazione della cosiddetta terapia antalgica ha generato molto spesso altre zone grigie, in cui l’azione del medico, apparentemente lecita, dà luogo all’effetto indesiderato dell’accelerazione della morte del paziente¹⁰.

Sono esempi tradizionali, molto discussi in letteratura, e riguardano soprattutto la somministrazione di farmaci analgesici per controllare il dolore nella fase terminale di una malattia tumorale. Quando il dolore diviene particolarmente acuto vengono generalmente utilizzati farmaci oppioidi forti, come la morfina, il Fentanyl o la Meperidina, che oltre ad assolvere il proprio compito analgesico possono indurre effetti collaterali indesiderati. Tra questi effetti vengono generalmente indicate la depressione respiratoria, che porta alla morte del paziente e il rischio di assuefazione (il cosiddetto “effetto tetto”), che richiede la somministrazione di dosi progressivamente sempre più alte, perché si possa adeguatamente combattere il dolore. In questo secondo caso, da taluni chiamata somministrazione “piramidale” di analgesici, si giungerebbe ad una dose talmente alta che oltre che a lenire il dolore provocherebbe anche la morte del paziente.

La giustificazione della somministrazione di analgesici con doppio effetto si fonda tradizionalmente sulla già citata distinzione tra effetti intesi e effetti previsti ma non voluti. Un medico che cerca di controllare il dolore del paziente può prevedere che la somministrazione di farmaci analgesici porterà ad accelerare la morte del paziente e

¹⁰ Per un inquadramento dell’analgesia e della sedazione terminale nell’ambito delle decisioni di fine vita cfr. L.H.D.J. Booij, *End-of-Life Decisions During Intensive Care Treatment*, “Current Opinion in Anaesthesiology”, 16 (2003), pp. 221-225.

tuttavia egli non intende ucciderlo. Il suo unico scopo è quello di alleviare il dolore. Inoltre la morte del paziente non è un mezzo scelto dal medico per ottenere quello scopo. I due effetti vengono causati dalla stessa azione ma sono indipendenti tra loro e ciò si conforma alla massima di senso comune per cui è vietato compiere un male da cui venga un bene. Secondo alcuni tale linea giustificativa rende questi interventi non solo moralmente leciti, ma anche moralmente (e professionalmente) obbligatori:

Applicando il ragionamento del doppio effetto al caso della somministrazione ai malati in fase terminale di analgesici palliativi che accelerano o causano la morte, si comprende che è eticamente trasparente, e a volte anche obbligatorio, somministrare il farmaco analgesico che si prevede acceleri o causi la morte, ma con cui non si intende accelerare o causare la morte¹¹.

Per gli stessi motivi prima ricordati, si ritiene che la somministrazione di analgesici con doppio effetto si differenzi moralmente e descrittivamente dall'eutanasia volontaria attiva. Infatti nel caso dell'eutanasia il medico intende alleviare il dolore tramite l'uccisione del paziente. La morte del paziente non è qui meramente prevista ma costituisce il vero e proprio oggetto dell'intenzione del medico.

Quando vengono introdotti argomenti di questo tipo, il caso della palliazione con doppio effetto viene annoverato tra gli esempi paradigmatici e questo sia da parte di chi si dimostra critico verso la possibilità di giustificare pratiche di questo tipo, sia da parte di chi invece difende la distinzione tra eutanasia attiva volontaria e somministrazione di analgesici. Tuttavia negli ultimi anni si è messo fortemente in discussione che gli effetti indesiderati siano veramente connessi alla somministrazione di analgesici. In passato tali effetti potevano effettivamente essere associati alla pratica farmacologica antalgica, soprattutto perché molti aspetti della terapia antidolorifica erano ignorati e c'era molta incertezza circa il corretto uso di tali farmaci.

Oggi esistono guide linee dettagliate e accettate a livello internazionale sulla buona pratica palliativa e sulla corretta somministrazione di farmaci anti-dolorifici – anche in base ad una maggiore capacità di valutare il grado e l'intensità del dolore – e gli effetti collaterali dell'assuefazione o della depressione respiratoria vengono giudicati

¹¹ T.A. Cavanaugh, *The Ethics of Death-Hastening or Death-Causing Palliative Analgesic Administration to the Terminally Ill*, "Journal of Pain and Symptom Management", 12 (1996), p. 253.

come “rari” oppure si ritiene che manchi ancora una prova decisiva del legame tra la somministrazione di analgesici e la presunta accelerazione della morte del paziente¹².

Circa trenta anni fa Glanville Williams, uno dei più accaniti critici del ragionamento del doppio effetto, notava:

Nel 1970, pronunciai la profezia che sarebbe arrivato un giorno in cui lo sviluppo di nuovi farmaci analgesici precluderà ai medici di ricorrere ai ragionamenti di doppio effetto [...] Ciò che è accaduto è leggermente diverso, sebbene il risultato sia lo stesso. Sono stati sviluppati nuovi metodi più efficaci di somministrare la morfina che (mi è stato detto), rendendo non necessarie grandi dosi, rimuovono ogni possibile scusa per usare dosi di questo tipo, se non quella di incompetenza. La morfina, quando somministrata in dosi moderate, allungano il processo del morire di molti pazienti, perché il dolore è in sé letale¹³.

Queste difficoltà di ordine empirico e clinico sono sicuramente importanti e devono essere tenute di conto nella discussione delle decisioni di fine vita ma una disamina degli argomenti con cui tradizionalmente viene giustificata la somministrazione di analgesici con doppio effetto è comunque utile. Si dovrà ricordare che tali linee argomentative che si basano sulla rilevanza delle intenzioni sono costantemente ripetute da molta manualistica di deontologia medica¹⁴, da documenti ufficiali del Magistero cattolico, da dichiarazioni di autorevoli organizzazioni sanitarie e mediche¹⁵ e dagli scritti di molti sostenitori delle cure palliative¹⁶. Parimenti si possono registrare

¹² Cfr. ad es. World Health Organization, *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*, WHO, Geneva 1996²; N. Sykes, A. Thorns, *The Use of Opioids and Sedatives at the End of Life*, “Lancet Oncology”, 4 (2003), pp. 312-318; R.D. Mediati *et al.*, *Oncologia. Il dolore cronico nella malattia oncologica*, in C. Galanti, A. Barresi (a cura di), *La lotta al dolore*, Tassinari, Firenze 2005, pp. 68-70. Si veda anche l’interessante articolo: S. Anderson Fohr, *The Double Effect of Pain Medication: Separating Myth from Reality*, “Journal of Palliative Medicine”, 12 (1998), pp. 315-328, in cui l’autrice sostiene che l’erronea associazione tra alleviamento del dolore e accelerazione della morte postulata dai difensori della dottrina del doppio effetto ha portato ad un trattamento inadeguato del dolore.

¹³ G. Williams, *Euthanasia and the Physician*, in M. Kohl (a cura di), *Beneficent Euthanasia*, Prometheus Book, Buffalo 1975, p. 147.

¹⁴ Per un esempio, cfr. G. Lega, *Manuale di bioetica e deontologia medica*, Giuffrè, Milano 1991, pp. 282-283.

¹⁵ Cfr. L.J. Materstvedt *et al.*, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A View from an EAPC Ethics Task Force*, “Palliative Medicine”, 17 (2003), pp. 97-101; Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Firenze, *Documento sulla sedazione nel paziente terminale*, “Bioetica. Rivista interdisciplinare”, 12 (2004), pp. 127-129.

¹⁶ R. Jansen, *Palliative Care. Concepts and Ethics*, cit., pp. 169-171; B. Gordijn, B. Crul, Z. Zylicz, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, in H. Ten Have, D. Clark (a cura di), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia 2002, pp. 191-193; R.S. Morrison, D.E. Meier, *Palliative Care*, “The New England Journal of Medicine”, 350 (2004), pp. 2582-2590.

autorevoli contestazioni riguardo all'uso della distinzione tra intenzione e previsione nella valutazione morale dei casi di fine vita¹⁷.

Ma la validità di tali argomenti è stata ugualmente messa in discussione da altri autori, che hanno insinuato il dubbio che in realtà la somministrazione di analgesici con doppio effetto sia essa stessa una forma di eutanasia “mascherata”¹⁸. In alcuni casi è realmente difficile sostenere che la somministrazione di alcuni farmaci è lecita *per il fatto che* ciò che il medico intende è alleviare la sofferenza e non la morte del paziente. Ad esempio la somministrazione di bloccatori neuromuscolari per ottenere la paralisi dei muscoli respiratori ed evitare la dispnea nei malati in fase terminale. Non sarà un caso discusso in quanto segue, ma la somministrazione di un farmaco di questo tipo assomiglia molto più ad una pratica eutanasi che ad una “morte da doppio effetto”¹⁹. Tuttavia è innegabile che tali casi costituiscano ancora una zona grigia in cui i medici si muovono mossi da dubbi e dilemmi morali.

Non da ultimo vi sono altre due ragioni perché i problemi connessi alla definizione teorica e alla giustificazione morale della distinzione tra somministrazione di analgesici con doppio effetto ed eutanasia volontaria diretta siano degni di discussione e disamina. In primo luogo un recente e complesso studio epidemiologico sugli atteggiamenti dei medici, condotto in simultaneamente in sei paesi europei (Belgio, Danimarca, Italia, Olanda, Svezia e Svizzera), ha messo in luce che una bassissima percentuale di professionisti della salute hanno ammesso di avere

¹⁷ Cfr. ad es. l'ormai datato President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*, Department of Commerce, Washington 1983, pp. 77-82; per due delle obiezioni più importanti, cfr. M. Mori, *Sulla distinzione tra eutanasia e sospensione delle terapie. Analisi delle argomentazioni nell'etica laica*, in V. Salvoldi, *Oltre l'eutanasia e l'accanimento. Politica, scienza e morale*, Devoniare, Bologna 1991, pp. 136-142; T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 1999, pp. 207-211.

¹⁸ Si veda ad es. G. Miranda, *I problemi etici dell'eutanasia nell'enciclica “Evangelium Vitae”*, in E. Sgreccia, D. Sacchini (a cura di), *“Evangelium Vitae” e bioetica. Un approccio interdisciplinare*, Vita e Pensiero, Milano 1996, pp. 81-82, dove si parla di “eutanasia indiretta” invece che di morte da doppio effetto. Chiara Tripodina invece la definisce come “aiuto nel morire”, seppur distinguendola nettamente dall'eutanasia e dal suicidio assistito, che sono forme di “aiuto a morire”: cfr. C. Tripodina, *Il diritto nell'età della tecnica. Il caso dell'eutanasia*, Jovene, Napoli 2004, pp. 50-51.

¹⁹ Per una discussione del problema si vedano: R.M. Perkin, D.B. Resnik, *The Agony of Agonal Respiration: Is the Last Gasp Necessary?*, “Journal of Medical Ethics”, 28 (2002), pp. 164-169; L. Hawryluck, *Neuromuscular Blockers—A Means of Palliation?*, “Journal of Medical Ethics”, 28 (2002), pp. 170-172; H. Kuhse, *Response to Ronald M. Perkin and David B. Resnik: The Agony of Trying to Match Sanctity of Life and Patient-Centred Medical Care*, “Journal of Medical Ethics”, 28 (2002), pp. 270-272.

somministrato analgesici con doppio effetto con l'intenzione di accelerare la morte: la morte era per loro un effetto collaterale previsto ma non voluto²⁰.

Inoltre la questione è tornata alla ribalta dell'opinione pubblica americana ed è stato oggetto di discussione da parte di filosofi e medici in seguito a due sentenze che avevano come oggetto il suicidio assistito, l'eutanasia e la sospensione di mezzi terapeutici e che riproponevano gli argomenti che si è tentato di riassumere. Si tratta delle due note sentenze *Vacco v. Quill* e *Washington v. Glucksberg* su cui ci si soffermerà non tanto per mettere in luce le argomentazioni propriamente giuridiche riguardo all'argomento, quanto per esplicitare i presupposti filosofici di alcune distinzioni che vengono tracciate dai giudici.

L'altro intervento di cui si tratterà è la cosiddetta "sedazione terminale". In questo caso occorre circoscrivere con molta attenzione l'argomento di cui si parlerà perché esiste un vasto dibattito tra gli operatori nel campo delle cure palliative non sulla definizione di "sedazione terminale" ma anche sull'opportunità di continuare ad usare questo lemma.

Broeckert e Núñez Olarte hanno fornito tre ragioni per abbandonare il termine sedazione terminale: la negatività associata alla parola "terminale"; il fatto che non è subito evidente quale debba essere l'intenzione adeguata che dovrebbe guidare l'intervento; il sottile richiamo all'eutanasia che sarebbe implicito nella locuzione. I due studiosi, dopo avere scartato altre alternative, optano per sostituire "sedazione terminale" con "sedazione palliativa", che di per sé presenta un'accezione positiva e non richiama interventi di interruzione della vita²¹. Ma cosa si intende precisamente per "sedazione terminale"? L'intervento a cui solitamente ci si riferisce quando si parla di sedazione terminale comporta la riduzione della coscienza del paziente, tramite farmaci, fino all'induzione di una sedazione continua e profonda e successivamente il non-inizio o l'interruzione di trattamenti di prolungamento della vita, in particolare modo

²⁰ Cfr. J. Bilsen *et al.*, *Drugs Used to Alleviate Symptoms with Life Shortening as a Possible Side Effect: End-of-Life Care in Six European Countries*, "Journal of Pain and Symptom Management", 31 (2006), pp. 111-121. Lo studio EURELD, che ha come oggetto tutte le decisioni di fine vita, è stato condotto negli anni 2001-2002 e ha in realtà interessato per l'Italia le sole regioni Emilia Romagna, Trentino, Toscana e Veneto.

²¹ B. Broeckert, J.M. Núñez Olarte, *Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts*, in H. Ten Have, D. Clark (a cura di), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives*, cit., pp. 167-169.

dell'alimentazione e idratazione artificiali²². La sedazione terminale viene utilizzata in casi gravi in cui il controllo del dolore non è più possibile se non grazie alla riduzione della coscienza del paziente²³. Il problema fondamentale è che in questa accezione peculiare la sedazione terminale è stata etichettata come forma mascherata di eutanasia, soprattutto perché al momento della sedazione segue l'interruzione o il non-inizio di trattamenti di prolungamento della vita. Anche in questo caso si sostiene che, con la sedazione continua e profonda, il medico intende soltanto controllare il dolore del paziente e non accelerare la morte; inoltre l'interruzione dei trattamenti seguenti viene giustificata solitamente o facendo appello all'idea che in questo caso il medico lascia soltanto che la natura faccia il suo corso oppure sostenendo che il medico intende soltanto sospendere un mezzo sproporzionato (straordinario, futile) di trattamento o rispettare la volontà di un paziente che in precedenza aveva rifiutato l'uso di mezzi di prolungamento della vita. Chiaramente qualora la sedazione venga scissa dall'interruzione dei trattamenti l'appello all'intenzione ha un maggiore peso argomentativo, anche in ragione del fatto che alcune ricerche mostrano l'assenza di un nesso necessario tra sedazione continua e profonda e acceleramento della morte²⁴.

In questo lavoro si prenderà in considerazione l'intervento complessivamente inteso, poiché il dibattito etico e giuridico si è concentrato sulla combinazione di sedazione e interruzione di trattamenti. Le posizioni oscillano fra chi sostiene che la sedazione terminale è un intervento "di ultima risorsa", eticamente legittimo ma praticabile solo quando ogni altra misura lenitiva non è in grado di assolvere il compito e chi invece sostiene che si tratti di una forma di interruzione della vita²⁵. Una terza posizione suggerisce inoltre che lo scopo della sedazione terminale sia in realtà di far

²² Per gli aspetti clinici della sedazione, cfr. J. Porta Sales, *Palliative Sedation. Clinical Aspects*, in C. Gastmans (a cura di), *Between Technology and Humanity. The Impact of Technology on Health Care Ethics*, Leuven University Press, Leuven 2002. Per gli aspetti epidemiologici, cfr. G. Miccinesi *et al.*, *Continuous Deep Sedation: Physicians' Experiences in Six European Countries*, "Journal of Pain and Symptom Management", 31 (2006), pp. 122-129. Per un'applicazione al particolare campo neurologico cfr. V. Bonito *et al.*, *The Clinical and Ethical Appropriateness of Sedation in Palliative Neurological Treatments*, "Neurological Science", 26 (2005), pp. 370-385.

²³ Per una panoramica, cfr. T. Morita, S. Tsuneto, Y. Shima, *Definition of Sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operational Criteria*, "Journal of Pain and Symptom Management", 24 (2002), pp. 447-453.

²⁴ B. Broeckeaert, J.M. Núñez Olarte, *Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts*, cit., pp. 175-176.

²⁵ Cfr. T.E. Quill, B. Coombs Lee, S. Nunn, *Palliative Treatment of the Last Resort: Choosing the Least Harmful Alternative*, "Annals of Internal Medicine", 132 (2000), pp. 488-493; T.E. Quill, I. Brock, *Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids*, "Annals of Internal Medicine", 132 (2000), pp. 408-414; M.R. Gillick, *Terminal Sedation: An Acceptable Exit Strategy?*, "Annals of Internal Medicine", 141 (2004), pp. 236-237.

morire il paziente senza disagi e proprio in virtù di questo scopo essa è legittima. Ad esempio Erich Loewy ha sostenuto:

La sedazione terminale viene praticata con la piena consapevolezza che nessun altro trattamento attivo verrà messo in atto e che i pazienti moriranno il più rapidamente possibile come risultato del processo patologico in corso. [...] I pazienti vengono tenuti intenzionalmente senza coscienza, le loro funzioni vitali non vengono deliberatamente sostenute con l'ausilio di mezzi artificiali e vengono lasciati morire in pace. Che muoiano in pace è chiaramente lo scopo – e vorrei sostenere lo scopo legittimo – della sedazione terminale²⁶.

Il brano di Loewy presenta una curiosa commistione tra il riconoscimento che il medico intenzionalmente pone fine alla vita del paziente e l'idea che la morte del paziente sia il prodotto del “processo patologico in corso” e non dell'intervento del medico. Ma a parte ciò denuncia esplicitamente che il fine della sedazione terminale sia quello di accelerare la morte del paziente e di controllare il dolore.

Un'attenta disamina dei concetti etico-filosofici implicati anche negli argomenti pro o contro la sedazione terminale sarà necessaria, per chiarire i presupposti delle diverse posizioni e per comprendere se la “struttura morale” di fondo di questo intervento sia assimilabile a quella dell'eutanasia. Si manterrà comunque il termine “sedazione terminale” proprio per distinguerla dalla sola sedazione continua e profonda, accompagnata dall'inizio o dalla prosecuzione della somministrazione di alimentazione e idratazione artificiali.

Nella prima parte di questo lavoro si prenderà in considerazione la somministrazione di analgesici con doppio effetto. Come accennato, la giustificazione classica della liceità di questo tipo di trattamento si basa sulla c.d. dottrina del doppio effetto (d'ora in poi DDE), secondo cui un atto con due effetti – uno moralmente buono e l'altro moralmente cattivo – è lecito se (1) l'azione sia in se stessa buona o indifferente, (2) l'agente intende produrre l'effetto buono e prevede meramente l'effetto cattivo (effetto collaterale), (3) L'effetto buono non viene prodotto *per mezzo* dell'effetto cattivo, (4) esista una ragione proporzionatamente seria per permettere l'effetto cattivo. Poiché la condizione rilevante per la dottrina del doppio effetto è la (2),

²⁶ E.H. Loewy, *Terminal Sedation, Self-Starvation, and Orchestrating the End of Life*, “Archives of Internal Medicine”, 161 (2001), p. 331.

si procederà preliminarmente alla disamina delle principali teorie delle intenzionalità, nei termini del loro contributo alla distinzione logica tra conseguenze intese e conseguenze (meramente) previste. Successivamente si cercherà di appurare se tale distinzione ha rilevanza morale, distinguendo tra il piano della responsabilità morale e quello della repressibilità morale e se le altre condizioni esplicitate (in particolare modo la distinzione mezzi/effetti collaterali e la condizione di proporzionalità). Il fine di quest'analisi è comprendere se la dottrina costituisce un valido mezzo per distinguere moralmente tra interventi analgesici ed eutanasia.

Nel secondo capitolo verrà affrontato il problema della sedazione terminale. Dopo un rapido esame della possibile equivalenza morale tra sedazione continua e profonda ed eutanasia, in ragione dell'eliminazione della coscienza, si passerà ad una disamina dell'argomento del corso della natura. Tale argomento, usato talvolta per distinguere tra uccidere e lasciare morire, sostiene essenzialmente che il medico non è responsabile della morte del paziente quando interrompe o non-inizia un trattamento di prolungamento della vita, in ragione del fatto che la morte è causata dalla patologia o dall'incapacità di svolgere autonomamente alcune funzioni vitali. In questo caso si valuterà la rilevanza della responsabilità causale, sviluppando approcci alternativi al problema della causalità rispetto a quello implicito nell'argomento del corso della natura – cioè il cosiddetto approccio della “palla da biliardo”. L'argomento del corso della natura ha come fine quello di discriminare sul piano morale tra morti giustificate – morti naturali – e morti ingiustificate – morti indotte. Il suo superamento implica un diverso criterio di individuazione delle morti giustificate e a tale fine viene spesso utilizzata la classica distinzione tra mezzi ordinari (proporzionati, obbligatori) e mezzi straordinari (sproporzionati, futili). Oltre a fornire una chiarificazione dell'esatta natura della distinzione – del ruolo di giudizi di qualità della vita – verrà affrontato anche il suo impiego in ragionamenti basati sul doppio effetto: il medico che sospende o non-inizia un trattamento di prolungamento della vita intende interrompere o iniziare quel trattamento – perché futile o perché sproporzionato secondo il giudizio del paziente – e prevede solamente che la morte verrà accelerata. È questa una strategia argomentativa che come si vedrà viene utilizzata dal giudice Rehnquist nella sentenza *Vacco v. Quill*.

L'analisi del ruolo di criteri come l'intenzione, la causalità, la proporzionalità mira a individuare quella che si è chiamata “struttura morale di fondo” dell'analgesia

con duplice effetto e della sedazione terminale, cioè l'insieme di linee fondamentali che fanno riferimento a considerazioni oggettive riguardo alla natura dell'azione e della deliberazione pratica, in base alla quali si ritiene possibile discriminare tali pratiche da quelle specificatamente indicate come eutanasiche. La conclusione è che tali strutture morale non riescano ad assolvere coerentemente questo compito e che quindi la differenza supposta sia molto labile. L'analisi non sarà comunque esaustiva, perché non verranno presi in considerazione *tutti* gli argomenti possibili a favore o contro una netta distinzione morale tra le varie pratiche. Si potrebbe dire che la strategia adottata è *ad hominem*, in quanto verranno discussi alcuni argomenti, molto diffusi ma anche molto problematici, senza escludere che da altre prospettive sia possibile ottenere invece il risultato prefisso.

Il terzo capitolo si concentrerà invece su di un punto di vista interno: si cercherà di valutare se tale ruolo delle distinzioni fondamentali possa essere riaffermato in base a considerazioni sulla psicologia morale degli agenti e sul rapporto tra l'integrità morale e la morale professionale dei medici. Questa linea di ragionamento porterà a valutare l'essenza stessa della pratica medica professionale, i suoi impegni fondamentali e la loro relazione con il divieto di praticare l'eutanasia.

1.3 DUE SENTENZE SUL DOPPIO EFFETTO

Nel 1997 davanti alla Supreme Court degli Stati Uniti fu dibattuto il celebre caso *Vacco v. Quill*, in cui si chiedeva se le leggi che nello Stato di New York proibiscono il suicidio assistito violassero l'Equal Protection Clause del quattordicesimo emendamento. L'opinione della Corte, stesa dal giudice Rehnquist, stabilì che tale violazione non sussistesse. In particolare modo ritenne che la legislazione vigente non implicasse alcuna discriminazione tra i pazienti in stato terminale. Per capire meglio questo punto occorre fare un passo indietro. Nel 1994 la Court of Appeals for the Secund Circuit, ribaltando il pronunciamento del District Court, aveva dichiarato che lo Stato di New York, consentendo il rifiuto di mezzi medici di prolungamento della vita da parte di pazienti competenti in fase terminale e vietando al tempo stesso il suicidio assistito, mettesse in atto una politica altamente discriminatoria.

Sostanzialmente una variazione della “condizione fisica” nei pazienti in fase terminale determinava un diverso trattamento da parte della legge: coloro la cui sopravvivenza dipendeva da macchine vicarianti potevano chiedere che l’erogazione di questi mezzi venisse interrotta, mentre coloro che non si trovavano in questa condizione non potevano chiedere che venissero forniti loro medicinali letali. Questo solo particolare, a parità delle altre condizioni (fase terminale, competenza ecc.), costituiva la motivazione della discriminazione giuridica. Ma la Court of Appeals basava il suo giudizio su di un’altra constatazione: il rifiuto o la richiesta di interruzione di trattamenti medici di prolungamento della vita non sono nient’altro che un suicidio assistito. Sebbene l’argomento non venga completamente sviluppato, si può ipotizzare che la Corte sostenesse che in entrambi i casi il fine per cui viene intrapresa la condotta e il risultato di quella condotta sono la morte del paziente, per cui anche dal punto di vista dell’azione non vi sono ragioni per discriminare dal punto di vista giuridico le due fattispecie.

La Supreme Court si oppose alla linea argomentativa della Court of Appeals riconoscendo la validità della distinzione sia sul piano logico, sia sul piano della tradizione etico-giuridica:

la distinzione tra suicidio assistito e interruzione di trattamenti di prolungamento della vita, una distinzione ampiamente riconosciuta e sostenuta nell’ambito della professione medica e della nostra tradizione giuridica, ha importanza e possiede validità logica; certamente essa è razionale²⁷.

Dal punto di vista logico, la validità di questa distinzione si basa essenzialmente su due presupposti. Prima di tutto vi è una differenza di ordine causale tra le due pratiche: nel caso di rifiuto di terapie, la morte è determinata dalla patologia di cui è affetto il paziente a cui non viene più opposto alcun ostacolo; nel caso del suicidio assistito sono invece i farmaci letali forniti dal medico la causa della morte. Quindi il medico è causalmente coinvolto a pieno titolo nel secondo caso, mentre nel primo la causa della morte è qualcosa di estraneo all’atto umano (principio di causalità).

Inoltre, un medico che interrompe o non inizia un trattamento medico *intende* rispettare i desideri del paziente o per lo meno intende non proseguire (o non iniziare)

²⁷ *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997), pp. 800-801.

un intervento medico che viene giudicato futile, in quanto il paziente stesso giudica di non trarne più alcun beneficio²⁸. In generale, sostenne Rehnquist, “il diritto distingue azioni intraprese ‘a causa di’ un dato fine dalle azioni intraprese ‘malgrado’ le loro conseguenze non intese ma previste”²⁹ (principio dell’intenzione). La Corte quindi asserì che nel caso di una sospensione delle terapie il medico agisce con un’intenzione ben diversa rispetto al suicidio assistito. Egli non *intende* uccidere o provocare la morte del paziente ma soltanto sospendere un trattamento futile, pur sapendo che il paziente morirà in ragione di questa decisione. La morte del paziente è una conseguenza che il medico prevede ma non intende: egli intende soltanto non arrecare danno, in onore al principio di non-maleficenza, e sceglie il corso di azione che metterà in pratica questa intenzione, *malgrado* le conseguenze cattive (la morte del paziente) che necessariamente verranno prodotte³⁰.

Principio dell’intenzione e principio della causalità sembrano costituire i due capisaldi per distinguere pratiche lecite e pratiche illecite nell’ambito della fine della vita. Almeno il principio dell’intenzione è riconducibile alla dottrina del doppio effetto: è lecito compiere un’azione che abbia due effetti, l’uno buono e l’altro cattivo, purché l’effetto cattivo sia meramente previsto e non sia inteso, non costituisca un mezzo per raggiungere quello buono e vi sia una ragione proporzionata per cui l’effetto buono prevalga su quello cattivo. Rehnquist cita soltanto una parte delle condizioni contemplate dalla dottrina del doppio effetto, basando il suo argomento sulla distinzione intenzione/previsione³¹. Il principio di causalità, invece, sembra costituire un caso a se stante, in quanto la dottrina del doppio effetto non fa alcun cenno alla modalità (commissiva od omissiva) della produzione delle conseguenze e alla presunta distinzione morale tra di esse. La dottrina del fare e lasciare accadere è cosa ben distinta e può addirittura essere sostenuta senza che venga accettato il ragionamento del doppio effetto.

Gli argomenti del Giudice Rehnquist vennero criticati dal Giudice Stevens nell’analogo caso *Washington v. Glucksberg*,, discusso sempre nel 1997, Nella sua dichiarazione, Stevens discute a fondo le motivazioni che portarono la Corte Suprema a

²⁸ Ivi, p. 801.

²⁹ Ivi, pp. 802-803.

³⁰ Ivi, p. 802.

³¹ Ivi, pp. 807-808, nota 11.

dichiarare legittima la sospensione dei trattamenti per Nancy Cruzan, una donna rimasta a lungo tempo in stato vegetativo permanente³². Ma la parte che interessa viene sviluppata da Stevens nel quarto paragrafo del suo intervento. Sebbene riconosca validità costituzionale alla distinzione tra permettere che la morte avvenga per una patologia già in atto e causare la morte con la somministrazione di farmaci, Stevens avanza obiezioni alla tesi secondo cui la differenza tra suicidio assistito e l'interruzione di trattamenti medici di prolungamento della vita deriva dalla diversa intenzione sia del paziente, sia del medico. Infatti anche il paziente stesso potrebbe intendere accelerare la propria morte nel richiedere la sospensione dei trattamenti.

Per comprendere il ragionamento di Stevens riguardo alla valutazione della condotta medica, si può fare ricorso ad una tabella esemplificativa. Paragonando suicidio assistito e interruzione di trattamenti, si possono ipotizzare due diversi ruoli nell'intenzione del medico: causare la morte del paziente o rispettare la volontà del paziente.

	<i>Suicidio Assistito</i>	<i>Interruzione di trattamenti</i>
C1	Il medico intende causare la morte del paziente	Il medico intende causare la morte del paziente
C2	Il medico intende rispettare la volontà del paziente	Il medico intende rispettare la volontà del paziente
C3	Il medico intende causare la morte del paziente	Il medico intende rispettare la volontà del paziente
C4	Il medico intende rispettare la volontà del paziente	Il medico intende causare la morte del paziente

Renquist sostiene C3, escludendo le altre tre possibilità, mentre Stevens ammette la possibilità di C1, C2 e C4:

L'intento del medico potrebbe essere lo stesso sia nel caso in cui prescriva un farmaco letale, sia nel caso in cui interrompa un trattamento di prolungamento della vita. Un medico

³² *Cruzan v. Director, Mo. Dept. of Health*, 497 U.S. 261 (1990). Se ne può leggere un estratto in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, Fordham University Press, New York 1994.

che si astiene dal somministrare un trattamento medico ad un paziente morente potrebbe farlo con l'intento di danneggiare o uccidere quel paziente. Al contrario, un medico che prescrive un farmaco letale non intende necessariamente la morte del paziente: piuttosto il medico potrebbe semplicemente cercare di porre fine alla sofferenza del paziente ed esaudire i suoi desideri³³.

Stevens concede che le intenzioni potrebbero essere le stesse in entrambi i casi ma il suo ragionamento non è del tutto chiaro. L'uso di espressioni come "potrebbe farlo" (*could be doing*) e "un medico [...] non intende necessariamente la morte del paziente" (*a doctor [...] does not necessarily intend the patient's death*) è in realtà molto ambiguo. Se ciò significa che si possono verificare casi in cui un medico che sospende un trattamento di prolungamento della vita agisce con l'intenzione di danneggiare il paziente o casi in cui un medico pratica il suicidio assistito con l'intenzione di non fare soffrire più il paziente, allora Stevens non riesce a catturare il senso delle critiche di Renquist alla distinzione. Renquist non sostiene che potrebbero darsi dei casi di questo tipo ma che, *in termini assoluti*³⁴, un medico che fornisce farmaci letali al paziente su richiesta agisce con l'intenzione di uccidere il paziente, mentre un medico che sospende un trattamento su richiesta agisce con l'intenzione di rispettare la volontà del paziente e prevede meramente la sua morte³⁵.

Ciò che quindi viene contestato non è la possibilità dell'esistenza di suicidi assistiti *motivati* da un sentimento anche onorevole – come la volontà di rispettare l'autodeterminazione del paziente – o di atti pietosi di interruzione della vita, cioè atti che sono testimonianze di un genuino sentimento di compassione verso il dolore del paziente. Renquist sosterebbe che in questi casi si compie un'azione moralmente sbagliata (e giuridicamente illecita) per una motivazione moralmente apprezzabile. Anzi, si potrebbe anche concedere che tutti i suicidi assistiti siano motivati in questo modo e tuttavia rimane il fatto che essi sono casi di uccisione intenzionale, in quanto il

³³ *Washington v. Glucksberg*, 521 U. S. 702 (1997), p. 751.

³⁴ Alcune delle più note discussioni sulle distinzioni nell'etica medica di fine vita (uccidere/lasciare morire, intendere/prevedere, mezzi proporzionati/mezzi sproporzionati ecc.) si basano proprio sulla pretesa *assolutezza* dell'asimmetria o della simmetria morale tra i termini di ogni coppia. Cfr. ad es. J. Rachels, *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia*, Sonda, Torino 1989, pp. 97-136.

³⁵ *Vacco v. Quill*, 521U.S. 793 (1997), p. 808, n. 12

mezzo con cui si realizza la motivazione pietosa è la cooperazione del medico nel suicidio del paziente o l'uccisione diretta nel caso dell'eutanasia³⁶.

Ugualmente è ipotizzabile che siano possibili casi in cui un medico sospende o non inizia un trattamento *con l'intenzione di uccidere il paziente, perché motivato da sentimenti di vendetta nei suoi confronti* per alcuni eventi precedenti; in questo caso l'atto sarebbe ugualmente condannabile in ragione del fatto che l'intenzione del medico è quella di dare la morte e non di rispettare l'autodeterminazione del paziente. E il fatto che la modalità con cui l'intenzione si traduce in realtà sia omissiva non dovrebbe fare alcuna differenza ai fini della valutazione morale e giuridica.

Stevens inoltre non sembra cogliere fino in fondo un passo cruciale dell'argomento di Rehnquist. Nella sospensione di trattamenti su richiesta, la morte del paziente non è un fatto che il medico ignora: egli la prevede, sa che avverrà come conseguenza della patologia da cui è affetto il paziente ma non la intende. Stevens non fa alcuna menzione alle conseguenze previste ma non intese, che, secondo quanto si può capire dall'argomento di Rehnquist, si differenziano tanto dal punto di vista descrittivo quanto dal punto di vista normativo.

Ed è per lo meno curioso che un caso paradigmatico in letteratura proprio riguardo alla distinzione tra conseguenze intese/conseguenze previste sia introdotto dai due giuristi con un valore esattamente opposto. Rehnquist per avvalorare la tesi della differenza tra suicidio assistito e sospensione di trattamenti menziona la pratica della somministrazione a pazienti in fase terminale di farmaci per controllare il loro dolore che potrebbero accelerare la loro morte. Analogamente alla sospensione dei trattamenti, anche il medico che così agisce ha l'intenzione di far cessare il dolore del paziente e prevede che così facendo accelererà la morte del paziente. Ma la morte non è in alcun modo intesa³⁷.

Stevens invece individua nella stessa pratica un significato ben diverso. La somministrazione in fase terminale di analgesici che oltre a controllare il dolore possono accelerare la morte del paziente è secondo Stevens una pratica che si assomiglia più al suicidio assistito che alla interruzione di trattamenti, sia dal punto di vista

³⁶ A sostegno della tesi che esista una differenza tra suicidio assistito e sospensione di trattamenti Rehnquist cita alcuni documenti ufficiali di associazioni e commissioni come l'American Medical Association e la New York State Task Force on Life and Law: *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997), pp. 800-801, nota 6.

³⁷ Ivi, p. 802.

dell'intenzione del medico, sia dal punto di vista della causalità. Lo scopo di questa pratica (denominata da Steven, con qualche imprecisione, "sedazione terminale") è di porre fine al dolore intollerabile del paziente, ma il medico sa che i farmaci somministrati anticipano il momento della morte. Dal punto di vista della struttura causale e dell'intenzione non sembrerebbe che ci siano differenze tra una somministrazione di analgesici e il suicidio assistito³⁸. La posizione di Rehnquist e Stevens rispetto alle varie pratiche discusse può essere riassunta nella seguente tabella:

Rehnquist		Stevens	
ILLECITO	LECITO	ILLECITO	LECITO
Eutanasia	Interruzione/non inizio di trattamenti salva vita	Eutanasia	Interruzione/non inizio di trattamenti salva vita
Suicidio Assistito	Somministrazione di analgesici che accelerano la morte		Somministrazione di analgesici che accelerano la morte
			Suicidio assistito

Pertanto il giudizio di entrambi sulla somministrazione di analgesici che abbreviano la vita è lecito, ma per Stevens tale giudizio rende lecito anche il suicidio assistito, date le affinità tra le due pratiche in termini di intenzione e causalità.

Ma al di là del giudizio di liceità del suicidio assistito, che è alla base di *Vacco v. Quill* e *Washington v. Glucksberg*, la lettura di queste due sentenze è istruttiva anche in merito agli interventi di palliazione. Sia Rehnquist sia Stevens li giudicano pienamente leciti, anche se la morte viene anticipata, ma il primo li assimila alla sospensione di cure, mentre il secondo li assimila al suicidio assistito.

In termini leggermente diversi, l'opinione di Stevens costituisce una delle questioni più controverse della letteratura in materia. Infatti molto spesso si invoca l'idea che somministrare analgesici sapendo che essi provocheranno la morte del paziente non è nient'altro che una forma di eutanasia, cioè di uccisione intenzionale del paziente. Pertanto, se si vuole essere coerenti si dovrebbe ritenere lecita, almeno dal punto di vista morale, l'eutanasia oppure dichiarare (moralmente) illecite entrambe le

³⁸ *Washington v. Glucksberg*, 521 U. S. 792 (1997), p. 751

pratiche. Torneremo successivamente su questi punti, perché questi argomenti sono stati frequentemente utilizzati dalla letteratura in materia.

Rehnquist ricorda anche in nota come sia possibile anche tracciare una distinzione tra suicidio assistito (ed ogni altro intervento illecito) dalla pratica della sedazione terminale, con cui il medico, per controllare il dolore, induce un coma barbiturico in un paziente in fase terminale e quindi lascia morire il paziente sospendendo le terapie, incluse l'alimentazione e l'idratazione artificiali. Citando l'opinione dei *petitioners*, Rehnquist ricorda che

sebbene i difensori del suicidio medicalmente assistito e dell'eutanasia sostengano che la sedazione terminale sia un suicidio assistito o un'eutanasia mascherati, il concetto di sedazione farmacoterapeutica è basato sul consenso informato e sul principio del doppio effetto³⁹.

Come nota Alison McIntyre, chi difende la distinzione tra sedazione terminale e suicidio assistito può ricorrere all'argomento di Rehnquist, combinando insieme il principio dell'intenzione e il principio della causalità:

quando il medico *causa* l'accelerazione della morte, si assume che non *intenda* questo risultato (perché si applica il principio del doppio effetto) e quando egli *intende* permettere che la morte avvenga quando viene interrotto un trattamento di prolungamento della vita, egli non *causa* questo risultato (perché la morte è causata dalla malattia da cui è affetto il paziente)⁴⁰.

Anche in questo caso l'ombra dell'eutanasia sembra funestare pratiche generalmente considerate lecite e perfettamente in linea con i doveri professionali della medicina.

In realtà il dibattito è ancora aperto e i due casi che si sono qui brevemente analizzati mettono in luce alcune zone grigie che si possono creare nell'ambito delle decisioni di fine vita. In particolare modo occorrerà chiedersi se il principio dell'intenzione (e la struttura generale della cosiddetta dottrina del doppio effetto) e il

³⁹ *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997), pp. 807-808, n. 11.

⁴⁰ A. McIntyre, *The Double Life of Double Effect*, "Theoretical Medicine", 25 (2004), p. 65. Cfr. anche Boyle J., *Medical Ethics and Double Effect: The Case of Terminal Sedation*, "Theoretical Medicine", 25 (2004), pp. 51-60.

principio di causalità siano strumenti teorici realmente efficaci e possano realmente tracciare distinzioni significative, in termini descrittivi e morali, tra le varie pratiche.

Le due sentenze hanno segnato un momento importante della storia del diritto americano in materia di decisioni di fine vita⁴¹. Al di là degli aspetti giuridici, le posizioni presentate in questi due testi hanno anche rilevanza per l'argomentazione etico-filosofica, in quanto ripropongono individuano i problemi e le nozioni che da sempre sono centrali nel dibattito sui dilemmi etici alla fine della vita. Per questo si è deciso di proporre un esame più filosofico che strettamente giuridico.

L'analisi richiesta porterà a considerare un'ampia gamma di concetti filosofici e morali, ulteriore testimonianza della complessità di queste situazioni e degli argomenti invocati per stabilire quale linea di condotta sia giustificato adottare quando ci si trova davanti a tali dilemmi morali.

⁴¹ Per un'analisi giuridica delle due sentenze, cfr. R. McStay, *Terminal Sedation: Palliative Care for Intractable Pain, Post Glucksberg and Quill*, "American Journal of Law and Medicine", 29 (2003), pp. 45-76.

2. Il controllo del dolore e l'accelerazione della morte.

Il duplice effetto e la sua giustificazione morale

2.1 IL DOPPIO EFFETTO E LA SOMMINISTRAZIONE DI ANALGESICI IN FASE TERMINALE

Nella *Dichiarazione sull'eutanasia* della Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede si distinguono chiaramente le azioni lecite e le azioni illecite alla fine della vita. L'eutanasia viene definita “un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati”⁴².

L'atto eutanasiaco quindi può avere natura commissiva o omissiva e ciò che lo distingue da altre pratiche, si specifica, sono le intenzioni. L'eutanasia cioè corrisponde alla uccisione intenzionale di un essere umano e come tale ricade sotto la norma morale “non uccidere”. Ben diverso è il caso di altri atti che potrebbero determinare la morte del paziente ma possiedono proprietà tali da non potersi configurare come interruzioni intenzionali della vita umana.

Ad esempio, quando la morte diviene inevitabile è lecito sospendere i trattamenti che determinano soltanto un “prolungamento precario e penoso della vita” ed il medico in questo caso non dovrà sentirsi responsabile di non avere prestato assistenza ad una persona in pericolo. Ciò significa che il medico non dovrà sentirsi moralmente colpevole di una specie di omissione di soccorso, perché perfettamente titolato a decidere in questo modo dalla distinzione tra mezzi proporzionati e mezzi sproporzionati⁴³.

Ugualmente, è lecito l'uso intensivo di analgesici per eliminare il dolore alla fine della vita, anche se essi accelereranno la morte del paziente. Anche in questo caso si tratta di un atto lecito in quanto “la morte non è voluta o ricercata in alcun modo, benché se ne corra il rischio per una ragionevole causa: si intende semplicemente lenire il dolore in maniera efficace, usando allo scopo quegli analgesici di cui la medicina

⁴² Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Iura et bona. Dichiarazione sull'eutanasia*, 05/05/1980, par. 2.

⁴³ Ivi, par. 4.

dispone”⁴⁴. In questo passo vengono ben chiariti i termini del problema. È lecito somministrare farmaci analgesici che possiedono due effetti, l’uno di lenire il dolore, l’altro di accelerare la fine della vita, purché il primo effetto sia inteso (l’alleviamento del dolore) e il secondo (la morte del paziente) non sia voluto o ricercato, seppure se ne corra il rischio per una ragionevole causa. La ragionevole causa in questione è l’eliminazione del dolore stesso, ovvero deve esserci una ragione proporzionata perché l’atto complessivo sia lecito e venga giustificata la produzione dell’effetto cattivo da parte del medico. La morte del paziente viene comunque giudicata negativamente ma in questo caso viene in qualche modo tollerata, perché 1) non è oggetto di intenzione del medico e non è un mezzo per giungere al fine desiderato, 2) esiste una ragione proporzionata, moralmente buona, che la compensa. Questi argomenti vengono ripetuti, alla lettera, nella più recente Enciclica *Evangelium Vitae* di Giovanni Paolo II, dove si ribadisce senza mezzi termini la condanna dell’eutanasia e si considera giustificata la somministrazione di analgesici con doppio effetto, citando l’insegnamento di Paolo XII⁴⁵.

In questi passi il Magistero non fa altro che applicare la dottrina del doppio effetto, che può essere formulata secondo quattro condizioni fondamentali. Un atto che produce due effetti, uno buono e l’altro cattivo, è lecito a condizione che:

- 1) l’azione sia in se stessa, per il suo stesso oggetto, buona o almeno indifferente.
- 2) Venga inteso dall’agente l’effetto buono e non l’effetto cattivo
- 3) L’effetto buono non venga prodotto per mezzo dell’effetto cattivo
- 4) Esista una ragione proporzionatamente seria per permettere l’effetto cattivo⁴⁶.

Questa è una delle tante formulazioni della dottrina del doppio effetto ma contiene tutti gli elementi classici della discussione. La somministrazione di analgesici con doppio effetto risulterebbe moralmente lecita perché:

- 1) La somministrazione di analgesici è un atto buono, o almeno in sé indifferente

⁴⁴ Ivi, par. 3.

⁴⁵ Giovanni Paolo II, *Evangelium Vitae. Il valore e l’invulnerabilità della vita umana*, Paoline, Milano 1995, § 65, pp. 98-99.

⁴⁶ J. Mangan, *An Historical Analysis of the Principle of Double Effect*, “Theological Studies”, 10 (1949), p. 43.

- 2) Il medico intende lenire il dolore del paziente e prevede solamente che la morte venga accelerata
- 3) La lenizione del dolore viene prodotta dai farmaci e non dalla morte del paziente
- 4) L'alleviamento del dolore per i pazienti in fase terminale è un ragione proporzionatamente seria per permettere che la morte sopraggiunga anticipatamente.

Nella condizione 2) e 3) si ritrovano, grossomodo, i due principi (intenzione e causalità) usati dal giudice Rehnquist nella sentenza *Vacco v. Quill* per giustificare la somministrazione di analgesici con doppio effetto e la sospensione/non inizio di trattamenti di prolungamento della vita, in quanto condotte essenzialmente diverse dalla pratica eutanasi. Secondo il principio dell'intenzione, la morte del paziente (effetto cattivo) non viene intesa, ma meramente permessa in quanto prevista e non voluta. La morte del paziente non deve essere causata dalla lenizione del dolore (effetto buono) ma dalla somministrazione di analgesici, ovvero sia, secondo un'altra formulazione più dettagliata della condizione 3): "... l'effetto buono deve essere prodotto direttamente dall'azione, non dall'effetto cattivo"⁴⁷.

Sarà utile quindi iniziare dalla discussione di questi due principi, come codificati dal doppio effetto e successivamente indagare anche il criterio della proporzionalità. In quanto segue non si vuole tuttavia dare una discussione della DDE in generale, ma soltanto la sua applicazione al caso specifico della somministrazione di analgesici.

La DDE è stata infatti utilizzata per discutere una grande varietà di dilemmi morali e vanta una lunga storia nell'ambito della teologia morale. Generalmente si individua la prima formulazione di questa dottrina nella discussione sulla liceità dell'uccisione di un aggressore per autodifesa, svolta da Tommaso d'Aquino nella *Summa Theologiae*. In questo passo Tommaso sostiene che

... non c'è niente che proibisca che un solo atto abbia due effetti, di cui il primo soltanto venga solamente inteso, e l'altro sia al di fuori dell'intenzione. Gli atti morali ricevono la loro natura secondo ciò che viene inteso e non da ciò che si trova al di fuori dell'intenzione, poiché esso avviene per accidente (*per accidens*) [...]. Dall'atto di autodifesa può seguire

⁴⁷ Catholic University of America, *New Catholic Encyclopaedia*, McGraw Hill, New York 1976, vol. 4, pp. 1020-1022.

un duplice effetto, di cui il primo è la conservazione della propria vita e il secondo è l'uccisione dell'aggressore. Quindi un tale atto, in quanto si intende la conservazione della propria vita, non è illecito, essendo naturale per ogni essere conservare il proprio essere per quanto possibile. Tuttavia un atto che procede da una buona intenzione può essere reso illecito se non è proporzionato al fine⁴⁸.

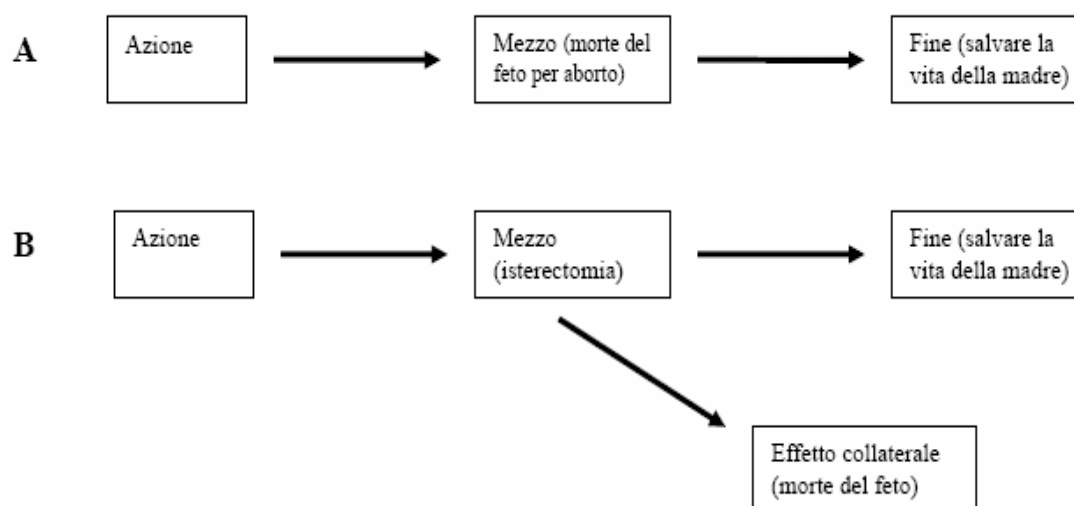
Fin dal XVII secolo gli interpreti di Tommaso hanno discusso se in questo passo si faccia realmente ricorso alla DDE per giustificare l'uccisione per autodifesa e negli ultimi anni il dibattito è proseguito⁴⁹. Al di là delle questioni esegetiche e dell'effettiva paternità della formulazione della dottrina, non c'è dubbio che la DDE vanti una lunga storia e costituisca un caposaldo della teologia morale ma, con l'affermazione dell'etica applicata, anche filosofi morali di formazione laica l'hanno utilizzata per discutere dilemmi morali nel campo dell'etica della guerra, della contraccezione, dell'etica medica. Proprio dall'etica medica provengono le applicazioni tipiche della DDE, usate di volta in volta per mostrare come la dottrina sia teoricamente coerente e praticamente efficace o come essa generi paradossi, incoerenze logico-argomentative e conseguenze moralmente inaccettabili sul piano applicativo.

Il caso dell'aborto praticato per salvare la vita della madre è forse uno dei più noti: in base alla DDE sarebbe lecito praticare una isterectomia ad una donna incinta per rimuovere un cancro, anche se tale operazione determinerà la morte del feto. In questo caso l'effetto inteso è quello di salvare la vita della madre e la morte del feto è un effetto previsto ma non voluto dell'azione o, secondo un'altra formulazione, la morte del feto è un effetto collaterale dell'isterectomia. Lo stesso argomento viene utilizzato per giustificare altre pratiche abortive, come la rimozione delle tube di falloppio in caso di gravidanza ectopica, per evitare emorragie che metterebbero in pericolo la sopravvivenza della madre. Isterectomie e rimozioni delle tube sono considerate moralmente lecite perché l'intenzione è quella di proteggere la vita della madre, non potendo ottenere allo stesso tempo anche la sopravvivenza del feto. La morte del feto non è oggetto dell'intenzione del medico e non costituisce un mezzo per salvare la vita

⁴⁸ Tommaso d'Aquino, *Summa Theologiae*, II^a-II^ae, q. 64, a. 7 co.

⁴⁹ Cfr., tra la vasta letteratura in materia, J.T. Mangan, *An Historical Analysis of the Principle of Double Effect*, cit.; J. Ghoois, *L'Acte à double effet: Etude de théologie positive*, "Ephemerides Theologicae Lovanienses", 27 (1951), pp. 30-52; T. Belmans, *Saint Thomas et la notion de "moindre mal moral"*, "Revue Thomiste", 83 (1985), pp. 40-57; J. Rojas, *St. Thomas on the Direct/Indirect Distinction*, "Ephemerides Theologicae Lovanienses", 64 (1988), pp. 371-392; M. Ricciardi, *L'autodifesa in Tommaso d'Aquino*, "Divus Thomas", 29 (2001), pp. 61-89.

della madre. Ben diverso è il caso in cui la madre sia affetta da un'insufficienza cardiaca, per cui la gravidanza stessa costituisce una minaccia alla sua salute e alla sua vita. L'aborto sarebbe il solo mezzo per salvarla ma un'azione di questo tipo viene vietata dalla DDE, perché la morte del feto è in questo caso oggetto dell'intenzione del medico e mezzo per ottenere il fine buono⁵⁰. Come si evince dalla disamina dei casi, intendere come fine dell'azione e intendere come mezzo per raggiungere un fine possiedono lo stesso status morale. Del resto la dottrina cattolica romana, che fa uso ricorrente della DDE, stabilisce che non basta l'intenzione buona (cioè la scelta di un fine in sé buono) per rendere lecito un atto ma servono anche le buone opere, ossia la scelta di mezzi conformi al “bene della persona, nel rispetto dei beni per essa moralmente rilevanti”⁵¹. Per riassumere, si può utilizzare uno schema come il seguente⁵²:



⁵⁰ Sulla valutazione morale delle varie pratiche abortive, rispetto alla DDE, si veda G. Kelly, *Medico-moral Problems*, The Catholic Hospital Association of the United States and Canada, St. Louis 1958, pp. 62-69. I giudizi sulla moralità delle varie pratiche non sono sempre stati univoci e fin dagli anni trenta dello scorso secolo hanno suscitato un vivacissimo dibattito. Cfr. per esempio la disputa tra Arthur Vermeersch e Agostino Gemelli: A. Gemelli, *De l'avortement indirect, application à l'avortement des notions de causalité per accidens et de causalité per se*, “Nouvelle revue théologique”, 60 (1933), pp. 500-527; A. Vermeersch, *Avortement direct ou indirect*, ivi, pp. 600-620; A. Gemelli, *Ancore l'avortement indirect*, ivi, pp. 687-693; A. Vermeersch, *Une courte conclusion*, ivi, pp. 694-695.

⁵¹ Cfr. Giovanni Paolo II, *Veritatis Splendor*, 06/08/1993, IV, 78. Cfr. anche D. Tettamanzi, *Atto morale*, in *Dizionario di bioetica*, Piemme, Casale Monferrato 2002, pp. 61-69.

⁵² Cfr. H. Kuhse, *Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*, Clarendon Press, Oxford 1987, p. 106.

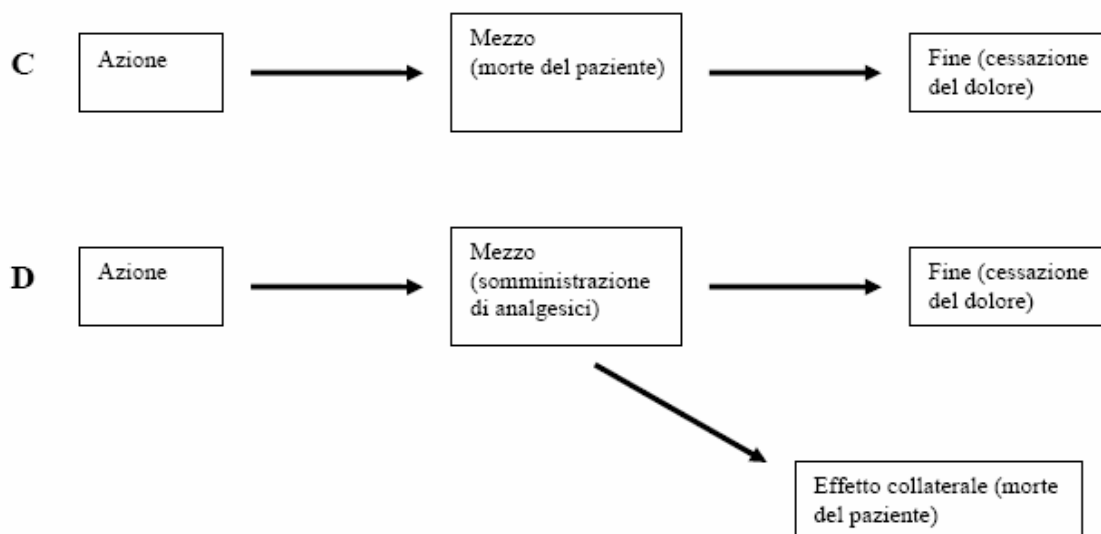
Sia A, sia B sono azioni con duplice effetto ma, mentre in A la morte del feto è il mezzo per raggiungere lo scopo, in B essa è l'effetto collaterale connesso al mezzo scelto. Pertanto in A l'uccisione del feto è altrettanto intenzionale quanto il salvataggio della madre, mentre in B è un effetto meramente previsto.

La somministrazione di analgesici con l'effetto di abbreviare la vita del paziente ha lo stesso schema dell'isterectomia di B. L'eutanasia è allora comparabile con l'aborto in A? Secondo alcuni autori, l'eutanasia è una pratica moralmente inaccettabile perché è una forma di uccisione intenzionale di un essere umano innocente. Tale uccisione non costituisce il fine dell'azione, quanto il mezzo attraverso cui si raggiunge il fine. Qui ritorna la distinzione che era implicita nell'argomento avanzato da Rehnquist in favore della distinzione tra suicidio assistito e sospensione di cure. Il suicidio assistito non è accettabile perché il medico intende la morte del paziente, sebbene con il fine di rispettare la sua autodeterminazione. L'eutanasia volontaria verrebbe proibita allo stesso modo, in quanto per rispettare la richiesta del paziente o per porre fine compassionevolmente al suo dolore lo si uccide. L'uccisione è un mezzo per raggiungere il fine che il medico si propone. In questo modo, l'effetto buono (la lenizione del dolore) segue dall'effetto cattivo, secondo l'ordine causale, e viene realizzato per mezzo di esso. Come sostiene Boyle:

Gli scopi benefici che spesso sono implicati nelle decisioni eutanasiche non possono essere realizzati senza che la persona non muoia. Così si pone fine al dolore, alla sofferenza e ai costi se la vita del paziente viene interrotta. La morte quindi è un mezzo per realizzare questi obiettivi e non un effetto collaterale della loro realizzazione⁵³.

Lo schema in merito alla distinzione tra eutanasia attiva volontaria e somministrazione di analgesici sarebbe quindi il seguente:

⁵³ J. Boyle, *On Killing and Letting Die*, "New Scholasticism", 51 (1977), p. 436.



Tuttavia, l'azione C) non risulta condannata dal punto di vista morale dalla DDE. La DDE si limita a sostenere che sono lecite tutte quelle azioni con duplice effetto che soddisfano le quattro condizioni enunciate ma non prescrive che sia moralmente sbagliato causare la morte del paziente per raggiungere uno scopo buono. Il giudizio per cui si dichiara immorale l'eutanasia volontaria in quanto uccisione intenzionale di un essere umano si basa su un principio morale indipendente, come: "È moralmente sbagliato uccidere intenzionalmente un essere umano innocente". È questa norma che proibisce l'azione C), mentre la DDE si limita a dichiarare lecita l'azione D). Si tornerà su questo punto, perché una delle questioni più controverse relative all'uso della DDE in etica è proprio la connessione tra questa dottrina e il cosiddetto "assolutismo", ossia la teoria per cui esistono proibizioni assolute, prive di eccezioni, di azioni che mai possono venire giustificate⁵⁴. Inoltre lo scopo di alcune critiche dell'applicazione della DDE al caso della somministrazione di analgesici è quello di dimostrare l'invalidità degli argomenti a favore di una distinzione morale tra questa pratica e quella dell'eutanasia volontaria. La critica ha essenzialmente carattere logico, in quanto si vuole dimostrare che esiste un'incoerenza in quelle visioni etiche che sostengono la proibizione dell'eutanasia in base alla norma morale "non uccidere" e al contempo usano la DDE per dichiarare leciti alcuni interventi che abbreviano la vita. Se non è possibile tracciare

⁵⁴ Cfr. R.A. Duff, *Absolute Principles and Double Effect*, "Analysis", 36 (1976), pp. 68-80; J. Boyle, *Toward Understanding the Principle of Double Effect*, "Ethics", 90 (1980), pp. 537-538. In questi termini viene impostata l'analisi della DDE in J.L. Mackie, *Ethics. Inventing Right and Wrong*, Penguin Books, Harmondsworth 1977, pp. 160-168.

alcuna differenza morale tra le due pratiche in termini di intenzioni e/o nessi causali, allora chi sostiene che tale differenza esiste dovrà riconoscere che anche la somministrazione di analgesici con doppio effetto è un'uccisione intenzionale (una forma "mascherata" di eutanasia) e in quanto tale è proibita dalla norma generale "non uccidere". Se invece si vorrà continuare a ritenere lecita tale pratica e considerarla un'eccezione alla norma, basandosi però su argomenti che non siano la DDE, allora anche l'eutanasia volontaria dovrà godere di questo status. L'impossibilità di discernere – descrittivamente e moralmente – tra uccisioni intenzionale e uccisioni non-intenzionali determina una condizione di simmetria tra eutanasia e somministrazione di analgesici: o vengono considerate illecite entrambe le pratiche oppure vengono giustificate tutte e due. *Tertium non datur*⁵⁵.

Per adesso si sono delineati alcuni passaggi, in merito all'uso di analgesici con doppio effetto, che chiamano in causa nozioni eminentemente filosofiche. La strategia che verrà seguita consisterà nel considerare separatamente due domande, che chiaramente sono l'una legata all'altra⁵⁶:

- 1) Esiste un modo coerente di tracciare una distinzione, dal punto di vista descrittivo, tra conseguenze previste e conseguenze intese?
- 2) Se esiste una tale differenza descrittiva, esiste anche una speculare differenza morale tra il caso dell'eutanasia e quello della somministrazione di analgesici?
In cosa consiste tale differenza morale?

Non va trascurato il fatto che esiste anche una quarta condizione, quella della proporzionalità, che entra in gioco solo quando tutte e tre le altre condizioni sono state soddisfatte.

In quanto segue non si possono affrontare tutte le questioni sollevate dalla DDE, anche perché alcune di esse variano rispetto ai casi specifici in cui la dottrina viene applicata. Si seguirà però un suggerimento di Joseph Boyle, uno dei più autorevoli difensori della dottrina del doppio effetto, secondo cui le quattro condizioni enunciate sono eccessivamente ridondanti e possono essere ridotte soltanto a due: quella

⁵⁵ Cfr. J. Rachels, *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia*, cit., pp. 101-104.

⁵⁶ Una strategia simile viene contestata da R.A. Duff, *Absolute Principles and Double Effect*, cit., pp. 70-71.

dell'intenzionalità e quella della proporzionalità. In particolare modo, la terza condizione può essere ricompresa nella seconda, poiché la tradizione deontologica in cui solitamente si iscrive la DDE ritiene che i mezzi scelti per un dato fine siano sempre *intesi* dal soggetto. La prima condizione sembra risiedere nella possibilità di stabilire la moralità (o neutralità) dell'azione a prescindere dalla considerazione delle conseguenze, ma dalla seconda condizione si desume che un atto è moralmente giustificato se l'intenzione dell'agente è rivolta verso l'effetto buono. Se l'intenzione fosse rivolta verso quello cattivo, allora l'azione non sarebbe giustificabile. Ma ciò rende del tutto superflua l'idea che l'azione debba essere moralmente buona o neutra. Per accertare ciò occorre guardare agli effetti e al modo in cui questi sono correlati agli stati mentali dell'agente⁵⁷.

2.2 IL PRINCIPIO DELL'INTENZIONE

La seconda condizione della DDE suggerisce che è possibile tracciare una distinzione tra conseguenze intese e conseguenze previste di un'azione sia a livello concettuale, sia a livello morale. Come ha sostenuto Raanan Gillon, prevedere e intendere indicano cose diverse e questa differenza concettuale e logica segna anche una differenza morale: due azioni che possiedono le stesse proprietà, anche in termini di conseguenze prodotte, ma differiscono nelle intenzioni sono due azioni diverse. Così se se nel compiere l'azione *a* io prevedo di uccidere il paziente e il paziente muore e nel compiere l'azione *b* io intendo uccidere il paziente e il paziente muore, allora l'azione *a* è diversa logicamente dall'azione *b*. Questa differenza logica genera due diversi giudizi morali riguardo ai due tipi di comportamento: l'azione *b* è moralmente illecita, in quanto per un medico è generalmente vietato uccidere intenzionalmente il proprio paziente, mentre l'azione *a* è perfettamente lecita, in quanto la morte del paziente non è oggetto dell'intenzione del medico e quindi, a rigor di logica, non è una vera e propria uccisione⁵⁸.

La breve trattazione di Gillon, che assomiglia più ad una dichiarazione che ad un argomento, mette in luce due diverse questioni, che possono essere correlate. In primo luogo vi è il problema della possibilità di distinguere *logicamente* e *descrittivamente* tra

⁵⁷ Cfr. J. Boyle, *Toward Unverstanding the Doctrine of Double Effect*, cit., pp. 531-532.

⁵⁸ R. Gillon, *Foreseeing Is Not Necessarily the Same As Intending*, "British Medical Journal", 318 (1999), pp. 1431-1432.

le conseguenze intenzionali di un'azione e quelle previste⁵⁹. La DDE non dà indicazioni sui criteri per distinguere quali tra tutti gli effetti possibili di un'azione siano quelli previsti (gli effetti collaterali) e quali siano quelli intesi. Dà solo un'indicazione di quali condizioni siano necessarie perché un'azione sia lecita, data una particolare valutazione degli effetti intesi e di quelli collaterali. È perciò necessaria una teoria dell'intenzionalità che prima di tutto consenta di operare una tale distinzione sul piano descrittivo. Se si dimostrasse che tale teoria non esiste, il primo risultato sarebbe la mancanza di criteri necessari per distinguere tra interruzioni intenzionali e interruzioni non-intenzionali della vita umana. Come sostiene Helga Kuhse:

In assenza di una plausibile teoria intermedia dell'intenzionale, i sostenitori del Principio di Sacralità della Vita [sono costretti ad] accettare che un agente interrompa la vita intenzionalmente tutte le volte che, in modo volontario e deliberato, produce la morte o si astiene dal prevenirla⁶⁰.

Se questo fosse l'esito, allora anche la distinzione morale tra conseguenze intese e conseguenze previste sarebbe inevitabilmente insostenibile e continuare a utilizzarla significherebbe affidarsi a valutazioni morali del tutto arbitrarie. Così Rachels, dopo avere richiamato la posizione espressa nella *Dichiarazione sull'eutanasia* sulla liceità dell'uso di analgesici con doppio effetto, afferma che "... se si dubita della validità della distinzione tradizionale tra uccisione intenzionali e non-intenzionali, la posizione esemplificata nel passo citato avrà l'unico effetto di rendere arbitrariamente disponibile la morte in alcune circostanze ma non in altre"⁶¹.

Chiaramente, dal punto di vista morale, l'impossibilità di distinguere logicamente tra intenzioni e previsioni comporta anche il collasso della giustificazione morale di atti che abbiano come effetto la morte *prevista*. O meglio, cade la possibilità di distinguere *moralmente* tra eutanasia ed interventi analgesici con doppio effetto. Si dovrà però notare che una tale simmetria morale può costituire una tesi indipendente dal problema epistemologico, perché è possibile tentare altri due approcci al problema:

⁵⁹ Che si tratti di due questioni separate, benché interdipendenti, viene riconosciuto anche da H. Kuhse, *Euthanasia*, in P. Singer (a cura di), *A Companion to Ethics*, Blackwell, Oxford 1991, p. 300.

⁶⁰ H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 163. Cfr. anche pp. 147-148.

⁶¹ J. Rachels, *La fine della vita*, cit., p. 113.

- a) È possibile tracciare una distinzione logica tra intenzione e previsione.
 a') Tale distinzione logica non comporta una distinzione morale.
- b) La possibilità di tracciare una distinzione logica tra intenzione e previsione è irrilevante, perché le intenzioni non giocano alcun ruolo nel giudizio morale.

Sebbene Rachels sembri accettare la tesi a + a', in altri luoghi sostiene b. Ad esempio, affrontando il problema della liceità morale della decisione di sospendere le cure di un paziente in fase terminale, egli sostiene che l'intenzione non gioca alcun ruolo in questo caso e la sospensione *può* essere giustificata senza fare ricorso a questo concetto. La moralità di un atto è determinata dalle ragioni pro o contro di esso e per decidere se sospendere le cure in questo caso basta fare appello alla valutazione delle conseguenze dei possibili corsi di azione: se non vengono sospese le terapie il paziente morirà comunque entro breve? In questo caso soffrirà? Verranno impiegate risorse mediche che potrebbero essere destinate a persone che potrebbero giovarne di più? Secondo Rachels queste sono le ragioni rilevanti per prendere una decisione pro o contro la sospensione di cure e le intenzioni del medico non compaiono tra di esse⁶².

Queste considerazioni sono diretta conseguenza della teoria morale utilitaristica sostenuta da Rachels. Il nucleo dell'utilitarismo non assegna alcun valore all'intenzione, perché formula i giudizi morali basandosi sulla valutazione delle conseguenze in termini di utilità prodotta. Ai fini del giudizio l'intenzione con cui viene compiuta l'azione, non ha alcun valore chiedersi quale fosse l'intenzione dell'agente, né se l'azione sia stata compiuta con modalità commissiva o omissiva⁶³ e questo è uno dei presupposti essenziali per comprendere la critica di Rachels alle cosiddette distinzioni tradizionali, cioè alla distinzione tra uccidere e lasciare morire (eutanasia attiva e passiva), mezzi ordinari e mezzi straordinari e, più in generale, tra produzioni intenzionali e produzioni non intenzionali della morte di un essere umano. Quindi dal punto di vista morale, la distinzione tra intenzioni e previsioni è irrilevante, anche se ciò non implica che sul piano logico-epistemologico tale distinzione non possa essere venire tracciata. Del resto,

⁶² Ivi, p. 104.

⁶³ È chiaro che non tutte le forme di utilitarismo ammettono giudizi così *tranchant*. Alcuni utilitaristi considerando ad esempio importanti al fine della formulazione dei giudizi morali non solo le conseguenze prodotte ma anche le motivazioni e gli atteggiamenti dell'agente: cfr. ad esempio R. Adams, *Motive Utilitarianism*, "Journal of Philosophy", 73 (1976), pp. 467-481.

secondo Kuhse l'impossibilità di stabilire con chiarezza quale differenza logica vi sia tra intendere una conseguenza e prevederla sembra essere del tutto *contingente*, legata al fatto che non vi sia una coerente teoria dell'intenzionale che fornisca gli strumenti adeguati per farlo.

Quindi il primo passo da fare è stabilire se una tale teoria sia possibile e successivamente appurare se tale teoria abbia l'effettiva capacità di gettare le basi per una diversa valutazione morale di conseguenze intese e conseguenze previste.

2.3 INTENZIONI DIRETTE E INTENZIONI INDIRETTE. IL MODELLO DESIDERIO-CREDENZA

Nel linguaggio di senso comune "intenzionale" viene solitamente utilizzato come contrario di "involontario". Per esempio la frase "Mario non ha urtato Gianni intenzionalmente" indica che Mario non ha volutamente urtato Gianni. La sua azione non era intenzionale e probabilmente Mario non ha mai formato l'intenzione di urtare Gianni; si può addirittura sostenere che il fatto che Gianni sia stato urtato da Mario non è una conseguenza intenzionale dell'azione di Mario. Tuttavia il senso in cui "intenzione" e "intenzionale" compaiono nelle discussioni sulla DDE non è strettamente questo. Come si può evincere da quanto detto finora, la DDE richiede una teoria dell'intenzionalità che sappia distinguere tra:

(E1) Effetti prodotti dall'agente con intenzione.

(E2) Effetti prodotti dall'agente meramente previsti.

(E3) Effetti prodotti dall'agente in modo involontario.

E3 non rientra nel raggio applicativo della DDE, in quanto la dottrina tratta soltanto la liceità morale di azioni che abbiano un effetto inteso e un effetto previsto. Gli effetti prodotti involontariamente possono avere una qualche rilevanza nella discussione teorica e pratica sull'intenzione ma la valutazione del loro status epistemologico e morale non rientra tra i fini della DDE. Ed è anche opportuno distinguere l'intenzione

pura dall'intenzione seguita da azione. L'agente potrebbe intendere fare X senza avere deciso di farlo, senza avere deliberato in questo senso oppure senza compiere alcuna azione X o senza fare alcun tentativo di compierla. In questo caso si è in presenza di un'intenzione "pura", cioè di un'intenzione "che può avere luogo in assenza di ragionamento pratico, di azioni, di conseguenze"⁶⁴. Sebbene l'intenzione pura dia luogo a problemi del tutto specifici, anche questo caso non rientra nell'insieme di concetti contemplati dalla DDE. La DDE ha a che fare con intenzioni che sono seguite da azioni e conseguenze.

Pertanto se si vuole analizzare il concetto di intenzione il cui significato ha una certa rilevanza per la DDE, ci si deve limitare alle intenzioni in quanto accompagnate da deliberazione, azione e conseguenze e in quanto contrapposte alle previsioni.

Ma in che modo si può definire un'intenzione e quale è il suo ruolo nell'agire complessivo? Una delle più autorevoli teorie del panorama filosofico sostiene che un'intenzione è identificabile rispondendo alla domanda "perché?". Se qualcuno preme un interruttore e viene chiesto il perché lo ha fatto, la risposta "volevo accendere la luce" costituisce l'esplicitazione dell'intenzione che "razionalizza" l'azione. È questa la formulazione che è presente in Davidson⁶⁵, il quale formula una condizione necessaria per le ragioni primarie:

C1. *R* è una ragione primaria per cui un agente ha effettuato l'azione *A*, sotto la descrizione *d*, solo se *R* consiste in un atteggiamento favorevole all'agente nei confronti di azioni dotate di una certa proprietà, e in una credenza da parte dell'agente che *A*, sotto la descrizione *d*, ha questa proprietà⁶⁶.

Nell'esempio dell'illuminazione della stanza, l'agente ha un atteggiamento favorevole verso l'accensione della luce e crede che premendo l'interruttore egli accenderà la luce (premere l'interruttore ha la proprietà di accendere la luce). La comparsa della specificazione "sotto la descrizione *d*" è necessaria perché un'azione è in realtà molto più complessa rispetto a quello che può essere il contenuto dei nostri desideri e delle

⁶⁴ D. Davidson, *Intendere*, in *Azioni ed eventi*, Il Mulino, Bologna 1992, p. 138.

⁶⁵ D. Davidson, *Azioni, ragioni e cause* in *Azioni ed eventi*, cit., p. 41; D. Davidson, *Intendere*, cit., pp. 141-142. Cfr. anche A. Goldman, *A Theory of Human Action*, Prentice-Hall, New York 1970.

⁶⁶ D. Davidson, *Azioni, ragioni e cause*, cit., p. 44. Il saggio da cui stiamo citando è stato pubblicato originariamente in "Journal of Philosophy", 60 (1963). Davidson sembra avere apportato alcune modifiche alla sua teoria nei saggi successivi (soprattutto *Intending*, pubblicato nel 1978).

nostre credenze e può essere soggetta a più descrizioni. Così può darsi che accendendo la luce l'agente abbia messo in fuga un ladro d'appartamenti. L'azione complessiva allora può avere quattro descrizioni: l'agente preme l'interruttore, accende la luce, illumina la stanza, mette in fuga il ladro. Supponendo che l'agente non sapesse che un ladro si era intrufolato nel suo appartamento, la fuga del ladro può essere definita una conseguenza non-intenzionale dell'agire. Questo significa che l'azione, dal punto di vista dell'agente, non può essere descritta come "mettere in fuga un ladro". La proprietà "mettere in fuga un ladro" appartiene all'azione sotto una particolare descrizione ma l'agente non ha alcun atteggiamento favorevole nei confronti dell'azione *in quanto dotata di quella proprietà* (forse l'agente in questo caso ignora anche che l'azione abbia questa proprietà). Se si prova a riformulare la teoria di Davidson nei termini delle "conseguenze", l'accensione della luce è la conseguenza intesa dell'azione di premere l'interruttore – anzi, si potrebbe dire che l'accensione della luce è il mezzo inteso che l'agente adotta nell'intenzione di illuminare la stanza. La fuga del ladro non è un effetto inteso ma può essere descritta come "non-intenzionale" nel senso di involontario e anche il linguaggio ordinario accetterebbe questa descrizione.

Davidson omette in questo caso di menzionare quale ruolo abbiano le conseguenze previste ossia gli effetti collaterali della propria azione. Riformulando l'esempio, l'agente preme l'interruttore accende la luce, illumina la stanza, avverte la moglie che si trova in camera da letto del proprio ritorno. L'agente ha un atteggiamento favorevole verso l'illuminazione della stanza e sa che premendo l'interruttore illuminerà la stanza. Ma sa anche che premendo l'interruttore avviserà sua moglie. Tuttavia se chiediamo "Perché hai premuto l'interruttore?" la risposta potrebbe essere "Volevo accendere la luce (o "volevo illuminare la stanza") ma non "volevo avvertire mia moglie che ero tornato". Anzi, si può immaginare che l'agente non avesse alcun atteggiamento favorevole verso questo effetto, nel senso che era indifferente verso di esso oppure lo avversava decisamente ("avrei preferito non avvertire mia moglie del mio ritorno"). In altri termini, la conseguenza "avvertire la moglie del suo ritorno", nel momento in cui entra nella descrizione dell'azione, non ha alcuna funzione razionalizzante dal punto di vista dell'agente. Su questo punto Anscombe sembra essere d'accordo, quando riconosce che non tutte le descrizioni di un'azione possono essere

esplicative di cosa fa l'agente dal suo punto di vista⁶⁷. Nella discussione del celebre esempio dell'uomo che pompa acqua avvelenata nel serbatoio della casa di politici con piani criminali, Anscombe⁶⁸ fa questa osservazione:

[S]e [...] gli venisse chiesto: “perché hai riempito il serbatoio della casa con acqua avvelenata?” e se la sua risposta sarebbe non “per sterminarli” ma “Non mi preoccupavo di questo fatto, volevo guadagnarli la mia paga e ho svolto il mio solito lavoro”. In questo caso, sebbene egli sia consapevole del suo atto intenzionale [...] che è anche un atto di rifornire il serbatoio della casa con acqua avvelenata, sarebbe scorretto secondo i nostri criteri sostenere che il suo atto di rifornire il serbatoio della casa con acqua avvelenata fosse un atto intenzionale⁶⁹.

Le intenzioni sono quindi esplicative, cioè spiegano il senso dell'azione per l'agente che le compie e forse ci si può spingere ancora più in là, sostenendo con Paul Ricoeur che le intenzioni *significano* le azioni, cioè le rendono intelligibili ad un altro e a me stesso⁷⁰. Se questo è vero, le conseguenze previste di un'azione sono distinte da quelle intese sia *precedentemente* all'azione (avere l'intenzione di), sia *conseguentemente* (produrre le conseguenze intese tramite l'azione). L'agente che si forma l'intenzione di accendere la luce prevede che la sua azione avrà tra le sue conseguenze quella di avvertire la moglie del suo rientro a casa ma egli non mostra alcun atteggiamento favorevole nei confronti di questo effetto; compiuta l'azione, alla domanda “Perché hai acceso la luce?” egli potrebbe rispondere nello stesso dell'uomo che pompa l'acqua: non “perché volevo avvertire mia moglie del mio rientro” ma “non mi preoccupavo di questo fatto, volevo soltanto fare luce nella stanza”. Parafrasando Anscombe, si può dire che, seppure l'agente fosse consapevole che accendendo la luce avrebbe avvertito la moglie del suo

⁶⁷ Per una critica sull'utilità delle descrizioni alternative per stabilire l'importanza delle intenzioni in etica, cfr. J. Shaw, *Intention in Ethics*, “Canadian Journal of Philosophy”, 36 (2006), pp. 187-224. Sul ruolo delle intenzioni in etica, cfr. anche A. Walen, *The Doctrine of Illicit Intentions*, “Philosophy and Public Affairs”, 34 (2006), pp. 39-67.

⁶⁸ Anscombe non concorda sul fatto che le intenzioni siano sempre riconducibili a desideri, ma afferma che esse forniscono comunque una ragione o spiegazione dell'agire: tutta la sua ricerca sul concetto di intenzione è condotta partendo dal presupposto che esplicitare un'intenzione significa fornire una certa risposta alla domanda “perché?”. Cfr. G.E.M. Anscombe, *Intenzione*, Edizioni Università della Santa Croce, Roma 2004, par. 5, pp. 46-49.

⁶⁹ Ivi, par. 25, p. 89 (trad. leggermente modificata).

⁷⁰ Sul carattere esplicativo delle intenzioni, cfr. anche J. Bennett, *The Act Itself*, Clarendon Press, Oxford 1995, pp. 201-202. Paul Ricoeur accosta questo aspetto della teoria di Anscombe alla tradizione tedesca del *Verstehen* e dell'ermeneutica, in quanto “significare” equivale ad “interpretare” (*La semantica dell'azione. Discorso e azione*, Jaca Book, Milano 1986, p. 68).

rientro, sarebbe scorretto sostenere che egli aveva l'intenzione di avvertire la moglie del suo rientro. Sostenere che l'agente aveva l'intenzione di avvertire sua moglie o che l'avvertire sua moglie è stato un suo atto intenzionale in questo senso significa sostenere un'assurdità, tanto quanto sarebbe assurdo sostenere che, poiché mescolando pepe e sale nella salsa per insaporirla io consumo le mie riserve di pepe e sale, allora io intendo consumare le mie riserve di pepe e sale⁷¹. Anscombe minimizza il rischio che una tale descrizione dell'intenzione rimanga confinata alla dimensione privata del soggetto agente e che quindi non vi sia possibilità di controllo della corrispondenza tra ciò che l'agente genuinamente intende e l'azione e le conseguenze prodotte. Forme di verifica sono sempre possibili guardando ai fattori esterni rispetto alla mente dell'agente⁷².

La discriminazione tra intenzione e previsione sembra quindi basarsi sull'idea che, nel prevedere gli effetti delle proprie azioni, questi non vengano desiderati; del resto alcune versioni della DDE si basano proprio sulla specificazione che l'effetto cattivo debba essere previsto ma *non voluto*. Avere una semplice credenza riguardo al fatto che l'effetto indesiderato comunque accadrà, agendo in un certo modo, non costituisce un elemento per potere dire che sia inteso.

Queste linee di ragionamento hanno una lunga tradizione nella storia della filosofia. Ad esempio Jeremy Bentham distingue le conseguenze "direttamente intenzionali" dalle conseguenze "indirettamente intenzionali".

Una conseguenza, quando è intenzionale, può esserlo *direttamente* o solo *indirettamente*. Si può dire che sia direttamente intenzionale o intenzionale in linea diretta quando la prospettiva di produrla costituiva uno degli anelli nella catena di cause da cui la persona è stata determinata a compiere l'atto. Si può dire che sia indirettamente o collateralmente intenzionale quando, nonostante la conseguenza fosse contemplata, e il suo verificarsi sembrasse probabile nel caso l'atto fosse compiuto, tuttavia la prospettiva di produrre tale conseguenza non è stata un anello nella suddetta catena⁷³.

⁷¹ R. Hoffman, *Intention, Double Effect, and Single Result*, "Philosophy and Phenomenological Research", 44 (1984), pp. 389-393.

⁷² G.E.M. Anscombe, *Intenzione*, cit., par. 25, pp. 91-92.

⁷³ J. Bentham, *Principi della morale e della legislazione*, UTET, Torino 1998, cap. VIII, par. 6, p. 180. Per la concezione dell'intenzione nell'utilitarismo di Bentham e Mill, cfr. A. Kenny, *The History of Intention in Ethics*, in *The Anatomy of Soul. Historical Essays in the Philosophy of Mind*, Basil Blackwell, Oxford 1973, pp. 141-144.

Nelle definizioni di Bentham si ritrova almeno un elemento del modello desiderio-credenza a cui si fa appello nelle teorie contemporanee per spiegare la natura dell'intenzione. La prospettiva di produrre una conseguenza fa parte della ragione per cui si è determinati ad agire. Bentham non cita esplicitamente il desiderio di realizzare un effetto come parte essenziale della ragione per produrre quell'effetto, ma il fatto che la credenza costituisca un legame nella catena di cause in base alla quale si è determinati ad agire sembra rimandare ad una struttura motivazionale che si avvicina al modello credenza/desiderio. Inoltre Bentham introduce qui una terminologia che ha fatto scuola ma che può ingenerare alcune confusioni. Le conseguenze previste sono secondo Bentham "indirettamente intenzionali", ma pur sempre intenzionali. Nel linguaggio comune, come si è già notato, il significato di non-intenzionale equivale grossomodo a quello di involontario. Quindi sostenere che una conseguenza è indirettamente intenzionale significa che l'agente era cosciente ("contemplava la conseguenza") dell'effetto che la sua azione poteva produrre, senza tuttavia che desiderasse la sua realizzazione (e da qui il carattere indiretto dell'intenzione). La distinzione benthamiana non è molto diversa da quella introdotta da Meiland tra intenzioni "con uno scopo" e intenzioni "senza uno scopo"⁷⁴. Tuttavia insistere nell'utilizzare il termine "intenzione" o "intenzionali" per entrambi i tipi di conseguenze (dirette e indirette) può fare sembrare che si dia preventivamente per risolto il problema di stabilire una differenza, perché definire "intenzionale" – seppur indirettamente – una conseguenza prevista può equivalere ad annullare un'essenziale differenza che rende tale tipo di effetti peculiarmente diversi rispetto a quelli direttamente intenzionali.

L'equivoco principale consiste nella sovrapposizione tra i termini "intenzionale" e "inteso". Si può sostenere che una conseguenza può essere intenzionale senza essere intesa? Un esempio di una confusione simile si può trovare in un autore come Robert Audi, che accetta anch'egli un modello desiderio-credenza⁷⁵ per spiegare la natura dell'intenzione. Discutendo il problema degli effetti collaterali, Audi presenta un esempio ripreso da Roderick Chisholm. Un uomo agisce con l'intenzione di uccidere un cervo e questo è il suo unico scopo ma sa che uccidendo il cervo ucciderà anche il re. Audi aggiunge un particolare alla storia: il cacciatore crede che, se sparerà al cervo, la pallottola attraverserà il collo dell'animale e raggiungerà il cuore del re ma egli non

⁷⁴ J. Meiland, *The Nature of Intention*, Methuen, London 1970, pp. 7-11.

⁷⁵ R. Audi, *Action, Intention and Reason*, Cornell University Press, Ithaca 1993, pp. 64-65.

vuole assolutamente che il re muoia (non ha alcun atteggiamento favorevole verso l'uccisione del re: non è un cospiratore, un aspirante al trono, un anarchico, un pazzo ecc. se vogliamo essere ancora più precisi). Audi commenta così:

È veramente difficile immaginare che qualcuno in questo caso non vorrebbe in nessun modo uccidere il re e sarebbe disposto a considerare la sua uccisione come un mero effetto collaterale dell'uccisione del cervo. Ma ciò è possibile se l'agente è perverso. Possiamo dire allora che non intende uccidere il re? Sicuramente non possiamo dire che, se lo uccide in questo modo, egli lo fa *in modo non intenzionale*, perché ciò vorrebbe dire che l'agente ha compiuto un errore o ha agito in base all'ignoranza. E certamente non accetteremmo "non intendevo farlo" se pronunciata come una *scusa*; non avere inteso un atto del genere non sarebbe chiaramente una scusa⁷⁶.

Audi imputa alla "perversione" la possibilità che un agente consideri come mero effetto collaterale una morte che egli sapeva di produrre; non solo ma la perversione sembra qui avere un raggio di copertura ancora più vasto. Se al termine dell'azione, quando giacciono per terra morti tanto il cervo quanto al re, chiedessimo al cacciatore "volevi uccidere il re?", secondo Audi la risposta "no, non volevo farlo" sarebbe dettata da perversione piuttosto che da sincerità. Al cacciatore si chiede non solo di intendere l'uccisione del re ma anche di volerla. Si potrebbe supporre che il cacciatore avesse un desiderio generale di uccidere il re, dettato forse dall'odio che nutriva nei suoi confronti per uno sgarro subito, e tuttavia ipotizzare ancora che tale desiderio non faccia parte della ragione per agire che ha spinto il cacciatore a sparare. Ad esempio, se a un soldato viene ordinato di far saltare un ponte su cui sa che si trova un nemico personale di guardia che vuole uccidere, è possibile sostenere che il soldato, facendo esplodere il ponte, non voleva uccidere quel suo nemico. Con questo si intende solamente sostenere che il desiderio generale di uccidere il suo nemico non fa parte della sua ragione per agire in quella particolare circostanza, seppur in un senso più generale egli volesse uccidere il nemico⁷⁷.

Audi nota inoltre che se vogliamo fornire una descrizione coerente degli stati mentali e delle azioni del cacciatore dobbiamo dire:

⁷⁶ Ivi, p. 67 (l'esempio è tratto da R. Chisholm, *The Structure of Intention*, "Journal of Philosophy", 19 [1970], p. 369 ma era già presente in Bentham).

⁷⁷ A. Kenny, *Action, Emotion and Will*, Routledge and Kegan Paul, London 1963, p. 238.

1. che ha ucciso il re in modo intenzionale (*intentionally*).
2. che intendeva uccidere il re.

Ora lo schema di Audi presenta non poche problematicità, perché suggerire che la presenza della modalità dell'intenzionalità nell'azione (cioè l'esclusione che si sia agito per "errore o ignoranza") sembra implicare che vi sia sempre un'intenzione coinvolta. È pur vero che nel caso del re difficilmente accetteremo come scusa "non intendevo farlo" ma questo particolare chiama in causa un altro aspetto del ruolo di concetto di intenzione, cioè se l'invocazione della sua assenza può essere ritenuta una giustificazione o una scusa per quello che si è compiuto. Ritorniamo su questo punto quando prenderemo in considerazione la connessione tra l'intenzione e la responsabilità. Basti qui sottolineare che Audi sembra impegnato a sottoscrivere quella che è stata chiamata la "Simple View", ossia la tesi secondo cui compiere intenzionalmente A implica che l'agente intende fare A⁷⁸. Così se siamo disposti a sostenere che il medico ha intenzionalmente abbreviato la vita del paziente nel caso di somministrazione di analgesici con doppio effetto, allora dovremmo anche concludere che il medico intendeva abbreviare la vita del paziente. Anzi, secondo la teoria di Audi, se il medico in questione sostenesse che non voleva abbreviare la vita del paziente sarebbe un "medico perverso".

Se si accettasse una versione forte della *Simple View* dovremmo accettare che per ogni azione intenzionale esiste l'intenzione di compierla. Ad esempio, Alice si reca al posto di lavoro camminando perché aveva l'intenzione di farlo e ogni passo che compie da casa sua fino all'ufficio è compiuto in modo intenzionale. Dovremmo ipotizzare che Alice ha l'intenzione di compiere ogni singolo passo? Probabilmente nessuno sottoscriverebbe questa affermazione, pur continuando a sostenere che ogni passo è compiuto in modo intenzionale. Analogamente, se so di essere un pessimo tiratore con la pistola, miro ad un bersaglio lontano e riesco a colpirlo sicuramente tutti giudicherebbero che l'ho colpito intenzionalmente. Saremmo però in grado di dire che

⁷⁸ Tra quanti hanno sostenuto varie versioni della *Simple View* cfr. B. Aune, *Reason and Action*, Reidel, Dordrecht 1977, pp. 89-102; J. Searle, *Intenzionalità*, Bompiani, Milano 1985, cap. 3; F. Adams, *Intention and Intentional Action: The Simple View*, "Mind and Language", 1 (1986), pp. 281-301; H. McCann, *Settled Objectives and Rational Constraints*, "American Philosophical Quarterly", 28 (1991), pp. 25-36.

io intendevo colpirlo? A prima vista potremmo anche dire che avevo il desiderio di colpirlo, che ho messo in atto tutte le strategie del caso per colpirlo ecc. e che quindi intendevo colpirlo. Tuttavia, data la mia pessima mira, è forse più corretto dire che intendevo *tentare* di colpirlo. Questi due esempi, molto discussi in letteratura, mostrano come non sempre l'azione intenzionale presupponga un'intenzione specifica di compiere quell'azione o di ottenere uno dei risultati di quell'azione⁷⁹. Possiamo dire che fare ogni singolo passo o colpire il bersaglio sono comunque azioni o risultati intenzionali dell'azione: la loro intenzionalità deriva un'intenzione precedente (l'intenzione di camminare fino al lavoro e l'intenzione di tentare di colpire il bersaglio).

Questo schema d'approccio potrebbe ben funzionare nei casi di doppio effetto. In un esempio introdotto e discusso da Harman, un cecchino si trova davanti ad un nemico.

Sparando con la sua pistola, il cecchino avverte consapevolmente il nemico della sua presenza. Egli lo fa intenzionalmente, pensando che i benefici siano superiori ai possibili costi. Ma certamente non intende avvertire il nemico della sua presenza⁸⁰.

Il cecchino ha una ragione per sparare che non è una ragione per avvertire il nemico e tuttavia l'intenzione di sparare rende intenzionale l'avvertimento del nemico. È questa "l'ipotesi *H*" avanzata da Mele:

H. Ogni azione intenzionale *A* che (1) è compresa in un'azione intenzionale "più ampia" e (2) non è compiuta per una ragione (specifica per *A*) eredita la propria intenzionalità da quella dell'azione intenzionale più ampia che comprende *A*; e tutte le azioni intenzionali che conferiscono l'intenzionalità sono compiute per ragioni (o sono adeguatamente comprese in azioni intenzionali compiute per ragioni)⁸¹.

⁷⁹ Cfr. A. Mele, *Springs of Action. Understanding Intentional Behavior*, Oxford University Press, New York-Oxford 1992, pp. 130-135 e 180-184. Non è detto che certe traduzioni filosofiche trovino corrispondenze nel senso comune. Sono un pessimo giocatore di calcio ma durante una partita tra amici riesco a fare un goal da fuori area insaccando la palla nel "sette" della porta avversaria. Alla domanda "ma intendevi farlo?", se sono del tutto sincero, potrei tranquillamente rispondere "beh, per lo meno ci ho provato". Questa potrebbe essere una parafrasi colloquiale del rapporto tra intendere tentare di raggiungere un obiettivo e il risultato intenzionale della mia azione. Cfr. anche M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, Harvard University Press, Cambridge 1987, cap. 8 e pp. 133-138.

⁸⁰ G. Harman, *Practical Reasoning*, "Review of Metaphysics", 79 (1976), pp. 431-463 (p. 433).

⁸¹ A. Mele, *Springs of Action*, cit., p. 115 (cfr. anche pp. 174-175).

L'esempio del soldato, per come è descritto da Harman, solleva certamente alcune perplessità. In primo luogo "avvertire il nemico" compare come una descrizione di un'azione ma nei casi di doppio effetto si fa solitamente riferimento alle conseguenze. Non è un elemento secondario perché potremmo invece sostenere che ci si trova davanti ad un'unica azione che può essere descritta in due modi diversi a seconda di quale conseguenza viene valorizzata: solo a scopo di analisi si può distinguere l'azione che consiste nello sparare al soldato dall'azione che consiste nell'avvertire il nemico. È pur vero che se l'analisi si concentra sulle ragioni per agire, piuttosto che sulle conseguenze prodotte, allora la descrizione più coerente è quella di "sparare al nemico", perché dal punto di vista dell'agente è questo il fine per cui è stata intrapresa l'azione. Siamo così tornati ad un punto di partenza: le intenzioni razionalizzano l'azione, danno un particolare significato a quell'azione e selezionano una particolare descrizione tra tutte le descrizioni possibili. Perché un'azione venga razionalizzata, "significata" e descritta in un certo modo occorre che sia oggetto di un atteggiamento favorevole e di una credenza relativa, per lo meno secondo il modello che stiamo seguendo⁸².

Tuttavia, ad un esame più accurato, il modello desiderio-credenza sembra inadeguato sotto diversi profili. Senza ripercorrere tutte le critiche che sono state mosse ad un modello che risulta ancora maggioritario nell'ambito della teoria dell'azione e della mente, si possono sottolineare alcuni punti critici direttamente connessi ai temi di nostra pertinenza.

La distinzione tra conseguenze previste e conseguenze intese sembra fondarsi sulla mancanza di un atteggiamento favorevole verso le seconde, che determinerebbe il loro status. Inoltre esse non costituiscono una ragione per agire dal punto di vista di chi agisce. Sebbene si possa concedere che ciò sia sufficiente per stabilire in linea di principio una differenza, il criterio può risultare di difficile applicazione ai casi concreti. Esso deve sostanzialmente essere in grado di individuare le azioni che hanno un duplice effetto, X e Y, e distinguere se l'effetto Y è inteso oppure previsto. Non solo, ma deve anche riuscire a distinguere queste azioni da quelle che hanno un solo effetto, X, e Y costituisce non una conseguenza ma un mezzo per raggiungere X. Ma l'assenza di un

⁸² Versioni differenti del modello desiderio-credenza sono state sostenute, ad esempio, da A. Mele, *Springs of Action*, cit.; R. Audi, *Action, Intention and Reason*, cit.; A. Kenny, *Action, Emotion and Will*, cit.; M. Beardsley, *Intending*, in A. Goldman, J. Kim (a cura di), *Values and Morals*, Reidel, Dordrech 1978.

atteggiamento favorevole verso Y nel caso del doppio effetto è sufficiente per distinguere questo tipo di azione da quella in cui Y è un mezzo per raggiungere X?

Per porre la questione in modo più chiaro, si può fare riferimento al caso della somministrazione di analgesici. Le domande fondamentali sono due: la morte del paziente è in questo caso intesa o prevista? Se è prevista, l'azione allora si differenzia da quella dell'eutanasia, dove invece la morte del paziente è intesa. Se applichiamo il modello desiderio-credenza che fornisce una ragione per agire, il medico non deve considerare la morte del paziente una ragione per agire, cioè non deve avere un atteggiamento favorevole verso la morte del paziente e non deve credere che somministrare gli analgesici sia un modo per porre fine alla vita del paziente. Sulla parte riguardante la credenza ci possono essere dei dubbi, perché l'agente sa che la somministrazione degli analgesici provocherà *anche* la morte del paziente. Ma sicuramente egli non ha alcun atteggiamento favorevole verso questo stato di cose. Così come il medico che pratica l'isterectomia per salvare la vita della madre: non desidera provocare la morte del feto, anche se sa che la sua azione la provocherà. Se questo è ciò che conferisce alle conseguenze citate (morte del paziente e morte del feto) la loro natura, allora deve essere anche ciò che le contraddistingue dalla morte del paziente e la morte del feto nei casi dell'eutanasia e dell'aborto praticato per salvare la vita della madre. Se ci deve essere una differenza, allora essa sta tutta nel fatto che in questi due ultimi casi il medico deve desiderare la morte del paziente e la morte del feto. Ma è davvero così?

Supporre che il medico che pratica un'eutanasia abbia davvero un desiderio del genere significa dare per scontato un elemento che potrebbe non essere tale. Il medico pratica l'iniezione totale al fine di far cessare il dolore del paziente. Ciò non significa che egli abbia un atteggiamento favorevole nei confronti del mezzo usato e del fatto che inevitabilmente esso porti alla morte del paziente. Sicuramente egli crede che la morte del paziente sia un mezzo per raggiungere il fine proposto ma ciò non significa che egli la desideri più di quanto non la desideri il medico che somministra gli analgesici⁸³. Come ricorda John Finnis, i mezzi sono strumenti che l'agente deliberatamente sceglie perché sono necessari per raggiungere un dato fine. Ma ciò non significa che i mezzi

⁸³ Cfr. J. Glover, *Causing Death and Saving Lives*, Penguin Books, Harmondsworth 1977, pp. 88-89.

siano desiderabili nel giudizio dell'agente, che può metterli in atto anche se lo ripugnano:

Concedo che non esista alcuna azione senza una qualche motivazione emotiva, senza un qualche appello ai sentimenti. Ma l'appello al sentimento può spesso derivare interamente dal fine, facendo in modo che i mezzi – forse profondamente ripugnanti per i propri sentimenti – non abbiano alcuna forza motivante se non il loro semplice appello alla ragione, cioè la loro semplice promessa di produrre il fine⁸⁴.

La specificazione di Finnis “profondamente ripugnanti per i propri sentimenti” indica tuttavia un senso preciso per cui si sostiene che in entrambi i casi, nessuno dei due medici desidera la morte del paziente. È il senso appunto emotivo del termine “desiderio”, che non può coincidere con quello (apparentemente) più neutro del concetto di “atteggiamento favorevole”. Si può dire che praticando l'eutanasia il medico “spera” che il paziente muoia mentre con l'intervento palliativo aggressivo non prova niente di tutto ciò nei confronti della morte del paziente? Del resto sperare è un atteggiamento favorevole. Tuttavia sembra che tale atteggiamento sia riducibile ad una credenza sul fatto che l'agente stimi altamente probabile (con margini di incertezza) che il mezzo usato possa raggiungere il suo fine. Ma se anche così non fosse, sembra difficile identificare il nucleo dell'intenzione con un atteggiamento come la speranza. Intendere ottenere un risultato sembra molto diverso da sperare di ottenerlo⁸⁵. Se sostengo che domani intendo fare visita a mia madre, in condizioni di sincerità sia verso me stesso che verso gli altri, esprimo qualcosa di più che la semplice speranza di fare visita a mia madre domani. Inoltre il mezzo usato per raggiungere un dato fine deve essere *inteso*, se la dottrina del doppio effetto vuole assolvere la propria funzione. In buona sostanza le due situazioni potrebbero essere descritte in questi termini:

Medico “eutanasista”: desidera annullare la sofferenza del paziente e crede che somministrando un farmaco che ucciderà il paziente raggiungerà questo fine.

⁸⁴ J. Finnis, *Intention and Side-Effects*, in R.G. Frey, C.W. Morris (eds.), *Liability and Responsibility. Essays in Law and Morals*, Cambridge University Press, Cambridge 1993, p. 41.

⁸⁵ Sulla traduzione dell'intenzione in termini di credenza sulla probabilità/speranza, cfr. A. Mele, *Springs of Action*, cit., p. 129.

Medico “palliativista”: desidera annullare la sofferenza del paziente e crede che somministrando una dose piramidale di analgesici raggiungerà questo fine e sa che ciò abbrevierà la vita del paziente.

Le due descrizioni differiscono solo riguardo all’aspetto cognitivo. Per alcuni autori proprio questo aspetto cognitivo costituisce il punto per ritenere che anche nel secondo caso si debba descrivere la morte del paziente come conseguenza intesa. Ad esempio Roderick Chilsholm ha posto l’attenzione sulle implicazioni logiche tra intenzione e credenza nella descrizione dell’intenzione. Se ho l’intenzione di produrre X (agisco con l’intenzione di produrre X) e X implica o include un altro stato di cose Y e so che X implica Y, allora non segue che io intenda produrre q (agisca con l’intenzione di produrre q). Se intendo essere a Washington mentre il Presidente si trova là e so che il primo stato di cose implica che il Presidente si trovi a Washington, segue che io intendo essere a Washington ma non intendo che il Presidente si trovi a Washington (non agisco con l’intenzione di fare in modo che il Presidente si trovi a Washington). Chilsholm definisce questo principio “principio della non-divisibilità dell’intenzione”. Esiste anche un altro principio che governa l’intenzione, ossia il “principio di diffusione dell’intenzione”. Se intendo produrre un certo stato di cose X e so che producendo X verrà prodotto anche uno stato congiuntivo di cose, X e Y, allora intendo produrre lo stato di cose X e Y. La distinzione di Chilsholm è particolarmente fine, perché nel caso del medico palliativista i critici della DDE potrebbero sostenere che il medico in realtà intende la morte del paziente. Secondo il principio di diffusione dell’intenzione il medico non intenderebbe semplicemente produrre l’eliminazione del dolore ma intenderebbe produrre la scomparsa del dolore e la morte del paziente. Il principio di diffusione dell’intenzione così descritto potrebbe essere impiegato per rifiutare una concezione *ristretta* dell’intenzione, che escluderebbe le conseguenze previste. Ma Chilsholm non sembra qui utilizzare il principio per giungere ad una concezione *larga* dell’intenzione, perché si premura di notare come non si possa sostenere che se l’agente intende X e sa che X e Y, allora l’agente intende Y. Egli intende X e Y. Siamo qui di fronte a tre passaggi.

(1) Il medico palliativista intende alleviare il dolore (X) e sa che, agendo così, produrrà lo stato congiunto di cose in cui il dolore viene alleviato la morte del paziente viene causata (X e Y).

(2) Da (1) si può concludere che: il medico intende produrre lo stato di cose in cui il dolore viene alleviato la morte del paziente viene causata.

(3) Da (1) si può concludere che il medico intende la morte del paziente.

Per sostenere una concezione *larga* dell'intenzione, si dovrebbero accettare tutte e tre i passaggi, mentre Chilsholm sostiene che l'accettazione di (1) e (2) non crea un impegno ad accettare (3) e questa specificazione sarebbe particolarmente importante per "il problema di distinguere quelle conseguenze che sono intese da quelle a cui *si acconsente ma che non sono intese*"⁸⁶.

Non è chiaro in che modo il principio riesca a giustificare la distinzione, perché già l'accettazione di (1) e (2) sembra sufficiente per trattare allo stesso modo i casi del medico palliativista e il medico eutanasista. Ed infatti Helga Kuhse, che ha esposto una delle più dettagliate critiche all'uso della DDE nell'etica medica, considera il principio di Chilsholm come una formalizzazione della tesi di Sidgwick secondo cui occorre "includere nel termine 'intenzione' tutte le conseguenze di un atto che sono previste come certe o probabili"⁸⁷. È proprio questa forma di "visione olistica delle decisioni"⁸⁸ che viene difesa soprattutto dai consequenzialisti e che già Jeremy Bentham sosteneva,

⁸⁶ R.M. Chilsholm, *Person and Object. A Metaphysical Study*, George Allen & Unwin, London 1976, pp. 74-75.

⁸⁷ H. Sidgwick, *Metodi di etica*, Il Saggiatore, Milano 1995, III, I.2, p. 233. H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 151 (si veda anche quest'altra considerazione di Kuhse: "se pensiamo che un'esecuzione [di un condannato] implichi *logicamente* la morte di un uomo innocente, allora potremmo dire che la sua morte deve essere intesa", p. 97).

⁸⁸ L'espressione è di G. Harman, che comunque respinge quelle forme "forti" di olismo secondo cui la conclusione del ragionamento pratico deve includere l'accettazione di tutto ciò che l'agente sa della sua azione, degli effetti collaterali previsti e prevedibili, del fine e dei mezzi usati: cfr. G. Harman, *Changing in View*, MIT Press, Cambridge 1986, cap. 9 (sulle tesi di Harman, cfr. M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., pp. 148-152). Per una critica alle versioni olistiche, deboli e forti, cfr. anche J. Boyle, T.D. Sullivan, *The Diffusiveness of Intention Principle: A Counter-Example*, "Philosophical Studies", 31 (1977), pp. 357-360.

quando argomentava che la consapevolezza delle conseguenze estende il dominio dell'intenzionalità anche agli effetti previsti delle proprie azioni⁸⁹.

Giunti a questo punto, si possono tracciare alcune conclusioni provvisorie. Le considerazioni svolte suggeriscono che, se si accetta una caratterizzazione dell'intenzione in base al modello desiderio/credenza, sembra difficile riuscire a stabilire una differenza descrittiva tra il caso del medico palliativista e il medico eutanasi. Ciò non significa che il modello desiderio/credenza sia inadeguato per rendere conto della natura dell'intenzione e delle azioni intenzionali. È questo un argomento particolarmente complesso e dibattuto nell'ambito della filosofia contemporanea che lasciamo da parte. Quello che interessa è capire se possono esistere resoconti alternativi dell'intenzionalità che riescono a catturare la distinzione tra conseguenze intese e conseguenze previste, dando così alla dottrina del doppio effetto un fondamento più solido almeno dal punto di vista concettuale ed epistemologico.

2.4 INTENZIONI, PIANI, IMPEGNI

Non tutte le intenzioni presuppongono un desiderio. Pensando a quello che ci accade quotidianamente, si possono trovare molti esempi di intenzioni senza desideri. Ad esempio, se sono seduto in salotto e sento bussare alla porta, mi alzo per andare ad aprire. Lo faccio intenzionalmente e, con tutta probabilità, non sarebbe scorretto descrivere la mia azione come “compiuta con l'intenzione di aprire la porta”, ma sicuramente potrei non avere né manifestare alcun desiderio di aprire la porta. Potrei attraversare la strada con l'intenzione di farlo, senza avere alcun desiderio di attraversare la strada. Come ha sottolineato Anscombe, in alcuni casi non è possibile esprimere le intenzioni nella forma “volevo...”⁹⁰. Anscombe è anche più esplicita. I termini come “volere” o “desiderare” vengono usati nell'espressione di intenzioni in un senso puramente tecnico, che non implica alcun riferimento al desiderio come lo si intende nel linguaggio ordinario, per cui si desidera X perché avvertiamo disagio o mancanza per l'assenza di X. In questo senso tecnico, “il volere che ci interessa, tuttavia, non è né la velleità né lo sperare né il sentire un desiderio [...] [ma il] *cercare*

⁸⁹ J. Bentham, *Introduzione ai principi della morale e della legislazione*, cit., cap. IX, par. 10, pp. 188-189.

⁹⁰ Cfr. G.E.M. Anscombe, *Intenzione*, cit., par. 11, pp. 56-58.

di ottenere”⁹¹. Si può agire con l’intenzione di attraversare la strada, senza essere spinti dal *desiderio* di attraversarla⁹².

I sensi tecnici del desiderio, che sarebbe parte integrante dell’intenzione, portano all’esigenza di fornire una revisione della spiegazione generale dell’intenzione⁹³. Il modello desiderio-credenza non coglie un aspetto fondamentale dell’azione: siamo agenti che pianificano e abbiamo l’esigenza di coordinare i nostri atti sia con gli atti degli altri, sia con gli imprevisti che non dipendono da alcun agente. Non si deve pensare che gli agenti umani formulino piani totali e onnicomprensivi; formuliamo piani parziali, che vengono completati nel tempo secondo le esigenze che si presentano. Alla luce dell’esigenza di costruire piani per coordinarsi e realizzare i fini che ci proponiamo di ottenere, le intenzioni possono rivestire un ruolo importante⁹⁴. Il modello desiderio-credenza occulterebbe un aspetto essenziale di questo ruolo, in quanto, anche secondo il senso comune, le intenzioni hanno la peculiarità di indicare un impegno dell’agente nella realizzazione di un qualcosa che ha natura diversa rispetto al semplice desiderio di realizzare questo qualcosa. Se intendo fare X nel futuro, esprimo il fatto di *avere stabilito* di fare X nel futuro. Normalmente questo mi porta a non riconsiderare se intendere fare X oppure no, almeno che non intervengano cambiamenti rilevanti, riguardo alle informazioni o ai miei desideri. Se le intenzioni fossero identificabili con desideri, allora una riconsiderazione e un bilanciamento dei pro e dei contro sarebbero sempre possibili. Se desidero mangiare una bistecca a pranzo, quando mi siedo a tavola, potrei sempre ripensarci, magari valutando il mio desiderio di perdere qualche chilo. Ma se io intendo mangiare una bistecca a pranzo, quando mi siedo a tavola, la eseguirò semplicemente, se nel frattempo non è cambiato niente. Questa caratteristica rende l’intenzione un tipo di “atteggiamento favorevole”(pro-attitude) diverso dai desideri. Come i desideri, le intenzioni motivano ad agire ma diversamente da essi non si limitano a *influenzare potenzialmente* la condotta ma a *controllarla*.

⁹¹ Ivi, par. 36, p. 123.

⁹² R.M. Chilsolm, *Person and Object*, cit., p. 74.

⁹³ In quanto segue si farà riferimento alla teoria dell’intenzione delineata da Michael Bratman, soprattutto nel suo *Intention, Plans, and Practical Reason*. Come per il modello desiderio-credenza, non verranno affrontati tutti gli aspetti di questa teoria ma soltanto gli argomenti che, complessivamente, la rendono più efficace nel tracciare una differenza tra conseguenze intese e conseguenze previste. Cfr. M. Bratman, *Intention and Means-End Reasoning*, “The Philosophical Review”, 90 (1981), pp. 252-265; *Taking Plans Seriously*, “Social Theory and Practice”, 36 (1983), pp. 271-286; *Intention, Plan, and Practical Reason*, cit.; *Faces of Intentions*, Cambridge University Press, Cambridge 1999, soprattutto pp. 209-249.

⁹⁴ M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., pp. 28-35.

Le intenzioni, quindi, controllano la condotta e possiedono stabilità intrinseca; in una parola, non sono “ambulanti”, come ha sostenuto John Austin⁹⁵. La mia intenzione di fare X fa anche in modo che io elabori un piano, più o meno complesso, per ottenere X. Quindi la mia intenzione governa anche la scelta dei mezzi più appropriati per raggiungere il mio scopo e, soprattutto, elimina le intenzioni ulteriori che sono incompatibili con essa. Se intendo X, devo scegliere un piano d’azione che sia internamente coerente e funzionale ad ottenere X, ma devo anche eliminare l’intenzione di fare *non-X*, o qualsiasi altra possibilità che sia incompatibile con X. Sostanzialmente, il ragionamento che segue un’intenzione primaria consiste nella scelta di mezzi e nella formazione di intenzioni sempre più specifiche. Se intendo andare a visitare il Museo Archeologico di Firenze (intenzione primaria), formerò una serie di intenzioni più specifiche che costituiscono il piano attraverso il quale sarò in grado di arrivare alla mia meta: avrò l’intenzione di prendere un bus specifico, ad esempio. Chiaramente il mio piano non potrà contenere un’intenzione incompatibile con la mia intenzione primaria. Se per raggiungere il Museo Archeologico devo prendere il bus n. 17, allora non potrò avere l’intenzione di prendere il bus n. 16 (avendo una chiara conoscenza dei diversi percorsi delle due linee)⁹⁶. Questi ruoli vengono associati da Michael Bratman alle due diverse dimensioni dell’impegno: la dimensione volizionale (le intenzioni come *atteggiamenti motivanti*) e la dimensione basata sul ragionamento (le intenzioni come disposizioni stabili e come vincoli per il ragionamento ulteriore)⁹⁷. Se si accetta questa descrizione, si deve ammettere che desideri e intenzioni siano stati mentali diversi tra loro e non si può definire le seconde in termini dei primi. Ciò non significa che l’azione pianificata è sempre guidata da intenzioni, perché anche i desideri sono atteggiamenti motivanti e sono in grado di guidare la nostra condotta. Come sottolinea Bratman:

Ho supposto che la pianificazione e l’azione intenzionale siano tipicamente controllati dalle nostre intenzioni, che queste intenzioni siano soggette a richieste di coerenza e agglomerazione e che queste richieste siano fondate in gran parte sul nostro bisogno di

⁹⁵ J. Austin, *Lectures on Jurisprudence*, John Murray, London 1873, vol. I, p. 452.

⁹⁶ M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., pp. 15-18.

⁹⁷ Ivi, pp. 107-110. Mele, pur basandosi sul modello desiderio-credenza, riconosce tre analoghe proprietà dell’intenzione: a) sono elementi che motivano, iniziano e sostengono l’azione intenzionale; b) sono guide e monitor dell’azione intenzionale; c) svolgono una funzione nei piani coordinati; iniziano e concludono il ragionamento pratico (nel linguaggio di Bratman: sono dati di ingresso e dati di uscita del ragionamento pratico). Cfr. A. Mele, *Springs of Action*, cit., pp. 130-140.

coordinazione. Ma talvolta la nostra pianificazione e la nostra condotta intenzionale sono controllate da un desiderio-guida che non è soggetto in modo simile a queste richieste. La nostra preoccupazione riguardo alla coordinazione ci obbliga tipicamente a formare intenzioni e a non lasciare meramente che i nostri desideri controllino la nostra pianificazione e la nostra condotta. Ciò non è sempre vero, tuttavia: la formazione di intenzione è soltanto una delle molte e diverse strategie per la risoluzione di conflitti pratici⁹⁸.

Secondo Bratman, in determinate situazioni, l'intenzione fornisce una strategia migliore del desiderio per portare a termine piani che ci stanno particolarmente a cuore. Ciò che caratterizza questa teoria dell'intenzione è il fatto che diviene centrale la dimensione di pianificazione e di coordinamento delle nostre azioni e questa caratteristica rende l'intenzione uno stato mentale peculiare⁹⁹.

Alla luce di quella che potremmo chiamare una teoria dell'intenzione come pianificazione, è possibile distinguere le conseguenze previste da quelle intese?

Si è visto che il modello desiderio-credenza, se applicato alla lettera, ricorre alla mancanza di un atteggiamento favorevole verso le conseguenze previste per distinguerle da quelle intese. Ma la pianificazione sembra attribuire all'intenzione un ruolo più complesso all'interno del ragionamento pratico.

Come sostiene Bratman, le intenzioni sono “dati in ingresso” (*inputs*) del ragionamento pratico, in quanto le intenzioni primarie rivestono un ruolo importante per la formazione di intenzioni ulteriori, ma sono anche “dati in uscita” (*outputs*), in cui si traduce l'azione stessa¹⁰⁰. I casi di doppio effetto mettono in luce proprio questo secondo aspetto delle intenzioni.

Anche Bratman introduce la discussione sul doppio effetto mettendo a confronto un caso in cui si suppone che l'agente agisca con l'intenzione di produrre X al fine di ottenere Y e un caso in cui l'agente agisce con l'intenzione di produrre Z, sapendo che produrrà anche l'effetto collaterale W. L'esempio utilizzato è quello classico (almeno a

⁹⁸ M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., p. 138.

⁹⁹ Anche Mele accetta l'idea che la pianificazione sia importante. Diversamente da Bratman ritiene però valido il modello desiderio-credenza e ciò lo porta a sostenere che l'elemento della pianificazione è incorporato nella credenza, laddove si tratti di “ragioni effettive ulteriori” (desidero fare X per ottenere Y), e nel “contenuto rappresentativo di un volere pertinente” nel caso di “ragioni effettive intrinseche” (A. Mele, *Springs of Action*, cit., pp. 109-110). Inoltre, secondo Mele, i piani non hanno una componente motivazionale (Ivi, p. 144).

¹⁰⁰ M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., p. 139.

partire dagli scritti di Bennett e Nagel¹⁰¹) del bombardiere Terrorista, che bombarda una scuola piena di bambini per indebolire il morale del nemico, e del bombardiere Stratega, che bombarda un arsenale per indebolire il nemico sapendo che in questo modo distruggerà anche una scuola piena di bambini vicina all'arsenale. Il Terrorista agisce con il fine di indebolire il nemico e intende uccidere i bambini come mezzo per raggiungere questo fine. Lo Stratega agisce con il fine di indebolire il nemico e intende distruggere l'arsenale come mezzo per raggiungere questo fine, sapendo che così produrrà come effetto collaterale, previsto ma non inteso, l'uccisione dei bambini che si trovano nella scuola lì vicino.

Il punto di vista di senso comune direbbe che il Terrorista intende uccidere i bambini, mentre lo Stratega intende indebolire il nemico e prevede meramente di uccidere i bambini. Una possibile soluzione descrittiva, che verrebbe accettata anche da Bratman, è che lo Stratega non intenda uccidere i bambini sebbene produce intenzionalmente la loro morte¹⁰². Occorre però capire cosa porti a distinguere intuitivamente i due casi e per quale motivo si è disposti a sostenere che l'intenzione di uccidere i bambini non sia presente nel caso dello Stratega.

Almeno che non si accetti una qualche forma della riduzione dell'intenzione a desideri e credenze, non si può sostenere che semplicemente lo Stratega giudichi irrilevante per la sua azione la morte dei bambini o non provi alcun atteggiamento favorevole nei loro confronti. Finnis è chiaro su questo punto.

Un'analisi dell'intenzione [in termini di fini e mezzi scelti] non ha niente a che fare con il "tenere lontano la mente" dalle conseguenze non intese ma previste, né con il fatto che l'agente dia o meno il benvenuto a quella conseguenza dal punto di vista emotivo. Questa analisi concerne ciò che compare nel proposito razionale (morale o immorale) che l'agente adotta tramite la scelta e che costituisce così la ragione immediata per agire come agisce¹⁰³.

Il riferimento all'"allontanamento della mente" è motivato dal fatto che Finnis sta commentando la tesi di Glanville Williams, che considera desiderati o intesi i risultati

¹⁰¹ J. Bennett, *Morality and Consequences*, in S.M. McMurrin (a cura di), *Tanner Lectures on Human Values*, Cambridge University Press, Cambridge 1980; T. Nagel, *Guerra e massacro*, in *Questioni mortali*, Il Saggiatore, Milano 2001 (il saggio è stato originariamente pubblicato nel 1972).

¹⁰² È la descrizione dei casi di doppio effetto proposta da A. Duff, *Intention, Responsibility and Double Effect*, "The Philosophical Quarterly", 32 (1982), p. 3.

¹⁰³ J. Finnis, *Intention and Side-Effects*, cit., pp. 51-52.

previsti delle azioni. Secondo Williams la sola differenza tra il medico il medico eutanasi e il medico palliativista è che il secondo “tiene in modo costante la sua mente lontano dalle conseguenze che, come la sua educazione medica gli insegna, sono inevitabili” e questo incoraggerebbe un “atteggiamento ipocrita verso i problemi morali”¹⁰⁴: per risolvere i dilemmi pratici basterebbe distogliere la mente da particolari conseguenze non gradite. Non si tratta qui di tenere occupata la mente con altri pensieri rispetto a quello che si fa ma, come sottolinea Finnis, di capire cosa viene incluso nel ragionamento pratico dell’agente.

Tuttavia, Finnis non fornisce un’adeguata descrizione di come viene strutturato il ragionamento nei casi del doppio effetto, in quanto si limita a sostenere che “tutto ciò che figura nel proposito del medico [palliativista] è la sua responsabilità nell’alleviamento del dolore e l’assolvimento di tale responsabilità tramite la somministrazione di una dose calcolata per alleviare il dolore, non per produrre l’alleviamento *tramite* la produzione della morte”¹⁰⁵. In realtà, la conseguenza prevista gioca un ruolo all’interno del ragionamento pratico, anche se occorre capire con attenzione quale sia questo ruolo.

Ritornando all’esempio del terrorista, la morte dei bambini è un effetto collaterale che non può non rientrare nel ragionamento pratico dell’agente, il quale considera i corsi di azione possibili in modo complessivo, con tutto ciò che da essi viene implicato. È quello che Bratman chiama il *problema del pacchetto*¹⁰⁶. Quando valutiamo cosa fare, pensiamo ai corsi di azioni possibili come “pacchetti” che includono sia le conseguenze che assumiamo come fini, sia i mezzi utilizzabili per raggiungere quei fini, sia gli effetti collaterali previsti che inevitabilmente saranno collegati alla realizzazione di quei fini. Quando scegliamo un corso di azione, noi scegliamo uno *scenario totale* e scegliamo tutto ciò che tale scenario implica; non ammettere questo, sostiene Bratman, significa mancare di chiarezza e onestà intellettuale¹⁰⁷. Il punto è capire se sia corretto inferire dalla presenza di una scelta totale la presenza di un’intenzione totale (o intenzione olistica, come la chiama Bratman), che

¹⁰⁴ G. Williams, *The Sanctity of Life and the Criminal Law*, Faber & Faber, London 1958, p. 286. Connesso a queste considerazioni di Williams, vi è il tema della possibilità di “trattenere” l’intenzione nei confronti di conseguenze inevitabili. Cfr. paragrafo successivo su mezzi/fini.

¹⁰⁵ J. Finnis, *Intention and Side-Effects*, cit., p. 52.

¹⁰⁶ M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., p. 143.

¹⁰⁷ Ivi, pp. 144-145.

dà luogo all'intenzione di produrre ogni elemento dello scenario scelto¹⁰⁸. Se lo Stratega intendesse ogni elemento dello scenario olistico, allora si dovrebbero riscontrare le funzioni e i ruoli attribuiti all'intenzione secondo la teoria entro la quale ci si sta muovendo. In particolare modo, intendere X significa (1) adottare i mezzi adeguati per raggiungere X e ciò significa impegnarsi in un ragionamento su quale sia la condotta più utile da seguire in questa prospettiva; (2) selezionare le opzioni che sono compatibili e coerenti con X. Se intendo fare X non posso intendere una condotta Y che non mi permetta di ottenere X; (3) Tentare e sforzarsi di ottenere X, alla luce degli imprevisti che possono verificarsi. Per illustrare meglio questo punto, Bratman prende in considerazione il caso del Terrorista. Il Terrorista dovrà risolvere alcuni problemi, riguardanti la pianificazione del bombardamento (in quale momento bombardare? Quali bombe usare ecc.), che gli consentano di distruggere in modo efficace la scuola; dovrà eliminare ogni corsi di azione incompatibile con la distruzione della scuola e l'uccisione dei bambini (ad esempio, non potrà ordinare un movimento di truppe che potrebbe allertare il nemico e fare evacuare la scuola); se i bambini venissero trasferiti in un altro edificio, egli dovrebbe rivedere i propri piani per realizzare il suo scopo, cambiando per esempio l'obiettivo del bombardamento. Se si suppone che lo Stratega intenda uccidere i bambini, allora dovrebbe comportarsi come il Terrorista nell'elaborazione del suo ragionamento pratico. Ma è ragionevole supporre che non lo faccia, pena l'accusa di irrazionalità o insincerità¹⁰⁹.

Le considerazioni di Bratman si basano comunque su una prospettiva soggettiva, che include l'atteggiamento mentale dell'agente e la sua traduzione sul piano dell'azione. La distinzione tra conseguenze intese e conseguenze previste può essere adeguatamente colta solo se si fa riferimento alla ricostruzione del ragionamento pratico dell'agente, mentre risultano problematiche le spiegazioni "oggettive", come quelle che fanno riferimento alla maggiore probabilità che si verifichino le conseguenze intese.

La prospettiva di Bratman si differenzia quindi da una teoria che traduca la probabilità oggettiva della realizzazione delle conseguenze nella certezza soggettiva dell'agente del loro verificarsi. Sicuramente la percezione soggettiva della minore o maggiore probabilità della realizzazione di un effetto può essere una ragione pro o contro la scelta di un'azione per raggiungere un fine. Nel caso di un effetto collaterale,

¹⁰⁸ Ivi, pp. 154-155.

¹⁰⁹ Ivi, pp. 141-142.

posso giudicare “più desiderabile”, tutto considerato, un’azione che ha una scarsa probabilità di produrre una conseguenza che non rientra nel mio piano intenzionale rispetto ad un’azione la cui probabilità di realizzare una conseguenza analoga. Ma la natura dell’effetto (inteso o previsto) non dipende in alcun modo dal grado di certezza della sua realizzazione percepito dall’agente¹¹⁰.

Ma, avverte l’autore, esiste anche un modo oggettivo di valutare le differenze tra i due casi e questo tipo di giudizio riguarda il rapporto mezzi-fini. È questo un punto sensibile della discussione generale sul doppio effetto, perché molti critici hanno sostenuto che, da una parte, sia impossibile fornire una descrizione coerente di “intendere X come mezzo per un fine” e, dall’altra, sia problematico sostenere che si può intendere un mezzo per un fine senza intendere gli effetti collaterali necessariamente connessi al mezzo scelto.

2.5 INTERLUDIO: IL RAPPORTO TRA MEZZI, FINI E INTENZIONI

Come nel caso dell’eutanasia, il Terrorista dell’esempio usa un mezzo (la morte dei bambini) per raggiungere un fine (l’indebolimento del nemico). Il medico eutanasista adotta lo stesso piano: usa un mezzo (la morte del paziente) per raggiungere un fine (l’eliminazione del dolore del paziente). Lo Stratega usa un mezzo (la distruzione dell’arsenale) per raggiungere un fine (l’indebolimento del nemico) che sa avere un effetto collaterale (la morte dei bambini). Il medico palliativista adotta lo stesso piano: usa un mezzo (la somministrazione di analgesici) per raggiungere un fine (l’eliminazione del dolore del paziente) che sa avere un effetto collaterale (la morte del paziente).

Nella formulazione della DDE che abbiamo scelto, la condizione 3 stabilisce che “l’effetto buono non deve essere prodotto per mezzo dell’effetto cattivo” e, quindi,

¹¹⁰ Per un’impostazione che si basa anche sulla certezza, cfr. R. Hull, *Deconstructing the Doctrine of the Double Effect*, “Ethical Theory and Moral Practice”, 3 (2000), p. 203. Da notare che, dal punto di vista morale, è problematico sostenere che la responsabilità per una conseguenza varia al variare della percezione soggettiva del grado di probabilità della sua produzione. Sembra più plausibile sostenere che soltanto l’ignoranza può giocare un ruolo decisivo in questo senso (secondo il paradigma aristotelico). Uno scarso grado di certezza percepita non esime dai giudizi di responsabilità perché questi sono connessi al valore morale dell’assunzione di rischio (che è un’assunzione preventiva di responsabilità): cfr. G. Mellema, *On Risk Taking and Moral Responsibility*, “Criminal Justice Ethics”, 6 (1987), pp. 3-11. Per una critica alla sovrapposizione fra la distinzione intendere/prevedere e quella fare/rischiare, cfr. T.A. Cavanaugh, *The Ethics of Death-Hastening or Death-Causing Palliative Analgesic Administration to the Terminally Ill*, cit., p. 251.

l'agente non può scegliere un mezzo cattivo per raggiungere un fine buono. Ma niente si dice in questa condizione riguardo al fatto che la scelta di un'azione come mezzo implica intendere quell'azione. Allora qui si pone una domanda: la DDE sostiene che l'effetto buono non deve essere causato da quello cattivo oppure proibisce la scelta, e quindi l'intenzione, di un mezzo cattivo per produrre una buona conseguenza, oppure entrambi? Secondo Bennett, è plausibile sostenere che la DDE proibisca l'intenzione, in quanto

non esiste una ragione evidente per cui si proibisca dal punto di vista morale la struttura causale G-da-B [uno stato di cose buono G deriva da uno cattivo B], se non per il fatto che dietro la sua produzione si potrebbero nascondere delle intenzioni. [...] Ciò che è fondamentalmente proibita è l'intenzione. Obbedire a questo divieto significa che l'agente evita di agire in un modo che sa porterà alla struttura causale G-da-B e evita di essere motivato ad agire da questa credenza¹¹¹.

La *New Catholic Encyclopedia* del 1976 è forse più esplicita, in quanto definisce così la terza condizione della DDE: “l'effetto buono deve seguire dall'azione in modo immediato (nell'ordine della causalità, sebbene non necessariamente nell'ordine del tempo) tanto quanto l'effetto cattivo. In altre parole, l'effetto buono deve essere prodotto direttamente dall'azione, non dall'effetto cattivo. Altrimenti l'agente starebbe usando un mezzo cattivo per un fine buono, cosa che non è mai permessa”¹¹². Quindi l'esplicitazione dei nessi causali tra azione, mezzo e fine sono essenziali per capire se l'agente intende come mezzo una particolare conseguenza. L'effetto cattivo non deve contribuire causalmente a produrre l'effetto buono, perché sarebbe segno inequivocabile del fatto che l'agente intendere raggiungere il secondo tramite il primo. Una lettura di questo tipo è quanto meno controversa, poiché esistono molti modi in cui uno stato di cose può contribuire alla produzione di un altro, senza che l'agente che compie l'azione lo intenda come mezzo. Tuttavia, la dottrina sembra suggerire una spiegazione più complessa: dato il nesso causale, lo stato di cose (o l'azione) tramite cui viene causato il fine *non può non rientrare* nel piano dell'agente per la produzione di quel fine. E qui si ritorna al problema lasciato in sospeso nel precedente paragrafo, cioè se tutto ciò che

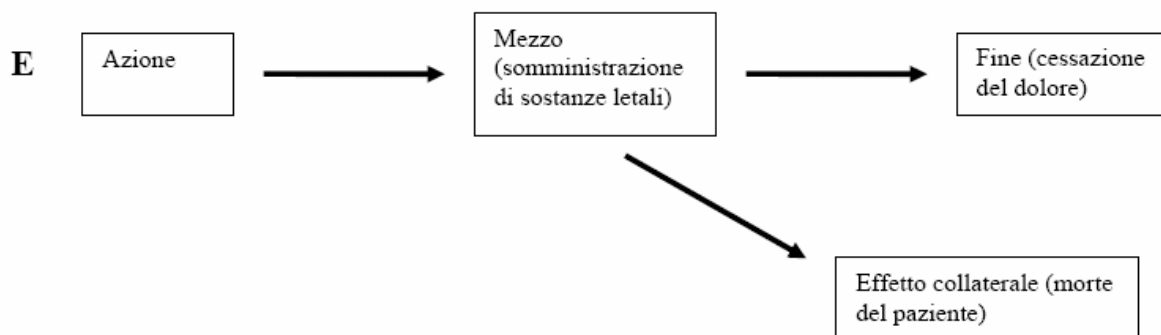
¹¹¹ J. Bennet, *The Act Itself*, cit., p. 199.

¹¹² Catholic University of America, *New Catholic Encyclopaedia*, cit., pp. 1020-1022.

rientra nel piano dell'agente venga inteso, dato il carattere olistico della scelta dello scenario complessivo.

Prima di proseguire su questa linea argomentativa, occorre fare chiarezza su almeno due punti: di quale tipo di nesso causale si sta parlando nel caso di un effetto collaterale previsto ma non inteso? Ovvero sia, come si distingue questo caso, dal punto di vista della causalità, rispetto al caso in cui uno stato di cose o un'azione è un mezzo per raggiungere un fine? E inoltre: quale rapporto c'è in realtà tra le credenze dell'agente, i mezzi, i fini e gli effetti collaterali?

Partendo dalla prima questione, occorre preliminarmente chiarire un punto: nel caso del medico palliativista l'effetto collaterale della morte del paziente deriva dal mezzo che si è scelto per il fine, ossia dalla somministrazione di analgesici; nel caso del medico eutanasista, l'effetto della morte del paziente è il mezzo attraverso cui si raggiunge il fine dell'alleviamento del dolore. Richiamando lo schema presente nel par. 2.1 (p. 30), è possibile una descrizione diversa? Si potrebbe tentare di ripensare lo schema del medico eutanasista in questo modo:



È interessante notare come la ridescrizione *E* sarebbe perfettamente legittima alla luce della distinzione tra azione diretta e azione indiretta, tra conseguenze prodotte direttamente e conseguenze prodotte indirettamente proposta da Grisez. Germain Grisez rifiuta la tesi tradizionale, secondo cui se il male è il solo effetto immediato dell'atto fisico, allora esso è direttamente prodotto e direttamente inteso. Piuttosto, egli sostiene che se nessun altro atto interviene o potrebbe intervenire nel corso dell'azione, allora

l'agente che dal punto di vista causale inizia l'azione, produce simultaneamente tutti gli effetti previsti. Così non sarebbe permesso commettere un adulterio per salvare la vita del proprio bambino, tenuto in ostaggio da terroristi, perché il salvataggio del figlio non sarebbe un effetto dell'atto adulterino, ma dell'atto seguente del terrorista che lo rilascia. Se un atto dà origine a due effetti X e Y, il primo buono e l'altro cattivo, si può dire che l'agente intenda X e preveda Y se e solo se: (1) l'atto è unitario dal punto di vista fisico (cioè non intervengono altri atti); (2) l'intenzione dell'agente è di produrre Y; (3) X presenti una ragione proporzionata perché Y possa essere prodotto. Soddisfatte queste tre condizioni, si può dire che l'agente produce direttamente X e produce indirettamente Y. La proposta di Grisez è interessante perché serve a escludere dall'applicazione della DDE esempi che vengono spesso additati come casi paradossali di applicazione della DDE. Ad esempio, si è talvolta sostenuto che un chirurgo pazzo che prelevasse il cuore di un paziente per fare esperimenti o per salvare la vita di un'altra persona intenderebbe soltanto questo ultimo risultato, prevedendo meramente che il paziente morirà¹¹³. Ma la condizione di unità dell'atto non viene qui soddisfatta: l'effetto buono non deriva dall'espianto del cuore, ma dall'atto distinto di trapianto nel corpo del paziente bisognoso. Tuttavia la teoria di Grisez porta ad allargare troppo le maglie del doppio effetto. La craniotomia, per stessa ammissione dell'autore, sarebbe lecita perché (1) l'atto è fisicamente unitario; (2) il medico intende salvare la vita della madre; (3) il salvataggio della vita della madre fornisce una ragione proporzionata perché il feto venga ucciso¹¹⁴. Ma non è escluso che essa giustifichi anche il caso dell'eutanasia, ridefinito nei termini di *E*: (1) l'atto è unitario dal punto di vista fisico; (2) il medico intende eliminare il dolore del paziente; (3) l'eliminazione del dolore è una ragione proporzionata per accettare la morte del paziente.

Ma riprendendo la terminologia canonica della DDE, nella ridefinizione *E* la morte del paziente è l'effetto collaterale della somministrazione di sostanze letali e non è parte integrante del mezzo usato. Il caso dell'eutanasia sarebbe in sostanza non

¹¹³ È un esempio quasi classico, che si trova in A. Kenny, *Intention and Purpose in Law*, in R.S. Summers (a cura di), *Essays in Legal Philosophy*, Basil Blackwell, Oxford 1968, pp. 149 e 156.

¹¹⁴ Cfr. G. Grisez, *Toward a Consistent Natural Law Ethics of Killing*, "American Journal of Jurisprudence", 15 (1970), pp. 64-96. Per alcune note critiche su Grisez, si vedano: A. Donagan, *The Theory of Morality*, Chicago University Press, Chicago 1977, pp. 161-164; R. McCormick, *Ambiguity in Moral Choice*, in R. McCormick, P. Ramsey (a cura di), *Doing Evil to Achieve Good: Moral Choice in Conflict Situations*, Loyola University Press, Chicago 1978, pp. 25-29; H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., pp. 109-115. Suggestimenti simili a quelli di Grisez si trovano in J. Finnis, *Legge naturale e diritti naturali*, Giappichelli, Torino 1996, pp. 128-129.

diverso da quello della craniotomia nel caso di una gravidanza a rischio. Il medico in questo caso schiaccia la testa del feto per salvare la vita della madre; secondo una ri-descrizione possibile dell'azione, il medico si limita a cambiare le dimensioni della testa del feto (come mezzo per raggiungere il fine) e la morte del bambino è soltanto un effetto collaterale del mezzo usato¹¹⁵. In base a quale criterio si possono motivare queste ri-descrizioni?

Procedendo per via negativa, un criterio in base al quale una descrizione simile sarebbe insostenibile potrebbe essere quello della *closeness*, cioè della “vicinanza” tra il mezzo e l'effetto ad esso associato. Intuitivamente, si è portati a discriminare i casi dell'eutanasia e della palliazione perché nel primo caso vi è una vicinanza più stretta tra il mezzo usato e l'effetto prodotto (la morte del paziente) rispetto al secondo caso. Pertanto *E* sarebbe una descrizione insostenibile perché non tiene adeguatamente conto di questo elemento. Il criterio è stato in realtà più criticato che proposto, in quanto risulta difficile capire quale tipo di vicinanza sia qui in gioco¹¹⁶.

Philippa Foot ad esempio sostiene che nel caso della craniotomia, sebbene si possano individuare due eventi (lo schiacciamento della testa del feto e la sua morte), esiste un legame troppo stretto tra di essi perché si possa applicare la DDE e quindi sia possibile ridescrivere la morte del feto come effetto collaterale: “In cosa deve consistere il criterio della ‘vicinanza’ se diciamo che qualsiasi cosa sia molto vicina a ciò a cui stiamo letteralmente mirando deve contare come parte del nostro obiettivo?”¹¹⁷. Potrebbe essere una questione di tempo. Nel caso dell'eutanasia la morte del paziente è *temporalmente* più vicina alla somministrazione delle sostanze letali rispetto a quanto non lo sia la morte del paziente nel caso della somministrazione di analgesici; oppure la vicinanza può essere descritta come una questione di vicinanza spaziale, semplicità di connessioni causali o assenza di oggetti fisici che intervengono nel processo.

Non esiste tuttavia in letteratura un modo univoco di caratterizzare la vicinanza e ciò rende particolarmente difficile l'uso di questo criterio per distinguere in modo

¹¹⁵ La craniotomia è sempre stata considerata illecita dalla tradizione cattolica che fa uso della DDE: cfr. Frey, *Some aspects of the Doctrine of Double Effect*, “Canadian Journal of Philosophy”, 5 (1975), p. 268. Per un esempio in cui la craniotomia viene giudicata lecita alla luce della ri-descrizione proposta, in un contesto in cui si accetta comunque la DDE, cfr. L. Geddes, *On the Intrinsic Wrongness of Killing Innocent People*, “Analysis”, 33 (1974), pp. 94-95.

¹¹⁶ Sulla vicinanza cfr. anche G.E.M. Anscombe, *Azione, intenzione e “doppio effetto”*, “Divus Thomas”, 29 (2001), pp. 57-59.

¹¹⁷ P. Foot, *The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect*, in Id., *Virtues and Vices and Other Essays in Moral Philosophy*, Basil Blackwell, Oxford 1978, pp. 21-22.

soddisfacente i mezzi dagli effetti collaterali¹¹⁸. Occorre qui inserire una parentesi sulla reale significatività morale di caratterizzazioni di questo tipo. La distanza spaziale (qualunque cosa si intenda con questo termine) o temporale può essere un fattore moralmente significativo nel giudicare le azioni? Ad esempio, se agisco e produco una conseguenza X moralmente indesiderata, ha qualche importanza ai fini del giudizio morale il valore che si assegna all'intervallo temporale t che intercorre tra la mia azione e la produzione di X, a parità di condizioni? Sembra dubbio che ciò possa accadere¹¹⁹.

Come suggerisce Bennett, si potrebbe sostenere che in questo caso, come nel caso dell'eutanasia, non ci si trova davanti a due eventi (o stati di cose) ma ad un solo evento suscettibile di due descrizioni: lo schiacciamento della testa del feto è la morte del feto, l'alleviamento del dolore del paziente è la morte del paziente. Intendere l'uno implica intendere anche l'altro. Nel caso dell'eutanasia si ha che fare in realtà con un'unica conseguenza, che presenta, per così dire, due facce della stessa medaglia e l'estrema "vicinanza" tra un mezzo e un effetto sarebbe niente più che un modo metaforico per esprimere l'identità tra eventi o conseguenze¹²⁰. Questa linea argomentativa renderebbe inutilizzabile lo schema *E* ma precluderebbe anche la ridecrizione in termini di mezzi/fini. L'unica alternativa sarebbe sostenere che i mezzi sono parte integrante della descrizione del fine. Giustamente Bennett sostiene che occorre maggiore precisione nella delimitazione del criterio di identità. Se percorriamo questa strada, la vicinanza come identità porterebbe a rendere indistinguibili l'eutanasia dalla somministrazione di analgesici con il doppio effetto. Nel caso dell'eutanasia, mezzo ed effetto sono lo stesso evento perché i movimenti compiuti per produrre la morte del paziente *sono* gli stessi movimenti compiuti per produrre l'alleviamento del dolore. Ma anche nel caso della somministrazione degli analgesici con doppio effetto i movimenti compiuti per alleviare il dolore *sono* i movimenti compiuti per accelerare la morte del paziente. Si può quindi sottoscrivere l'opinione di Bennett, secondo cui occorrerebbe avere a disposizione una teoria dell'identità degli eventi che permettesse queste differenziazioni.

¹¹⁸ J. Bennett, *Whatever the Consequences*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, cit., pp. 178-179.

¹¹⁹ Cfr. J. Glover, *Causing Death and Saving Lives*, cit., p. 89. Cfr. anche R. Hull, *Deconstructing the Doctrine of Double Effect*, cit., p. 198.

¹²⁰ Su questo punto J. Bennett, *The Act Itself*, cit., pp. 206-207. Cfr. anche C. Fried, *Right and Wrong*, Harvard University Press, Cambridge 1978, p. 44.

Si potrebbe comunque sostenere che vi è una diversa relazione tra la morte del paziente e il fine di alleviare il dolore nei due casi. Il fatto che un atto di eutanasia non possa essere descritto come un caso di doppio effetto è determinato dalla peculiare relazione di necessità che in questo caso vi è tra la morte del paziente e l'eliminazione del dolore. È una relazione di *necessità*, che rende la morte del paziente non un effetto collaterale meramente previsto ma un mezzo inteso. Chiaramente questa mossa argomentativa abbandona la prospettiva oggettiva che caratterizza criteri come quello della "vicinanza", perché è ora rilevante il punto di vista dell'agente, relativamente a quelle che sono le sue intenzioni o le sue credenze sulle relazioni tra mezzi, conseguenze e fini.

Foot cerca ad esempio di mostrare questo punto introducendo la storia del giudice. Un gruppo di ribelli minaccia il governo di una comunità di uccidere cinque ostaggi se non verrà assicurato alla giustizia e condannato a morte un criminale in libertà. In realtà le forze dell'ordine non sanno chi sia il criminale (e si suppone non lo sappi nemmeno il gruppo di ribelli). L'unico modo per evitare la carneficina è di incriminare e condannare a morte una persona innocente, spacciandola per il criminale cercato. Osserva Foot che l'idea di condannare a morte un innocente per ottenere un bene inorridisce la maggioranza di noi. Perché questo? Perché la morte dell'innocente verrebbe percepita come un mezzo scelto con intenzione e lo è in quanto viene percepita come necessaria per raggiungere il fine preposto. Questa "aura di necessità" non sussisterebbe in casi in cui la morte di una persona è meramente prevista. Foot mette in opposizione la storia del giudice con un'altra, ormai nota e ampiamente discussa in letteratura: un autista di una metropolitana deve scegliere di guidare il suo mezzo su un binario su cui si trova una persona e un binario su cui si trovano cinque persone. Se sceglie per il binario in cui si trova una sola persona, dobbiamo dire che egli intende uccidere quella persona come mezzo per salvarne cinque? Secondo Foot non potremmo formulare un giudizio di questo tipo. La prova che l'autista non intende uccidere la persona, seppure preveda che essa morirà come conseguenza della sua scelta, risiede nel fatto che l'agente non si adoprerebbe per produrre questa conseguenza nel caso in cui, miracolosamente, la persona sul binario si salvasse:

Nella vita reale è molto difficile pensare che l'uomo sul binario più stretto venga ucciso con certezza. Forse potrebbe trovare riparo sul lato della galleria e arrampicarsi quando il

veicolo sta per urtarlo. L'autista allora *non* balzerà fuori dal mezzo e lo colpirà con una sbarra. Il giudice ha bisogno invece della morte dell'uomo innocente per i suoi (buoni) propositi. Se risultasse difficile fare impiccare la vittima, egli dovrebbe preoccuparsi che muoia in un altro modo¹²¹.

Ci sono casi in cui la necessità così concepita non sembra costituire un reale elemento per distinguere mezzi ed effetti collaterali *in tutti i casi*. Come si è già detto, l'aborto praticato quando la madre abbia una grave patologia cardiaca e la gravidanza metta a rischio la sua vita è avvertito come un esempio classico di uccisione intenzionale, nel senso che il medico *intende* uccidere il feto come mezzo. Kuhse obietta che in realtà non è necessaria l'uccisione del feto ma soltanto la sua *rimozione* dall'utero. Del resto, se il medico potesse rimuovere il feto senza ucciderlo, sceglierebbe sicuramente questa alternativa. Kuhse vuole sostenere che l'agente agirebbe sicuramente in modo diverso da come agisce se ci fossero altri corsi d'azione percorribili¹²². Il medico fa quel che fa, cioè uccide il feto, perché le particolari condizioni empiriche lo costringono ad avere "le mani legate" rispetto a un particolare corso di azione. L'agire del medico in quella particolare situazione non implica che il medico agirebbe nello stesso modo in un'altra situazione, in cui fossero praticabili altri corsi d'azione. Così anche il giudice della storia di Foot. Se potesse creare l'apparenza della morte della persona innocente, ingannando così i ribelli e ottenendo il suo fine, sceglierebbe sicuramente questa via¹²³. Secondo Kuhse questo aspetto è dirimente e crea problemi nell'usare il nesso di necessità come esplicativo della presenza delle intenzioni¹²⁴.

A ulteriore prova del fatto che il medico intende come mezzo necessario solo la rimozione del feto, egli non si comporterebbe in modo diverso dall'autista, la cui vittima riesca miracolosamente a salvarsi: qualora il feto si potesse salvare, il medico non si impegnerebbe successivamente a portare a compimento l'intenzione di ucciderlo.

Ma questi due contro-argomenti sono utilizzabili anche per l'eutanasia? Solitamente si sottolinea che, nel caso della somministrazione di analgesici, se il paziente si salvasse miracolosamente, il medico non tenterebbe con altri mezzi di procurare la sua morte. Ma se l'iniezione eutanasi non avesse il suo effetto, si può

¹²¹ P. Foot, *The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect*, cit., pp. 23-24.

¹²² H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine*, cit., p. 96.

¹²³ Per un argomento simile, cfr. J. Bennett, *The Act Itself*, cit., p. 210.

¹²⁴ H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine*, cit., p. 101.

immaginare che il medico proceda con un'altra iniezione o con qualche altro mezzo per assicurarsi che il paziente muoia¹²⁵. Da questo punto di vista, quindi, l'agente si comporta in modo più simile al giudice che all'autista. Questo perché nel caso dell'eutanasia la morte del paziente è avvertita come *necessaria* per la realizzazione del fine.

Il medico eutanasista si comporterebbe in modo diverso anche dal giudice che simula la morte dell'innocente per ingannare i ribelli, se avesse a disposizione un corso di azione di questo tipo? Philippe Devine ha suggerito che lo scenario alternativo non deve essere troppo fantastico ma deve essere empiricamente possibile¹²⁶. Lo scenario in cui un feto può essere rimosso intatto dall'utero non è così fantastico come potrebbe sembrare, sottolinea Kuhse¹²⁷. Ma nel caso dell'eutanasia non si capisce quale possibilità empirica potremmo immaginare per giudicare non-intenzionale l'uccisione del paziente. L'unica alternativa empiricamente possibile sembra essere quella della somministrazione di analgesici con doppio effetto, in cui la morte del paziente non appare come mezzo per il fine. Ma questo suggerimento ha sapore di circolarità, perché significa avere già stabilito che in questa azione la morte del paziente è un effetto collaterale. Inoltre test controfattuali di questo tipo potrebbero presentare evidenti difficoltà: si potrebbe obiettare che quando un medico pratica un'eutanasia non interessa sapere che cosa avrebbe fatto nel caso in cui avesse avuto a disposizione mezzi alternativi rispetto a quelli usati, ma *cosa ha fatto* nella situazione attuale. Se un ladro che ha compiuto una rapina voleva procurarsi un'ingente somma di denaro e non avrebbe rubato se avesse avuto a disposizione altri mezzi per raggiungere questo fine – ad esempio ottenere un'eredità o vincere una lotteria –, ciò non significa che non aveva una genuina intenzione di rapinare la banca¹²⁸.

Si dovrà fare attenzione, inoltre, a non confondere due argomenti. Ci sono infatti due domande diverse che si possono porre quando si analizza il rapporto mezzo-intenzione. Se in *t* A ha compiuto l'azione Y che ha dato luogo alla conseguenza C che permette ad A di raggiungere X, allora:

¹²⁵ Cfr. J. Boyle, *Killing and Letting Die*, cit., p. 446.

¹²⁶ P.E. Devine, *The Ethics of Homicide*, Cornell University Press, Ithaca 1978, pp. 122-123.

¹²⁷ H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine*, cit., pp. 101-102.

¹²⁸ A. Buchanan, *Intending Death: The Structure of the Problem and Proposed Solutions*, in T.L. Beauchamp (a cura di), *Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, Upper Saddle River 1996, p. 28.

(1) In t A ha inteso Y e C se esisteva in t un'alternativa empiricamente possibile Z che non avrebbe dato luogo a C, pur permettendo di raggiungere X, e

(1') A *non* avrebbe scelto al posto di Y se Z fosse stata per lui effettivamente praticabile.

oppure

(2) In t A ha inteso Y e C se in t A avesse compiuto Y ma C non si fosse (*miracolosamente*) prodotta pur realizzandosi X, e

(2') A avrebbe compiuto comunque un'altra azione (o altre azioni) per produrre C.

In (1) e (2) la conseguenza C non sarebbe un effetto collaterale meramente previsto del mezzo ma sarebbe una conseguenza intesa. Tuttavia il caso (2) suggerisce che nell'eutanasia la morte del paziente non è conseguenza intesa. Se dopo l'iniezione letale si realizzassero miracolosamente la sopravvivenza del paziente e la cessazione del dolore, allora il medico non metterebbe in atto altri corsi di azione per assicurarsi la morte del paziente perché lo scopo principale è stato raggiunto (la scomparsa del dolore). Ma questo è forse un esempio di scenario che “devia troppo dalla possibilità per avvicinarsi alla fantasia” che ha in mente Devine.

Un modo alternativo di riformulare il nesso esistente tra il mezzo usato e le conseguenze prodotte consiste nell'analisi delle credenze causali che l'agente ha nel momento in cui agisce. La teoria dell'intenzione come pianificazione non esclude che l'agente abbia anche credenze rilevanti dal punto di vista causale, seppure esse non siano identificabili *tout court* con l'intenzione, ma sono stati mentali distinti. Del resto per pianificare, e per rendere coerenti i piani relativi ai mezzi per raggiungere un fine, dobbiamo avere anche credenze causali che si rivelino corrette. Bennett ha formulato un test controfattuale che consiste nel chiedere all'agente se avesse agito altrimenti alla luce di cambiamenti rilevanti nelle credenze causali possedute. Un esempio molto semplice di test controfattuale potrebbe consistere nel chiedere:

A. Avresti agito nello stesso modo in cui hai agito se avessi potuto ottenere il fine desiderato senza produrre le conseguenze indesiderate?

Se l'agente risponde che non avrebbe agito in questo modo, allora l'agente non intendeva produrre quel particolare tipo di conseguenze. Questo test tuttavia chiede semplicemente se l'agente avrebbe adottato un piano alternativo. Un test più esplicativo dovrebbe invece richiedere se l'agente si sarebbe astenuto dall'agire nel modo in cui ha agito, se avesse saputo che le sue azioni non avrebbero prodotto le conseguenze indesiderate. La formula più semplice di questo test è allora¹²⁹:

B. Se tu avessi creduto che la tua azione non avrebbe avuto come risultato la morte del paziente, avresti agito comunque nel modo in cui hai agito?

Poiché possono esistere più modi di intendere le relazioni causali, la formula semplice può essere interpretata in modi diversi. Bennett ne individua almeno tre¹³⁰.

- 1) *Ti saresti astenuto dall'azione se avessi saputo che non avrebbe avuto come risultato la morte del paziente, a prescindere da quello che sarebbe potuto succedere con l'alterazione di questa condizione?*

In questo caso, entrambi i medici conservano la credenza che la loro azione eliminerà il dolore. Entrambi i medici risponderanno che avrebbero agito nel modo in cui hanno agito.

- 2) *Ti saresti astenuto dall'azione se avessi saputo che non avrebbe avuto come risultato la morte del paziente, con tutto ciò che ne segue dal punto di vista dei nessi causali?*

In questo caso, si chiede all'eutanasista se si fosse astenuto se avesse pensato che non avrebbe ucciso il paziente e quindi non avrebbe eliminato il dolore (in virtù delle relazioni causali). L'eutanasista chiaramente si sarebbe astenuto. Anche il palliativista risponderrebbe di astenersi, perché gli si chiede di credere che il paziente non muoia e che il dolore non venga eliminato. Questo perché la versione 2) chiede di pensare che la morte del paziente non avvenga e ciò porta

¹²⁹ Kuhse sostiene che sia questo test controfattuale ciò che Boyle ha in mente quando sostiene che un medico che somministra una sostanza letale per abbreviare il dolore "vuole la morte in senso condizionale" (Ivi, p. 131).

¹³⁰ J. Bennet, *The Act Itself*, cit., pp. 215-218.

ad un cambiamento di credenza rispetto all'eliminazione del dolore. Il palliativista crede che non può eliminare il dolore senza che il paziente muoia (formalizzando, si può dire che sia corretta l'inferenza $\neg M \rightarrow \neg A$, dove M è la credenza sulla morte del paziente e A è la credenza sull'alleviamento del dolore).

- 3) *Ti saresti astenuto dall'azione se avessi saputo che non avrebbe avuto come risultato la morte del paziente, con tutto ciò che ne segue rispetto alle conseguenze prodotte da questo fatto?*

In questo caso si chiede all'eutanasista di pensare che la morte non venga prodotta e quindi che il dolore non venga eliminato. Egli si sarebbe astenuto. Ma non si sarebbe astenuto il palliativista, perché l'eliminazione del dolore non è un conseguenza della morte del paziente e quindi il cambiamento di credenza riguardo alla morte del paziente non implica un cambiamento di credenza riguardo all'eliminazione del dolore (formalizzando si può dire che *non* sia valida l'inferenza $\neg A \rightarrow \neg M$).

Quindi se il test non fa riferimento ai prerequisiti ma ai risultati, si possono distinguere le risposte dei due medici. Nella formulazione (3), il test dice che *solo* l'eutanasista considera la morte del paziente come mezzo per raggiungere il fine. La sua risposta non sarebbe diversa da quella di un agente che uccide il proprio paziente solo per il gusto di ucciderlo. Quindi c'è almeno un senso delle relazioni causali tra mezzo e conseguenze in cui l'azione del palliativista può essere descritta in modo diverso rispetto a quella dell'eutanasista¹³¹.

¹³¹ Alcune difficoltà del test controfattuale di Bennett sono discusse da H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., pp. 132-135.

2.6 LA DISTINZIONE TRA MEZZI ED EFFETTI COLLATERALI. IL RUOLO DELLE INTENZIONI

La difficoltà di individuare una descrizione oggettiva del rapporto mezzi-fini, si è tornati con il test controfattuale di Bennett a valutare le credenze soggettive dell'agente riguardo ai nessi di causalità. Bratman è ancora più preciso.

Supponiamo che un agente intenda promuovere *E* facendo *B* e intenda fare *B* facendo *A*, dove l'agente crede di potere fare *A*. Allora diciamo che *E-B-A* costituisce una catena-tramite (*by-chain*) all'interno di quello scenario¹³².

Secondo Bratman, se scelgo questo scenario, allora intenderò almeno una catena-tramite che fa parte di quello scenario. Tale passaggio è giustificato tanto da ragioni formali di coerenza rispetto al rapporto mezzi-fini all'interno dei piani, quanto da ragioni pragmatiche poiché intendere le catene-tramite aiuterà normalmente l'agente ad ottenere ciò che vuole, anche se un'intenzione di questo tipo non fosse necessaria per la coerenza mezzi-fini. E come conclude Bratman:

Normalmente intendere le catene-tramite negli scenari che l'agente sceglie conduce ai fini che egli si propone, mentre ciò non avviene per gli elementi meramente attesi che fanno parte di questi scenari. E ciò fornisce un sostegno pragmatico alla generale presunzione in favore dell'intendere tali catene-tramite¹³³.

Un altro vincolo che Bratman pone all'intendere una catena causale di questo tipo è che questo tipo di intenzione non sia funzionalmente incompatibile con un'altra intenzione che l'agente possiede. Questo perché se l'agente intende *X*, egli deve essere disposto a sforzarsi di metterla in atto e a escludere le opzioni incompatibili con essa. Due intenzioni sono *funzionalmente incompatibili* quando “i loro ruoli funzionali caratteristici non possono essere pienamente realizzati nella stessa persona nello stesso momento”¹³⁴.

¹³² M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., p. 157.

¹³³ Ivi, p. 158.

¹³⁴ Ivi, p. 160.

In buona sostanza, l'agente intende i mezzi che sono necessari ai fini per ragioni di coerenza e di natura pragmatica, mentre ciò non avviene per gli effetti collaterali. Nel caso del palliativista, la morte del paziente non è intesa perché ciò non è necessario per rendere coerente il suo piano di alleviare il dolore del paziente e per raggiungere in modo più efficace il fine proposto. Il palliativista sa che la sua azione abbrevierà la vita del paziente e ne tiene conto nella sua deliberazione pratica; tuttavia egli non intende abbreviare la vita del paziente perché la prospettiva della conseguenza non gioca i ruoli funzionali tipici dell'intenzione all'interno del ragionamento pratico e dell'azione. La morte del paziente non fa parte di alcuna catena-tramite all'interno dello scenario scelto; essa non è necessaria per dare coerenza al suo piano, né per raggiungere in modo più efficace il fine proposto.

È necessaria una specificazione riguardo al confronto tra medico eutanasi e medico palliativista. In letteratura la DDE è stata spesso utilizzata per giustificare la cosiddetta somministrazione piramidale di analgesici, cioè l'incremento della dose reso necessario dall'assuefazione del paziente al farmaco, fino a raggiungere una dose talmente alta da lenire il dolore e accelerare contemporaneamente la morte. È ad esempio l'intervento a cui fa riferimento la *Dichiarazione sull'eutanasia*. In questo caso l'osservatore avrebbe veramente difficoltà a distinguere un atto di eutanasia dalla somministrazione dell'ultima dose di analgesico. Si potrebbe anche supporre che si utilizzi lo stesso farmaco in entrambi i casi¹³⁵. Certamente l'analgesia ha fatto molti progressi dagli anni in cui venne redatta la *Dichiarazione*. Oggi è possibile usare dosaggi e farmaci che ad esempio eliminano l'effetto di assuefazione. Ma comunque sia non è detto che anche dal punto di vista dell'osservatore esterno si possa in molti casi ricostruire il ragionamento pratico del medico e quindi l'assenza o presenza di una data intenzione. Sulmasy fa questa considerazione:

Se un clinico somministra 10 mg di morfina per via intravenosa per 5 minuti a un paziente che non tollera gli oppioidi e ha un dolore significativo, questa azione è coerente con un'intenzione di alleviare il dolore e non uccidere il paziente. Ma se un clinico somministrasse 5000 mg di morfina per via intravenosa per

¹³⁵ Cfr. ad esempio H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 101, relativamente alla "vicinanza" in entrambi i casi tra azione ed effetti.

15 secondi a un paziente che non tollera gli oppioidi per alleviare la “sofferenza” del paziente, medici accorti non avrebbero dubbi sulle intenzioni del clinico¹³⁶.

È pur vero che, dato il carattere “personale” delle intenzioni non sia sempre facile comprendere con quale di esse l’agente ha compiuto l’azione. Ma questo non può portare a concludere che *in tutti i casi* tale operazione sia impossibile.

Per concludere, è utile notare un altro aspetto introdotto da Bratman nella teoria funzionale dell’intenzione. Bratman, come detto, riprende l’esempio famoso del bombardiere Stratega, che bombarda un arsenale con il fine di indebolire il nemico, pur sapendo che così ucciderà i bambini presenti nella scuola vicina all’edificio, e il bombardiere Terrorista, che bombarda direttamente una scuola piena di bambini per indebolire il nemico. Ora secondo Bratman, ciò che impedisce allo Stratega di scegliere un piano d’azione in cui sia presente una catena-tramite che implica l’uccisione dei bambini può essere il possesso di una *self-governing intention* (intenzione SG). Tale intenzione implica un impegno

ad astenersi dal tentativo di uccidere persone innocenti e dall’astenersi dal purificare le sue opzioni in base alla loro incompatibilità con l’uccisione di persone innocenti. Una persona del genere giudicherebbe presumibilmente che l’uccisione delle persone innocenti è una cosa molto malvagia. Ma il suo impegno ad astenersi dai modelli citati di pensiero e di azione non implica necessariamente lo stesso impegno ad astenersi dall’uccisione di persone innocenti quando queste uccisioni non implicano tali modelli di pensiero e di azione¹³⁷.

L’intenzione SG sembra quella che viene invocata quando si ragiona su casi di doppio effetto alla fine della vita. Solitamente si presuppone che il medico palliativista escluda l’opzione dell’eutanasia proprio perché funzionalmente incompatibile con la sua intenzione SG di non uccidere persone innocenti. Egli sceglie di agire secondo una modalità che produce effetti cattivi, che ha ben presenti, ma tale modalità non implica un’intenzione funzionalmente incompatibile con la sua intenzione SG.

¹³⁶ D.P. Sulmasy, *The Rule of the Double Effect. Clearing Up the Double Talk*, “Archives of Internal Medicine”, 159 (1999), p. 548.

¹³⁷ M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., p. 159.

Questo nuovo elemento induce a spostarsi dal piano puramente descrittivo nell'analisi della distinzione intenzione/previsione, in quanto l'intenzione SG è un vero e proprio impegno preliminare che funge da vincolo *normativo*.

Adottando la teoria dell'intenzione come pianificazione si hanno a disposizione strumenti epistemologicamente esplicativi per capire il ruolo dell'intenzione e la distinzione tra effetti collaterali meramente previsti ed effetti intesi. Essa suggerisce anche che un agente che possiede l'intenzione SG di non uccidere persone innocenti dovrà escludere la modalità di ragionamento e di azione usata dal Terrorista e dal medico eutanasista. In questo senso la teoria di Bratman va al di là dei canoni normativi tradizionali della DDE. Solitamente la DDE viene pensata come un complesso teorico che serve per giustificare un'uccisione (in quanto uccisione non intenzionale) o come scusa, di fronte alla proibizione generale dell'uccisione intenzionale di esseri umani innocenti. Essa sembra assolvere il compito di ultima risorsa perché da una parte sia lasciato integro un divieto generale che svolge un compito essenziale nella preservazione delle relazioni interpersonali, mentre dall'altra riesce a lasciare spazio in campo morale a condotte che intuitivamente non ce la sentiamo di condannare. Senza la DDE, la rigidità del divieto generale porterebbe in molti casi alla paralisi morale.

Bratman introduce il doppio effetto come modello normativo: data una preliminare intenzione SG – che può essere assimilata alla norma proibitiva – un agente che vuole essere razionale (e non solo morale) deve agire in un determinato modo. Invece che una giustificazione o una scusa, la DDE diviene un principio normativo volto a preservare il carattere di razionalità e coerenza di certe azioni umane.

Questo non significa avere risolto tutti i problemi posti dalla DDE. Anche se si è riusciti a trovare una teoria dell'intenzione abbastanza plausibile da rendere possibile una distinzione descrittiva tra l'azione del medico eutanasista e l'azione del medico palliativista, rimane da appurare se tale distinzione abbia anche un peso morale.

2.7 LA RESPONSABILITÀ MORALE E LA DDE

Attraverso la teoria dell'intenzione come stato della mente distinto da desideri e credenze si è giunti ad avere strumenti plausibili per tracciare una distinzione tra le conseguenze intese e le conseguenze previste (effetti collaterali) di un atto. Tale

distinzione è puramente descrittiva, si può dire epistemologica, perché fornisce informazioni sugli stati mentali dell'agente nel momento di compiere l'azione. Pochi sostenitori della DDE l'hanno esplicitamente sostenuta come base teorica delle distinzioni implicate nella dottrina; tuttavia versioni simili si possono ritrovare negli scritti dei cosiddetti teorici del diritto naturale, e in particolare modo nelle trattazioni di Joseph Boyle e di John Finnis. Ad esempio Boyle sostiene che:

Secondo questa concezione, l'agente intende i propri fini, gli stati di cose che l'agente mira a realizzare nell'azione, e intende anche i mezzi, cioè i passi precisi che intraprende per raggiungere i propri fini. Le proprietà delle azioni volontarie dell'agente che non sono fini o mezzi sono effetti collaterali. Gli effetti collaterali sono conseguenze o altri aspetti delle azioni che non sono né gli obiettivi che l'agente ricerca nell'azione né gli stati di cose precisi che l'agente è impegnato a realizzare per ottenere questi obiettivi¹³⁸.

Come nota giustamente Donald Marquis¹³⁹, Boyle descrive i mezzi usati per raggiungere un fine come “stati di cose” piuttosto che come “azioni”. Secondo Marquis questo cambiamento descrittivo indurrebbe Boyle a non considerare moralmente illecita la craniotomia del feto per salvare la madre, in quanto il mezzo usato per ottenere il fine non sarebbe la morte del feto ma la riduzione della sua testa che consentirebbe la sua rimozione da parte del medico. Boyle sarebbe quindi molto vicino alla critica di Kuhse alla necessità dei mezzi: come nella pratica dell'aborto per salvare la madre cardiopatica è necessaria *solo* la rimozione del feto – e così il medico intenderebbe in senso stretto solo la rimozione –, così nella craniotomia soltanto la riduzione della testa del bambino sarebbe necessaria. Si è già visto come nel caso dell'eutanasia il carattere di necessità del mezzo non è particolarmente dirimente, almeno di non immaginare scenari controfattuali fantastici. Anche ridescrivendo il mezzo usato (la somministrazione di una dose letale di morfina) dal medico eutanasista, non in termini di azione ma in termini di stati di cose prodotti, non è del tutto intelligibile la pretesa secondo cui si può

¹³⁸ J. Boyle, *Who is Entitled to Double Effect?*, in Thomas J. Bole, III, *Double Effect: Theoretical Function and Bioethical Implications*, “Journal of Medicine and Philosophy”, 16 (1991), p. 479. Cfr. anche J. Boyle, *Toward Understanding of Double Effect*, cit., pp. 535-536; J. Finnis, *Intention and Side-Effects*, cit., pp. 61-64.

¹³⁹ D. Marquis, *Four Versions of Double Effect*, in T.J. Bole III, (a cura di) *Double Effect: Theoretical Function and Bioethical Implications*, cit., p. 527.

evitare di giudicare la morte del paziente come una conseguenza intesa dell'azione del medico o come un mezzo inteso per raggiungere il fine.

Essendo la DDE una dottrina che serve a formulare giudizi morali su casi dilemmatici, occorre valutare se la distinzione tra conseguenze intese e conseguenze previste possa avere un qualche significato morale valido. Si può partire da quanto sostenuto da Henry Sidgwick in un passo già citato:

Credo comunque che ai fini di una puntuale disamina morale o giuridica sia meglio includere nel termine "intenzione" tutte le conseguenze di un atto che sono previste come certe o probabili, in quanto si ammetterà che non possiamo evitare la responsabilità per le cattive conseguenze previste dei nostri atti con la scusa che non sentivamo alcun desiderio per esse, né in sé né come mezzi per ulteriori fini: tali effetti indesiderati che accompagnano i risultati desiderati delle nostre volizioni sono chiaramente scelti o voluti da noi¹⁴⁰.

Le parole di Sidgwick hanno contribuito a costituire una solida tradizione consequenzialistica di rifiuto della distinzione morale tra intenzione e previsione: dal punto di vista morale non si dovrebbe fare alcuna differenza tra il carattere della relazione tra la singola conseguenza e lo stato mentale dell'agente perché quello che conta sono le proprietà che *in sé* mostra quella conseguenza. Come si è notato nel paragrafo 2.2, una teoria morale come l'utilitarismo è costretta ad accettare questa conclusione proprio per il suo impianto consequenzialistico. Sidgwick fa riferimento anche alla "puntuale disamina giuridica" ed in effetti il problema della distinzione non tocca soltanto la sfera morale. Anche nell'ambito della filosofia del diritto, si è molto discusso sull'accettabilità dell'inclusione nei sistemi giuridici di un principio secondo cui le conseguenze previste (con certezza) di un'azione devono essere trattate alla pari delle conseguenze intese¹⁴¹.

La posizione di Sidgwick introduce anche una terminologia che è significativa. In primo luogo il carattere degli effetti collaterali è quello di non essere "desiderati", al contrario dei mezzi o dei fini. Secondo la teoria funzionale dell'intenzione, il termine

¹⁴⁰ H. Sidgwick, *Metodi di etica*, cit., III, I.2, p. 233.

¹⁴¹ Cfr. ad esempio B. Aune, *Intention and Foresight*, "Journal of Philosophy", 63 (1966), pp. 652-654; A. Kenny, *Intention and Purpose in Law*, cit.; H. Oberdiek, *Intention and Foresight in Criminal Law*, "Mind", 81 (1972), pp. 389-400; R. Lyons, *Intention and Foresight in Law*, "Mind", 85 (1976), pp. 84-89; H.L.A. Hart, *Intenzione e pena*, in *Responsabilità e pena. Saggi di filosofia del diritto*, Edizioni di Comunità, Milano 1981, pp. 150-152; J. Finnis, *Intention and Side-Effects*, cit., pp. 44-52.

“desiderio” può essere pensato in questo caso in un senso tecnico. Non è necessario desiderare un mezzo (nel senso comune del termine desiderio) perché venga scelto per raggiungere un fine desiderato. Ma Sidgwick aggiunge che questa proprietà degli effetti collaterali (“non essere desiderati” in senso tecnico) non esime l’agente dalla responsabilità per la produzione di quegli effetti. Su questo punto Anscombe ha formulato una delle critiche più vigorose nel suo celebre saggio sulla filosofia morale moderna:

[Sidgwick] usa [la sua concezione dell’intenzionalità] per avanzare una tesi etica che oggi sarebbe accettata da molte persone [...]. Usando il linguaggio dell’intenzione più correttamente, ed evitando la concezione sbagliata di Sidgwick, potremmo formulare la tesi in questo modo: non fa alcuna differenza per la responsabilità di un individuo verso un effetto della sua azione che può prevedere il fatto che non lo intenda. [...]

Mentre io sosterrai che una persona è responsabile per le cattive conseguenze delle sue cattive azioni, senza avere alcun merito per le conseguenze buone; e viceversa *non è responsabile per le cattive conseguenze delle sue buone azioni*¹⁴².

L’equivoco di Anscombe risiede nell’interpretare la DDE come se fornisse una “scusa” per ciò che si è fatto, ma questo significherebbe sovvertire del tutto il senso della dottrina. Una scusa è qualcosa che viene addotto per esimersi dalla responsabilità di ciò che si è fatto. Come è stato a volte sottolineato, se l’effetto dell’azione non è intenzionale nel senso di involontario si può citare la mancanza di intenzione come scusa. Gianni urta involontariamente Mario durante una festa; Gianni per scusarsi può dire “non intendevo farlo”, nel senso che non è una cosa che ha fatto *volontariamente e consapevolmente*. Alcune volte anche l’ignoranza di certi aspetti fattuali della situazione può essere una scusa accettabile e accettata. Questa è per lo meno la tesi tradizionale di Aristotele (e Tommaso), per cui chi agisce per ignoranza e si pente di quello che ha fatto è perdonabile¹⁴³.

In realtà ciò non si verifica tutte le volte, perché l’ignoranza dei fatti può essere ritenuta una condizione insufficiente per scusare una persona, nel senso di non ritenerla responsabile. Ma in queste situazioni si deve necessariamente fare riferimento a qualche

¹⁴² G.E.M. Anscombe, *Modern Moral Philosophy*, in R. Crisp, M. Slote (a cura di), *Virtue Ethics*, Oxford University Press, New York 1997, pp. 36-37 (corsivo aggiunto).

¹⁴³ Cfr. Aristotele, *Etica Nicomachea*, a cura di M. Zanatta, BUR, Milano 1994, III 1109b 30-35 (p. 187); 1110b 10-25 (pp. 191-193).

regola tacita o esplicita che governa la condotta umana. Ad esempio, se un cacciatore spara in un cespuglio credendo sinceramente che vi fosse una lepre e colpisce un uomo, possiamo dire che non intendeva colpire l'uomo ma difficilmente lo riterremo non responsabile del ferimento dell'uomo. Questo perché, pur mancando la volontarietà e la consapevolezza, si può fare riferimento a qualche regola che ingiunge di agire con prudenza quando si maneggia un'arma. Prima di sparare è bene accertarsi che l'obiettivo a cui si spara non sia un essere umano. Ma si possono verificare anche situazioni in cui non è necessario presupporre una qualche regola. Accuse di negligenza possono essere mosse a individui che hanno prodotto inconsapevolmente una conseguenza, anche se prestando maggiore attenzione avrebbero potuto evitarla¹⁴⁴.

Ma se un effetto collaterale è meramente previsto ma non inteso esso ricade fuori dal perimetro della responsabilità morale dell'agente? La teoria dell'intenzione come funzione suggerisce di no. La dimensione olistica della scelta di uno scenario implica che ogni elemento di quello scenario venga scelto dall'agente. Ciò significa che ogni effetto che ragionevolmente l'agente si aspetta di produrre all'interno dello scenario scelto, viene prodotto in modo consapevole, volontario e deliberato. La teoria dell'intenzione come funzione è una via di mezzo tra la visione secondo cui anche gli effetti collaterali sono intesi e la visione secondo cui essi sono del tutto irrilevanti rispetto al piano dell'agente.

A questo fine è utile discernere con attenzione i modi in cui si giudicano gli atti dal punto di vista morale. Di un atto si può dire che esso ricade sotto la responsabilità (morale) dell'agente, che è (moralmente) ammissibile o permesso oppure che è (moralmente) giustificabile. Nella valutazione dell'ammissibilità (*permissibility*) e della giustificabilità di un atto intervengono giudizi di biasimo. La responsabilità è quindi distinta analiticamente dalla *blameworthiness*¹⁴⁵ – che potremmo tradurre con “reprensibilità” morale – e del resto si può biasimare la conseguenza di un atto se e

¹⁴⁴ Sul nesso tra attribuzioni di responsabilità ed errori nell'azione derivanti dall'ignoranza dei fatti e dall'ignoranza dei principi morali, cfr. il classico articolo: G.E.M. Anscombe, *The Two Kinds of Error in Action*, “Journal of Philosophy”, 60 (1963), pp. 393-401. Per un commento: F.L. Will, *Intention, Error, and Responsibility*, “Journal of Philosophy”, 61 (1964), pp. 171-179. Sulla responsabilità verso le conseguenze non-intenzionali (nel senso di non volontarie), cfr. anche B. Williams, *Shame and Necessity*, University of California Press, Berkeley 1993, pp. 50-74 e *Voluntary Acts and Responsible Agents*, in *Making Sense of Humanity*, Cambridge University Press, Cambridge 1995, soprattutto pp. 25-30.

¹⁴⁵ Su questa distinzione insiste A. Ben-Ze'ev, *Emotions, Responsibility and Morality* T. in Van den Beld (a cura di), *Moral Responsibility and Ontology*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000, p. 225.

solo se l'agente è moralmente responsabile di quella conseguenza. Il problema è che nella DDE confluiscono tutti e tre questi tipi di giudizio, presentando una complessità che non sempre viene colta dai commentatori. Procedendo per gradi è utile chiarire l'intreccio dei tre tipi di giudizio morale.

2.8 SIAMO RESPONSABILI DEGLI EFFETTI COLLATERALI DELLE NOSTRE AZIONI?

Si è già accennato al fatto che la teoria funzionale dell'intenzione indurrebbe sul piano morale a riconoscere che l'agente è responsabile anche per gli effetti collaterali, in linea con quanto sostenuto da utilitaristi come Bentham e Sidgwick (e Kuhse). Questo riconoscimento sembra svincolato dall'accettazione di una particolare teoria morale, anche se Bratman sembra suggerire un parallelismo tra la sua teoria dell'intenzione e alcuni aspetti delle teorie deontologiche: i ruoli dell'intenzione nel vincolare il ragionamento pratico non sono dissimili dalla funzione svolta dai vincoli deontologici nel dichiarare inammissibili alcune linee di condotte, anche quando esse preverrebbero una violazione estesa di tali vincoli¹⁴⁶.

Molti autori sottolineano che la DDE non implica l'idea che, se l'agente prevede meramente una conseguenza della sua azione, allora l'agente non può essere giudicato responsabile di quell'azione. Secondo una lettura genuina della DDE, La condizione (2) non esime l'agente dal giudizio di responsabilità. Per esprimere l'idea in termini bruti: se un agente compie un'azione che ha un effetto moralmente cattivo X e sostiene "ma non intendevo produrre X, l'ho meramente previsto", ciò non costituisce una scusa esimente.

Un agente che produce una conseguenza meramente prevista ma non intesa è quindi imputabile dal punto di vista morale per quella conseguenza. Perché la mera previsione non è sufficiente per evadere la propria responsabilità? Un giudizio di questo tipo sembra giustificato dal fatto che l'agente ha prodotto la conseguenza in modo consapevole. Quando si agisce si è la causa di un certo numero di conseguenze, alcune delle quali vengono coscientemente prodotte. Sebbene si sia chiamati a rispondere di tutto ciò che si causa, si è imputabili soltanto di un sottoinsieme delle conseguenze totali. Come ha sottolineato Hart, dal punto di vista morale vi è una differenza

¹⁴⁶ M. Bratman, *Intention, Plans, and Practical Reason*, cit., p. 167.

importante tra la responsabilità causale e la “responsabilità-soggezione morale” (*liability responsibility*), derivante dal fatto che l'imputabilità è direttamente connessa al controllo dell'agente sulle sue azioni e sulle conseguenze prodotte. Hart specifica che una persona moralmente responsabile in questo senso è “moralmente biasimevole o moralmente obligat[a] a far ammenda per il danno...”, in dipendenza da alcune condizioni: misura del controllo sulla propria condotta da parte dell'agente, connessione causale o di altro tipo tra la condotta e il danno ecc.¹⁴⁷ La responsabilità causale si limiterebbe a sottolineare il contributo dell'agente alla produzione degli effetti correlati tramite la sua condotta, senza che questo implichi necessariamente biasimo o lode morali¹⁴⁸.

Anche Raymond Frey parla di responsabilità come controllo, distinta dalla responsabilità che viene generata dal nesso causale tra l'agente e le conseguenze prodotte. A proposito del medico che deve scegliere se praticare una craniotomia oppure lasciare morire la donna incinta e decide di non operare, Frey commenta:

[...] suggerisco che il medico sia responsabile della morte della donna. [...] Sebbene non etichettiamo il medico come un uomo malvagio o un omicida, noi ci stiamo pronunciando sul suo controllo sopra ciò che accade alla donna. In quanto può decidere se operare o non operare, la situazione è tale da ricadere sotto il suo controllo; e qualunque sia il risultato, non si può dire che esso sia indipendente dall'esercizio del suo controllo – ed escludo qui e in ogni caso la circostanza [...] in cui, inaspettatamente, la madre muoia di colera¹⁴⁹.

Quindi, se non si verificano eventi imprevedibili (come la morte della madre per una patologia diversa rispetto a quella contemplata), il medico è responsabile di tutto ciò che viene prodotto in forza della sua decisione di intervenire o di astenersi dall'operazione¹⁵⁰.

Per questo si può dire che il nesso di causalità e la consapevolezza della conseguenza prodotta sono condizioni sufficienti per stabilire la responsabilità morale come imputazione, in quanto distinta dalla responsabilità morale come dovere di rispondere di ciò che si è prodotto. È in questo secondo aspetto che l'ignoranza, la

¹⁴⁷ H.L.A. Hart, *Poscritto: responsabilità e retribuzione*, in *Responsabilità e pena*, cit. p. 254.

¹⁴⁸ Ivi, pp. 243-244. Sulla responsabilità causale, cfr. il capitolo 3 di questo lavoro.

¹⁴⁹ R.G. Frey, *Some aspects of the Doctrine of Double Effect*, cit. p. 269 (cfr. anche pp. 264-267).

¹⁵⁰ Cfr. anche S. Uniacke, *The Doctrine of Double Effect*, “The Thomist”, 48 (1984), pp. 211-218; M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002, pp. 94-95.

mancanza di consapevolezza o quella di controllo possono essere invocate come “scuse” dall’agente¹⁵¹.

Una lettura di questo tipo viene confermata anche se la nozione di “prevedere una conseguenza” (*foreseeing a consequence*), che ha un carattere essenzialmente cognitivo, viene tradotta sul piano delle disposizioni mentali dell’agente. Da questo punto di vista, quando un agente prevede che la sua azione avrà anche certi effetti collaterali non desiderati (nel senso tecnico, cioè effetti per la cui produzione l’agente non si impegna perché non essenziali per raggiungere il fine che si è preposto), egli tollera questi effetti. Richiamando la teoria funzionale dell’intenzione, si può dire che il carattere olistico della scelta di uno scenario, implica che tutte le conseguenze connesse a quello scenario vengono scelte¹⁵². Questo significa che l’agente in qualche modo *tollera* o *accetta* l’effetto non voluto e quindi dimostra di produrlo in modo consapevole. Su questo punto anche un autore come Boyle, che accetta una teoria morale deontologica che fa leva sulla legge naturale, condivide le conclusioni a cui pervengono autori utilitaristi in merito all’attribuzione della responsabilità morale:

...l’effetto malvagio non inteso, la cui produzione è resa lecita dal PDE [principio del doppio effetto], è chiaramente imputabile all’agente: egli lo produce consapevolmente e volontariamente. Gli scolastici spesso dicono che l’effetto è permesso oppure consentito; in inglese moderno si potrebbe esprimere questo concetto dicendo che esso è *accettato*. Ma permettere, acconsentire e così via sono atti volizionali, o almeno disposizioni volizionali, anche se non sono volizionali nel senso paradigmatico delle azioni intenzionali¹⁵³.

La teoria funzionale dell’intenzione sembra in questo senso collimare con le conclusioni di Boyle anche sotto un altro aspetto. Essa suggerisce che alcune volte ci troviamo a decidere tra scenari che consentono di realizzare i fini preposti ed optiamo per il piano attraverso cui il fine viene raggiunto nel modo più efficace e più veloce possibile, con i

¹⁵¹ Per una formulazione leggermente diversa, ma che sostanzialmente individua nella consapevolezza un elemento cardine per l’attribuzione della responsabilità, cfr. A. Donagan, *A Theory of Morality*, cit., p. 121. Donagan afferma successivamente che “[l’agente] non può evadere la responsabilità per la sua scelta con la scusa che egli non desiderava o non intendeva fare ciò che volontariamente ha fatto”, aggiungendo che la contrapposizione tra ciò che è volontario in modo diretto (inteso) e ciò che è volontario in modo indiretto (previsto) è frutto del pensiero casuistico cattolico post-riformato ma non fa genuinamente parte della “posizione tradizionale ebraico-cristiana” (p. 125).

¹⁵² Cfr. D.P. Sulmasy, *Double Effect–Intention is the Solution, Not the Problem*, “Journal of Law, Medicine and Ethics”, 28 (2000), p. 27, con esplicito riferimento alla teoria di Bratman.

¹⁵³ J. Boyle, *Toward Understanding the Doctrine of Double Effect*, cit., pp. 529-530.

minori costi *morali*. Ma non è difficile immaginare situazioni in cui non è possibile scegliere uno scenario a costo morale zero. Un esempio è chiaramente quello del medico palliativista. Egli si trova di fronte a due opzioni: o lo scenario in cui il paziente può continuare a vivere, al costo di soffrire oppure quello in cui il dolore del paziente può trovare sollievo, al costo che la sua morte venga accelerata. Ora è chiaro che nel secondo caso l'agente è comunque moralmente responsabile (nel senso dell'imputabilità) della morte del paziente, come nel primo è moralmente responsabile del prolungamento del dolore. La situazione è sotto il suo controllo e, in ogni caso, egli potrebbe agire altrimenti da come decide di agire. Quindi l'attribuzione della responsabilità morale è indipendente rispetto al problema dell'intenzionalità. Non occorre stabilire quali siano state le intenzioni dell'agente per ritenerlo responsabile di una conseguenza, ma è sufficiente stabilire che l'agente ha prodotto *volontariamente* (cioè consapevolmente) quella conseguenza. E perché l'azione complessiva sia anche moralmente giustificabile o ammissibile e il medico non sia moralmente reprimibile occorre valutare quali siano le ragioni che lo hanno spinto ad agire così¹⁵⁴.

Nel nostro caso quindi, se il fine che il medico si propone di realizzare è quello di far cessare la sofferenza del paziente, egli è costretto a scegliere uno scenario in cui questo può venire raggiunto solo a costo dell'accelerazione della morte del paziente. Come ha detto efficacemente Boyle, l'effetto collaterale della morte del paziente non è quindi una ragione *per* agire ma una condizione *nonostante cui* si agisce¹⁵⁵. Ed è questo che l'agente considera nella sua deliberazione.

Ed è a questo punto che si può sollevare la questione di quale sia la giustificazione morale che permette all'agente di agire *nonostante* che un effetto indesiderato venga prodotto, non per accidente, ma in modo consapevole e deliberato. Secondo i difensori della DDE è proprio la condizione dell'intenzionalità che è dirimente nel risolvere tale questione.

¹⁵⁴ Cfr. T.A. Cavanaugh, *The Ethics of Death-Hastening or Death-Causing Palliative Analgesic Administration to Terminally Ill*, cit., p. 253.

¹⁵⁵ J. Boyle, *Toward Understanding the Doctrine of Double Effect*, cit., p. 535.

2.9 INTENZIONI, DEONTOLOGISMO, ASSOLUTISMO MORALE

Il giudizio di ammissibilità morale dei singoli atti e della parallela repressibilità morale degli agenti per avere commesso quegli atti, si basa interamente sulla condizione di intenzionalità della DDE. Anche qui è utile partire dall'analisi di Boyle, che è forse uno degli studiosi più acuti della dottrina. Boyle è convinto che la DDE non abbia alcuna utilità al di fuori di un contesto deontologico di norme assolute. Per il caso che ci interessa, cioè quello del medico palliativista e del medico eutanasista, la DDE ha senso solo se si presuppone che sia valida una norma morale che ingiunge di non uccidere intenzionalmente esseri umani innocenti. Questa norma e la DDE fornirebbero un quadro morale coerente in cui sono proibite le uccisioni intenzionali di esseri umani ma sono ammissibili atti che producono la morte di un essere umano come effetto collaterale. Se invece la norma morale facesse coincidere l'ammissibilità morale con l'imputabilità morale, si dovrebbe avere una norma che vieta in ogni caso di produrre consapevolmente la morte di un essere umano. Secondo Boyle una norma di questo tipo darebbe luogo a situazioni di "impossibilità morale". Se vigesse questa norma, il medico palliativista si troverebbe in una di queste situazioni, perché da un lato dovrebbe astenersi dal compiere atti che implicano la produzione della morte del paziente – e quindi dovrebbe astenersi dal somministrare gli analgesici – e da un altro lato dovrebbe compiere atti positivi per alleviare il dolore del paziente – e quindi dovrebbe somministrare gli analgesici. Uno stesso corso di azione sarebbe al contempo proibito e richiesto, implicando quindi un paradosso morale vero e proprio. Pertanto la norma morale fondamentale circonda la proibizione agli atti che producono effetti malvagi intesi e la DDE stabilisce l'ammissibilità morale degli atti che producono effetti malvagi previsti ma non intesi.

Il medico palliativista quindi è (moralmente) responsabile della morte del paziente, ma secondo la DDE la produzione di questo danno è permessa nella misura in cui non viola la condizione di intenzionalità: l'agente deve cioè non intendere la morte del paziente, né come fine né come mezzo, ma deve intendere di alleviare la sofferenza.

Secondo la DDE, mentre il medico eutanasista è responsabile della morte del paziente e il suo comportamento è anche biasimevole in quanto *intende* la morte del paziente, il medico palliativista è sempre responsabile della morte del paziente ma non è

biasimevole (o colpevole, come dicono altri autori), in quanto la *prevede* ma non la intende. La condizione (2) serve quindi a tracciare la linea tra ammissibilità morale (*permissibility*) e non ammissibilità morale delle azioni, in base al rapporto tra stati mentali e conseguenze prodotte.

Il deontologismo e la condizione di intenzionalità in realtà interagiscono per discriminare i casi illeciti da quelli illeciti. Il deontologismo è quindi necessario per raggiungere questa conclusione. Coloro che muovono critiche alla DDE da una prospettiva consequenzialistica vedono infatti due azioni che hanno gli stessi effetti (e quindi difficilmente valutabili in modo diverso dal punto di vista morale), mentre il deontologista vede due azioni che hanno gli stessi effetti ma che, *dal punto di vista morale*, vengono differenziate tra loro grazie all'accettazione della norma fondamentale. Soprattutto Boyle ha molto insistito sulla necessità di tenere insieme deontologismo assoluto e DDE. Una strategia che intenda mettere in luce l'inutilità della DDE per il giudizio morale potrebbe puntare su due obiettivi: (1) Dimostrare le incoerenze interne o applicative della DDE; (2) Dimostrare le incoerenze interne o applicative del deontologismo assoluto¹⁵⁶. La prima strada è quella praticata soprattutto da Helga Kuhse nel suo studio sulla dottrina della sacralità della vita in medicina.

Alcuni degli argomenti della Kuhse contro la DDE, soprattutto quelli che fanno leva sulla presunta impossibilità di distinguere a livello descritto tra conseguenze intese e conseguenze previste, non sono convincenti. Nel caso specifico della somministrazione di analgesici con doppio effetto, la DDE sembra catturare in modo plausibile le differenze morali che intuitivamente siamo portati a tracciare. Ciò non significa che la DDE assolva questo compito nel caso di tutti i dilemmi di etica medica. Sembra che nella casistica dell'aborto, la DDE sia ormai uno strumento logoro, che porta a conclusioni ingiuste e si rivela troppo permissivo o troppo restrittivo.

Se si volesse puntare sulla critica del deontologismo, ci si troverebbe catapultati direttamente nell'arena della metaetica e delle teorie morali normative. Poiché impegnarsi verso un obiettivo di questo tipo porterebbe veramente lontano, si può scegliere una meta più ristretta, che non si concentra sulla portata, per così dire, *universale* della norma del "non uccidere intenzionalmente". Solitamente un deontologismo che contempra al suo interno tale norma e la DDE ritiene valida per tutti

¹⁵⁶ Cfr. ad es. P.C. Snelling, *Consequences Count: Against Absolutism at the End of Life*, "Journal of Advanced Nursing", 46 (2004), pp. 350-357.

gli esseri umani questa ingiunzione, a prescindere dalle particolari relazioni personali e sociali che esistono tra gli individui coinvolti o dal ruolo che svolge l'agente nel caso specifico. Un tale universalismo della norma può essere giustificato facendo appello all'intuizione sulla priorità lessicale del "non uccidere", in quanto gli atti di uccisione possiedono intuitivamente caratteristiche che li rendono (moralmente) sbagliati (*wrong-making characteristics*). L'uccisione degli esseri umani dovrebbe rientrare a pieno titolo nella lista degli atti proibiti e deve essere oggetto di un dovere non-conseguenzialista (sebbene *prima facie*), che trova spazio anche nella morale di senso comune¹⁵⁷. Un'altra possibile teoria che si appella alla proprietà universale del dovere di non uccidere è quella sostenuta dai teorici del diritto naturale. Partendo dall'idea tomistica che la *forma* dell'agire morale è dettata dal primo principio pratico secondo cui si deve evitare il male e perseguire il bene, il *contenuto* dell'agire morale è dato da sette beni fondamentali, di per sé evidenti, che concorrono alla realizzazione della piena fioritura umana. Per essere moralmente giustificata un'azione non deve andare contro questi beni fondamentali, tra cui si trova la vita umana: tutte le azioni che intenzionalmente distruggono, violano o impediscono la realizzazione di questi beni sono immorali. La "corrente normativa", per riprende un'immagine di Thomas Nagel, scorre verso questi beni ma insieme ad essa scorre anche la "corrente della razionalità (pratica)". Così, chi si muove controcorrente, allontanandosi da questi beni in modo intenzionale, si dimostra irrazionale dal punto di vista pratico e quindi immorale. L'eutanasia è un esempio di atto che impedisce in modo intenzionale la realizzazione e la continuazione del bene vita e perciò ricade sotto le norme morali negative che non ammettono eccezioni¹⁵⁸. Come già sottolineato da Boyle, la DDE non sancisce eccezioni a questa norma generale. Giustifica semplicemente un altro tipo di azioni, quelle che producono una distruzione, violazione o impedimento del bene vita non come effetto inteso ma come effetto meramente previsto.

¹⁵⁷ R. Veatch, *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981, pp. 63-76; *Death, Dying and Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility*, Yale University Press, New Haven 1989, pp. 69-71.

¹⁵⁸ Per la teoria generale, cfr. J. Finnis, *Legge naturale e diritti naturali*, cit.; G. Grisez, J. Boyle, J. Finnis, *Practical Principles, Moral Truth, and Ultimate Ends*, "American Journal of Jurisprudence", 32 (1987), pp. 99-151; J. Finnis, *A Philosophical Case Against Euthanasia*, in J. Keown (a cura di), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge 1997, pp. 28-30.

Questi sono forse gli esempi più autorevoli nell'ambito della bioetica di tentativo di fondare una prospettiva deontologica universalista. Senza entrare nel dettaglio, non convince l'appello alle intuizioni, all'autoevidenza e al senso comune per giustificare un approccio deontologico. Sebbene l'etica non possa fare a meno di confrontarsi con il senso comune, non può accettarlo acriticamente come garanzia *sufficiente* della razionalità dei giudizi morali.

Inoltre la teoria dei beni fondamentali lascia insoluto il problema di come risolvere i conflitti pratici che possono nascere quando la realizzazione di un bene fondamentale potrebbe precludere la realizzazione di un altro bene. Non solo, ma nella realtà dei fatti è difficile giudicare come “non riuscite” vite che intenzionalmente rinunciano ad uno o più beni fondamentali. Come sostiene Martha Nussbaum:

una persona profondamente religiosa può scegliere di non essere ben nutrita, e di impegnarsi in austeri digiuni. Sia per motivi religiosi sia per altre ragioni, una persona può preferire il celibato ad una vita sessualmente attiva. Una persona può scegliere di lavorare con una dedizione così intensa da precludersi ricreazione e gioco. Bisogna allora concludere, in base all'uso della lista, che queste non sono vite fiorenti e pienamente umane?¹⁵⁹

Inoltre non sembra del tutto giustificato il fatto che la forma più alta di biasimo morale venga esercitata quando il bene “vita” viene distrutto o impedito intenzionalmente, mentre viene del tutto scusato lo stesso effetto, qualora sia collaterale e meramente previsto. In entrambi i casi viene impedito un bene fondamentale e, sebbene la presenza dell'intenzionalità possa aggravare la posizione dell'agente, entrambi gli atti dovrebbe essere oggetto di un alto biasimo morale¹⁶⁰.

Al di là di queste difficoltà, specifiche dei due tentativi indicati¹⁶¹, non si deve dimenticare che nei casi particolari che stiamo esaminando il medico agisce in

¹⁵⁹ M. Nussbaum, *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, Il Mulino, Bologna 2002, p. 81.

¹⁶⁰ Per una discussione del rapporto tra dottrina del doppio effetto e argomenti in favore del suicidio assistito, cfr. F.M. Kamm, *Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of the Double Effect and the Ground of Value*, “Ethics”, 109 (1999), pp. 601-603, sebbene l'argomento sia rivolto contro una giustificazione kantiana della distinzione tra i due comportamenti (specificatamente suicidio assistito e l'uso di morfina per alleviare il dolore).

¹⁶¹ Per alcune critiche complessive dell'approccio deontologico al diritto di morire, cfr. M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, cit., pp. 132-156; R. Mordacci, *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003, pp. 283-287. Per una panoramica ragionata del deontologismo (e

corrispondenza ad alcuni doveri. Un approccio deontologico più esplicito potrebbe in qualche modo gettare una luce diversa sulla distinzione morale tra conseguenze intese e conseguenze previste.

2.10 L'APPELLO AI DOVERI COME ALTERNATIVA ALLA DDE

Un noto tentativo di fare a meno della dottrina del doppio effetto, non rinunciando al contempo al deontologismo, si trova nello scritto di Philippa Foot, che si può annoverare tra i lavori che hanno dato impulso alla discussione sulla DDE¹⁶².

Foot cerca di dimostrare che la DDE si può dimostrare utile per risolvere alcuni dilemmi morali, come quello già menzionato del giudice che può condannare a morte un innocente per salvare cinque ostaggi in mano ai terroristi, sebbene esistano altri casi in cui la DDE può essere applicata ma al costo di avere soluzioni che troviamo intuitivamente implausibili. O perlomeno, si giungerebbe a conclusioni che vengono generalmente condannate dalle etiche deontologiche. Si tratta in particolare della *vexata quaestio* della craniotomia, o quella degli esploratori rimasti imprigionati in una cava, in cui sta salendo l'acqua, e uno speleologo obeso ostruisce l'unica via di fuga. In questo secondo caso, è permesso agli esploratori usare la dinamite per liberare la via d'uscita, uccidendo così l'uomo? Secondo Foot, gli speleologi potrebbero usare la dinamite e sostenere che la morte dell'uomo è stata una conseguenza prevista ma non intesa della loro azione:

... gli esploratori intrappolati sosterebbero che la morte dell'uomo obeso può essere descritta come una conseguenza meramente prevista dell'atto di farlo saltare in aria: "non volevamo ucciderlo ... soltanto farlo esplodere in piccoli pezzi" o anche "... soltanto farlo saltare fuori dalla cava")¹⁶³.

simpatetica con esso), cfr. L. Kass, *Is There a Right to Die?*, in *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounter Book, San Francisco 2002.

¹⁶² P. Foot, *The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect*, cit. Foot è tornata sull'argomento, giudicando troppo sbrigativa la sua proposta di dare a meno della DDE e proponendo di recuperare la differenza morale tra intenzione e previsione: cfr. P. Foot, *Morality, Action and Outcome*, in T. Honderich (a cura di), *Morality and Objectivity*, Routledge & Kegan Paul, London 1985, pp. 25-27.

¹⁶³ P. Foot, *The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect*, cit., pp. 21-22.

Anche se gli esploratori dessero una risposta meno estroversa di quelle immaginate da Foot (ad esempio: “intendevamo liberare l’uscita ostruita, non uccidere l’uomo”), ci troveremo di fronte a una descrizione decisamente arbitraria dell’azione e il nostro giudizio morale non tenderebbe certo ad assolvere gli esploratori.

Secondo Foot esiste un modo alternativo che permette di risolvere i dilemmi pratici che la DDE riesce coerentemente a risolvere e, al contempo, evita le difficoltà che emergono in altri casi in cui si accetta la distinzione morale conseguenze intese/conseguenze previste. Foot riconosce che la distinzione tra conseguenze intese e conseguenze previste non è perfettamente sovrapponibile a quella tra conseguenze che *produciamo* e conseguenze che *lasciamo accadere*; del resto possiamo parlare di omissioni intenzionali, nel senso che è possibile lasciare deliberatamente che qualcosa accada, permettere che si verifichi un certo stato di cose che costituisce il nostro fine o un mezzo rilevante nel nostro piano per raggiungere un fine ulteriore. Riconosce anche in certe occasioni non vi sia una distinzione morale tra i due tipi di conseguenze¹⁶⁴. Pur tuttavia, si possono tracciare differenze morali rilevanti tra ciò che produciamo e ciò che lasciamo accadere in riferimento a due tipi di dovere coinvolti.

Parliamo di doveri negativi, intendendo gli obblighi di astenersi da azioni come uccisioni o furti, e di doveri positivi, nel caso di azioni come il prendersi cura di bambini o genitori anziani. Sarà utile estendere la nozione di dovere positivo oltre lo spettro di cose che sono chiamate doveri in senso stretto, includendo in questa etichetta gli atti di carità. Questi atti sono dovuti in un senso molto debole e si può difficilmente dire che alcuni atti di carità siano in generale *dovuti*...¹⁶⁵.

Foot si discosta dalla terminologia tradizionale dei doveri, almeno nella misura in cui abbandona la distinzione tra doveri perfetti e imperfetti ma è convinta che la distinzione doveri negativi/doveri positivi possa sostituire la DDE. In via generale i doveri negativi sono più stringenti rispetto ai doveri positivi, cosicché è moralmente proibito danneggiare una persona per salvarne un’altra. Nell’esempio del giudice che deve scegliere tra condannare a morte un innocente o permettere che cinque ostaggi vengano uccisi dai terroristi, l’agente deve scegliere di non condannare l’innocente perché il dovere negativo impone di astenersi dal danneggiare le persone. Così sarebbe proibito

¹⁶⁴ Ivi, p. 26.

¹⁶⁵ Ivi, p. 27.

uccidere una persona per espantare i suoi organi e salvare cinque pazienti in attesa di un trapianto salva-vita, perché il dovere negativo di non danneggiare la persona prevale sul dovere positivo di aiutare i pazienti morenti. Chiaramente, sostiene Foot, quando sono in gioco due doveri positivi o due doveri negativi si può lasciare spazio a calcoli di tipo utilitaristico, per cui è sempre meglio salvare quante più vite possibili¹⁶⁶.

La proposta di Foot presenta molti lati oscuri, che sono stati ampiamente sottolineati in letteratura¹⁶⁷. In particolare modo, la distinzione tra doveri positivi e doveri negativi risulta problematica per questi specifiche di bioetica, anche solo a livello di categorizzazione degli obblighi. Ad esempio, il dovere di rispettare l'autonomia del paziente è un dovere positivo o un dovere negativo? L'inserimento di esso in un insieme o nell'altro non può essere risolto semplicemente dalla constatazione se il medico produce attivamente una conseguenza (o compie un'azione) o lascia accadere una conseguenza; infatti rispettare l'autonomia degli individui può tradursi sia in un'azione, sia in un'omissione. Ma l'aspetto più pregnante è che il significato del rispetto dell'autonomia dipende in larga parte da altri assunti morali. La tradizione utilitarista-liberale, ad esempio, ha identificato in generale il dovere di rispettare l'autonomia con il dovere di non-interferenza con i diritti, le preferenze, i voleri dei pazienti; altre teorie morali possono invece identificare l'autonomia non tanto nella capacità di avere preferenze e quindi nel diritto di autodeterminarsi, facendo valere quelle preferenze, quanto nella dignità che ogni essere umano possiede, kantianamente, in quanto agente razionale. In questo quadro rispettare l'autonomia delle persone non può ridursi al semplice dovere negativo di non interferenza ma, per lo meno in alcuni casi, acquisterà i connotati di un dovere positivo. Questo per dire che la distinzione tra doveri positivi e doveri negativi non può basarsi su ricognizioni descrittive o ricostruzioni naturalistiche legate all'agire umano, quanto sulla natura della teoria morale che presupponiamo faccia da sfondo alla distinzione.

¹⁶⁶ Foot si trova però in difficoltà con l'esempio in cui si lascia morire un barbone per usare il suo corpo a fini scientifici. In questo caso non vi è una diretta produzione di un danno, sebbene nel decidere così "stiamo mirando alla sua morte" (Ivi, p. 28). Foot sostiene che nondimeno dovremmo considerare l'azione una violazione di un dovere negativo. Sarà proprio a partire da questo caso che Foot rivedrà le sue tesi sul carattere superfluo della DDE.

¹⁶⁷ Per alcune considerazioni, cfr. il denso saggio N.A. Davis, *The Priority of Avoiding Harm*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, cit. e A. Kenny, *Philippa Foot on Double Effect*, in R. Hursthouse, G. Lawrence, W. Quinn (a cura di), *Virtues and Reasons. Philippa Foot and Moral Theory*, Clarendon Press, Oxford 1995.

Per arrivare al caso che ci interessa, cioè quello del medico eutanasista e del medico palliativista, come è possibile sostituire la DDE con la teoria deontologica di Foot? Il caso di un malato sofferente in fase terminale pone il medico davanti al dilemma se praticare un intervento palliativo che abbrevierà la vita del paziente oppure astenersi da tale intervento e lasciare che il paziente soffra. La DDE sembra una via d'uscita intuitivamente plausibile perché sostiene che, di fronte al *dovere positivo* di alleviare il dolore, il medico che somministra l'analgescico con doppio effetto non viola alcun dovere negativo, poiché il dovere negativo del deontologismo classico riguarda soltanto l'uccisione intenzionale.

L'indeterminatezza della teoria di Foot non spiega in modo adeguato se il dovere negativo di non uccidere sia equivalente al dovere di non procurare *intenzionalmente* la morte, oppure equivalga al più generale dovere di non determinare la morte *in modo deliberato e consapevole*. Se fosse valida la seconda opzione la teoria di Foot non consentirebbe una palliazione con doppio effetto; se invece valesse la prima equazione, allora non si capisce quale sarebbe l'utilità del deontologismo di Foot in questo caso, perché la palliazione sarebbe perfettamente lecita in quanto non vi sarebbe alcun conflitto di doveri. Ciò chiaramente getta un'ombra di dubbio sulle conclusioni di Foot, secondo cui "la distinzione tra intenzione diretta e obliqua gioca soltanto un ruolo piuttosto sussidiario nel determinare cosa dire"¹⁶⁸ nei casi doppio effetto. Sembra invece che la specificazione dell'intenzionalità sia necessaria per definire con precisione quale sia il dovere negativo a cui si fa riferimento.

Tuttavia l'idea di potere risolvere un caso di doppio effetto come l'analgescia in termini di conflitto tra doveri è stata recentemente riproposta, seppure con modifiche significative del complesso teorico utilizzato da Foot. Nuccetelli e Seay hanno proposto un *Principio di doveri in conflitto*, che dovrebbe sostituire la DDE ed è così formulato:

Un'azione con due effetti è giustificata e l'agente è esente da biasimo solo se:

- (1) L'azione
 - A. soddisferebbe un dovere morale generale che l'agente possiede, ma
 - B. violerebbe ciò che, a parità di condizioni, è un altro dovere morale dell'agente;

¹⁶⁸ P. Foot, *The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect*, cit., p. 29.

- (2) A è proporzionato rispetto a B;
- (3) L'agente
- C. crede ragionevolmente (1);
 - D. fa del suo meglio nei confronti di A; e
 - E. non può prevenire B¹⁶⁹.

Il principio esplicita almeno due importanti condizioni che è necessario soddisfare perché l'agente sia esente da biasimo morale. In primo luogo, l'agente deve avere scarso controllo sulla situazione e soprattutto sulle conseguenze malvagie che vengono prodotte (E). Se si suppone che l'agente può comunque produrre le azioni buone senza produrre quelle cattive, allora l'agente *deve* agire così. Ma se invece si suppone che l'agente *non* possa controllare il verificarsi di conseguenze malvagie, è una domanda aperta e sensata quale sia la condotta da tenere. Inoltre l'agente deve "sforzarsi" ("fare di tutto") per adempiere ai doveri generali a cui sono soggetti, nonostante le avversità (D). Ciò significa che l'agente deve comunque fare del suo meglio per adempiere a quelli che sono i suoi doveri, anche se sa che comunque agirà non potrà evitare di contravvenire a qualche dovere. Così l'autista della metropolitana fa del suo meglio per produrre un bene (salvare cinque persone) e non può evitare un danno (l'uccisione di una persona): perciò l'agente è giustificato nell'adempiere al dovere generale di salvare la vita di cinque persone, seppure violando il dovere generale di non uccidere l'individuo sull'altro binario.

Inoltre Nuccetelli e Seay individuano due tipi di doveri: i doveri generali, che riguardano gli esseri umani *in quanto* esseri umani, a prescindere dal ruolo che rivestono e dalle relazioni particolari che intrattengono con gli altri. Il secondo tipo include i doveri speciali, i quali:

possono essere definiti come quei doveri generati da relazioni specifiche o transazioni tra individui, come i doveri che nascono tra i membri di un'organizzazione, o quando viene fatta una promessa o viene firmato un contratto¹⁷⁰.

¹⁶⁹ S. Nuccetelli, G. Seay, *Relieving Pain and Foreseeing Death: A Paradox About Accountability and Blame*, "Journal of Law, Medicine and Ethics", 28 (2000), p. 22.

¹⁷⁰ Ibidem.

I due tipi di dovere implicano richieste normative diverse agli agenti. In presenza di un dovere morale generale, l'agente può non soddisfarlo e tuttavia, qualora esistano ragioni sufficienti, non essere oggetto di biasimo per il fatto di avere trasgredito un dovere. Il "Principio dei doveri in conflitto" specifica le condizioni affinché un agente che trasgredisce un dovere non venga biasimato (o possa essere scusato).

I doveri speciali hanno invece la caratteristica per cui la loro violazione o il mancato adempimento ad essi implica *sempre* biasimo morale. Questo è vero non solo nel caso di una loro positiva violazione, ma anche nel caso in cui si manchi di compiere un atto che li soddisfi, a prescindere dalle ragioni che si hanno per questa mancanza. In breve, non esistono ragioni valide per scusare un agente che manchi di realizzare un dovere speciale – eccetto, si presuppone, in casi di radicale impedimento della libertà positiva e/o negativa degli agenti. Una fonte importante di doveri speciali sono le professioni. Nuccetelli e Seay notano che i doveri professionali sono sempre doveri speciali, ossia doveri che vengono generati dagli "scopi fondamentali" della pratica professionale, e in quanto tali vincolano l'agente anche quando non può soddisfarli. Così i medici hanno doveri proprio in quanto sono medici; nella breve lista esemplificativa proposta dagli autori compaiono sia doveri positivi, sia doveri negativi, nella terminologia di Foot. I doveri delimitano il ruolo del medico, ne definiscono l'identità e sono parte essenziale della pratica stessa della medicina. Così la posizione del medico è affine a quella dell'avvocato e del poliziotto:

In effetti il dovere verso un cliente di rappresentarlo in modo zelante potrebbe essere violato in una situazione in cui un avvocato è obbligato a riferire alla corte un fatto rilevante e pregiudicante al tempo stesso. Qui il dovere speciale verso la corte di assicurare un'amministrazione equa e imparziale della giustizia richiederebbe all'avvocato di compiere qualcosa per effetto della quale sarebbe impossibile evitare di fare ciò che egli è obbligato a non fare secondo l'altro dovere. Ma egli è imputabile secondo *entrambi* i doveri e il suo fallimento nel soddisfare il secondo vale come una violazione della sua responsabilità, a prescindere dal fatto che avesse o non avesse scelta. [...] Si consideri la situazione, talvolta descritta nelle cronache dei giornali, in cui alcuni poliziotti causano un incidente d'auto mentre inseguono un sospetto. La pratica attuale è di ritenerli responsabili [dell'incidente] proprio perché l'opinione pubblica non accetta oggi l'argomento per cui i

danni associati sono giustificati quando sia un prodotto collaterale del raggiungimento di un altro bene, desiderabile in sé¹⁷¹.

L'argomento di Nuccetelli e Seay presenta in questo punto alcune ambiguità. La principale riguarda il fatto che, mentre per la professione medica e quella dell'avvocato, i doveri sembrano dipendere da un codice deontologico di comportamento iscritto una volta per tutte, che sembra avere un'aura di immutabilità. Come vedremo più tardi in dettaglio, la teoria dei doveri speciali sembra presupporre una concezione degli obblighi e delle norme morali che dipendono da una sorta di "essenza" della medicina. Questo non sembra vero per il poliziotto, come indicano i riferimenti alla "pratica attuale" e alla "opinione pubblica". In questo caso, il fatto che si richieda ai poliziotti una responsabilità forte anche per i danni collaterali prodotti nel corso di un'azione volta ad un fine buono sembra dipendere da un cambiamento nei sentimenti generali o nelle credenze dell'opinione pubblica e delle giurie. E questa connotazione "storica" dei doveri morali dei poliziotti è in netto contrasto con la natura "essenzialistica" dei doveri dei medici.

Al di là di queste contraddizioni, i due autori ritengono che i due doveri intrinseci alla pratica medica, che entrano in conflitto nel caso della somministrazione di analgesici con doppio effetto, siano da una parte il dovere di estendere e prolungare la vita per quanto possibile e dall'altra il dovere di alleviare il dolore; verso l'adempimento di entrambi viene richiesta al medico la stessa responsabilità "forte" che viene richiesta all'avvocato e al poliziotto nei confronti dei loro doveri speciali.

Posto davanti al dilemma se alleviare il dolore e provocare la morte oppure prolungare la vita ma non alleviare il dolore, qualunque corso d'azione scelga, il medico sarà sempre soggetto al biasimo morale. Poiché entrambi i doveri sono doveri fondamentali e speciali non è possibile scegliere di non soddisfarne uno senza incorrere in giudizi di biasimo morale. In questi casi il *Principio del conflitto di doveri* non si applica, poiché esso vale soltanto nel caso di doveri generali.

La conclusione di Nuccetelli e Seay è che la somministrazione di analgesici con doppio effetto può essere praticata ma non senza "costi morali". Non è una pratica *ammissibile*, nei termini in cui lo è secondo la DDE. Il costo morale qui non è

¹⁷¹ Ivi, p. 23.

irrilevante perché i doveri morali speciali del medico “non sono mere regole empiriche, ma impongono obblighi genuini che non possono essere accantonati facilmente”: essi definiscono il ruolo stesso del medico¹⁷².

Questa prospettiva deontologica sembra relegarci in un’impasse (o in una situazione di “impossibilità morale”, secondo le parole di Boyle): l’eutanasia, il suicidio assistito e la somministrazione di analgesici con doppio effetto sarebbero tutte pratiche illecite ma l’alternativa – lasciare che il paziente soffra – è un male altrettanto vietato. Tutte le opzioni possibili sembrano vietate. Sembra che un medico, nelle situazioni dilemmatiche di fine vita, non possa comportarsi in modo moralmente lecito e questo creerebbe una situazione pericolosa.

Non convincono nemmeno le “attenuanti” individuate da Nuccetelli e Seay, che potrebbero in specifiche situazioni giustificare il prevalere di un dovere sull’altro: esse riguardano l’esigenza di dare ai pazienti “una cura umana e compassionevole”, la richiesta stessa da parte dei pazienti di trattamenti di alleviamento del dolore che potrebbero anche accelerare la morte, considerazioni riguardanti il bene complessivo o la qualità della vita del paziente. Tuttavia non viene data indicazione di come articolare con precisione queste condizioni attenuanti né sul modo in cui siano compatibili con il carattere stringente dei doveri speciali.

La strategia di Nuccetelli e Seay ha un carattere essenzialmente *negativo*, come critica nei confronti dell’utilità della DDE nel risolvere il conflitto morale ma nella sua *pars costruens* è talmente indeterminata da non fornire soluzioni chiare o plausibili a casi in cui si applicherebbe altrimenti la DDE. La teoria dei doveri speciali sembra creare un’impasse, per lo meno per quanto riguarda la somministrazione di analgesici, che può essere risolta soltanto facendo appello ad altri principi o strategie argomentative (benevolenza richiesta, rispetto delle preferenze del paziente ecc.). Ma l’applicazione di queste strategie porta a sostenere che uno dei doveri in gioco prevalga sull’altro, mettendo in dubbio l’originale *stringency* degli obblighi speciali.

Inoltre è abbastanza curioso che Nuccetelli e Seay sostengano che nel caso specifico della somministrazione di analgesici con doppio effetto il “dovere [positivo] di conservare ed estendere la vita fin quanto è possibile” sia quello che entra in conflitto con il dovere di alleviare la sofferenza. Quando la palliazione può produrre sia

¹⁷² Ivi, p. 24.

l'alleviamento del dolore, sia l'accelerazione della morte vengono coinvolti questi due doveri.

Questa scelta è curiosa, perché si presuppone che il medico non abbia il dovere negativo di non uccidere, ma il dovere positivo di prolungare la vita e, si sostiene, questo dovere è radicato negli scopi stessi della medicina, sia che venga inteso come il dovere fondamentale della professione, sia che venga inteso come altrettanto fondamentale quanto quello di alleviare il dolore. In realtà questo modo di impostare la questione contravviene all'orientamento generale dell'etica medica attuale, che, a prescindere dalle varie teorie morali, mette proprio in discussione l'esistenza del dovere di prolungare la vita "fin quanto è possibile". Sembra proprio che alla radice della critica del cosiddetto "accanimento terapeutico" vi sia proprio la convinzione che, soprattutto nelle situazioni di fine vita, il medico debba rinunciare a fare tutto è nel suo potere per conservare la vita del paziente, mirando a migliorarne la qualità piuttosto che aumentarne la durata. Il senso di una norma negativa (e di un conseguente dovere negativo) è quello di evitare di attribuire ai professionisti della salute la facoltà di porre fine alla vita dei pazienti, senza che per questo siano devoti a forme di vitalismo.

La proposta di Seay e Nuccetelli ha il pregio di sottolineare un aspetto molto importante della questione: i doveri e i valori in gioco nei casi di somministrazione di analgesici da doppio effetto – ma anche nel caso dell'eutanasia – riguardano un particolare contesto, in cui l'agente ricopre un ruolo particolare e quindi è soggetto a una lista di obblighi di natura professionale. Su questo si tornerà nel capitolo conclusivo. Per adesso la linea di indagine si svilupperà lungo il binario del ruolo specifico delle intenzioni in etica.

2.11 INTENZIONI, AZIONI, GIUDIZI DI BIASIMO: UNA QUESTIONE DI VIRTÙ?

Il punto cruciale è dettato dal ruolo delle intenzioni nella valutazione morale. Come si è visto, tale ruolo non è delineato soltanto dalla DDE ma anche dalla regola che si presuppone fornisca il quadro normativo entro cui la DDE ha senso e svolge una funzione, cioè la regola che vieta di produrre danni intenzionali.

Ora si possono grossomodo individuare due condizioni che un'etica deontologica deve soddisfare perché possa includere la DDE in modo coerente: essa

deve essere un'etica di tipo *assoluto*, cioè composta di norme assolute, che non ammettono eccezioni; e in quanto anti-conseguenzialistica, deve valutare la moralità degli atti in base alla corrispondenza tra questi ultimi e le norme, prestando attenzione non solo agli “aspetti esteriori” delle azioni ma soprattutto a quelli “interiori”, cioè alle relazioni tra lo stato mentale dell'agente e gli atti. Questa seconda specificazione è essenziale per dissipare un fraintendimento che si può generare: secondo alcuni autori, il ruolo morale delle intenzioni sarebbe tale da determinare *interamente* la moralità delle azioni, per cui basta che l'agente “allontani dalla propria mente” l'intenzione malvagia perché la sua azione divenga immediatamente buona. Si è già visto che questa idea delle intenzioni come “interruttori”, il cui spegnimento o la cui accensione possono cambiare la moralità delle azioni, sia presente ad esempio in Glanville Williams, criticato su questo punto da Finnis. Il riferimento agli “aspetti interiori” o agli stati mentali dell'agente non è semplice questione di pura introspezione; davanti agli occhi esterni dell'osservatore, appurare un'intenzione significa ricostruire il ragionamento pratico deliberativo dell'agente in base alle azioni e alle scelte che l'agente compie (ed eventualmente anche in base a ciò che dice, anche se occorre concedere che l'agente sia sincero)¹⁷³. E si dovrà anche stare attenti a usare con precisione i concetti, per evitare ad esempio confusione con il ruolo delle intenzioni e il ruolo dei motivi nell'ambito della valutazione morale. Kuhse ad esempio scrive:

La nozione secondo cui un agente è responsabile sia per ciò che intende direttamente, nel senso di “desiderare”, sia per le conseguenze delle sue azioni e omissioni intenzionali pone un'ovvia difficoltà: è permesso, secondo [la DDE], produrre intenzionalmente la morte prevista di un paziente come effetto collaterale dell'alleviamento di un grave dolore in fase terminale, ma non è permesso intendere o desiderare direttamente la morte in questione. Cosa accade se il medico non è semplicemente capace di “tenere la sua mente distante” dalle conseguenze della sua azione – se egli intende non solo l'alleviamento della sofferenza ma anche la morte del paziente perché realizza che la vita non ha più alcun

¹⁷³ Ciò non significa che siamo sempre in grado di ricostruire il ragionamento pratico di una persona che ha agito nel passato. Le intenzioni, i motivi, i desideri ecc. sono stati mentali personali che non sempre possono essere colti in modo adeguato dall'osservatore esterno. Questa è un'ovvia difficoltà di tutti gli approcci etici che considerano centrali gli stati mentali e sugli atteggiamenti dell'agenti; ma è una difficoltà anche per il diritto che si trova a valutare la somministrazione di analgesici con doppio effetto. In questo caso non è tanto una questione di appurare l'intenzione del medico, quanto di valutare la giustificabilità del correre il rischio di accelerare la morte per alleviare il dolore. Cfr. ad es. N.L. Cantor, G.C. Thomas III, *Pain Relief, Acceleration of Death, and Criminal Law*, “Kennedy Institute of Ethics Journal”, 6 (1996), soprattutto pp. 107-111.

valore per il paziente e crede che una morte accelerata sia nei migliori interessi del paziente? In questo caso sarebbe proibito ad un medico di fare ciò che altrimenti sarebbe permesso, e forse richiesto, di fare: alleviare il dolore con dosi sufficientemente alte di farmaci. Ma se un medico deve sia alleviare il dolore sia non alleviare il dolore, allora la teoria che avanza richieste così conflittuali è seriamente difettosa¹⁷⁴.

Cosa succede se il medico palliativista intende non solo alleviare la sofferenza ma anche accelerare la morte del paziente? In questo caso si deve essere precisi su tutti gli aspetti della situazione e sui significati dei termini. Se intendere la morte del paziente significa desiderarla (non in senso tecnico) o accettarla con soddisfazione, allora una pratica di analgesia col doppio effetto non verrebbe condannata né dalla DDE né dalla norma fondamentale. Ciò che la DDE e la norma fondamentale condannano è l'uccisione del paziente come mezzo o come fine dell'azione. E sembra plausibile che se la morte del paziente è un fine, dobbiamo essere in grado di descrivere gli atti compiuti come parti di un piano orientato a quel fine. Tutt'al più si può discutere sul carattere che il medico mostra in questo caso specifico (ma torneremo più avanti su questo punto).

Se invece "intendere la morte" ha un significato tecnico, allora è necessario descrivere meglio la situazione. L'azione del medico descritta da Kuhse sarebbe moralmente inammissibile (*impermissible*) se il medico avesse a disposizione un corso di azione (A) in cui può somministrare analgesici con doppio effetto e un corso di azione (B) in cui può somministrare un analgesico senza doppio effetto. Se il medico scegliesse (B), egli intenderebbe la morte del paziente e, a rigor di logica, la sua condotta sarebbe condannabile. Poteva eliminare il dolore, senza provocare la morte del paziente ma ha preferito B. Ma forse questo caso non verrebbe annoverato tra quelli proscritti dalla DDE ma sarebbe condannato da una regola di questo tipo: se si può intraprendere un corso di azione (A) che ha un effetto buono X e un effetto cattivo Y e un corso di azione (B) che ha solo l'effetto buono X, allora si deve scegliere (A).

Ma al di là di queste precisazioni, è indubbio che il ruolo delle intenzioni nel determinare la reprobabilità degli agenti è largamente dipendente dalla teoria morale di riferimento; per i consequenzialisti la *blameworthiness* è essenzialmente sovrapponibile alla responsabilità causale. Un agente è moralmente responsabile e degno di lode o biasimo per una conseguenza se e solo se contribuisce causalmente alla produzione di

¹⁷⁴ H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 159.

questa conseguenza. A parità di conseguenze prodotte un corso di azione sarà equivalente all'altro, a prescindere dallo stato mentale dell'agente nel momento in cui ha agito – a patto che siano per lo meno soddisfatte le condizioni di controllo (consapevolezza, libertà di agire, deliberazione)¹⁷⁵. Per chi identifica le condizioni della responsabilità morale e della repressibilità morale nella volontarietà e nella deliberazione con cui vengono compiute le azioni, le intenzioni possono tutt'al più servire a formulare giudizi areteici sul carattere del paziente ma non giudizi sulla natura – moralmente – giusta o sbagliata delle azioni¹⁷⁶.

Un esempio di Pietro Abelardo, discusso da Donagan e Kuhse¹⁷⁷, suggerisce che un uomo impicchi un criminale per zelo di giustizia sia giudicato in modo diverso da un uomo che impicchi un criminale per l'odio che prova nei suoi confronti per una vecchia inimicizia. Abelardo sostiene che ci si trova davanti alla stessa azione, che in un caso viene compiuta in modo giusto e nell'altro in modo malvagio. Giustamente Kuhse commenta in questo modo le parole di Abelardo:

Abelardo sostiene che *anche se* l'agente compie lo stesso tipo di azione (in termini di umanità dell'impiccagione), un agente avrebbe agito in modo sbagliato perché in qualche senso *ha voluto* la morte del criminale, mentre l'altro agente non l'ha voluta. L'agente che agisce in modo sbagliato è motivato dal desiderio di produrre la morte di un vecchio nemico. E nella misura in cui vuole l'effetto cattivo (la morte del criminale), questo agente, secondo Abelardo, sta compiendo un'azione accattiva anche se impicca il criminale in modo tanto umano quanto lo impicca l'altro che agisce per zelo di giustizia.

Secondo Kuhse, l'uomo che agisce per odio può rendere moralmente giusta la sua azione semplicemente “re-direzionando” la sua volontà verso l'adempimento dei doveri di giustizia o, seguendo un ironico suggerimento di Anscombe, facendo un piccolo discorso interiore che abbia questo effetto¹⁷⁸. Tanto l'esempio di Abelardo quanto la

¹⁷⁵ Cfr. su questo punto A.L. Carse, *Causal Responsibility and Moral Culpability*, in T. Beauchamp (a cura di), *Intending Death*, cit., soprattutto pp. 86-88.

¹⁷⁶ S.S. Levy, *The Principle of Double Effect*, “The Journal of Value Inquiry”, 20 (1986), pp. 37-39.

¹⁷⁷ Cfr. A. Donagan, *A Theory of Morality*, cit., pp. 126-127; H. Kuhse, *Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., pp. 158-161. L'originale si trova in Pietro Abelardo, *Ethica seu liber dictus: scito teipsum*, in *Opera*, a cura di V. Cousin e C. Jourdain, Durand, Paris 1859, p. 604.

¹⁷⁸ Similmente I. Kennedy, *Il diritto di morire*, in C.M. Mazzoni (a cura di), *Una norma giuridica per la bioetica*, Il Mulino, Bologna 1998, pp. 217 e ss. sostiene che l'agente provoca intenzionalmente la morte del paziente nei casi di doppio effetto ma viene assolto dalla DDE grazie all'uso della formula magica: “lo faccio solo per dare sollievo dal dolore”.

lettura di Kuhse sembrano eludere il reale problema connesso alle intenzioni. Se si applica all'esempio di Abelardo la teoria funzionale dell'intenzione, si vede come l'interpretazione della condotta dei due uomini sia sensibilmente diversa. Sicuramente l'intenzione primaria, o fine dell'azione, può essere descritto in modo diverso nei due casi: l'uno intende adempiere ai doveri di giustizia, l'altro di avere vendetta su di un vecchio nemico. Ma entrambi, per realizzare queste intenzioni, ne formano un'altra, cioè quella di uccidere il criminale; e a tale fine elaborano un piano per farlo. Si potrebbe dire che l'uccisione è il mezzo (intenzionale) per raggiungere i due diversi fini generali. Se si accetta la norma morale "non provocare intenzionalmente la morte di un essere umano", si devono giudicare sullo stesso piano le due azioni. Certamente le *motivazioni* degli agenti sono diverse (la giustizia e l'odio) e ciò può generare una qualche differenza nel giudizio morale, ma il punto rilevante è che il mezzo usato dall'agente "zelante" è un mezzo considerato moralmente illecito dalla prospettiva etica che si sta considerando; è proprio questo il punto dirimente nella valutazione morale del medico eutanasista e del medico palliativista. Nel primo caso vi è l'intenzione di eliminare il dolore, scegliendo come mezzo la morte del paziente; nel secondo caso vi è l'intenzione di eliminare il dolore, prevedendo come effetto collaterale la morte del paziente. E solitamente si assume che i due medici abbiano le stesse motivazioni, ad esempio la compassione verso la sofferenza del paziente e ciò generi l'intenzione di alleviare il dolore.

L'aspetto motivazionale è sicuramente importante per stabilire delle differenze aretiche, cioè riguardo al carattere e alle virtù dei due medici. Se si interpreta la DDE come regola o metodo per stabilire differenze riguardo al carattere morale degli agenti, piuttosto che riguardo la moralità delle azioni, occorre possedere una teoria delle virtù. Senza impegnarsi nell'elaborazione di una teoria morale generale di questo tipo, si può presupporre che i comportamenti siano esplicitazioni del carattere e dei sentimenti morali, cosicché i due medici avrebbero atteggiamenti morali diversi verso la produzione della morte del paziente¹⁷⁹.

¹⁷⁹ Per una riformulazione della DDE in termini di "desideri" piuttosto che "intenzioni" – che la rende compatibile con un'etica delle virtù, invece che con il deontologismo – cfr. D.K. Chan, *Intention and Responsibility in Double Effect Cases*, "Ethical Theory and Moral Practice", 3 (2000), soprattutto p. 426.

Norvin Richards¹⁸⁰ ha tentato di tracciare distinzioni morali generali tra chi agisce con il fine (l'intenzione) di produrre un danno, chi agisce usando come mezzo la produzione di un danno e chi agisce prevedendo di produrre un danno, partendo da un'analisi degli atteggiamenti morali dell'agente rispetto alle conseguenze prodotte. In linea generale si può presupporre ad esempio che un torturatore sadico abbia un'inclinazione positiva verso il danno, se non un vero proprio *amore* verso di esso. Egli produce un danno ad un'altra persona per il semplice gusto di farlo. Così chi uccide per uccidere mostra un atteggiamento positivo verso la produzione della morte altrui. Ben diverso sarebbe il caso del medico eutanasista: egli non uccide tanto per uccidere, ma sceglie di produrre la morte come mezzo per raggiungere il fine dell'alleviamento del dolore. Tutto ciò che mostra è una *manca* o un'*insufficienza di avversione* verso la produzione della morte¹⁸¹; del resto se potesse ottenere il suo fine senza produrre la morte, lo farebbe ma la sua avversione è talmente debole da indurlo comunque a scegliere questo piano d'azione per raggiungere il proprio fine. Il medico palliativista invece ha una vera e propria avversione verso la conseguenza che prevede. Egli non sceglie di produrla come mezzo ma prevede che accadrà come ulteriore effetto, come il dentista che permette e prevede di causare il dolore al proprio paziente con il fine di curarlo. Su questa base possiamo formulare giudizi diversi sui due medici, riguardo al carattere che mostrano nel loro comportamento e tali giudizi chiamano in causa i nostri sentimenti morali verso persone che agiscono nei modi rispettivi. Il medico eutanasista ha un carattere moralmente peggiore di quello del palliativista (ma migliore rispetto a quello di un torturatore). Perciò il primo è degno di biasimo mentre il secondo non lo è.

Queste conclusioni presentano alcune difficoltà. Prima di tutto, concentrandosi sui (presunti) atteggiamenti dell'agente verso le conseguenze prodotte si corre il rischio di trascurare i motivi che spingono all'azione e che sono anch'essi rivelatori del carattere della persona. Come si è detto, si assume di solito che il motivo che orienta l'eutanasista e il palliativista è la beneficenza, la compassione o la pietà verso il paziente che soffre¹⁸². Questi atteggiamenti morali fanno parte del carattere del medico

¹⁸⁰ Cfr. N. Richards, *Double Effect and Moral Character*, "Mind", 93 (1984), pp. 381-397.

¹⁸¹ Altri autori hanno sostenuto, su basi deontologiche, che intendere il male come mezzo non è equivalente dal punto di vista morale a intenderlo come fine. Cfr. A. MacIntyre, *Doing Away with Double Effect*, "Ethics", 111 (2001), soprattutto pp. 226-227.

¹⁸² Non è possibile qui entrare nelle specifiche differenze tra beneficenza, pietà e compassione. Per un approccio che privilegia la beneficenza – entro un quadro non completamente areteico – cfr. M. Kohl,

ma come si conciliano sulla presunta insufficienza di avversione dell'eutanasista? Come descrivere il suo carattere morale alla luce di tutte le disposizioni che egli possiede? Un approccio al problema basato sulle virtù non può eludere questo aspetto. Inoltre riformulare così la DDE può essere di poco aiuto se si conserva l'idea che la dottrina debba orientare all'azione. Preso atto che la somministrazione di analgesici con doppio effetto non è un atto illecito, esso è moralmente ammissibile (*permissibile*)? La DDE tenta di rispondere a questa domanda. Apparentemente, sostenere che il medico che prevede ma non intende la morte del paziente mostra un carattere moralmente migliore del medico che pratica l'eutanasia può non fornire una risposta; in un qualche senso, questa conclusione è carente sotto il profilo normativo, almeno che non si assuma che la morte procurata intenzionalmente da un agente è un male intrinseco e pertanto chi agisce per produrla mostra un carattere malvagio.

Se la morte è realmente un male intrinseco allora potrebbe essere plausibile la prospettiva Thomas Nagel, secondo cui i vincoli deontologici all'azione ci impongono di non agire con scopi malvagi perché in tal caso sarebbe il male a guidare la nostra azione e il male dovrebbe normalmente disgustarci. Se agiamo con lo scopo di produrre il male come scopo o come mezzo “nuotiamo a testa bassa contro la corrente normativa”¹⁸³.

Se quindi la morte è un male, il medico eutanasista cerca con tutte le sue forze di andare contro la corrente normativa? Nagel non riesce a dare una risposta definitiva sulla presunta differenza morale, di carattere intuitivo, tra un'azione che tende al bene ma usa il male come scopo e un'azione che tende al male e quindi il suo tentativo di difendere la DDE entro un quadro normativo deontologico è molto meno categorica di quanto molti hanno potuto pensare. Inoltre il discorso di Nagel parte dalla necessità di analizzare i rapporti, gli intrecci e le contrapposizioni tra la prospettiva neutrale della morale, tipica del consequenzialismo, e la prospettiva relativa all'agente.

Voluntary Beneficent Euthanasia, in M. Kohl (a cura di), *Beneficent Euthanasia*, Prometheus Book, Buffalo 1975. Per un approccio che privilegia la compassione, cfr. L. Van Zyl, *Death and Compassion. A Virtue Based Approach to Euthanasia*, Ashgate, Aldershot 2000. Per un breve commento, J.-Y. Goffi, *Pensare l'eutanasia*, Einaudi, Torino 2006, cap. 7. Altre prospettive legate alle virtù si dimostrano invece critiche rispetto agli atti di eutanasia, che si rivelerebbero contrari ad alcune virtù: cfr. ad esempio (con argomenti diversi), P. Foot, *Euthanasia*, in G. Ferranti, S. Maffettone (a cura di), *Introduzione alla bioetica*, Liguori, Napoli 1992; E. Pellegrino, *The Virtues in Medical Practice*, Oxford University Press, New York 1993.

¹⁸³ T. Nagel, *Uno sguardo da nessun luogo*, Il Saggiatore, Milano 1988, p. 224.

Ma se si analizza il caso dell'eutanasista e del palliativista alla luce dell'orientamento delle azioni verso scopi, si inseriscono considerazioni di tipo areteico, piuttosto che deontologico. In entrambi i casi lo scopo dell'azione è quello di alleviare il dolore del paziente; la motivazione è la pietà verso il dolore del paziente o il rispetto della sua volontà. Si può quindi dire che entrambe le azioni tendono al bene, date le motivazioni del medico, ma differiscono rispetto alla scelta dei mezzi per Una prospettiva areteica che giudichi diversamente l'eutanasista e il palliativista presenta un elemento nascosto. Nello stabilire una differenza di carattere o di disposizione morale presuppone almeno due vincoli: (1) che la morte sia un male e (2) che intendere la morte come mezzo o come fine sia moralmente sbagliato. Ma questi vincoli deontologici rimandano alla possibilità di stabilire con certezza una norma fondamentale (di carattere universale o limitata all'agire medico) per cui *in tutte le situazioni* è sempre sbagliato uccidere intenzionalmente. Questo è soprattutto vero nelle prospettive come quella di Norvin Richards, in cui la morte viene giudicata comunque un danno verso cui provare sempre avversione, il cui grado determina il giudizio morale sul carattere dell'agente.

Una prospettiva consequenzialistica "ortodossa" è alquanto refrattaria a considerazioni aretiche legate alle motivazioni, soprattutto quando nascondano presupposti deontologici. Infatti (1) la responsabilità morale è essenzialmente equivalente alla responsabilità causale, perciò per il consequenzialismo "ortodosso" la *reprensibilità* coincide con la *responsabilità*; (2) la morte non è sempre un male o un bene, ma a certe condizioni può essere un beneficio per il paziente. Queste condizioni sono largamente indipendenti dallo stato mentale del medico, in quanto per il consequenzialista il metro di giudizio è costituito dalla sottrazione o dall'aggiunta di valore presente nel mondo (o relativamente alla situazione particolare in cui vengono coinvolti gli interessi considerati) da parte di tutti gli elementi della sequenza causale¹⁸⁴.

Una prospettiva areteica che rinunci al deontologismo dovrebbe non tanto prendere in considerazione le diverse disposizioni verso i mezzi scelti e gli effetti collaterali prodotti, quando concentrarsi sul fine generale per cui le azioni vengono compiute. Tale fine costituisce anche la motivazione per cui è stato compiuto un atto, ed

¹⁸⁴ G. Dworkin, *Intention, Foreseeability, and Responsibility*, in F. Schoeman (a cura di), *Responsibility, Character, and the Emotions. New Essays in Moral Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge 1987, p. 342.

escludere dal giudizio morale complessivo l'importanza della *motivazione* a favore di quella delle *intenzioni* può apparire piuttosto strano in una prospettiva tesa a valutare gli agenti piuttosto che le azioni. Senza contare che molto spesso le corti che assolvono gli imputati perché l'uccisione compiuta è stata un esempio di uccisione *pietosa* non negano che l'agente abbia avuto l'intenzione di uccidere. Il giudizio è che l'agente ha avuto l'intenzione di uccidere (e perciò è responsabile della conseguenza prodotta) ma è scusabile o non repressibile (o meno repressibile), anche sul piano giuridico, per la particolare motivazione che lo ha spinto ad uccidere¹⁸⁵.

2.12 LA CONDIZIONE DI PROPORZIONALITÀ E LA SCELTA TRA MALI. EUTANASIA E DOPPIO EFFETTO

A prima vista i giudizi sulla repressibilità morale connessi a certe professioni sembrano presupporre una differenza tra conseguenze intese e conseguenze previste. Gli esempi paradigmatici in questo senso sono quelli dell'insegnante e del dentista. Il fine della professione di insegnante è di educare i propri studenti e di giudicarli imparzialmente rispetto agli effettivi risultati del loro impegno. Così un insegnante che dà ad un suo studente un voto negativo in un compito in classe intende solamente valutarlo in modo imparziale e giusto, con la speranza che così facendo lo studente possa migliorare nel futuro. Molto probabilmente lo studente sarà dispiaciuto o triste per il voto negativo ricevuto: tuttavia non esiteremmo a dire che la "valutazione imparziale" è la conseguenza intesa dell'azione dell'insegnante, mentre il dispiacere dello studente è una conseguenza prevista ma non voluta né intesa. Dati i doveri professionali dell'insegnante, siamo portati a scusarlo per avere prodotto questa seconda conseguenza. Del resto, è inevitabile nell'esercizio della professione di insegnante che si creino situazioni di questo tipo, in cui conseguenze negative verso cui si può provare una completa avversione vengano prodotte nel tentativo di perseguire scopi nobili. Così anche il dentista: egli vuole guarire la nostra carie e tuttavia nel corso della seduta è possibile che ci infligga un po' di dolore. Egli non è un torturatore sadico, ma un

¹⁸⁵ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., p. 211. Sulla necessità di tenere distinti sul piano valutativo "intenzioni" e "moventi" (*motives*) insisteva Bentham: *Introduzione ai principi della morale e della legislazione*, cit., cap. IX, par. 14, p. 190.

professionista che svolge un lavoro in cui perseguire un fine nobile (curare i pazienti) può implicare, come effetto collaterale, la produzione di un male fisico¹⁸⁶.

Questa lettura è intuitivamente attraente. Tuttavia è proprio vero che il concetto di responsabilità individuale connesso a queste professioni si basi sulla distinzione tra intenzione e previsione?

Partendo dalla premessa che tanto l'insegnante, tanto il dentista sono comunque responsabili della conseguenza cattiva prodotta, si può forse ridescrivere i due esempi in altro modo. Richiamando la teoria funzionale dell'intenzione, l'agente si trova davanti a due scenari tra cui scegliere e ciascun scenario, essendo totale, contiene tutti gli elementi pertinenti, siano essi mezzi, fini, conseguenze previste o conseguenze intese. La scelta esercitata è quindi una scelta totale, una scelta di tutto ciò che lo scenario comprende, sebbene non sia totale l'intenzione. Ciò che sembra moralmente rilevante è che la scelta non avviene in assenza di criteri ma precisamente soppesando tutti i pro e i contro di ogni particolare scenario. Tanto l'insegnante quanto il dentista operano una scelta olistica rispetto alle conseguenze positive e quelle negative; il motivo per cui non li riteniamo moralmente colpevoli – nel senso della *blameworthiness* – è che, *tutto considerato*, il male prodotto è inevitabilmente necessario rispetto al fine preposto e che il suo valore è nettamente inferiore rispetto al bene che si può raggiungere. Scusiamo i dentisti perché sappiamo che la scomparsa del mal di denti sarà un bene incomparabilmente maggiore rispetto ai cinque minuti di sofferenza che si provano sulla sedia del dentista; i genitori obbligano i propri figli di sottoporsi alle cure del dentista per questo motivo. Ugualmente, siamo portati a non biasimare l'insegnante per avere dato un cattivo voto, perché riteniamo che l'educazione degli studenti sia un bene incomparabilmente maggiore rispetto al dispiacere prodotto; e riteniamo che gli insegnanti facciano bene a fare così¹⁸⁷.

Il medico che si trovi davanti alla scelta tra praticare un'eutanasia e praticare una palliazione con doppio effetto, qualora scelga la palliazione con doppio effetto, valuta

¹⁸⁶ Cfr. ad es. G. Dworkin, *Intention, Foreseeability, and Responsibility*, cit., pp. 353-354. Chiaramente dando per scontato che sia l'insegnante sia il dentista agiscano con l'intenzione di perseguire questo fine nobile e non per altre motivazioni (ad esempio, il desiderio di vendicarsi del proprio studente o del proprio paziente).

¹⁸⁷ Non è banale dire che tali giudizi potrebbero variare dal punto di vista del paziente che si sottopone alle cure del dentista o dello studente che riceve un cattivo voto. Tali argomenti che fanno riferimento a beni più grandi, in nome dei quali si devono tollerare alcuni mali, potrebbero avere una presa minore su chi sta sedendo sulla poltrona del dentista – e magari ha una soglia bassa di sopportazione del dolore – o all'adolescente che prende un 4 al compito di latino.

che quel corso d'azione è moralmente preferibile all'altro; ma all'interno di quello scenario egli esercita una scelta anche nei confronti della morte del paziente. Ma una tale scelta non è ristretta soltanto a questi due scenari. In realtà, nel momento in cui elimina l'opzione dell'eutanasia, egli si trova ad altri due scenari possibili: il primo contiene l'astensione dalla produzione della morte del paziente e il persistere del dolore, mentre il secondo contiene l'eliminazione del dolore tramite la somministrazione di analgesici e l'accelerazione della morte del paziente.

Come si è visto Boyle descriverebbe questo medico palliativista come un individuo che accetta o tollera che la morte del paziente venga accelerata da una sua azione. Ma come il dentista o l'insegnante, siamo portati a considerare che, *tutto considerato*, il bene dell'alleviamento del dolore sia superiore al male rappresentato da una morte accelerata, nella fase terminale della vita. Se l'azione del palliativista viene interpretata in questo modo, scompare ogni riferimento alla differenza dello stato mentale dell'agente rispetto al caso del medico eutanasista e un qualsiasi riferimento al ruolo causale della morte del paziente. L'unico elemento che rimane è la desiderabilità complessiva dello scenario scelto dal punto di vista morale.

Questa considerazione rimanda alla quarta condizione della DDE, cioè quella che lega la repressibilità di un'azione al giudizio di proporzionalità tra l'effetto buono e l'effetto cattivo. È una condizione generalmente trascurata dalla letteratura sulla DDE, anche perché da molti viene vista come un inserimento di un elemento consequenzialistico in un quadro essenzialmente deontologico oppure come un cedimento a ragionamenti situazionistici o proporzionalistici, a cui la teologia morale più vicina all'insegnamento del Magistero cattolico ha sempre guardato con diffidenza. Come avverte Boyle, la condizione di proporzionalità interviene soltanto quando sono state soddisfatte le altre condizioni. Soltanto se l'effetto cattivo è previsto ma non inteso e non costituisce un mezzo per raggiungere il fine si deve procedere alla valutazione della proporzionalità tra questo effetto e l'effetto buono che contemporaneamente viene prodotto. Se tale valutazione fosse negativa, allora l'agente sarebbe del tutto biasimevole per quello che ha fatto – e non sarebbe per lui lecito compiere quell'azione, se è ancora impegnato nel processo di deliberazione.

Ciò chiaramente se sono validi i vincoli deontologici su cui si basa e da cui è formata la DDE. Ma indubbiamente, qualora si giunga al giudizio di proporzionalità e si

ritiene che la somministrazione di analgesici con doppio effetto sia lecita, si giunge ad una conclusione per cui l'alleviamento del dolore del paziente è un bene così grande da compensare la morte del paziente. La morte del paziente è sempre ritenuta un male ma un male non equiparabile al bene dell'alleviamento del dolore. Questa scelta è comunque preferibile all'alternativa: astenersi dalla produzione del male e lasciare che il paziente soffra. Tra i due scenari è sicuramente preferibile il primo, perché il male terminale viene considerato un male peggiore della morte del paziente – e questo in alcuni casi perché si ritiene che il paziente si trovi in una fase in cui la sopravvivenza biologica è comunque limitata nel tempo.

Il medico palliativista si trova davanti a due scenari e, qualunque scenario si scelga, la produzione di un male è inevitabile: la presenza del dolore nel primo, la morte del paziente nell'altro¹⁸⁸.

Seguendo questa linea argomentativa, alcuni autori hanno descritto la DDE come una scelta tra mali e precisamente come la dottrina che prescrive di scegliere il male minore. In questo Richard McCormick ha fornito l'esposizione più lucida di un'interpretazione simile.

Egli parte da una distinzione tra male morale e male non-morale; mentre il peccato altrui è sempre un male morale, e in quanto tale possiede un disvalore assoluto, la morte ricade nella categoria dei mali non-morali. Secondo McCormick, è lecito produrre direttamente un male non-morale anche come mezzo per raggiungere il bene, patto che esista una ragione proporzionata per fare ciò. Pertanto l'uccisione di una persona innocente equivale alla distruzione di un bene o un valore fondamentale ma *non-morale*: ciò significa che in quanto tale non può essere soggetta ad alcun vincolo deontologico ma sarà giustificata caso per caso in base alle ragioni proporzionate, ovvero sia in modo teleologico¹⁸⁹. Fino a qui McCormick si limita a fare sue le considerazioni del teologo morale Bruno Schüller, al quale contesta soltanto l'eccessiva facilità con cui si sbarazza della distinzione tra “diretto” e “indiretto”. McCormick

¹⁸⁸ Questo presuppone che l'alternativa alla somministrazione degli analgesici non sia descrivibile come “lasciare accadere che il dolore persista”, suggerendo che, poiché si tratta di un'omissione, il medico non è moralmente chiamato in causa se sceglie questa opzione. Ciò implicherebbe una sovrapposizione discutibile tra la DDE e la dottrina delle azioni e delle omissioni, nonché una particolare versione della casualità. Si discuteranno questi nessi nel prossimo capitolo. Sulla sovrapposizione tra le due dottrine, cfr. ad es. J. Chandler, *Killing and Letting Die – Putting the Debate in Context*, “Australasian Journal of Philosophy”, 68 (1990), pp 420-431 e T.A. Cavanaugh, *The Ethics of Death-Hastening or Death-Causing Palliative Analgesic Administration to Terminally Ill*, cit., p. 251.

¹⁸⁹ R. McCormick, *Ambiguity in Moral Choice*, pp. 29-30.

rimane fedele all'idea che la condizione dell'intenzionalità sia comunque necessaria ai fini della corretta valutazione morale e che si debba stabilire una qualche differenza tra "volontà che intende" e una "volontà che permette":

Lo sforzo di Schüller ha mostrato che le norme che governano l'uccisione e la contraccezione devono essere costruite e interpretate teleologicamente, e non deontologicamente. In questo credo abbia ragione. Ma il suo studio lascia l'impressione che la distinzione tra diretto e indiretto è totalmente superflua in queste aree e anche in altre. Non sono persuaso. Il male non-morale è, per essere chiari, quantitativamente lo stesso, sia che venga scelto, sia che venga meramente permesso. Ma l'atto non è necessariamente lo stesso. La relazione tra il male e la volontà, per come si mostra, non ci dice soltanto quale tipo di azione stiamo compiendo ma può avere implicazioni immediate e a lungo termine enormemente diverse e quindi generale calcoli diversi di proporzionalità¹⁹⁰.

Oltre alla concessione della diversa qualità morale dell'atto in cui il male viene inteso rispetto a quello in cui viene meramente previsto ("quale tipo di azione stiamo compiendo"), la distinzione tra intenzione e previsione ha una funzionalità prettamente teleologica. Ci rende più consapevoli di quali saranno le implicazioni a breve e a lungo termine delle nostre azioni. Qui c'è subito da notare che rimane per lo meno dubbio come sia possibile calcolare con certezza le implicazioni a lunga distanza. Presumibilmente, nel caso dell'eutanasia volontaria, in cui il male non-morale viene scelto come mezzo, si dovrebbero valutare tali implicazioni in base ad esempio all'erosione progressiva sul rispetto collettivo della vita che un tale atto avrebbe oppure in base alla possibilità che si generi un pendio scivoloso che porti a forme decisamente inaccettabili di uccisione di esseri umani. Queste ragioni renderebbero "sproporzionata" la scelta di un male non-morale e sono ragioni che non si applicherebbero nel caso in cui il male non-morale venisse soltanto previsto (permesso, nella terminologia di McCormick). Come si è già accennato, questi argomenti sono per lo meno discutibili ma la letteratura in materia è ormai abbondante¹⁹¹.

Quello che risulta particolarmente interessante è l'insistenza di McCormick sulla natura di male non-morale della morte e sulle conseguenze che ne trae. L'appello alla

¹⁹⁰ Ivi, p. 32.

¹⁹¹ Per una valutazione si possono vedere: D. Neri, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Roma-Bari 1995, pp. 157-169; R.G. Frey, *Il timore della "china scivolosa"*, in G. Dworkin, R.G. Frey, S. Bok, *Eutanasia e suicidio assistito*, cit.; J.-Y. Goffi, *Pensare l'eutanasia*, cit, pp. 23-30.

ragione proporzionata implica che nel caso della somministrazione di analgesici da doppio effetto si opti per il male minore, o per lo scenario che complessivamente implica il male minore.

Se ciò è vero non si capisce in cosa si distingue l'opzione dell'eutanasia da quella della somministrazione di analgesici da doppio effetto. Tutto considerato abbiamo uno scenario in cui il medico pone attivamente fine alla vita del paziente su sua richiesta, che complessivamente rappresenta un male minore rispetto allo scenario alternativo in cui il paziente sopravvive ma il dolore è ancora presente. Se si escludono le discutibili ragioni riguardo alle implicazioni di "lunga durata" che potrebbero essere legate all'intenzione del male come mezzo, sembra che i due casi siano molto simili rispetto alla condizione di proporzionalità. Lo stesso McCormick sembra alludere a una conclusione di questo tipo:

Sto quindi dicendo che gli ingredienti essenziali che hanno portato alla formulazione della regola del doppio effetto sono due: (1) la legittimità, desiderabilità o, soprattutto, la necessità di un certo bene [...]; (2) l'inseparabilità di questo bene dal danno o il male nelle circostanze date. Ma il male come effetto (o aspetto) dell'azione è soltanto una forma di questa inseparabilità tra male e bene desiderabile. Un'altra forma è il male come mezzo¹⁹².

Le ragioni fondamentali dell'eutanasia fanno riferimento a diversi aspetti della situazione specifica (terminalità della malattia, consenso del paziente, presenza di un dolore non altrimenti alleviabile ecc.) che rendono giustificato e proporzionato la produzione della morte del paziente. Soprattutto la presenza del consenso sembra una condizione necessaria perché il medico eutanasista non sia biasimevole per avere inflitto un danno in vista di un bene. Ciò mette fortemente in dubbio le teorie deontologiche come quelle di Thomas Nagel o Alison Hills: la considerazione della totalità dell'azione e delle ragioni proporzionate può fare sì che in certi casi in cui un male viene prodotto come mezzo per un fine, l'agente non stia andando contro la corrente normativa e che quindi il suo agire non sia "guidato" (tutto considerato) dal male, anche se egli si impegna a realizzare quei mezzi in quanto necessari per raggiungere lo scopo prefissato¹⁹³. Questa considerazione sembra sufficiente anche per rifiutare in questo

¹⁹² R. McCormick, *Ambiguity in Moral Choice*, cit., p. 39.

¹⁹³ Alison Hill presenta una teoria deontologica molto simile sul piano normativo a quella di Nagel (seppure con inserimenti di considerazioni di tipo areteico); sul piano descrittivo essa fa ampio uso delle

caso gli approcci kantiani della DDE, che considerano l'uso intenzionale delle persone come mezzi peggiore del loro uso collaterale non inteso¹⁹⁴.

La teoria di McCormick è molto distante dalle formulazioni ortodosse della DDE ma sembra spiegare alcuni aspetti fondamentali del ruolo svolto da intenzioni e previsioni nel giudizio morale.

In definitiva, *dal punto di vista descrittivo* esistono buone ragioni per distinguere tra la decisione (e l'atto) del medico eutanasista e la decisione (e l'atto) del medico palliativista, sebbene *dal punto di vista morale* non sempre sia facile giudicare che vi sia una distinzione importante tra i due casi. Naturalmente un giudizio di questo tipo è fortemente condizionato dai presupposti morali che riguardano la definizione della responsabilità individuale e il rapporto tra pratica medica e doveri professionali.

Ma se si accetta come valida l'idea che quando si sceglie la somministrazione di analgesici con doppio effetto si compie un processo deliberativo di soppesamento dei mali in gioco, e si giudica che la lenizione del dolore è un bene superiore alla morte del paziente, allora si formula un giudizio che difficilmente è compatibile con approcci morali assolutisti. Un punto importante che emerge dalla disamina del doppio effetto è che tali azioni si collocano entro un ambito in cui la vita diviene un bene disponibile e cessa di essere un valore intangibile e sacro in tutti i casi possibili. Questo significa che il medico che accetta di accelerare la morte pur di alleviare il dolore, giudica che le condizioni in cui si trova il paziente sono tali che la morte non costituisce un male incommensurabile e, anzi, nella particolare situazione può essere considerata come la scelta moralmente preferibile rispetto alle alternative disponibili. Pertanto è in qualche modo giustificato diffidare dell'alleanza tra etiche assolutistiche e dottrina del doppio effetto. Chi sostiene che sia lecita la somministrazione di analgesici con doppio effetto si pone in una prospettiva in cui i giudizi presuppongono l'accettazione di una qualche forma di etica della *qualità e disponibilità della vita*¹⁹⁵. Il medico palliativista, che esclude assolutamente la pratica dell'eutanasia volontaria attiva in base ai sentimenti che definiscono la sua integrità morale in quanto medico, compie un atto che non rientra

conclusioni di Bratman, sottolineando così le affinità tra deontologismo e teoria funzionale dell'intenzione. Cfr. A. Hills, *Defending Double Effect*, "Philosophical Studies", 116 (2003), pp. 133-152. Cfr. anche A. Donagan, *Moral Absolutism and the Double-Effect Exception*, in in T.J. Bole, III (a cura di), *Double Effect: Theoretical Function and Bioethical Implications*, cit., pp. 506-507.

¹⁹⁴ È questa ad es. la posizione sostenuta da W. Quinn, *Action, Intentions, and Consequences: The Doctrine of Double Effect*, "Philosophy and Public Affairs", 18 (1989), pp. 334-351.

¹⁹⁵ Cfr. D. Neri, *Eutanasia*, cit., pp. 82-84.

in una “famiglia” o in un “genere” alternativo e distinto rispetto a quello compiuto dal medico eutanasista; entrambi compiono atti che infine rientrano nella stessa famiglia e nella stessa prospettiva etica, che può essere chiamata “disponibilismo”, in quanto rinuncia a professare il dovere di conservare e prolungare ad ogni costo e in ogni caso la vita biologica dei pazienti.

3. La sedazione terminale e l'eutanasia mascherata

3.1 LA SEDAZIONE PROFONDA E CONTINUA: UN'EUTANASIA MASCHERATA?

Per analizzare in modo più preciso i problemi morali sollevati dalla “sedazione terminale” o “sedazione palliativa”, sarà utile scindere in via teorica l'aspetto proprio dell'induzione farmacologica dello stato di incoscienza dalla decisione di sospendere mezzi di prolungamento della vita come l'alimentazione e l'idratazione artificiali (d'ora in poi AIA). Questa scelta è dettata soprattutto dal fatto che la sedazione continua e profonda presenta alcuni problemi peculiari, indipendenti dalla decisione della sospensione o del non-inizio dell'alimentazione e idratazione¹⁹⁶.

In primo luogo non ci si soffermerà sul problema della morte come effetto collaterale della sedazione¹⁹⁷. In primo luogo perché per questo problema valgono le considerazioni svolte nel capitolo precedente e in secondo luogo, come già si è detto per la somministrazione di analgesici, esistono studi che mettono in discussione il nesso tra l'intervento palliativo aggressivo e l'abbreviazione della vita del paziente.

Detto questo, nel capitolo introduttivo si è scelto una definizione di sedazione per cui essa è *un mezzo* per ottenere il fine di alleviare il dolore altrimenti incontrollabile e non un effetto collaterale della somministrazione di analgesici. A prescindere dalla scelta di sospendere mezzi di prolungamento della vita, su cui ci si soffermerà in dettaglio, la sedazione di per sé può essere interpretata come un'eutanasia?

A prima vista l'accostamento potrebbe sembrare insensato. Se si mette tra parentesi il nesso tra sedazione e interruzione della vita come è possibile considerare un'eutanasia l'atto di togliere in modo continuo la coscienza fino a che non sopraggiunge la morte naturale?

Si consideri per adesso una sedazione profonda che venga protratta fino alla morte dell'individuo e a cui non segue la decisione di sospendere trattamenti di

¹⁹⁶ Per una valutazione complessiva della sedazione terminale tramite l'applicazione della DDE, cfr. A.J. Lynn, D.P. Sulmasy, *Sedation, Alimentation, Hydration, and Equivocation: Careful Conversation about Care at the End of Life*, “Annals of Internal Medicine”, 136 (2002), pp. 845-849.

¹⁹⁷ Cfr. Krakauer E.L. *et al.*, *Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect*, “The Oncologist”, 5 (2000), pp. 53-62.

prolungamento della vita come l'alimentazione e l'idratazione artificiali; dal punto di vista del paziente la "disabilitazione" permanente della coscienza, fino al sopraggiungere della morte clinica, può non essere così diversa da un atto di eutanasia diretta. Il periodo di tempo in cui la coscienza del paziente viene abolita, senza la prospettiva di una sua riattivazione, può essere percepita come equivalente alla morte *tout court*. I diversi giudizi sul rapporto tra morte e sedazione dipendono chiaramente da premesse valutative, che investono le credenze metafisiche e morali dei singoli pazienti circa la propria morte. Con questo non si vuole sostenere che le controversie circa la sedazione abbiano una qualche influenza sull'annoso dibattito sulla morte cerebrale. In questo caso non si tratta del problema di individuare criteri oggettivi di distinzione tra la perdita di coscienza prodotta dalla sedazione e l'accertamento clinico della morte degli individui. Per capire meglio questo punto è opportuno richiamare le considerazioni di Robert Veatch circa la possibilità di stabilire una definizione formale di morte e un rispettivo concetto di morte:

La morte significa un completo cambiamento nello status di entità vivente, caratterizzato dalla perdita irreversibile di quelle caratteristiche che sono essenzialmente significative per questo status. [...] Chiedere cosa sia essenzialmente significativo per un essere umano è una domanda filosofica, una domanda che riguarda valori etici e di altro tipo. Sono state suggerite molte proprietà che renderebbero unici gli esseri umani [...]. Ogni concetto di morte dipenderà direttamente da come vengono valutate queste qualità¹⁹⁸.

All'interno della prospettiva soggettiva del paziente, la perdita della coscienza può essere un criterio per stabilire la *mia* morte, in quanto perdita di ciò che per l'individuo stesso è essenziale¹⁹⁹. La "morte" della persona così pensata è una morte essenzialmente metaforica ma, in quanto comprende la cessazione di avere esperienze, di intrattenere relazioni con gli altri ecc., la sedazione può essere percepita come l'atto che elimina il nucleo essenziale della vita. Come si chiede Maurizio Mori:

[...] togliere permanentemente la coscienza a un paziente sapendo fin dall'inizio che non gliela si potrà più ridare non è atto che equivale all'uccisione? Senz'altro possono esserci

¹⁹⁸ R. Veatch, *Death, Dying and the Biological Revolution*, cit., pp. 17 e 19.

¹⁹⁹ Per una tesi diversa, cfr. T. Nagel, *Uno sguardo da nessun luogo*, cit., pp. 281-282.

ragioni burocratiche (la pensione da ritirare, eccetera), ma *per il paziente* che differenza sostanziale c'è tra il perdere permanentemente la coscienza e il morire?²⁰⁰

Questo giudizio non può essere assoluto, perché la valutazione dell'essenzialità o rilevanza del possesso della coscienza non è universalmente condivisa. L'alternativa viene indicata da Barilan, quando sostiene che la sedazione può essere percepita come diversa dall'omicidio perché il corpo continua comunque a vivere:

Alcuni considerano [la sedazione che “disabilita” l'essere persona in modo completo e permanente] come una svolta cartesiana. L'anima senziente viene abolita mentre il corpo fisico viene alimentato o fatto respirare artificialmente, distinguendo così la sedazione dall'omicidio. L'equipe di curanti diviene il guardiano di un cadavere senza anima e in decadimento ma ancora vivente, mentre l'anima si trova in uno stato di assenza svincolata²⁰¹.

A parte il paradosso di considerare “ancora vivente” un “cadavere”, queste parole di Barilan indicano che alcune persone possono considerare la continuazione della vita biologica del corpo come una forma di sopravvivenza. Per esse la sedazione non può equivalere quindi ad un'eutanasia, in quanto il paziente continua a vivere anche in uno stato in cui è assente la coscienza.

Da queste considerazioni si può quindi concludere che la sedazione può essere avvertita come una forma di eutanasia da alcuni pazienti ma non da altri. Ciò non implica automaticamente che la sedazione continua e profonda sia *in assoluto* una forma di eutanasia mascherata ma indica per lo meno due elementi da tenere in considerazione per ciò che segue. Prima di tutto sembra evidente che una sedazione continua e profonda deve sempre essere praticata con il consenso del paziente²⁰², eventualmente anche preventivo sotto forma di direttiva anticipata. In secondo luogo che tali decisioni di fine vita dipendono enormemente da giudizi di valore sul tipo di vita che risulterà da specifici interventi, giudizi che il paziente è titolato a formulare. Infatti si potrebbe

²⁰⁰ M. Mori, *Dal vitalismo medico alla moralità dell'eutanasia*, “Bioetica. Rivista interdisciplinare”, 7 (1999), pp. 119-120. Un accenno si trova anche in F. Giunta, *Il morire tra bioetica e diritto penale*, “Politica del diritto”, 34 (2003), p. 560.

²⁰¹ Y.M. Barilan, *Terminal Sedation, Terminal Elation, and Medical Parsimony*, “Ethics & Medicine”, 20 (2004), p. 153.

²⁰² Sul rapporto tra sedazione e consenso del paziente, cfr. G. Eckerdal, *Sedation in Palliative Care – The Doctor's Perspective*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation. Euthanasia in Disguise?*, Kluwer, Dordrecht 2004, soprattutto pp. 39-40.

prospettare l'idea che, sebbene il paziente giudichi ancora *vita* una sopravvivenza biologica priva di coscienza, ritenga che tale tipo di esistenza non porti con sé un'adeguata qualità o sia in contrasto con i suoi valori e le sue credenze circa il tipo di vita che sia degna di essere vissuta. Si vedrà successivamente come questa seconda valutazione rivesta una certa importanza nella decisione di iniziare/non iniziare o continuare/sospendere l'alimentazione e l'idratazione artificiali.

3.2 LA MORALITÀ DI SOSPENDERE/NON-INIZIARE TRATTAMENTI DI PROLUNGAMENTO DELLA VITA

Come si è notato nell'analisi della sentenza *Vacco v. Quill*, il giudice Rehnquist, sostenendo l'opinione di maggioranza, utilizza due "principi" per giustificare la distinzione tra suicidio assistito e rifiuto delle cure. Il principio di causalità si basa sul riconoscimento della diversa struttura causale che distingue il suicidio assistito (ma anche l'eutanasia attiva) dalla sospensione dei trattamenti medici; mentre nel primo caso la morte del paziente viene causata direttamente dai farmaci letali prescritti o somministrati dal medico, nel secondo caso la morte viene causata dalla patologia o dall'insufficienza fisica da cui è affetto il paziente. Nel secondo caso il medico si limita a rimuovere l'ostacolo (terapia o trattamento medico) che "blocca" il normale decorso della malattia.

Il principio dell'intenzione invece si basa sulle disposizioni soggettive che costituiscono le ragioni per agire del medico. Mentre nel caso del suicidio assistito e dell'eutanasia il medico intende determinare la morte del paziente, nel caso della sospensione delle terapie egli intende semplicemente rispettare le preferenze del paziente, che ha chiesto l'interruzione di una determinata terapia. Nella formulazione di Rehnquist, il principio dell'intenzione si basa sul riconoscimento dell'autodeterminazione del paziente competente, il cui rifiuto della prosecuzione di una terapia viene considerato vincolante dal punto di vista morale, deontologico e giuridico per l'agire del medico. Non è del tutto chiaro se il principio dell'intenzione si possa applicare anche alla sospensione di cure giudicate futili o sproporzionate nei casi in cui il paziente non può più esprimere il suo rifiuto/consenso ma una citazione tratta da una

testimonianza del dr. Leon Kass sembra estendere tale principio anche a questa casistica²⁰³.

Il medico può legittimamente sospendere o non iniziare un trattamento medico sia perché vi è un esplicito rifiuto del paziente, oppure perché, nell'impossibilità di accertare la volontà del paziente divenuto oramai incompetente, si considera la prosecuzione o l'inizio della cura futile o sproporzionato (se non degradante), ossia si giudica che il paziente stesso non trarrà alcun beneficio dal loro impiego. Il punto fondamentale è che, secondo il principio dell'intenzione, il medico in questo caso *non* intende uccidere il paziente.

Si è già visto che il principio dell'intenzione pone problemi specifici, che condizionano l'applicazione della dottrina del doppio effetto a casi di vita o di morte. Ma c'è un punto su un altro punto su cui converrà soffermarsi. Infatti il principio dell'intenzione ci dice che è (moralmente) lecito sospendere o non iniziare un trattamento medico di prolungamento della vita nella misura in cui:

- (A) L'intenzione del medico è di onorare un rifiuto del paziente e la morte è una conseguenza meramente prevista; oppure
- (B) L'intenzione del medico è di sospendere un trattamento giudicato sproporzionato o futile per il bene il paziente e la morte è una conseguenza meramente prevista.

Al di là delle difficoltà della distinzione morale tra conseguenze intese e conseguenze previste, questa suddivisione del principio pone il problema della definizione dei termini "sproporzionato" e "futile". Questo perché, qualora un trattamento sia proporzionato o non-futile, il medico non può legittimamente sospenderlo o non iniziarlo: se lo facesse, la sua intenzione sarebbe quella di *danneggiare* il paziente, privandolo di una cura proporzionata o non-futile.

La distinzione morale tra sedazione terminale (complessivamente intesa) e interruzione attiva della vita di un paziente si basa quindi su questi due punti:

²⁰³ *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997), pp. 801-802.

- 1) La sospensione di alimentazione-idratazione artificiali è moralmente lecita perché il paziente muore a causa della incapacità di alimentarsi e idratarsi autonomamente, e non a causa dell'azione del medico (*la natura fa il suo corso*).
- 2) La sospensione di alimentazione-idratazione artificiali è moralmente lecita perché il medico intende sospendere un mezzo sproporzionato o futile e la morte è effetto collaterale, meramente previsto, della sospensione.

Quindi si dovrà valutare l'argomento del "corso della natura", basato sul principio di causalità, e l'argomento della "sproporzionatezza" o "futilità", basato (almeno in parte) sul principio dell'intenzione.

Questi due argomenti sono essenziali perché si riesca a tracciare una distinzione tra forme di uccisione attiva e intenzionale del paziente (eutanasia e suicidio assistito) e pratiche come la sedazione terminale.

C'è da notare che, anche qualora si convenga sulla possibilità *in generale* di sospendere un mezzo medico sproporzionato, si può sostenere che idratazione-alimentazione non possono essere considerate mezzi medici o terapeutici. Se si sostiene ciò, esse sono forme di assistenza che devono essere giudicate *sempre* proporzionate o non-futili. Sarà quindi necessario prendere in considerazione questo terzo argomento. L'esame di questi argomenti porterà al giudizio morale sulla sedazione terminale, se cioè essa sia realmente una pratica distinta da eutanasia e suicidio assistito oppure una forma mascherata di uccisione attiva e intenzionale.

3.3 I DUE POLI: LA SEDAZIONE TERMINALE COME ALTERNATIVA ALL'EUTANASIA E LA SEDAZIONE TERMINALE COME EUTANASIA

La sedazione terminale è una pratica che ha sollevato e continua a sollevare dibattiti etico-giuridici e giudizi abbastanza contrastanti. Colpisce il fatto che una modalità di comportamento, giudicata da alcuni come una forma di eutanasia, possa essere presentata da altri come un'alternativa all'eutanasia, cioè come possibile compromesso tra chi rifiuta sul piano morale e giuridico l'eutanasia volontaria e chi invece invoca politiche pubbliche e regolamentazioni in suo favore.

Questi due giudizi si collocano agli estremi di un dibattito articolato, che include anche posizioni intermedie, ma sarà utile una loro disamina per capire i termini entro cui si è svolta la discussione sulla sedazione terminale.

L'idea che la sedazione terminale possa essere una soluzione di compromesso accettabile sia da chi ritiene che l'eutanasia sia moralmente lecita e giuridicamente ammissibile sia da chi lo nega è stata avanzata con particolare convinzione dal filosofo svedese Torbjörn Tännsjö²⁰⁴.

Tännsjö parte da una ricostruzione di quello che chiama il “pensiero morale e giuridico standard”, che si basa soprattutto su due principi: il principio degli atti e delle omissioni e il principio del doppio effetto. Il pensiero standard ritiene che la distinzione tra attivo e passivo abbia un suo razionale, pur riconoscendo che in alcuni casi alcuni tipi di azione possono essere soggetti a descrizioni diverse e quindi essere attivi secondo una descrizione e passivi secondo un'altra. Secondo Tännsjö “aiutare qualcuno” è un caso di questo tipo: si può aiutare una persona attivamente, ma la si può aiutare anche passivamente. “Uccidere” si comporta nello stesso modo: si può uccidere qualcuno in maniera attiva ma lo si può uccidere anche in maniera passiva. Queste distinzioni hanno una base intuitiva, poiché non è possibile formulare alcun criterio e del resto, sostiene Tännsjö, nessun criterio è richiesto. L'etica deve tenere di conto della differenza tra attivo e passivo? Sarebbe che in realtà non la distinzione non abbia un gran valore morale di per sé, in quanto in alcuni paesi europei l'eutanasia è legale²⁰⁵.

Lo stesso vale per il principio del doppio effetto. Secondo l'autore esso è ragionevole, chiaro e comprensibile ma la prassi sembra sminuirne l'importanza sul piano morale e giuridico. Il caso *Bland* ha messo in luce che l'uccisione intenzionale può essere giustificata.

Lo scacco dei due principi del pensiero standard non deve far pensare che essi non abbiano alcuna utilità. Si noti che secondo Tännsjö i due principi non presentano incoerenze o implausibilità teoriche o pratiche; il loro fallimento è limitato ad alcune (seppur importanti) decisioni giudiziarie o a scelte legislative particolari di alcuni paesi. Ma il carattere circostanziato di questo fallimento riguarda esclusivamente i due principi

²⁰⁴ Cfr. T. Tännsjö, *Terminal Sedation – A Compromise in the Euthanasia Debate?*, “Bulletin of Medical Ethics”, 163 (2000), pp. 13-22.

²⁰⁵ T. Tännsjö, *Terminal Sedation. A Substitute for Euthanasia?*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation. Euthanasia in Disguise?*, cit., pp. 17-18.

presi separatamente. In realtà ciò che il pensiero standard proibisce è la combinazione dell'elemento della intenzionalità con l'elemento della passività. In sostanza ciò che risulta moralmente illecito è l'uccisione attiva intenzionale (cioè commessa con l'intenzione di abbreviare la vita del paziente). Altre combinazioni sono invece considerate lecite: uccisione passiva non-intenzionale (morte prevista ma non voluta), uccisione attiva non-intenzionale, uccisione passiva intenzionale. Questa differenziazione si basa su argomenti di natura sia consequenzialista, sia deontologica. Mentre uccidere deliberatamente e attivamente una persona è *inerentemente* sbagliato, ucciderla secondo le altre modalità può essere giusto o sbagliato in base alle conseguenze. Ad esempio, sospendere un trattamento di prolungamento della vita per abbandono terapeutico o contro la volontà del paziente è moralmente sbagliato. Secondo Tännsjö quindi il pensiero standard pone un'unica norma assoluta, cioè di non uccidere attivamente e intenzionalmente gli esseri umani, mentre si riserva di decidere la natura morale degli altri atti caso per caso in base alle conseguenze prodotte e questo schema potrebbe essere adottato anche da chi propugna un'etica della sacralità della vita²⁰⁶.

La sedazione terminale si inserisce in questo quadro come una pratica suddivisibile in due fasi distinte. La pratica sedativa, nel caso in cui abbia l'effetto collaterale di accelerare la morte del paziente, è un esempio di uccisione attiva non intenzionale e per questo viene moralmente tollerata dal pensiero morale e giuridico standard. La sospensione di idratazione e alimentazione artificiali mira esplicitamente ad accelerare la morte del paziente ma avvenendo secondo modalità passive non è proibita dal pensiero standard. Si potrebbe contestare l'idea che la sospensione di mezzi sia una modalità passiva; del resto, secondo il senso comune, interrompere un trattamento significa *fare qualcosa* e non meramente astenersi dal fare. Tännsjö riconosce che sospendere un mezzo medico è un'*azione* attiva ma ciò non equivale a sostenere che sia un'*uccisione* attiva, poiché è possibile dare una descrizione dell'azione per cui essa cessa di apparire attiva ed è invece passiva. Tännsjö omette tuttavia di specificare quale sia effettivamente la descrizione sotto cui la sospensione di mezzi medici possa essere considerata passiva, ma sembrerebbe fare ricorso all'idea che in questi casi "la natura fa il suo corso". Ciò significa che quando il medico sospende AIA, ciò che fa può avere due descrizioni:

²⁰⁶ Ivi, pp. 18-20.

D1) Il medico sospende un mezzo medico (descrizione attiva)

D2) Il medico lascia che la natura faccia il suo corso (descrizione passiva)

Morire di deidratazione non è certamente meno naturale di morire per una malattia, ad esempio quando la somministrazione di antibiotici in un malato terminale viene sospesa. In entrambi i casi la natura compie il suo corso²⁰⁷.

Per questo, conclude Tännsjö, la sedazione terminale può essere un'alternativa valida all'eutanasia. Chi sostiene che l'uccisione intenzionale attiva di un paziente non è *prima facie* moralmente problematica sarà *a fortiori* disposto ad accettare la sedazione terminale; chi invece vi si oppone non avrà particolare problemi a considerare moralmente lecita una pratica che *non* può configurarsi come un'uccisione attiva non intenzionale o un'uccisione passiva intenzionale.

Alla proposta di Tännsjö si può contrapporre la posizione di David Orentlicher, il quale ha duramente criticato la sentenza *Vacco vs. Quill*, sostenendo che essa in realtà ha rifiutato il diritto al suicidio assistito ma, accettando la sedazione terminale, ha accettato l'eutanasia. Secondo Orentlicher la sedazione terminale è una forma di eutanasia, proprio in base agli argomenti addotti da Tännsjö. In questo caso la morte in conseguenza di una sospensione di AIA è solo superficialmente simile alla morte che consegue dalla sospensione di altri mezzi di prolungamento della vita. Quando si sospende un respiratore, ad esempio, si può sostenere che la morte del paziente sia dovuta alla patologia da cui è affetto. La rimozione del mezzo equivale alla rimozione di un ostacolo che si frapponeva tra la malattia o l'insufficienza respiratoria e la morte, cioè "deviava" il corso della natura. Perciò si può a ragione sostenere che interrompendo la respirazione artificiale si lascia che la natura faccia il suo corso, in quanto la morte è conseguenza del quadro clinico che si era configurato come una minaccia alla vita del paziente *precedentemente* all'uso del mezzo medico e *in modo indipendente* da esso. Questo avviene anche in alcuni casi di rimozione di tubi per l'alimentazione: ad esempio nel caso dei pazienti in stato vegetativo permanente l'interruzione di AIA determina una morte che è causalmente legata al precedente quadro clinico, in quanto l'incapacità di alimentarsi e idratarsi era prodotta da una

²⁰⁷ Ivi, pp. 21-22. Cfr. dello stesso autore *The Sanctity of Life and the Active/Passive Distinction*, ivi, pp. 115-125.

condizione medica antecedente all'intervento dei professionisti sanitari. Ma la sospensione di AIA dopo sedazione è un caso ben diverso, perché l'incapacità di alimentarsi e idratarsi non è il frutto di un *evento* o di una condizione precedente all'intervento clinico ma è precisamente la conseguenza dell'intervento clinico – ossia della sedazione continua e profonda²⁰⁸. Secondo Orentlicher non si può contestare questo punto sostenendo che in realtà si dovrebbe risalire ancora all'indietro nella catena causale: ad esempio si potrebbe giustificare la sedazione terminale in base al fatto che è la condizione di dolore intollerabile che causa la richiesta di palliazione da parte del paziente e la necessità della sedazione e quindi l'incapacità di alimentarsi e idratarsi autonomamente. La condizione di dolore (ovvero sia un quadro clinico) sarebbe quindi la causa ultima della incapacità di alimentazione e idratazione autonome. In questa prospettiva, sospendendo AIA il medico permetterebbe alla natura di fare il suo corso. Tuttavia ragionare in questo modo, secondo Orentlicher, significherebbe consegnare un argomento nelle mani di chi difende l'eutanasia o il suicidio assistito, perché anche in questi casi si potrebbe motivare la richiesta del farmaco letale come un effetto del quadro clinico e quindi si potrebbe giungere a sostenere che la somministrazione o la prescrizione di sostanze letali sarebbe una forma di “lasciare che la natura faccia il suo corso”²⁰⁹.

Contro Tännsjö, si può quindi sostenere che il carattere “passivo” della sospensione di AIA non può essere ricavato da un'analisi dei nessi di causalità, che in questo caso sono profondamente diversi da quelli esistenti quando vengono sospesi altri mezzi medici di prolungamento della vita.

La contrapposizione tra Tännsjö e Orentlicher si gioca tutta sull'argomento della causalità. Mentre Tännsjö sostiene che il ruolo causale del medico non sia essenziale nella causazione della morte nel caso della sospensione di AIA e che sia invece il corso naturale delle cose a portare a questa conseguenza, per Orentlicher il medico, inducendo la sedazione, crea la situazione che porterà, qualora non contrastata dall'uso di mezzi artificiali, alla morte.

Per comprendere meglio la diversità dei due argomenti, si può fare ricorso ad uno schema presentato da Green e Kuhse:

²⁰⁸ D. Orentlicher, *The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide — Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia*, “New England Journal of Medicine”, 337 (1997), p. 1237.

²⁰⁹ Ivi, p. 1238.

(A) X uccide Y se

- (a) esiste un processo causale c che porterà alla morte di Y
- (b) X inizia c rispetto ad Y
- (c) Y muore come conseguenza di c

(B) X uccide Y se si astiene dal prevenire la morte di Y se

- (a) esiste un processo causale c che porterà alla morte di Y se X o qualche altro agente non interviene o non fa qualcosa s che fermerà il processo c prima che avvenga la morte di Y
- (b) X ha iniziato c rispetto ad Y
- (c) X si astiene dal fare s
- (d) Y muore come conseguenza di c

(C) X lascia morire Y se si astiene dal prevenire la morte di Y se

- (a) esiste un processo causale c che porterà alla morte di Y se X o qualche altro agente non interviene e non fa qualcosa s che fermerà il processo c prima che la morte di Y avvenga
- (b) X non ha iniziato c
- (c) X si astiene dal fare s
- (d) Y muore come conseguenza di c ²¹⁰

Questo schema suggerisce innanzitutto che la distinzione tra uccidere e lasciare morire non sia equivalente a quella tra atti e omissioni. Si può uccidere anche astenendosi dalla prevenzione della morte, a patto che l'agente inizi la catena causale che porterà alla morte e ometta di fare qualcosa capace di interrompere questa catena causale. Secondo Orentlicher, (B) è il caso della sedazione terminale. Il medico, sedando il paziente, inizia un processo causale che porterà il paziente alla morte, in quanto lo rende incapace di alimentarsi e idratarsi autonomamente, e interrompendo o non iniziando AIA omette di fare qualcosa che possa prevenire la morte di Y. Generalmente si obietta che considerare l'interruzione di un trattamento come un lasciare morire sia in realtà

²¹⁰ Cfr. O.H. Green, *Killing and Letting Die*, "American Philosophical Quarterly", 17 (1980), pp. 196-198; H. Kuhse, *The Sanctity of Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 51.

fuorviante, in quanto il medico compie un'azione positiva. Ma, in base allo schema presentato, spegnere un respiratore significa essenzialmente astenersi dal prolungamento di un trattamento che impedisce ad una causa naturale (l'insufficienza respiratoria) di portare il paziente alla morte. Sebbene il medico in questo caso compia movimenti fisici, per cui si può dire che "faccia qualcosa" (piuttosto che restarsene immobile), lascia che la natura faccia il suo corso, senza che egli stesso abbia dato inizio al processo *s* (ossia l'insufficienza respiratoria) che porta il paziente alla morte. In questo senso si intende usualmente che il paziente è morto di insufficienza respiratoria, mentre nel caso della somministrazione di sostanze letali si sostiene che il medico ha ucciso il paziente. Le cause individuate sono diverse. È così possibile tracciare una differenza morale tra il medico che inietta sostanze letali e il medico che spegne il respiratore. Secondo lo schema (C), la stessa cosa accade se il medico non inizia un trattamento in presenza di una patologia o di un'insufficienza che porterà alla morte. Anche in questo caso, essendo il processo *c* non iniziato dal medico, la mancata somministrazione del trattamento permetterà semplicemente alla natura di fare il suo corso.

Dal punto di vista descrittivo, lo schema suggerisce che la situazione complessiva in cui l'agire del medico è conforme ad (A) o (B) sia diversa dalla situazione in cui l'agire o il non-agire del medico sia conforme a (C): in (A) e (B) l'agente è causalmente responsabile della morte del paziente, mentre non lo sia in (C). Dal punto di vista prescrittivo, questa differenza dovrebbe implicare anche una differenza di ordine morale. Un medico che pratica un'eutanasia è moralmente responsabile della morte del paziente, mentre un medico che sospende o non inizia un trattamento non lo è. La semplice base causale sarebbe sufficiente per dettare una differenza di ordine morale. Queste distinzioni possono venire ulteriormente riformulate facendo ricorso allo schema presentato da Philippa Foot nello scritto sul doppio effetto del 1978: l'interruzione di terapie o mezzi vitali è un caso di *enabling*, mentre il mancato inizio è un caso di *forbearing to prevent*. Sebbene entrambi siano casi negativi (*allowing*), la connotazione dell'interruzione come *enabling* richiama alla mente la rimozione di uno ostacolo che permette alla natura di fare il suo corso – senza tuttavia fare riferimento ai ruoli causali²¹¹.

²¹¹ Cfr. P. Foot, *The Problem of the Abortion and the Doctrine of the Double Effect*, cit., p. 26.

La differenza tra le due posizioni è in effetti dettata dal diverso modo in cui gli autori considerano la sedazione terminale. Per Tännsjö non costituisce una pratica unitaria ma un'azione suddivisibile in due fasi, la sedazione e la sospensione di AIA, ognuna delle quali è giustificabile in base a principi e argomenti diversi. Per Orentlicher invece la sedazione terminale è un *continuum*, in cui la parte sedativa è legata strettamente alla sospensione dei mezzi di prolungamento della vita. Questo chiaramente porta Tännsjö a considerare il ruolo causale del medico limitatamente al momento in cui sospende i mezzi artificiali e non nel suo complesso.

Questo è un primo elemento che dovrà essere tenuto in considerazione quando si deve stabilire se la sospensione o il non-inizio di un trattamento di prolungamento della vita sia in sé equivalente a “lasciare che la natura faccia il suo corso”.

3.4 L'ARGOMENTO DEL CORSO DELLA NATURA

La concezione che sta alla base dell'argomento del corso della natura è che sia possibile tracciare una distinzione tra morti moralmente giustificate e morti moralmente ingiustificate sulla base di una quella che potremmo definire come differenza tra “morti naturali” e “morti indotte”, cioè tra morti che seguono il corso della natura e morti che invece vengono provocate dall'intervento dell'uomo.

Dal punto di vista del senso comune, questa differenza non appare problematica. Sembra intuitivamente possibile distinguere tra il caso di un uomo che muore d'infarto prima di potere chiamare aiuto – a patto che, ad esempio, non sia stato avvelenato – e il caso di un uomo che muore perché qualcuno ha premuto il grilletto di una pistola e gli ha sparato. Nel primo caso la sua è una “morte naturale”, mentre nel secondo è stata indotta da un'azione umana – ovvero sia l'uomo è stato ucciso da qualcuno.

Anche nell'ambito dell'etica medica, questa differenza può essere intuitivamente convincente. Il corso naturale delle cose, ad esempio l'insorgere di una malattia o di un'insufficienza fisica che minacciano la vita, viene interrotto nel momento in cui avviene l'intervento clinico. Questo momento segna una linea descrittiva ma anche prescrittiva. L'insieme di oggetti ed eventi precedente l'intervento viene ontologicamente distinto dall'intervento stesso e da ciò che ne segue. Ad esempio:

Se un respiratore [...] viene considerato un intervento, allora è qualcosa di ontologicamente isolato – inserito, estraneo, aggiunto – rispetto a ciò in cui interviene. Tuttavia, un aspetto più importante è costituito da ciò che l'intervento implica rispetto ai fenomeni più ampi in cui esso avviene²¹².

L'applicazione di un mezzo medico interrompe un processo in corso, indipendente dall'intervento, e contribuisce a isolarlo e a differenziarlo rispetto a ciò che seguirà dopo che si è interferito con il corso naturale delle cose. La separazione attuata non ha semplicemente una valenza ontologica, ma anche morale. Infatti, la distinzione tra l'insieme di eventi precedenti l'intervento e l'insieme di eventi seguenti serve a distinguere due spazi morali diversi. Il corso naturale delle cose è un'area totalmente relegata a ciò che non è sotto il controllo umano e quindi esente da ogni imputazione di responsabilità morale. L'intervento, invece, produce uno spazio in cui l'agente si lega dal punto di vista causale con il destinatario dell'intervento e quindi è (moralmente) imputabile delle conseguenze che derivano dall'esecuzione della scelta di intervenire. A questo punto, decidere di ritirarsi dall'intervento, e quindi rimuovere l'ostacolo che si è frapposto tra il corso naturale e gli effetti che ne sarebbero derivati, significa essenzialmente ripristinare ciò che prima dell'interferenza era presente e sfuggiva alle imputazioni morali di responsabilità: “quando gli interventi vengono rimossi e i corpi e i processi fisici vengono fatti ritornare ai loro corsi naturali, allora un linguaggio di questo tipo implica la sospensione dell'azione, dell'effetto e della responsabilità degli uomini”²¹³.

In questo senso si sostiene che la rimozione di un trattamento medico salva-vita o la rinuncia a un suo utilizzo sono distinti da un atto positivo che otterrebbe lo stesso effetto. La differenza si basa sul rapporto tra naturale/artificiale e sulle discontinuità che l'applicazione di questo rapporto determina. Il concetto di “natura” e quelli ad esso correlati offrono quindi il fondamento per esimere dalla responsabilità morale azioni o omissioni il cui risultato è la morte del paziente.

Una strategia di questo tipo non si basa in senso stretto su di una differenza morale, poiché essa mira a de-moralizzare quello che accade, negando che l'azione o omissione del medico sia tale da consentire l'ascrizione di responsabilità. Se ci si basa

²¹² P.D. Hopkins, *Why Does Removing Machines Count as “Passive” Euthanasia?*, “Hastings Center Report”, 27 (1997), p. 30.

²¹³ *Ibidem*.

soltanto sull' argomento del corso della natura per difendere la sospensione o il non-inizio di terapie, a rigore di logica non si dovrebbe affermare che questo atto è moralmente *lecito*, bensì che esso è moralmente *indifferente*, proprio perché non esiste un soggetto a cui si può imputare qualcosa. Soltanto la somministrazione di sostanze letali pone un problema etico, perché è preliminare il riconoscimento che esiste un soggetto (il medico) la cui condotta è soggetta a responsabilità morale, in quanto la morte del paziente è causalmente correlata a quello che egli fa. Invece nel caso della sospensione delle terapie non esistono nessi causali, è la malattia che provoca la morte e la rimozione dell'ostacolo non viene percepita come moralmente rilevante. Il medico agisce ma il suo agire non segna alcuna differenza morale proprio perché sottratto alla sfera del normativo; la rimozione dell'artificiale annulla i nessi morali e non costituisce un nuovo effetto che dia luogo a nuove responsabilità.

Sebbene questo argomento presenti aspetti intuitivamente convincenti, si potrebbero presentare casi di una sua applicazione che sono altrettanto controintuitivi.

Poniamo ad esempio che il corso naturale di un fiume venga deviato per evitare che inondi un paese che si trova lungo il suo percorso. Un folle, volendo sterminare tutti gli abitanti del paese, rimuove l'ostacolo restituendo al fiume il suo corso naturale. Difficilmente si sosterrà che questo sia un esempio in cui l'agente lascia che la natura faccia il suo corso e quindi che egli sia esente da imputazione morale (e giuridica). Si può obiettare che il caso del medico e questo del folle siano diversi per lo meno sotto un aspetto: il folle *intende* sterminare gli abitanti, il medico non *intende* uccidere il paziente ma soltanto che la natura faccia il suo corso. Il folle non contempla in alcun modo quale sia il corso naturale delle cose. Ma l'argomento del corso della natura, per come lo si è qui presentato²¹⁴, non fa alcun accenno all'intenzione del medico ma solo ai nessi oggettivi che si vengono a stabilire tra medico, corso naturale e morte del paziente; esso non fa accenno al modo in cui il folle o il medico vorrebbe fosse la realtà, a la modo in cui la realtà è. Inoltre si potrebbe cambiare il nostro caso immaginario, sostituendo il

²¹⁴ Una prospettiva alternativa colloca l'argomento del corso della natura in un contesto biologico-teleologico piuttosto che fisico-causale. In questo senso la distinzione morale tra commettere e omettere è basata sul rapporto tra il comportamento dell'agente e l'orientamento finalistico e auto-sussistente della vita dell'organismo fisico e il dovere di non interrompere tale orientamento. Per una difesa di questo argomento, cfr. T. Fuchs, *The Notion of "Killing". Causality, Intention, and Motivation in Active and Passive Euthanasia*, "Medicine, Healthcare and Philosophy", 1 (1998), pp. 248-249. Per alcune considerazioni critiche cfr. M. Mori, *Sulla distinzione tra eutanasia e sospensione delle terapie*, cit., pp. 162-171.

folle con un ambientalista malvagio, deciso a restituire alla natura il suo corso e indifferente verso la sorte del villaggio. I nessi causali sono qui gli stessi del medico che lascia morire il paziente. Eppure un giudizio di assoluzione morale per l'ambientalista malvagio continua a non essere intuitivamente convincente.

Non sempre i casi immaginari sono forieri di conclusioni filosofiche ben fondate. Per questo non si insisterà oltre con l'esempio dell'ambientalista. La sua introduzione serve qui soltanto per mostrare che l'applicazione dell'argomento del corso della natura può in altri contesti dimostrarsi problematica. Può ben darsi che il mutamento di contesto implichi una differenza che rende i due casi soggetti a giudizi diversi; per questo, al fine di evitare questa complicazione, ci si concentrerà solo sul medico che lascia morire il paziente e giustifica la sua decisione facendo ricorso all'argomento del corso della natura, ossia affermando qualcosa del tipo: "È la malattia 'responsabile' della morte del paziente, io sono esente da ogni imputazione morale".

3.5 IL RUOLO CAUSALE DEL MEDICO. ALCUNE CHIARIFICAZIONI PRELIMINARI

Il fatto che la sospensione/non-inizio di trattamenti di prolungamento della vita sia lecita presuppone che dal punto di vista fisico il medico non svolga alcun ruolo causale nella produzione dell'effetto che ne segue. Alcune volte questo argomento viene formulato secondo l'idea che le omissioni non sono cause e perciò un medico che omette una terapia non può essere responsabile causale della morte che ne consegue. Una versione più raffinata della non-causalità delle omissioni può basarsi sulla distinzione tra *conseguenze* e *risultati* di un'azione: se io apro la finestra al momento t il risultato dell'azione è la finestra aperta mentre l'abbassamento della temperatura della stanza è una conseguenza del fatto che la finestra è stata aperta. Nel caso dell'eutanasia attiva, X inietta cloruro di potassio nelle vene del paziente e il risultato di questa azione è l'"avvelenamento" del paziente: la morte per arresto cardiaco è la conseguenza di questo avvelenamento. I risultati quindi sono condizioni necessarie perché l'azione sia compiuta: l'accadere di un risultato rende vera la descrizione dell'azione in base alla conseguenza prodotta, ossia l'azione di X può essere correttamente descritta come "X ha ucciso Y". Ciò non sarebbe valido nel caso delle omissioni, in quanto il risultato è indipendente dall'omissione dell'agente ma dipende invece da qualcos'altro,

casualmente legato a tale risultato. Nel caso della sospensione/non-inizio di trattamenti medici salva-vita, la morte non è il risultato dell'omissione del medico ma della patologia o insufficienza fisica da cui è affetto il paziente²¹⁵.

Tuttavia parlare di omissioni è per lo meno fuorviante, sebbene il dibattito in materia abbia fatto largo uso della contrapposizione tra atti e omissioni. Il problema è che “uccidere” e “lasciare morire” non sono completamente sovrapponibili a “agire” e “omettere (di agire)”, come si è visto nello schema di Kuhse-Green. Sembra più sensato distinguere tra uccidere e lasciare morire sulla base dell'individuazione di chi ha iniziato il corso d'azione che porterà alla morte.

Bernard Williams ha isolato quattro elementi, che egli ritiene fondamentali per giudicare la responsabilità degli individui e a cui attribuisce un carattere universale. Pur traendoli dal commento di alcuni passi tratti dai poemi omerici, egli cataloga come applicabili a qualsiasi concezione della responsabilità:

Da questi due episodi omerici deriviamo quindi quattro idee: in virtù di ciò che un individuo fa, egli ha prodotto un cattivo stato di cose; ha inteso o non inteso quello stato di cose; si trovava o non si trovava in uno stato mentale normale quando lo ha prodotto; era suo compito produrlo (a patto che un tale compito spettasse a qualcuno). Potremmo etichettare questi quattro elementi come: “causa”, “intenzione”, “stato”, “reazione”²¹⁶.

Williams sottolinea che non esiste un unico modo di bilanciarli, in quanto ognuno di essi è soggetto a interpretazioni diverse e può cambiare l'enfasi posta su uno o più elementi: ogni possibile variazione nella loro descrizione genera una diversa concezione della responsabilità morale. Sebbene ogni singolo elemento meriti un commento a sé – anche se nella prima parte ci si è soffermati a lungo sul ruolo che l'intenzione svolge nell'attribuzione di responsabilità – è tuttavia significativo che Williams indichi al primo posto la causalità. L'ascrizione di responsabilità per la violazione di diritti morali presuppone la possibilità di formulare giudizi causali, e quindi una teoria della causalità²¹⁷.

²¹⁵ Cfr. E. Weinryb, *Omissions and Responsibility*, “Journal of Philosophy”, 30 (1980), pp. 8-10. Sui vari significati della responsabilità riguardo alla distinzione tra azioni e astensioni, cfr. anche J. Casey, *Azioni e conseguenze*, in J. Casey (a cura di), *Il ragionamento morale*, Armando, Roma 1973, pp. 270-281.

²¹⁶ B. Williams, *Shame and Necessity*, cit., p. 55.

²¹⁷ Sul legame tra responsabilità, causalità e diritti, cfr. B. Brody, *Life and Death Decision Making*, Oxford University Press, Oxford 1988, p. 24.

Poiché l'argomento del corso della natura non fa alcun riferimento all'intenzione, ai compiti del medico o al requisito di uno stato mentale normale (qualunque cosa ciò significhi), ci si concentrerà solo sul primo elemento della lista di Williams. La critica dell'argomento del corso della natura implica l'idea che la responsabilità causale sia necessaria per determinare la responsabilità morale dell'agente, senza che esaurisca completamente la valutazione morale della condotta degli individui.

Chiaramente la connessione tra responsabilità causale e morale implica che il senso in cui si sta usando il termine responsabilità presenti un tratto peculiare. La responsabilità di cui si parla in questo contesto è quella che viene chiamata "responsabilità retrospettiva" e i giudizi espressi in merito fanno riferimento a eventi accaduti nel passato. Come tale, essa si contrappone alla "responsabilità prospettiva" (o "proiettiva"), che interviene prima che l'evento accada. Per fare un esempio, un giudizio di responsabilità retrospettiva può essere il seguente: "Alice è responsabile del fatto che Gianni abbia ingerito la medicina sbagliata", in cui si sostiene che Alice è casualmente responsabile del fatto che Gianni abbia compiuto ciò. Generalmente tali giudizi indicano anche che era presente un dovere a cui non si è adempito: ad esempio, forse Alice è la baby-sitter del piccolo Gianni e come tale aveva il dovere di fargli ingerire la medicina giusta, su indicazione dei genitori; oppure Alice è un'infermiera. Chiaramente i giudizi retrospettivi non implicano necessariamente che la persona imputabile di responsabilità abbia infranto un dovere, perché è comunque possibile che essi riguardino casi in cui non si vuole esprimere biasimo morale ma una specie di lode morale. Ad esempio si può dire che un generoso donatore è responsabile del successo di un trapianto²¹⁸. Tuttavia il legame tra dovere e responsabilità è più marcato nel caso della cosiddetta responsabilità prospettica: ad esempio, quando si dice che "il bagnino è responsabile della vita dei bagnanti" si assegna al bagnino, in virtù della sua professione, il dovere di salvare i bagnanti quando si trovino in difficoltà, prima che si verifichi la morte di qualcuno²¹⁹.

Non è certo chiaro se la contrapposizione tra sospensione/non-inizio di trattamenti salva-vita ed eutanasia si basi essenzialmente o esclusivamente su un

²¹⁸ Cfr. M.J. Zimmerman, *Responsibility*, in Becker L.C., Becker C.B. (a cura di), *Encyclopedia of Ethics*, Garland Publishing, New York & London 1992, p. 1089.

²¹⁹ Sui due tipi di responsabilità si veda K. Baier, *Types of Responsibility*, in French P.A. (a cura di), *The Spectrum of Responsibility*, St. Martin's Press, New York 1991, pp. 101-129.

giudizio di responsabilità retrospettiva. Del resto la medicina costituisce una pratica con doveri e compiti che generano attese in chi si rivolge ad essa e la definizione delle responsabilità professionali interagisce in modo cruciale con l'ascrizione proiettiva di responsabilità. Quando un paziente, soprattutto in una fase critica del decorso patologico, si affida alla cura di un medico, vengono assegnate al professionista anche responsabilità proiettive. È questo un nodo centrale per stilare una lista completa delle responsabilità del medico ma il tema specifico che si sta qui affrontando sembra richiedere un'idea più ristretta della responsabilità. Infatti l'argomento del corso della natura sembra avere un carattere essenzialmente *post-hoc*: esso pone la domanda se, in virtù dei legami causali, il medico sia stato o non sia stato responsabile di ciò che è accaduto, data la sua decisione di non iniziare o sospendere un trattamento di prolungamento della vita²²⁰.

L'argomento del corso della natura fa quindi leva soprattutto sulla responsabilità retrospettiva ma implica anche un preciso significato del termine "causa". Come è noto, "causa" può essere usato in due tipi diversi di operazione, non solo nel campo delle scienze, ma anche in quello del diritto e persino nei romanzi polizieschi: si può infatti chiedere quale sia la causa di un evento al fine di spiegare o di prevedere quell'evento. Il dibattito filosofico in materia è veramente imponente, a partire almeno da David Hume, ma qui basti constatare che nel contesto che si sta esaminando si è interessati al concetto di causa come spiegazione²²¹.

Dal punto di vista epistemologico, si può quindi la responsabilità causale viene interpretata come responsabilità retrospettiva, che indaga quale sia la causa (o le cause) di un dato evento al fine di avere una spiegazione complessiva di quanto è accaduto. Dal punto di vista morale si dovranno poi tradurre i risultati della ricostruzione in termini di giudizi morali nei confronti della causa (o le cause) dell'evento. L'argomento del corso della natura sostiene che la causa della morte del paziente in seguito a sospensione/non-inizio di cure sia un evento naturale (la patologia), a cui chiaramente può essere imputata una responsabilità causale non traducibili in termini morali.

²²⁰ Questo interrogativo si pone chiaramente anche quando la decisione debba essere presa. Se il medico interromperà quel trattamento salva-vita sarà causa (e quindi responsabile) della morte del paziente?

²²¹ Per un'interessante trattazione del problema si può vedere G. Giorello, M. Ricciardi, *Causalità, necessità, spiegazione*, "Diritto penale e processo", 4 (1998), pp. 1559-1566.

Quindi, secondo l'identificazione tra la responsabilità morale e la responsabilità causale, la domanda "chi o che cosa è responsabile del fatto X?" equivale alla domanda "chi o che cosa ha causato il fatto X?". L'argomento del corso della natura presuppone che la risposta a questa domanda sia una risposta semplice: nel caso della sospensione/non-inizio di trattamenti salva-vita la risposta è "la natura". Questa risposta presuppone tuttavia una concezione della causalità che R.G. Frey ha chiamato "concezione della palla da biliardo"²²²: per un dato evento X è possibile individuare una singola causa Y. Esiste una lunga tradizione critica di questa concezione della causalità, a partire almeno da David Hume e John Stuart Mill, secondo cui per ogni evento isolabile (ad es. la morte di una persona) è possibile individuare una pluralità complessa delle cause che lo hanno originato, che si presentano sottoforma di condizioni sufficienti e/o necessarie. Rispetto all'argomento del corso della natura, un approccio di questo tipo non nega che la patologia o l'insufficienza fisica faccia parte della pluralità delle condizioni che hanno dato luogo alla morte del paziente ma afferma che da ciò non segue che la patologia o insufficienza sia *la* causa della morte della paziente. L'incapacità del paziente di alimentarsi e idratarsi autonomamente è una condizione della morte del paziente; il giudizio per cui essa è anche causa deriva dall'analisi in termini di pluralità delle condizioni causali.

Una simile critica alla concezione della "palla da biliardo", che costituisce il presupposto teorico dell'argomento del corso della natura, è stata sviluppata soprattutto nell'ambito del consequenzialismo. Il fine delle teorie consequenzialiste è quello di mostrare che la simmetria morale tra uccidere e lasciare morire è giustificata dalla simmetria tra le strutture causali che contraddistinguono gli atti descrivibili come "uccidere" e quelli descrivibili come "lasciare morire". Sia nel caso in cui una persona uccide un'altra persona, sia nel caso in cui la lasci morire, essa interviene causalmente nel corso della natura – secondo il modello della pluralità e complessità delle cause. Lo spirito del ragionamento consequenzialista riguarda situazioni in cui l'agente e il paziente si trovano faccia a faccia, qui ed ora. Anche gli esperimenti mentali proposti da Rachels e Kuhse sono di questo tipo. In quanto segue si seguiranno le linee direttrici degli argomenti consequenzialisti ma occorre fare chiarezza su almeno un punto. Talvolta si sostiene che, eliminando le distinzioni descrittive e morali tra uccidere e

²²² Frey R.G., *Distinzioni tra tipi di morire*, in R.G. Frey, G. Dworkin, S. Bok, *Eutanasia e suicidio assistito*, cit., p. 38.

lasciare morire, il consequenzialismo fa in modo di eliminare ogni distinzione tra atti ed omissioni, con catastrofici effetti sulla nostra responsabilità morale. L'agente consequenzialista sarebbe chiamato a rispondere di effetti che non sono prodotti dalle sue azioni ma che potrebbero essere ricondotti alle sue omissioni e non soltanto su scala locale – cioè limitatamente al qui e all'ora – ma su scala globale. L'agente consequenzialista sarebbe costretto ad accollarsi la responsabilità per “tutti i mali del mondo”, che sarebbero per lo meno con-causati dal suo non fare niente. Se gli agenti fossero realmente colpevoli anche delle conseguenze delle omissioni, allora dovrebbero sopportare

... pesi insostenibili e [sarebbero indotti] a provare inconsolabili sensi di colpa. [...] Io non posso essere responsabile dell'alleviamento di tutti i mali del mondo. Non sono Dio, non sono onnipotente, non posso accollarmi una responsabilità illimitata avendo a disposizione soltanto risorse limitate²²³.

Questa critica ha un certo peso anche nell'ottica delle conclusioni a cui giungono utilitaristi come Peter Singer riguardo al problema della povertà nel mondo: i cittadini dei paesi occidentali dovrebbero sentirsi responsabili per ciò che accade nei paesi poveri, a chilometri di distanza dalle loro case, perché possono fare qualcosa per ovviare alla fame e alla carestia di certe zone del mondo. Essi possono fare qualcosa individualmente, donando fondi ad associazioni come Unicef e Oxfam. In breve, ciò che sembrerebbe un atto superogatorio per la morale di senso comune diventa per l'utilitarismo un atto moralmente obbligatorio²²⁴. Affinché una posizione del genere non renda il soggetto responsabile di tutto ciò che accade nel mondo è opportuno aggiungere alcune condizioni che, in aggiunta alla responsabilità causale, isolino solo certe conseguenze, frutto delle sue omissioni, di cui egli è moralmente imputabile. Helga Kuhse, basandosi sulla distinzione proposta da Hart tra responsabilità causale e responsabilità-soggezione morale²²⁵, individua quattro condizioni di “controllo” che si applicano anche alle omissioni: libertà, consapevolezza, abilità, opportunità. La prima fa riferimento alla nota disputa sul libero arbitrio o *free will*. Si deve presupporre che gli

²²³ J.R. Lucas, *Responsibility*, Clarendon Press, Oxford 1993, p. 38.

²²⁴ Cfr. ad es. P. Singer, *Famine, Affluence and Morality*, “Philosophy and Public Affairs”, 1 (1972), pp. 229-243.

²²⁵ H.L.A. Hart, *Poscritto: responsabilità e retribuzione*, in *Responsabilità e pena*, cit., pp. 254-256.

agenti siano metafisicamente liberi, cioè non soggetti a costrizioni della volontà e dell'azione che rendano impossibili la scelta e l'azione libere. La seconda condizione esclude dal raggio della responsabilità individuale il caso in cui vi sia un legame causale tra azione e conseguenze senza che l'agente ne sia consapevole. La terza condizione fa riferimento al fatto che l'agente deve avere la capacità di compiere un'azione che altera il corso della natura e la quarta condizione specifica che devono essere presenti fattori esterni che permettano all'agente di compiere quell'azione. Secondo i consequenzialisti queste condizioni si applicano anche alle omissioni: rispetto a un processo X che ha come conseguenza Y e un atto Z che avrebbe potuto prevenire Y, l'agente è moralmente responsabile della produzione di Y se: è libero; sapeva che compiendo Z avrebbe impedito Y; aveva l'abilità di compiere Z; aveva l'opportunità di compiere Z. In questo modo l'agente non può essere giudicato moralmente responsabile di tutto ciò che accade nel mondo, sebbene il consequenzialismo implichi una concezione della responsabilità morale individuale molto più ampia di quella sottesa all'argomento del corso della natura²²⁶.

Queste chiarificazioni preliminari richiedono però che si dimostri che nei casi di lasciare morire esiste effettivamente un nesso causale tra il soggetto (medico) e la conseguenza (morte del paziente). La concezione complessa e plurale delle cause intende completare il quadro dimostrando che anche nei casi di lasciare morire il medico ha una responsabilità morale rispetto alla conseguenza prodotta che presuppone una responsabilità causale.

3.6 CAUSE PLURALI E COMPLESSE. CONDIZIONI E INTERESSI

Il modello della pluralità e complessità delle cause è stato difeso con importati modifiche da John Mackie e applicato all'ambito biomedico da Helga Kuhse. La struttura logica del modello ci chiede di pensare al fatto che per ogni dato effetto è sempre possibile rintracciare un insieme di condizioni necessarie ma non sufficienti – se prese isolatamente – per il verificarsi di quell'effetto. Prima di poter parlare di “causa” è

²²⁶ H. Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 71. Per alcune osservazioni simili cfr. B. Williams, *Acts and Omissions, Doing and Not Doing*, in *Making Sense of Humanity*, cit., p. 62.

necessario riconoscere che la produzione di un evento o di uno stato di cose²²⁷ non è mai un “fatto semplice” ma è il risultato della concomitanza e della cooperazione di più fattori.

Si può fare un esempio: in un’abitazione scoppia un incendio e i periti dell’assicurazione accertano che è stato un cortocircuito dell’impianto elettrico la “causa” del disastro. Il modello di Mackie suggerisce che questo giudizio non sia il risultato di una semplice osservazione empirica, che colleghi ad esempio l’accertamento di un guasto dell’impianto elettrico all’incendio, ma di un complesso ragionamento selettivo sulle condizioni che *avrebbero potuto* produrre l’incendio.

Infatti il cortocircuito *da solo* non sarebbe stato sufficiente per produrre l’incendio, perché l’effetto finale è il prodotto della concomitanza di altri fattori positivi e negativi, come la presenza di materiale infiammabile e l’assenza di un sistema antincendio funzionante; l’insieme di tutte queste condizioni causali, positive e negative, non è tuttavia necessario per ottenere l’effetto, perché la presenza di materiale infiammabile e l’assenza di un sistema antincendio non potevano da sole causare l’incendio. Cortocircuito, materiale infiammabile ed assenza di un sistema antincendio funzionante presi insieme costituiscono una condizione non necessaria (l’incendio avrebbe potuto prodursi in altro modo, ad esempio per un tizzone ardente caduto dal camino sul tappeto del salotto) ma sufficiente (di fatto, i tre fattori presi insieme possono produrre un incendio). La sufficienza di ciascuna condizione causale può venire appurata tramite un ragionamento controfattuale. Alla luce di come sono andate le cose, l’incendio non sarebbe scaturito se: (1) l’edificio fosse stato una costruzione di cemento, priva di materiali infiammabili; (2) il cortocircuito non fosse avvenuto, (3) fosse stato presente un sistema antincendio (funzionante). L’insieme delle tre condizioni è *sufficiente*, ma *non necessario* perché l’incendio si sia sviluppato: di fatto, avrebbe potuto innescarsi anche per altri motivi – una sigaretta accesa sul tappeto del salotto, ad esempio. Ciascuna condizione è tuttavia *insufficiente* ma *non-ridondante*: il cortocircuito elettrico era insufficiente per produrre l’incendio perché alcune condizioni positive e negative (incluse la presenza di materiale infiammabile e l’assenza di un sistema antincendio) hanno ugualmente contribuito al divampare del rogo; tuttavia, in questa

²²⁷ Non si distinguerà in questa sede tra “conseguenze”, “effetti”, “stati di cose”, “eventi”, sebbene l’uso intercambiabile di queste nozioni possa suscitare qualche perplessità; la disamina completa di tutti gli aspetti del problema porterebbe troppo lontano.

particolare situazione, il cortocircuito era anche non-ridondante nel far scoppiare l'incendio, perché senza di esso non sarebbe potuto iniziare. Ogni condizione è perciò, nel linguaggio di Mackie, un fattore *inus*, cioè “an *insufficient* but *non-redundant* part of a *unnecessary* but *sufficient* condition”: una parte insufficiente ma non-ridondante di una condizione non necessaria ma sufficiente²²⁸.

Il processo per cui il cortocircuito viene individuato come *la* causa dell'incendio corrisponde ad una selezione operata all'interno dei fattori *inus* individuati. Alla luce di quanto detto sembrerebbe che tale selezione sia largamente arbitraria. Perché individuiamo il cortocircuito come la causa e non l'assenza di un sistema antincendio? Secondo Mackie, la selezione risponde ai particolari interessi che guidano la ricerca della causa.

La scelta di un campo causale (cioè un insieme di condizioni causali) e, all'interno di esso, di una condizione come causa, dipende dalla domanda che ci poniamo, ossia da ciò che ci interessa sapere e quindi la risposta alla domanda “qual è la causa?” non può che essere relativa agli interessi che animano quella domanda. Come ha sottolineato Hilary Putnam, una domanda sulla causa di un evento implica sempre – in modo implicito o esplicito – l'interesse del richiedente e la risposta sarà inevitabilmente commisurata a questo interesse. Si può riscontrare questa forma di “relatività della spiegazione all'interesse” in situazioni ordinarie di vario tipo: se viene chiesto ad un rapinatore di banche “perché svaligi le banche?”, il senso della domanda varia a seconda di chi la pone (un poliziotto, un prete, un altro rapinatore), poiché cambia l'interesse del richiedente: inevitabilmente varia anche la spiegazione stessa che il rapinatore è disposto a dare all'interlocutore che ha davanti²²⁹.

Nell'esempio dell'incendio i periti dell'assicurazione cercano la causa mossi da determinati interessi. Essi sarebbero pronti a riconoscere che la presenza del legno nella struttura dell'abitazione è una condizione causale ma difficilmente ciò sarà di qualche ausilio per la loro indagine. I periti vogliono stabilire se ci siano gli estremi per cui la compagnia risarcisca il proprietario. Come sottolinea Mackie, quando si ha a che fare

²²⁸ Cfr. J.L. Mackie, *The Cement of Universe. A Study of Causation*, Oxford University Press, Oxford 1974, pp. 62-64 (l'uso del corsivo è stato modificato). La teoria era stata anticipata in J.L. Mackie, *Causes and Conditions*, “*American Philosophical Quarterly*”, 2 (1965), pp. 245-264. Una versione delle condizioni causali sufficienti e/o necessarie si trova anche in I.M. Copi, C. Cohen, *Introduzione alla logica*, Il Mulino, Bologna 1997, cap. 12.

²²⁹ Cfr. H. Putnam, *Verità e etica*, Il Saggiatore, Milano 1982, pp. 56-58.

con scopi etico-legali siamo soprattutto interessati a stabilire quale sia la causa di un evento per capire come esso possa (o debba) venire evitato in futuro²³⁰. Ma, oltre a considerare gli interessi di chi conduce la ricerca della causa, si dovranno tenere di conto anche tutti i fattori che influiscono sul contesto in cui si colloca l'evento.

Per capire meglio questo ultimo punto, si può rivolgere l'attenzione al campo clinico e alla sospensione di mezzi di prolungamento della vita.

Quando un medico non-inizia un trattamento di prolungamento della vita e il paziente muore, si sostiene che la morte sia la patologia non curata. Questo poteva essere sicuramente vero quando il farmaco o trattamento non era stato ancora scoperto: in quel tempo, la patologia poteva essere sicuramente considerata la causa della morte del paziente. Ma nel momento in cui il trattamento è disponibile, il fatto che il medico non lo somministri induce ad aggiungere una condizione *inus* al campo causale. Ciò allarga lo spettro delle condizioni causali e implica anche un aumento della complessità della situazione.

Così, nel caso della sospensione o non-inizio di AIA, l'omissione del medico deve entrare nel campo causale come fattore *inus* che contribuisce a determinare la morte del paziente. Il ricorso a ragionamenti controfattuali sembra suffragare questa ipotesi: se il medico avesse iniziato/continuato AIA, la morte del paziente sarebbe stata ritardata. Ma i controfattuali potrebbero funzionare anche per altre condizioni causali. La selezione di una di esse come causa non può prescindere, anche in questo caso, con l'interesse che si pone chi formula la domanda.

Se l'interesse che muove la ricerca delle cause della morte fosse esclusivamente medico-patologico, allora si potrebbe sostenere che il paziente è morto per fame e per sete, cioè in seguito all'incapacità di alimentarsi e idratarsi autonomamente; questo giudizio è ottenibile se ci chiediamo cosa differenzia all'interno dell'insieme di tutti i pazienti sedati profondamente che sono morti. Alcuni sono morti di pneumonia, altri per disidratazione. Ma se l'intento della ricerca è etico-legale, difficilmente l'omissione del medico potrebbe essere ignorata come "causa". Perché fra tutti i pazienti che vengono sedati alcuni muoiono per mancanza di alimentazione e idratazione e altri no? Il senso della domanda "qual è la causa della morte del paziente" varia enormemente in questo caso. Come ha sottolineato Kuhse:

²³⁰ J.L. Mackie, *The Cement of Universe*, cit., p. 35.

... nel contesto sociale ed etico in cui siamo preoccupati di evitare o alleviare certe conseguenze dannose, come la morte, le azioni e le omissioni umane figureranno in modo centrale come cause del danno. Le considerazioni sul modo in cui conseguenze indesiderabili possono essere evitate renderanno certe azioni o omissioni più significative di altre condizioni e così più rilevanti per essere citate come cause. Si deve però enfatizzare il fatto che non è la loro significatività che le *rende* cause, ma piuttosto questa significatività rende rilevante citarle come tali. In altre parole, ciò che diviene una causa importante dipenderà, nel contesto sociale, dal quanto è rilevante nel produrre o evitare certe conseguenze²³¹.

Quando il paziente è sedato in modo profondo ed è incapace di alimentarsi e idratarsi autonomamente, la sospensione o il non inizio di AIA rendono il medico causalmente responsabile della morte del paziente. Il medico inoltre aveva l'opportunità, l'abilità e la consapevolezza di potere prolungare la vita del paziente continuando il trattamento o iniziandolo. Rimane una differenza descrittiva tra questo caso e il caso in cui il medico somministra una dose letale: mentre la sospensione o il non-inizio di AIA si inseriscono in un processo che non è iniziato dal medico, la somministrazione di sostanze letali *costituisce* essa stessa l'inizio del processo che porta alla morte. Il modello causale alternativo presentato suggerisce che tale differenza descrittiva non può costituire una ragione normativa per distinguere sul piano morale i due casi, almeno nella misura in cui si vuole sostenere che il medico che sospende o non-inizia AIA non ha alcun ruolo causale rispetto alla morte del paziente. Ciò significa che non si può accettare la premessa metafisica secondo cui nel caso dell'interruzione o della mancata erogazione di trattamenti sia la Natura (o Dio) l'agente dominante nel processo causale che porta alla morte nel caso²³².

Il modello di Mackie presenta tuttavia alcune difficoltà. In primo luogo il ricorso a controfattuali implica che la ricerca della causa sia orientata a sapere quali altre condizioni avrebbero potuto causare l'evento, mentre ciò che si vuole sapere è quali condizioni hanno causato questo evento qui e ora. Non ci interessa sapere quale sia il complesso di condizioni che, idealmente, avrebbero potuto causare l'evento ma cosa *ha prodotto* l'evento. La mancanza di sufficienza e necessità delle singole condizioni

²³¹ Kuhse, *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 64.

²³² Ivi, p. 80.

causali implica il riferimento a situazioni controfattuali o alternative che esulano dal caso particolare e riguardano casi generali. Mackie ad esempio sostiene:

Qual è la forza esatta dell'affermazione [...] secondo cui questo cortocircuito ha causato questo incendio? [...] Il cortocircuito non era una condizione necessaria perché questa casa prendesse fuoco in quel momento; [...] un cortocircuito avvenuto da qualche altra parte, o la caduta di una stufa a petrolio accesa, o qualunque cosa tra le tante avrebbe potuto far andare a fuoco la casa, se fosse avvenuta²³³.

L'obiezione mira a mettere in luce che quello che interessa non è cosa *avrebbe potuto* causare questo incendio in altri casi ipotetici ma cosa *ha causato* adesso *questo* incendio²³⁴.

Inoltre il carattere contesto-dipendente del modello di Mackie può dare luogo a conclusioni controintuitive. Generalmente, quando nel linguaggio ordinario si parla di una causa si indica con questo termine una condizione necessaria e sufficiente per la produzione di un evento. Tutte le altre condizioni con-causano l'evento, cioè contribuiscono alla sua produzione senza essere propriamente "cause". Mackie tende a dissolvere questo punto, poiché tutti i fattori *inus* individuati sono parti di per sé insufficienti di una condizione non necessaria. Ciò implica una moltiplicazione controintuitiva delle cause, fino a includere anche l'esistenza stessa della casa tra le condizioni-cause che producono l'incendio, oppure l'esistenza di un paziente in fase terminale una condizione-cause della sua morte. La nozione di "causalità negativa" implica che ogni evento sia comunque causato o prodotto da una serie infinita di omissioni da parte di tutti coloro che potrebbero prevenirlo o dal non verificarsi di eventi naturali. Il fatto che io abbia potuto bere un bicchiere d'acqua l'altra notte è causato dal fatto che mia madre *non* abbia finito la bottiglia d'acqua nel frigo; il fatto che io possa guardare la televisione è causato dal fatto che l'altra notte un fulmine *non* abbia danneggiato l'antenna²³⁵. L'analisi proposta ha plausibilità; tuttavia il problema è che il modello di Mackie ci consente di distinguere tra le condizioni causali – entro cui

²³³ J.L. Mackie, *Causes and Conditions*, cit., p. 245.

²³⁴ Cfr. ad es. D. Davidson, *Relazioni causali*, in *Azioni ed eventi*, cit., soprattutto pp. 216-220 e 223-225. Per altre critiche al modello di Mackie, cfr. M. Scriven, *Defects of the Necessary Condition Analysis of Causation* e J. Kim, *Causes and Events: Mackie on Causation*, entrambi in E. Sosa, M. Tooley (a cura di), *Causation*, Oxford University Press, Oxford 1993.

²³⁵ M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, cit., p. 86.

si possono inserire anche le condizioni negative – e le condizioni causali che si è pronti a indicare come “cause”. Difficilmente nel caso dell’incendio la domanda “qual è la causa?” potrà avere un senso tale per cui la risposta “l’esistenza della casa” sia una risposta soddisfacente. Analogamente, in un contesto clinico l’esistenza di un paziente in fase terminale difficilmente sarà indicata come “causa”, pur essendo in senso lato una condizione causale. L’ancoraggio agli interessi che animano gli interrogativi sulle cause rende implausibile citare come “causa” alcune condizioni.

Da questo punto di vista il modello potrebbe essere tacciato di eccessivo relativismo. Dopo tutto una causa è una causa. Anche dopo la scoperta degli antibiotici, i pazienti hanno continuato a morire di pneumonia anche se la mancata somministrazione dei farmaci può in alcuni casi essere indicata come una con-causa dell’evento. Il modello di Mackie tende a fare confusione tra tipi diversi di nessi causali: ciò che è rilevante tra le condizioni causali sul piano morale, non lo è sul piano fisico-biologico. Ma la confusione è forse solo terminologica. Dal punto di vista concettuale, individuare a fini morali una condizione come causa piuttosto che un’altra significa tenere in considerazione svariati termini di riferimento, tra cui compaiono anche i doveri del medico e la sua capacità di intervenire nel processo naturale. L’*interesse* di chi pone la domanda fa riferimento proprio a questo. L’elaborazione dei giudizi di causalità subisce l’influsso di fattori sociali e degli interessi espliciti o impliciti connessi agli scopi che la informano. Non sempre la domanda “qual è la causa” ha un significato oggettivo, imparziale, scientifico e, quando il contesto in cui si muove la ricerca ha un carattere etico come quello dell’interruzione di trattamenti di prolungamento della vita, la risposta è necessariamente condizionata dai fini che l’indagine bioetica si pone. Muovendosi su questo piano Daniel Callahan ha presentato un’interessante critica alla concezione consequenzialistica della pluralità delle condizioni, contestando proprio la tendenza a “moralizzare le cause”.

3.7 LA “FALLACIA ARTEFATTUALE” E LA MORALIZZAZIONE DELLE CAUSE

Secondo Callahan, la distinzione tradizionale tra uccidere e lasciare morire riposa sulla distinzione tra (a) le vite che terminano per “l’azione diretta di un’altra persona che diviene la causa della morte (come quando si spara ad un individuo)” e (b) le vite che

terminano per “il risultato di forze impersonali in cui nessun agente umano ha agito (la morte per scarica elettrica o per malattia)”. Lo scopo della distinzione è di distinguere tra morti causate dall’essere umano e morti causate da eventi non-umani, che ricalca la distinzione presentata tra morti indotte e morti naturali. Secondo Callahan ciò comporta una differenza morale: per le morti (a) il soggetto agente è moralmente responsabile, biasimevole e anche legalmente perseguibile. Per le morti (b) ciò non avviene. Callahan difende la distinzione su tre livelli: metafisico, morale e medico²³⁶.

Sul piano metafisico l’abbandono della distinzione presupporrebbe la cancellazione del confine tra il “sé” e il “mondo”, cioè tra ciò che risulta dall’azione umana e ciò che è il prodotto di forze naturali. Alcuni eventi sfuggono al controllo umano e quindi al giudizio morale e questo fatto non può essere negato da alcun ragionamento filosofico²³⁷. Sul piano medico Callahan ricorre all’argomento dell’assoluta incompatibilità tra gli scopi della professione medica e l’uccidere²³⁸. Ben più interessante è l’argomento morale presentato da Callahan. La distinzione tra uccidere e lasciare morire sottintende una differenza tra causalità fisica e colpevolezza morale, cioè tra casi in cui la nostra azione è causa fisica della morte di una persona e casi in cui la nostra astensione o interruzione di interventi permette alla malattia di agire come causa della morte della persona. Sebbene alcune volte questa linea divisoria può essere attraversata e l’agente possa essere moralmente colpevole di un’astensione tanto quanto di un’azione, non si può sostenere che *in assoluto* la distinzione perda senso.

Ma cosa succede realmente quando il medico sospende AIA in presenza dell’incapacità del paziente di alimentarsi e idratarsi autonomamente? Secondo Callahan, dal punto di vista fisico, è questa incapacità a determinare la morte del paziente. È pur vero che senza l’intervento del medico, il paziente avrebbe continuato a vivere ma è anche più vero che “[il paziente] non sarebbe stato a rischio di morte ‘se non’ per la sua malattia. È la realtà in ultima istanza decisiva quella che ha messo in moto tutto ciò che ne è seguito”²³⁹. L’evento che causa fisicamente la morte è la malattia o l’incapacità fisica che rende necessario l’uso di trattamenti di prolungamento della vita. Secondo Callahan ciò non significa che qualsiasi sospensione o non-inizio di

²³⁶ D. Callahan, *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, Georgetown University Press, Washington, D.C. 1990, p. 231.

²³⁷ Ivi, pp. 232-233.

²³⁸ Ivi, p. 236.

²³⁹ Ivi, p. 234.

trattamento sia giustificato: il fatto che il medico non sia causa fisica della morte non implica un'assoluzione dal punto di vista morale, che è legata all'esistenza di una buona ragione per l'astensione²⁴⁰.

Successivamente Callahan ha raffinato il suo argomento con l'individuazione di tre stadi della storia della medicina, che hanno generato diverse regole socio-morali. Dalla fase pre-moderna, in cui vigevano i doveri di effettuare diagnosi quando fosse possibile, non uccidere il paziente e dargli conforto in ogni momento, si è passati in un contesto in cui la disponibilità di mezzi di prolungamento della vita sempre più efficaci ha reso necessaria la creazione di nuovi doveri e nuove responsabilità. Così, la scoperta di cure per malattie un tempo inguaribili ha generato l'obbligo morale per il medico di somministrare tali cure; questo nuovo dovere ha fatto in modo che si delineassero nuovi profili di responsabilità morale e giuridica. Un medico che non somministra (o interrompe la somministrazione di) un farmaco o un trattamento salva-vita a un malato viola un dovere morale e giuridico fondamentale e la sua condotta può essere equiparata ad un'uccisione diretta di un paziente; questa nuova norma socio-morale, tuttavia, non preclude di riconoscere che la morte del paziente è conseguenza della malattia, e non della decisione del medico, a prescindere dal giudizio giuridico-morale che viene formulato.

La fase più recente della storia della medicina, introduce altre norme morali, relative al diritto del paziente di rifiutare le cure (il medico ha il dovere di rispettare la volontà del paziente), il dovere di arrestare un trattamento futile nel caso di pazienti incompetenti e il dovere di somministrare analgesici al fine di controllare il dolore terminale, anche a rischio di accelerare la morte²⁴¹. Ora, sostiene Callahan, molta della letteratura sul problema della distinzione tra uccidere e lasciare morire vuole giustificare la simmetria morale basandosi sul fatto che in entrambi i casi l'agente è moralmente responsabile della morte del paziente perché causalmente responsabile e questa è la strategia scelta da Kuhse in base al modello di Mackie. In realtà questi autori commettono una "fallacia artefattuale", cercando di derivare un "essere" da un "dovere". Quando un trattamento viene interrotto è la patologia letale o l'insufficienza fisica la causa fisica della morte, in quanto condizione temporaneamente arrestata ma

²⁴⁰ Ivi, p. 235.

²⁴¹ D. Callahan, *Terminal Sedation and the Artifactual Fallacy*, in T. Tansjo, *Terminal Sedation*, cit., pp. 94-95.

non eliminata. Callahan riassume così questo capovolgimento della tradizionale legge di Hume:

La costruzione della regola morale che pone l'obbligo di trattare ci ha permesso di chiamare una violazione di questa regola un atto colpevole e di trattarlo "come se" fosse una forma di uccisione diretta ed equivalente alla "causa" [fisica] di morte²⁴².

La capacità di intervenire con trattamenti che prolungano la vita in presenza di patologie o incapacità letali ha generato la norma socio-morale (e l'obbligo derivato) di prolungare la vita quando possibile. La violazione di questa norma ha comportato la condanna sul piano morale dell'astensione dal trattare un paziente affetto da patologia letale e la sua assimilazione all'uccisione diretta: il medico viene giudicato "come se" fosse la causa fisica della morte, anche se in realtà non è così – e basta una semplice autopsia per appurare questo fatto. Il "come se" della regola – un dovere – viene ridotto dalla fallacia artefattuale in un essere, ossia nel giudizio "non esiste differenza morale e descrittiva tra uccidere e lasciare morire".

Inoltre l'astensione del medico viene equiparata da Callahan al caso in cui una persona tenti di salvare invano un'altra persona in pericolo: se vedo un bagnante che sta affogando e sono un buon nuotatore, ho il dovere socio-morale di aiutarlo. Se durante il soccorso mi accorgo di non riuscire a portarlo a riva e a salvarlo, sono moralmente autorizzato a lasciarlo morire senza per questo venire accusato di averlo ucciso o di avere "accelerato" la sua morte. Ugualmente un medico che ha ritardato la morte di un paziente con l'applicazione di una terapia può decidere di sospenderla qualora non sia più efficace senza che egli acceleri la morte del paziente²⁴³.

Quindi, secondo Callahan, esistono due considerazioni rilevanti: in primo luogo nell'astensione dal trattamento il medico non è causa fisica della morte del paziente, cioè non uccide il paziente. In secondo luogo egli può essere moralmente giudicato "come se" uccidesse il paziente solo se non esistono ragioni valide per violare l'obbligo – sociale, morale e professionale – di prolungare la vita del paziente²⁴⁴.

²⁴² Ivi, p. 95.

²⁴³ Ivi, p. 96.

²⁴⁴ Ivi, pp. 98-99.

L'obiezione di Callahan è una versione raffinata della critica vista nel precedente paragrafo, secondo cui la concezione di Kuhse-Mackie confonde e rende artificiosa e irrealistica la nozione di "causa", confondendo fatti fisici e ragioni morali.

Come accennato, il termine "causa" ha un nel linguaggio ordinario un significato piuttosto limitato. È fuorviante indicare come causa l'astensione del medico perché generalmente indichiamo come cause fattori che hanno *in sé* il potere di determinare un effetto. La somministrazione di un farmaco letale è sufficiente per stroncare una vita, indipendentemente dalla condizione del soggetto a cui viene somministrato. La sospensione di un trattamento o il suo non-inizio non ha questa caratteristica. Quando fu interrotta la respirazione artificiale, Karen Quinlan non morì ma iniziò a respirare autonomamente. La sospensione di un mezzo *di per sé* non è sufficiente per determinare la morte di un paziente, ma lo è l'iniezione di cloruro di potassio nelle sue vene. Questa critica mette in luce che l'efficacia nel produrre certi effetti è un tratto distintivo degli eventi che indichiamo come cause e la sospensione o il non-inizio di trattamenti non hanno questa efficacia intrinseca. La morte è un effetto della somministrazione di sostanze letali sia se il soggetto è malato, sia se è sano; la sospensione o il non-inizio di un mezzo non hanno questa natura perché come dimostra il caso Quinlan si può sopravvivere anche quando viene interrotta la respirazione artificiale e questo per il fatto che è il deterioramento delle funzioni fisiche del paziente la "causa" della morte in questi casi²⁴⁵.

3.8 MORTI NATURALI, MORTI INDOTTE VS. MORTI GIUSTIFICATE, MORTI INGIUSTIFICATE

Gli argomenti contro il modello teorico-pratico di Kuhse-Mackie sono particolarmente interessanti perché mettono in luce almeno due aspetti fondamentali:

- (1) La necessità di ripensare l'intervento del medico nel caso dell'astensione di trattamenti di prolungamento della vita.

²⁴⁵ Per tali critiche si veda ad es. M.A.L. Oshana, *Ascriptions of Responsibility*, "American Philosophical Quarterly", 34 (1997), p. 72; M. Reichlin, *L'eutanasia nella bioetica di impostazione utilitaristica*, cit., pp. 347-348; M. Reichlin, *L'etica e la buona morte*, cit., p. 85; B. Brody, *Withdrawal of Treatment versus Killing the Patient*, in T. Beauchamp (a cura di), *Intending Death*, cit., pp. 100-102.

(2) La necessità di distinguere la causalità fisica e la responsabilità morale.

Alla luce di quanto detto, il modello delle condizioni come cause è inutilizzabile? In realtà tale modello presenta diverse criticità, anche dal punto di vista epistemologico, ma orienta nella giusta direzione.

Kuhse e Callahan condividono un'idea fondamentale: la disponibilità di mezzi di prolungamento della vita ha ampliato enormemente il potere del medico di intervenire nel corso della natura, orientandolo o bloccandolo. Tale potere è tuttavia al contempo limitato, in quanto la morte può essere ritardata ma mai cancellata del tutto: il controllo umano è esteso al tempo e alle circostanze in cui si muore ma non al *fatto stesso* della morte. Per cui arriverà un momento in cui necessariamente la natura riprenderà il suo corso normale nonostante tutti gli sforzi fatti per rimandare questo attimo. Come ha sottolineato una volta Tristram Engelhardt, i nuovi poteri conferiti al medico dallo sviluppo tecnologico implicano anche nuove responsabilità. Questo punto non può essere eluso. Callahan identifica il riconoscimento di queste nuove responsabilità nel momento della creazione di una norma socio-morale che comporta l'obbligo di trattare quando sia possibile farlo e coglie in questo modo un aspetto importante. Nuove responsabilità significano nuove condotte e nuovi paradigmi sociali; tuttavia l'ampliamento dei poteri della medicina non può comportare solo questo. La decisione del medico di iniziare o non-iniziare un trattamento, di sospenderlo o di proseguirlo influisce direttamente anche sul momento e sulle modalità in cui la morte si manifesta.

Queste modalità sono particolarmente importanti: scegliere di non sospendere l'idratazione e l'alimentazione artificiali implica in alcuni casi attendere che un'infezione o un arresto cardiaco uccidano il paziente sedato profondamente. Al contrario la sospensione o il non-inizio di questi trattamenti determina una situazione in cui il paziente molto spesso muore a causa della disidratazione o di problemi clinici connessi alla mancanza di nutrizione. La decisione del medico costituisce quindi un elemento fondamentale, che può influire sul corso degli eventi. Se queste osservazioni possono indurre a rifiutare visioni radicali come quella di Kuhse-Mackie e a ritenere che in caso di astensione del medico sia sempre una deficienza fisica a causare la morte del paziente, allo stesso tempo indicano che trascurare il contributo causale dell'agire medico alla produzione dell'effetto eluderebbe un fatto importante. In questo senso

alcuni autori hanno sviluppato modelli alternativi della causalità che possono essere più indicati per rendere conto del ruolo del medico che si astiene dai trattamenti.

Un esempio di tali modelli è quello della “causalità contributiva”²⁴⁶. Invece di individuare quali siano le condizioni necessarie e/o sufficienti per la produzione di un effetto, tale modello individua tutti quei fattori che contribuiscono alla produzione dell’effetto. Tra di essi si nasconde la causa ed è del tutto plausibile sostenere che nel caso della mancata o interrotta somministrazione di AIA sia stata l’incapacità di nutrirsi e idratarsi autonomamente la “causa” della morte del paziente. Sul piano fisico il corso della natura continua ad essere la causa della morte ma tra i fattori che contribuiscono alla produzione dell’effetto – pur non essendo cause – non può non essere citata l’astensione del medico. Dal punto di vista intuitivo il medico interviene in qualche modo e contribuisce al processo totale, sebbene intuitivamente siamo portati a indicare come la “causa” nella condizione clinica del paziente. Un modo ottimale di tradurre queste intuizioni in ragioni non sembra esistere, almeno che non si faccia ricorso ai controfattuali: se il medico avesse iniziato o non avesse interrotto il trattamento, il paziente sarebbe sopravvissuto (e forse sarebbe morto per altre condizioni cliniche). Resta anche difficile capire come “calcolare” il contributo di ciascun fattore alla produzione dell’effetto²⁴⁷.

Sono questi problemi tecnici legati al dibattito sui modelli causali ma la visione contributiva ha il pregio di mantenere salda una conclusione: nell’età della tecnica il medico che si astiene dal praticare o interrompe AIA contribuisce a produrre la morte pur non essendone la causa. Se questo contributo viene realizzato in modo consapevole e il medico aveva l’opportunità e l’abilità di agire altrimenti, allora il medico è anche responsabile di quanto accade.

L’argomento del corso della natura viene per lo meno indebolito, nella misura in cui si basa sulla negazione di qualsiasi forma di partecipazione causale del medico nel caso dell’astensione. Il medico è (parzialmente) responsabile della morte del paziente dal punto di vista causale. Ne è anche responsabile (parzialmente o *in toto*) dal punto di vista morale?

²⁴⁶ Cfr. R.G. Frey, *Causal Responsibility and Contributory Causation*, “Philosophy and Phenomenological Research”, 39 (1978-79), pp. 109-112.

²⁴⁷ Ivi, pp. 114-116.

Prima di procedere con altre critiche è forse necessario introdurre alcune considerazioni. In primo luogo, il resoconto qui presentato sembra porsi in modo neutrale rispetto alle teorie normative ma è un dato di fatto che esso è stato principalmente difeso da autori di orientamento consequenzialistico e marcatamente utilitaristico. Da un punto di vista strettamente utilitaristico, il giudizio “X è responsabile di Y” comprende la tesi secondo cui “X è casualmente responsabile di Y” – sotto certe condizioni di controllo – più l’idea che il grado di responsabilità di X (ossia quanto X possa essere biasimato o lodato) dipende dal grado di utilità che l’azione o omissione di X può produrre – ad esempio il suo impatto sulla qualità della vita del paziente. È noto che non esiste una sola versione dell’utilitarismo e quindi, in via di principio, possono esistere varie teorie della responsabilità, tante quante sono le teorie utilitaristiche. Senza addentrarsi in una complessa discussione, che coinvolge problemi di etica normativa, si può fare un esempio relativamente alla distinzione morale tra l’eutanasia attiva e la cosiddetta eutanasia passiva. Un utilitarista con marcate tendenze edonistiche, potrebbe sostenere che il medico che pratica un’eutanasia attiva è moralmente responsabile della morte del paziente tanto quanto il medico che sospende o non-inizia un mezzo ma è meno biasimabile, perché lasciare morire un paziente può comportare la produzione di maggiore sofferenza di quanto non comporti l’ucciderlo²⁴⁸. Questo esempio indica che i giudizi di responsabilità morale non sono dipendono fortemente da quale teoria o prospettiva etica si decide di adottare. La “moralizzazione” delle cause denunciata da Callahan deriva in parte da ciò: il fatto di avere scelto o inventato una norma socio-morale che obbliga a trattare laddove vi sono le possibilità di farlo determina l’esistenza di obblighi morali. Ma, come riconosce lo stesso Callahan, non sempre un’astensione dal trattamento coincide con la violazione di tali obblighi, perché vi possono essere ragioni per non biasimare il medico che interrompe o non inizia un trattamento o una terapia. Simmetricamente a quanto fatto nella prima parte si possono allora individuare due diversi giudizi, tra di loro complementari, che vengono elaborati quando la condotta dei medici viene sottoposta a scrutinio morale. Da un lato vi è un giudizio sulla responsabilità, dall’altro un giudizio sulla biasimevolezza della condotta medica.

²⁴⁸ È questo un argomento classico della bioetica utilitaristica: si veda ad es. P. Singer, *Practical Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 1993², pp. 211-212.

C'è un ultimo punto, a cui si è già accennato, che merita un'attenta considerazione e riguarda la casistica dei pazienti sottoposti a sedazione terminale. Può costituire una differenza morale il fatto che alcuni pazienti non siano in grado di alimentarsi e idratarsi autonomamente anche prima della sedazione? Questa considerazione è particolarmente interessante per il fatto che l'incapacità di alimentarsi e idratarsi autonomamente *dopo la sedazione* non è causata dal decorso della natura ma è conseguenza vera e propria della sedazione. Secondo lo schema di Kuhse-Green l'atto di sedazione più interruzione (o non-inizio) dei trattamenti equivarrebbe quindi ad un'uccisione. I medici iniziano un corso di azione che porterà alla morte e la loro astensione non incide su un processo iniziato dalla natura. Per questo motivo, si può sostenere, la pratica della sedazione terminale non è sostanzialmente diversa dall'eutanasia e quindi è incompatibile con qualsiasi prospettiva etica che imponga il dovere assoluto di non uccidere. La proposta di Tännsjö di considerare la sedazione terminale come alternative moralmente accettabile dell'eutanasia non è quindi sostenibile, almeno per questa categoria di pazienti²⁴⁹.

Gli argomenti che fanno appello alla causalità, e in particolare modo alla versione della causalità contributiva, mettono in luce che il medico che sospende o non-inizia AIA è moralmente responsabile della morte del paziente ma occorrono altri argomenti per decidere se il medico sia moralmente biasimevole per quella morte. Ciò impone di abbandonare completamente la distinzione tra morti naturali e morti indotte, perché la distinzione rilevante è quella tra morti (moralmente) *giustificate* e morti (moralmente) *ingiustificate*²⁵⁰. In entrambi i casi si tratta di morti indotte e questo implica che l'argomento del corso della natura non sia valido.

3.9 INTERLUDIO: NATURA VS. ARTIFICIO

Prima di spostarsi sul terreno della giustificabilità della produzione di una morte, è forse utile soffermarsi su di un'altra interpretazione del ruolo morale della distinzione tra naturale e indotto (artificiale). L'argomento del corso della natura si basa sulla premessa

²⁴⁹ Cfr. H. Kuhse, *Why Terminal Sedation Is No Solution to the Voluntary Euthanasia Debate*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation*, cit., p. 61.

²⁵⁰ Per osservazioni simili, cfr. T.L. Beauchamp, J. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit. pp. 224-225.

secondo cui il medico non gioca alcun ruolo causale nella produzione della morte del paziente. L'estraneità del medico dai processi causali implicherebbe l'impossibilità di elaborare un giudizio morale nella condotta del medico: l'agire è moralmente neutrale rispetto alle conseguenze prodotte. Un'analisi del ruolo causale svolto dal medico mostra che *per lo meno* egli contribuisce alla produzione dell'evento morte, anche se è possibile sul piano descrittivo indicare la patologia o insufficienza sottostante come la causa reale.

La risposta all'argomento del corso della natura ha un carattere consequenzialistico proprio perché la formulazione predominante e diffusa in letteratura dell'argomento sulla negazione di un rapporto tra l'agente e le conseguenze. Pur ammettendo che il medico contribuisce a produrre la morte del paziente, si può tuttavia sostenere che egli non è biasimevole in certi casi di fare ciò, in quanto permette alla natura di fare il suo corso.

La legittimità morale del comportamento è dettata dal fatto che di fronte alla sopravvivenza artificiale l'unica alternativa moralmente giusta è costituita da una morte naturale: il dato naturale ha primato morale sul dato artificiale. Mentre nella formulazione consequenzialistica, si poneva una contrapposizione diadica tra la morte indotta (eutanasia) e la morte naturale (sospensione o non-inizio delle cure), in questa versione la contrapposizione riguarda tre elementi: morte naturale, morte indotta, sopravvivenza artificiale.

Pur riconoscendo che la decisione del medico di sospendere una cura è in qualche modo un fattore, tuttavia il medico non può essere biasimato per la morte che ne consegue, in quanto è una morte naturale. Di contro, la morte indotta viene percepita come moralmente sbagliata, per il fatto che l'agire medico – una specie di “artificio” – provoca una morte deliberata tramite una modalità attiva. Il carattere artificiale della sopravvivenza non costituisce un disvalore in assoluto, perché alcuni interventi sono moralmente doverosi: la mancata somministrazione di un antibiotico per curare una pneumonia o il mancato impianto di un pacemaker per ristabilire la funzionalità cardiaca non possono essere degli interventi moralmente ingiusti in quanto artificiali. Un medico che si astenesse dal somministrare l'antibiotico o dall'impiantare un pacemaker sarebbe imputabile moralmente e legalmente di omissione di cura, in quanto

la sua condotta equivale ad una interruzione intenzionale della vita oppure alla produzione intenzionale di un danno.

Come individuare i casi in cui l'astensione non è una forma di interruzione intenzionale della vita ma equivale a permettere alla natura di fare il suo corso? Si vedrà nel prossimo paragrafo che la distinzione tra mezzi ordinari e mezzi straordinari costituisce il fulcro per distinguere tra morti ingiustificate e morti ingiustificate. Per adesso ci si limiterà ancora alla contrapposizione tra morte naturale e morte indotta.

In questa ottica la sopravvivenza ottenuta grazie a trattamenti medici aggressivi e macchine è in realtà una forma prolungata e artificiale del morire, a cui si contrappone l'ideale della morte naturale, cioè di una morte serena, pacifica, facile²⁵¹, sottratta al controllo e al dominio della vita da parte dell'uomo. La riaffermazione della naturalità del morire è una ribellione verso uno dei prodotti della medicina tecnologica, penetrato oramai a fondo nell'immaginario collettivo, "il moribondo irto di tubi", come lo ha descritto lo storico Philippe Ariès²⁵².

L'opposizione tra i due diversi modelli di morte può fondarsi sulla premessa per cui esiste una diversità normativa tra processi naturali e processi artificiali. Come ha sottolineato Hopkins:

... la cosa importante da considerare è che l'omissione di trattamento e l'agire passivo vengono identificati in dipendenza da assunzioni sull'ontologia, la rilevanza e la annullabilità della tecnologia. Soltanto se si assume che esiste una differenza metafisica, essenziale e morale intrinseca tra le macchine e gli organi corporei naturali si può sostenere che spegnere una macchina è una mera omissione, un mero atto passivo²⁵³.

Questa lettura dell'argomento del corso della natura chiama in causa la premessa secondo cui il "naturale" acquista un primato morale sull'artificio.

Vi sono buone ragioni per credere che un appello alla natura possa effettivamente tracciare una distinzione morale tra la rimozione di supporti tecnologici e l'uccisione del paziente. Come si è visto, il fatto che il medico non agisca o rimuova un ostacolo che permette alla natura di fare il suo corso non significa che egli non prenda assolutamente parte alla produzione del risultato che ne consegue. Inoltre, non sembra

²⁵¹ M.P. Battin, *The Least Worst Death*, Oxford University Press, New York-Oxford 1994, p. 33.

²⁵² P. Ariès, *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, Mondadori, Milano 1992, p. 689.

²⁵³ P.D. Hopkins, *Why Removing Machines Count as "Passive" Euthanasia?*, cit., p. 35.

che la differenza sulle modalità con cui viene tenuto in vita un paziente (spontaneità naturale delle funzioni o vicariamento di queste tramite macchinari) sia una ragione per sostenere che l'interruzione di una queste modalità è moralmente diversa dall'altra. Questo punto viene sottolineato in modo energico da Hopkins nell'articolo citato, che propone un confronto "ardito" tra interruzione della respirazione artificiale e interruzione della respirazione naturale: la differenza tra le due non può essere data semplicemente dal semplice fatto che la prima riguarda un sistema di respirazione costituito da macchine e la seconda un sistema di respirazione costituito da organi non-artificiali.

Il risultato è che quando interrompiamo la funzione del sistema polmonare di una persona, abbiamo con ciò causato la sua incapacità di scambiare gas necessari. Nel fare questo, noi la uccidiamo. È la nostra distruzione del suo sistema polmonare – sia esso etichettato come artificiale o naturale – che le impedisce di respirare²⁵⁴.

Tuttavia le parole di Hopkins possono essere fuorvianti. Nel sospendere un trattamento artificiale non agiamo in modo diverso dal rimuovere un sistema naturale. Questo non comporta che ogni volta che il medico decide di sospendere un trattamento egli "uccide" il paziente, nel senso morale ordinario di provocare una morte ingiustificata. Negare la differenza tra natura e artificio dal punto di vista morale significa asserire che i giudizi morali circa la condotta dei medici che sospendono un trattamento di prolungamento della vita non possono basarsi sulla semplice constatazione che in questo caso la natura fa il suo corso. Non possono cioè venire invocati a priori ma devono essere misurati in base a ragioni che prendono in considerazione anche altri elementi, quali ad esempio il consenso del paziente.

Riguardo all'interruzione di AIA, il primato del naturale dell'artificiale non può indurci a sostenere che, *a priori*, non dare cibo o acqua ad una persona che non riesce a procurarseli da sola sia una condotta moralmente peggiore del sospendere la nutrizione e l'alimentazione artificiali in un paziente che non è in grado di alimentarsi e idratarsi autonomamente. In entrambi si priva una persona di mezzi necessari per il suo sostentamento. Ma vi possono essere ragioni morali cogenti perché nel primo caso la condotta equivalga ad un'uccisione – nel senso di produzione di morte ingiustificata – e

²⁵⁴ Ibidem.

nel secondo sia invece moralmente non biasimabile. Mentre negare cibo e acqua ad un bambino africano e condannarlo alla morte è un'uccisione nel senso morale ordinario, negare nutrizione e alimentazione artificiali ad un paziente in stato vegetativo permanente *può* essere moralmente accettabile per la presenza di una direttiva anticipata o perché si giudica futile la prosecuzione di questi interventi. Su questo punto si tornerà in seguito ma già adesso si può dire che sono queste le ragioni morali che devono contare pro o contro una determinata decisione.

3.10 MORTI GIUSTIFICATE? RINUNCIARE A TRATTAMENTI STRAORDINARI, SPROPORZIONATI O FUTILI

Il riconoscimento del ruolo causale del medico quando si astiene dall'iniziare o continuare una cura implica il riconoscimento della sua responsabilità nella produzione della morte del paziente. Ciò riporta alla distinzione fatta nel caso del doppio effetto tra responsabilità morale da una parte e ammissibilità/reprensibilità morale.

Il medico moralmente responsabile della morte del paziente non diviene automaticamente moralmente reprensibile. La sua condotta nel non iniziare o interrompere una trattamento salva-vita potrebbe essere moralmente giustificata *anche se* comporta la produzione della morte del paziente. Quindi occorre valutare quali siano le ragioni che potrebbero essere invocate per legittimare la condotta del medico – e quindi non ritenerla degna di biasimo morale – e se esse riescono effettivamente ad assolvere questo compito.

Quando un medico non-inizia o sospende un trattamento deve fornire una ragione che motivi e giustifichi la sua decisione. Generalmente si sostiene che l'astensione è moralmente lecita quando riguarda un trattamento straordinario o sproporzionato.

La distinzione tra mezzi ordinari (o proporzionati) e mezzi straordinari (o sproporzionati) è nota alla teologia morale cattolica fin dal XVI secolo ed è frequentemente usata in letteratura²⁵⁵. Un mezzo ordinario o proporzionato è un trattamento medico il cui impiego è moralmente obbligatorio per il medico. Un

²⁵⁵ Cfr. M. Panicola, *Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight*, "Hastings Center Report", 31 (2001), pp. 14-25.

trattamento straordinario o sproporzionato è un trattamento medico il cui impiego *non* è moralmente doveroso.

Prima di discutere più in dettaglio il significato della distinzione, è forse opportuno specificare quale sia il suo ruolo effettivo nel verificare l'accettabilità morale di un'astensione. Generalmente la distinzione viene considerata come fondamento di un principio o regola morale indipendente e come tale del tutto autonoma rispetto a distinzioni come quella tra intenzione/previsione e a principi come quello del doppio effetto:

I pazienti o i professionisti della salute moralmente cauti, che non difendono l'eutanasia o il suicidio assistito, sono titolati a non iniziare o sospendere trattamenti di prolungamento della vita che sono futili o sproporzionatamente onerosi secondo l'insegnamento della teologia morale cattolica fin dal 1500, molto prima quindi della formulazione esplicita della regola del doppio effetto nella letteratura morale. Secondo questa regola un individuo può rifiutare trattamenti che non hanno alcun beneficio o sono sproporzionatamente onerosi. La regola riguarda il rifiuto del trattamento e non è una guida per il trattamento attivo²⁵⁶.

Il principio secondo cui è lecito sospendere un trattamento straordinario o sproporzionato non dipende quindi dall'intenzione del medico e serve per stabilire in quali condizioni sia lecito sospendere o non iniziare un trattamento, mentre la dottrina del doppio effetto si propone come guida per decidere *come* curare un individuo.

Questa impostazione è decisamente maggioritaria in letteratura e tuttavia non riesce a cogliere a pieno il ruolo della distinzione tra mezzi ordinari/straordinari. In *Vacco vs. Quill*, il giudice Rehnquist adotta una strategia diversa e riconduce questa distinzione e il principio derivante alla sola dottrina del doppio effetto.

Inoltre un medico che sospende, o onora il rifiuto di un paziente ad iniziare, un trattamento medico di prolungamento della vita intende, o potrebbe in questo modo intendere, soltanto rispettare i desideri del suo paziente e "cessare di fare cose inutili, futili o degradanti al paziente quando egli non può più trarne beneficio"²⁵⁷.

²⁵⁶ P. Sulmasy, *The Rule of Double Effect*, cit., pp. 547-548.

²⁵⁷ *Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997), pp. 801-802. La citazione tra virgolette è tratta dalla testimonianza resa da Leon Kass nel 1996 davanti al Subcommittee on the Constitution of the House Committee on the Judiciary.

Rehnquist sostiene quindi che l'astensione del medico nel fornire un trattamento di prolungamento della vita è giustificata dall'intenzione: in seguito all'esecuzione della scelta il paziente muore, l'assenza di un'intenzione di provocare la morte rende lecita l'omissione. Ciò vale anche per la decisione del paziente di rifiutare un trattamento: in questo caso non ci si trova davanti ad un caso di suicidio perché il paziente non ha intenzione di porre fine alla propria vita, quanto piuttosto di rinunciare ad tecnologie, farmaci o trattamenti medici non voluti.

Il ricorso al principio dell'intenzione dipende chiaramente dalla valutazione preliminare della straordinarietà (o sproporzionatezza) di un mezzo ma sembra del tutto coerente qualora si tenga a mente che la *Dichiarazione sull'eutanasia* della Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede non definisce l'eutanasia nei soli termini dell'intervento attivo del medico che pone fine alla vita del paziente, ma fa riferimento all'intenzionalità. Anche un'omissione che abbia l'intenzione di abbreviare la vita del paziente è un caso di eutanasia. Per questo la specificazione del ruolo dell'intenzionalità è decisiva in questo caso. Un'astensione che sia motivata dall'intenzione di sospendere un mezzo sproporzionato si distingue *moralmente* dalla sospensione di una cura finalizzata ad abbreviare la vita del paziente: in entrambi i casi il medico è responsabile della morte del paziente ma nel primo caso essa è meramente prevista, mentre nel secondo è l'obiettivo primario a cui mira la decisione e l'omissione del medico. Ad esempio, nel brano seguente si fa uso del concetto di intenzione per giustificare l'astensione da trattamenti medici:

... non iniziare e sospendere un trattamento accelererà la morte del paziente, sebbene la morte del paziente non sia intesa e non sia attivamente prodotta. La morte avviene in seguito all'astensione dal trattamento ma la decisione di interromperlo non è la causa della morte del paziente²⁵⁸.

In questo caso l'argomento del corso della natura e l'argomento dell'intenzione vengono combinati insieme: la morte che segue dall'astensione non rientra nell'intenzione del medico e non è conseguenza della sua condotta. Ma, come si è visto,

²⁵⁸ H. ten Have, R. Janssens, *Futility, Limits and Palliative Care*, in H. ten Have, D. Clark (a cura di), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives*, cit., p. 219. L'argomento viene usato anche in B. Steinbock, *The Intentional Termination of Life*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, cit., p. 127.

il medico che si astiene dall'intervenire o interrompe il suo intervento contribuisce causalmente a produrre la morte del paziente.

L'intenzione allora diviene l'unico modo per discriminare dal punto di vista morale i casi in cui il medico si astiene dal trattare il paziente. Non tutte le "omissioni" sono considerate moralmente accettabili, sebbene in tutti i casi di omissione il medico sia moralmente responsabile della morte del paziente²⁵⁹. Senza questa precisazione diverrebbe inintelligibile il motivo per cui la condotta del medico viene considerata moralmente ammissibile in alcuni casi di omissione e non in altri. Per visualizzare queste distinzioni si può fare ricorso allo schema utilizzato nel capitolo 2 di questo lavoro:



Come si è già accennato discutendo della DDE, la distinzione conseguenze intese/conseguenze previste non è sovrapponibile a quella tra azioni/astensioni. Lo schema proposto è comunque compatibile con questa tesi, in quanto sostiene che l'applicazione del doppio effetto costituisce una giustificazione morale della rinuncia a un mezzo straordinario o sproporzionato e non una base per individuare una distinzione logica tra azioni e astensioni.

La rilevanza morale della distinzione tra una conseguenza che costituisce l'intenzione dell'agire e una conseguenza che invece è meramente prevista – effetto collaterale – è già stata ampiamente esaminata nel capitolo 2. A questo proposito le considerazioni svolte in quella sede possono essere ripetute anche per questo caso. Nel

²⁵⁹ Cfr. anche British Medical Association. *Withholding and Withdrawing Life Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making*, BMJ Books, London 2001², p. 58.

caso considerato, il medico che accetta di provocare la morte pur di sospendere un mezzo considerato straordinario giudica che le condizioni in cui si trova il paziente sono tali che la morte non costituisce un male incommensurabile e, anzi, nella particolare situazione può essere considerata come la scelta moralmente preferibile rispetto alle alternative disponibili – ovverosia continuare ad usare un mezzo straordinario e prolungare la vita. Lo *status* di effetto collaterale previsto ma non voluto non esime il medico né dall'essere giudicato dal punto di vista della responsabilità morale, né dall'essere giudicato dal punto di vista della repressibilità morale. Se si accetta una spiegazione della DDE, la morte del paziente non si colloca al di fuori del perimetro della deliberazione pratica del medico e pertanto la condotta in esame dovrà essere giudicata *in modo totale*. In questo senso si può dire che comunque l'azione del medico mira *tutto considerato* alla morte del paziente.

Ma per capire se questo schema abbia una sua validità occorre anche rivolgersi alla nozione di “mezzo straordinario”, in modo da evidenziare adeguatamente tutte le implicazioni del suo uso.

La prima considerazione da fare è che secondo la distinzione tra mezzi ordinari/straordinari nessun trattamento medico è *in sé* ordinario o straordinario: la natura di un trattamento non può essere stabilita a priori, compilando una lista che etichetti alcuni trattamenti medici come ordinari o straordinari senza alcun riferimento al particolare contesto in cui vengono impiegati e alle conseguenze che il loro uso può comportare²⁶⁰.

Pertanto l'uso della distinzione presuppone che vengano specificati i criteri in base al quale un trattamento è ordinario o straordinario. Su questo punto si è sviluppato un ampio dibattito su come definire l'ordinarietà o la proporzionalità di un mezzo medico. I tentativi di fare dipendere queste nozioni da parametri oggettivi come la semplicità o l'usualità di un mezzo non sembrano avere successo, in quanto queste proprietà non sembrano avere una rilevanza morale. Se un mezzo ordinario è un mezzo il cui uso è moralmente doveroso, allora si devono dare ragioni morali per giustificare questa sua connotazione etica²⁶¹. Le nozioni di “inusualità” o “complessità” non

²⁶⁰ Cfr. D.W. Brock, *Forgoing Life-Sustaining Food and Water: Is It Killing?*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, Indiana University Press, Bloomington 1989, pp. 129-130.

²⁶¹ Cfr. H. Kuhse, *The Sanctity of Life Doctrine in Medicine*, cit., pp. 171-172.

possiedono inoltre un significato chiaro: rispetto a quali parametri un trattamento può essere ritenuto inusuale? Valgono considerazioni di tipo statistico? Quando un trattamento è complesso? Si deve ricordare che la complessità o l'inusualità sono caratteristiche che subiscono grandi variazioni rispetto alla disponibilità di risorse sanitarie. Un antibiotico può essere un trattamento usuale e semplice nell'ambito del sistema sanitario di un paese altamente sviluppato, mentre può essere un trattamento inusuale o complesso in un paese in cui le risorse sanitarie e finanziarie sono scarse. Potremmo dire che questo antibiotico è un mezzo moralmente non obbligatorio in un ospedale di una regione sottosviluppata dell'Africa e moralmente obbligatorio in Italia? Difficilmente un giudizio di questo tipo saprebbe catturare in modo efficace la valenza morale della distinzione tra mezzi ordinari e mezzi straordinari²⁶².

Anche la formulazione della distinzione presente nella *Dichiarazione sull'eutanasia* non fa riferimento semplicemente alla complessità e alla usualità del trattamento in questione ma indica come rilevanti anche il contesto e la situazione clinica del paziente:

... si potranno valutare bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di complessità e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle *condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali*. [...] Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che *procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita*, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi²⁶³.

I due elementi con cui la valutazione oggettiva del trattamento deve essere messa in relazione sono quindi il risultato atteso dell'applicazione del trattamento e lo stato della persona. Pertanto un antibiotico può essere ordinario in quanto alla complessità, al costo, al rischio e alla possibilità di utilizzarlo ma straordinario se questi elementi vengono messi in relazione al particolare contesto clinico in cui versa il paziente e al risultato che ci si attende di ottenere con l'uso di questa cura rispetto al decorso della malattia. Anche questa formulazione, sicuramente più soddisfacente, solleva degli interrogativi. Come valutare il risultato atteso? Se tale valutazione deve fare riferimento

²⁶² R. Veatch, *Death, Dying and Biological Revolution*, cit., pp. 79-80.

²⁶³ Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'eutanasia*, cit., par. 4.

alla *efficacia* del trattamento nel curare la malattia o prolungare la vita del particolare paziente che si sta considerando, si tratterà comunque di un giudizio medico e quindi “oggettivo”. Se l’antibiotico riesce a curare la pneumonia, allora esso è ordinario. Una simile applicazione della distinzione è però altamente riduttiva, in quanto può valere per qualunque tipo di intervento, in qualsiasi situazione clinica. Anche un’aspirina può essere considerata ordinaria/straordinaria rispetto alla specifica patologia da cui è affetto il paziente. Inoltre questa interpretazione sembra ridurre la distinzione a fondamento di giudizi di buona pratica medica. L’uso delle nozioni di ordinarietà/proporzionalità e straordinarietà/sproporzionalità sembrano rinviare a significati più peculiari, che abbiano una qualche incisività nelle decisioni di fine vita, ossia in quelle scelte che possono determinare le modalità di vita o di morte del paziente²⁶⁴.

Il dibattito sulla natura della distinzione ha fatto emergere che i giudizi derivabili hanno un carattere essenzialmente valutativo e in quanto tali non possono essere formulati in base a mere considerazioni tecnico-mediche. Non solo, ma come hanno sostenuto vari autori, essi non sono propriamente giudizi sui trattamenti medici ma sulla *qualità della vita* che consegue dall’impiego dei trattamenti medici. Il criterio centrale per giudicare se un dato trattamento è sproporzionato è costituito dalla valutazione dei benefici e dei danni che conseguono dal suo utilizzo. Un trattamento medico non ha solo l’effetto di prolungare la vita o di curare una patologia ma anche di incidere sulla qualità della vita futura del paziente. La somministrazione di aspirina per un raffreddore è proporzionata non solo perché efficace nel guarirlo ma anche perché la qualità della vita che ne risulta non presenta aspetti problematici dal punto di vista morale. Le cose chiaramente si complicano nel momento in cui aumenta la complessità degli interventi medici, diviene più critica la condizione clinica del paziente e divengono più difficili da valutare i rapporti tra questi due variabili. Così la somministrazione di un antibiotico per curare una pneumonia può essere un trattamento sproporzionato perché ha l’effetto di prolungare una vita in cui il danno in termini di sofferenza o di mancanza di dignità supera il beneficio.

Anche il suggerimento di abbandonare la nozione di proporzionalità per introdurre quella di futilità non sembra evitare la natura valutativa di certi giudizi che fondano le decisioni di fine vita. Definire “futile” una terapia inefficace, cioè un

²⁶⁴ Cfr. H. Kuhse, *The Sanctity of Life Doctrine in Medicine*, cit., p. 174.

trattamento che non raggiunge i propri obiettivi terapeutici, solleva gli stessi problemi che si sono visti per la definizione oggettiva di sproporzionatezza o straordinarietà. Già agli inizi degli anni novanta, Daniel Callahan si interrogava sull'efficacia di tale nozione e sulla sua natura: definire "futile" un trattamento medico è un giudizio fattuale o un giudizio morale? Secondo Callahan questo è il "problema senza nome" che caratterizza la nozione di futilità²⁶⁵. Da questo punto di vista, essa condivide lo *status* della distinzione tra trattamenti ordinari/straordinari. L'idea che la futilità sia una nozione tecnica, fattuale e medica ha generato l'illusione che potesse essere uno strumento neutrale per decidere se sia lecito sospendere un trattamento in una data situazione, a prescindere dalle richieste del paziente. Seppure essa incorpori una valutazione oggettiva e fisiologica del rapporto tra gli scopi che un particolare intervento medico dovrebbe perseguire e gli effettivi risultati che l'applicazione di tale intervento conseguirà, la futilità implica anche valutazioni di tipo morale²⁶⁶. Per questo motivo si è distinto il carattere "fisiologico" e il carattere "qualitativo" del concetto di futilità²⁶⁷. Quando un trattamento è qualitativamente futile? David Lamb, basandosi su di un articolo di Cranford e Gostin, individua tre criteri perché un trattamento medico sia giudicato futile: 1) "non è in grado di apportare miglioramenti in termini di qualità e durata della vita del paziente, né possa migliorare il suo stato fisico e mentale"; 2) è dannoso per il paziente, in quanto prolunga la vita ma genera menomazioni; 3) implica un utilizzo di risorse sanitarie scarse che potrebbero essere impiegate più efficacemente per altri pazienti²⁶⁸. A parte il terzo criterio – che anche Lamb tende ad escludere dalla definizione di futilità – gli altri due chiamano in gioco non parametri clinico-oggettivi ma parametri di valore. Un trattamento è futile quando non riesce ad incidere sulla qualità della vita. La differenza tra la futilità e la sproporzionatezza sembra relativa ai concetti morali deontici correlati. Se un mezzo è sproporzionato, allora è lecito sospenderlo mentre se è futile diviene doveroso non proseguire con il suo impiego. Questa differenza è data dal contesto in cui sono nate le due nozioni. Mentre la distinzione tra mezzi proporzionati/ordinari e sproporzionati/straordinari è finalizzata ad

²⁶⁵ D. Callahan, *Medical Futility, Medical Necessity. The-Problem-Without-A-Name*, "Hastings Center Report", 21 (1991), pp. 30-35.

²⁶⁶ Cfr. R. Halliday, *Medical Futility and the Social Context*, "Journal of Medical Ethics", 23 (1997), pp. 148-153.

²⁶⁷ Cfr. N.S. Jecker, *Medical Futility and Care of Dying Patients*, "West Journal of Medicine", 163 (1995), p. 288.

²⁶⁸ D. Lamb, *L'etica alle frontiere della vita*, Il Mulino, Bologna 1998, pp. 124-126.

individuare le condizioni per cui un medico che sospende un mezzo sia o meno repressibile dal punto di vista morale per le conseguenze prodotte – dando per scontato che egli è responsabile per esse –, la nozione di futilità è volta a riequilibrare l'autonomia e l'autorità (anche morale) del medico di fronte all'autonomia del paziente. In altre parole, se un mezzo è sproporzionato il medico *può* sospenderlo valutando la situazione complessiva mentre se è futile egli *deve* sospenderlo. La futilità è uno strumento morale per superare l'*impasse* in cui ci si trova quando il paziente o il suo fiduciario richiedono un trattamento che il medico giudica futile. In questo caso il medico agisce in modo moralmente accettabile se decide “unilateralmente” di sospendere o non somministrare il trattamento in questione²⁶⁹.

Al di là delle differenze specifiche, tanto la distinzione mezzi proporzionati/mezzi sproporzionati quanto la nozione di futilità sembrano avere un tratto comune: due pazienti con la stessa patologia possono giudicare diversamente lo stesso trattamento medico e due medici confrontati con lo stesso paziente possono esprimere due giudizi diversi circa la futilità di quel trattamento medico²⁷⁰. Questo avviene perché non si usano concetti oggettivi e imparziali, bensì concetti legati strettamente a valori e per di più a valori che riguardano *indirettamente* il trattamento medico e *direttamente* il tipo di vita che risulterà dall'impiego della cura. La rinuncia ad un respiratore artificiale o a un qualsiasi altro mezzo in quanto sproporzionato o futile è motivata in ultima istanza dalla percezione che i risultati attesi dal suo impiego non sono moralmente desiderabili, ossia il mezzo ha l'unico risultato di prolungare una vita in cui la sofferenza o mancanza di dignità prospettate costituiscono una ragione per rifiutare quel mezzo.

Sia che si scelga la distinzione proporzionato/sproporzionato, sia che si scelga la nozione di futilità come punto archimedeo per stabilire la legittimità morale della

²⁶⁹ La relazione tra la nozione di futilità e il concetto deontico di “obbligo di non trattare” viene efficacemente rilevata da T. Beauchamp, J. Childress, *Principi di etica biomedica*, cit., pp. 212-215. Da notare che Lamb inserisce la difesa della futilità nel contesto della relazione medico-paziente alla luce di un modello di “paternalismo moderato”: D. Lamb, *L'etica alle frontiere della vita*, cit., pp. 126-131. Sul rapporto tra futilità e relazione medico-paziente cfr. A. Lelie, M. Verweij, *Futility Without a Dichotomy: Towards an Ideal Physician-Patient Relationship*, “Bioethics”, 17 (2003), pp. 21-31, M. Wreen, *Medical Futility and Physician Discretion*, “Journal of Medical Ethics”, 30 (2004), pp. 275-278, E.D. Pellegrino, *Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept*, “HEC Forum”, 17 (2005), pp. 308-318. Per una critica al “futilitarismo” cfr. K. Dunphy, *Futilitarianism: Knowing How Much Is Enough in End-of-Life Healthcare*, “Palliative Medicine”, 14 (2000), pp. 313-322.

²⁷⁰ D. Lamb, *L'etica alle frontiere della vita*, cit., pp. 174-180; R. Veatch, *Death, Dying and Biological Revolution*, cit., pp. 82-83.

rinuncia a trattamenti di prolungamento della vita, rimane da considerare se si possa legittimamente sostenere che la morte conseguente a tale decisione sia moralmente giustificata dal punto di vista del medico.

Poniamo che un malato in fase terminale abbia sottoscritto una direttiva anticipata in cui chiede, nel caso ci sia bisogno del ricorso ad una sedazione continua e profonda, che AIA vengano sospese o non iniziate. Presumibilmente la richiesta è motivata dal fatto che giudica inutile dal punto di vista morale il prolungamento di una vita in stato di incoscienza anche se per un breve periodo. Si può dire che il medico che sospende o non inizia AIA sta soltanto onorando la direttiva del paziente oppure sta rinunciando a un trattamento futile e non mira assolutamente a produrre la morte? Qui si ripropongono i problemi legati alla rilevanza morale della distinzione tra conseguenze intese e conseguenze previste. Il medico è disposto ad accettare che il proseguimento delle cure salva vita risulta oneroso per il paziente e che quindi si danno due opzioni: (A) non esaudire la richiesta, proseguendo la cura, e sottoporre il paziente ad una vita da lui giudicata onerosa oppure (B) esaudire la richiesta, sospendendo la cura, ed accettare che il paziente muoia. Tutto considerato l'alternativa (B) appare preferibile, in quanto la ragione di rispettare la volontà del paziente, il suo diritto a rifiutare trattamenti di prolungamento della vita e la dignità del suo giudizio sulla propria condizione può essere moralmente prevalente sull'obbligo di continuare i trattamenti. Il medico rimane con-causa della morte del paziente, la quale è giustificata. La morte assume qui i contorni di un male relativo, piuttosto che di un male assoluto, perché prioritario è il riconoscimento del diritto del paziente di decidere sulla propria vita e di rinunciare ad un trattamento che consente una vita non più compatibile con i suoi valori, i suoi impegni e i suoi ideali.

Come ha ben sintetizzato, David Orentlicher è difficile tracciare una distinzione morale chiara e netta tra il rifiuto di un trattamento oneroso e il rifiuto di una vita onerosa, perché molto spesso i due fattori si presentano come le facce della stessa medaglia:

Quando la vita di una persona è dipendente dal trattamento medico, la sola vita che la persona possiede è una vita con il trattamento; la vita e il trattamento sono inseparabili. [...] [Ad esempio] i pazienti cronici in dialisi potrebbero godere del lato intellettuale o spirituale delle loro vite ma le loro vite sono la totalità del loro benessere intellettuale, spirituale e

fisico e potrebbero giungere alla conclusione che gli svantaggi della loro condizione fisica superano i vantaggi della loro condizione mentale. In altre parole, tentare di distinguere tra l'onerosità del trattamento e l'onerosità della vita richiede una compartimentalizzazione della persona in parti indipendenti e ignora il fatto che una persona è una totalità organica di parti integrate e interdipendenti.

Quello che Orentlicher intende affermare è che un'interpretazione superficiale della distinzione tra mezzi ordinari/straordinari ha il difetto di puntare l'attenzione sull'efficacia tecnica del trattamento rispetto alla patologia, non considerando i fattori morali che fanno riferimento alla qualità della vita futura come relazione tra gli effetti fisici del trattamento e il giudizio sul tipo di vita che il paziente desidera vivere²⁷¹.

Se questa è la reale natura della distinzione, occorre chiedersi se una sua giustificazione nei termini della DDE può essere ancora sostenuta. Se il rifiuto del trattamento e la rinuncia al prolungamento della vita – e quindi l'accettazione della morte – sono così inseparabili, allora sospendere o non iniziare un trattamento vitale significa al contempo rinunciare a un trattamento straordinario o futile, rinunciare ad una vita onerosa e accelerare la morte. La morte del paziente non è un effetto meramente collaterale perché è parte integrante della descrizione di cosa significhi rinunciare a prolungare una vita che non si giudica più degna di essere vissuta: in definitiva, la sospensione o il non inizio di trattamenti di prolungamento della vita sono motivati dalla volontà di mirare al bene del paziente e da un giudizio sulla sua qualità della vita. A prescindere a chi spetti l'autorità morale finale della decisione – se si ritiene che debba spettare a qualcuno – vi sono buone ragioni per ritenere che la struttura morale di fondo dell'atto omissivo presenti aspetti non dissimili da quelli che si possono riscontrare nella struttura morale di fondo di un atto eutanasi.

²⁷¹ D. Orentlicher, *Matters of Life and Death. Making Moral Theory Work in Medical Ethics and the Law*, Princeton University Press, Princeton 2001, pp. 33-34.

3.11 L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE ARTIFICIALI POSSONO ESSERE TRATTAMENTI SEMPRE PROPORZIONATI?

Prima di passare ad alcune osservazioni conclusive, occorre affrontare un ulteriore argomento circa lo *status* di AIA che si ritrova spesso nella letteratura biomedica, soprattutto in relazione alla cura dei pazienti in stato vegetativo permanente.

Riprendendo quando detto nei precedenti paragrafi, il medico che sospende o non inizia un trattamento di prolungamento della vita è moralmente responsabile della morte del paziente. Il fatto che la sua condotta sia moralmente giustificata rimanda al giudizio sulla sproporzionalità, straordinarietà o futilità del trattamento in oggetto. Lungi dall'essere oggettivo, clinico o tecnico, tale giudizio ha natura implicitamente morale e riguarda in primo luogo la qualità della vita del paziente. Poiché l'interruzione di un trattamento è indissolubilmente legata all'interruzione della vita, la rinuncia ad un mezzo medico – sospendendolo o non-iniziandolo – implica l'accettazione che in determinati casi un'accelerazione della morte sia preferibile ad un prolungamento della vita. Questa descrizione della deliberazione pratica in caso di decisioni di fine vita rende secondaria la giustificazione dell'astensione nei termini della DDE: il medico intende onorare la richiesta di un paziente o sospendere un mezzo futile e prevede che ciò determinerà la morte del paziente ma dal punto di vista morale è la valutazione della scelta complessiva che conta. E la scelta complessiva presenta proprietà motivazionali ed etiche non dissimili da quelle possedute dalla scelta di praticare un'eutanasia volontaria attiva.

Quindi la sospensione o il non-inizio di AIA nel caso di un paziente sedato in modo profondo e continuo è solo superficialmente un'alternativa all'eutanasia. Essa si colloca nella stessa prospettiva etica disponibilista. Da questo punto di vista non ha tutti i torti Orentlicher quando sostiene che con le sentenze *Vacco v. Quill* e *Washington v. Glucksberg* la Corte Suprema degli Stati Uniti ha rifiutato il suicidio assistito ma ha abbracciato l'eutanasia.

Nel paragrafo precedente si sono affrontati le distinzioni tradizionali tra trattamenti proporzionati, trattamenti sproporzionati e trattamenti futili. Come si è accennato l'unico modo efficace per tracciare queste distinzioni consiste nel correlare ogni nozione ad una corrispettiva nozione deontica. Si può cioè sostenere che è sempre

obbligatorio fornire il trattamento proporzionato, è lecito non fornire il trattamento sproporzionato ed è obbligatorio non fornire il trattamento futile. La specificazione delle nozioni deontiche correlate ha il merito di rendere maggiormente evidenti i principi morali che motivano la qualificazione di un trattamento come proporzionato, sproporzionato o futile. Talvolta anche l'inizio di AIA può costituire uno sforzo inutile nel tentativo di prolungare la vita, in quanto il quadro clinico del paziente presenta così tante complicazioni che la morte sopraggiungerà in breve tempo, a prescindere dagli sforzi dei medici. Non sembra ci siano dubbi sul fatto che per queste categorie di pazienti anche AIA possono costituire trattamenti evitabili o che sia persino obbligatorio non praticarle quando non solo siano inutili, ma impongano anche dolori eccessivi o complicazioni cliniche (emorragie o infezioni)²⁷².

Tuttavia quando tali controindicazioni non si verificano, rimane dubbio se sia moralmente lecito sospendere AIA, come si è emerso nel precedente paragrafo. Molti autori sostengono che l'associazione tra la sedazione e la sospensione o il non-inizio di AIA non sia giustificata dal punto di vista morale e che le cure palliative “si siano spinte troppo oltre” nel ritenere accettabile questa decisione di fine vita²⁷³. Questa conclusione si sottrae completamente alla natura contestuale dei giudizi sui mezzi proporzionati/sproporzionati, perché sostiene che l'inizio o la continuazione dell'AIA sono *moralmente obbligatori* nella maggiorparte dei casi in cui il paziente è incapace di alimentarsi e idratarsi autonomamente – tranne forse i casi in cui l'impiego di queste misure comporta dei danni al paziente. Per quale motivo esse sono moralmente obbligatorie? Da una parte, persiste l'idea generale che le cure palliative inizino proprio quando tutti i trattamenti e tutti gli sforzi di sconfiggere la malattia sono divenuti futili. Per questo motivo non avrebbe senso chiedersi se, nel momento in cui vengono adottate misure di lenizione del dolore alla fine della vita, i trattamenti medici impiegati siano o non siano inutili. Tuttavia negli ultimi anni è iniziata una riflessione sull'uso della

²⁷² Cfr. J. Lynn, J.F. Childress, *Must Patients Always Be Given Food and Water?*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means*, cit., pp. 51-52.

²⁷³ Cfr. ad es. G.M. Craig, *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Ill: Has Palliative Medicine Gone too Far?*, “Journal of Medical Ethics”, 20 (1994), pp. 139-143; M. Ashby, B. Stoffell, *Artificial Hydration and Alimentation at the End of Life: A Reply to Craig*, “Journal of Medical Ethics”, 21 (1995), pp. 135-140; R.J. Dunlop *et al.*, *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Ill: Has Palliative Medicine Gone too Far? A Reply*, “Journal of Medical Ethics”, 21 (1995), pp. 141-143; G.M. Craig, *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Sedated Patients: The Debate Continues*, “Journal of Medical Ethics”, 22 (1996), pp. 147-153.

nozione di futilità o sproporzionatezza in cure palliative, riguardo all'insieme dei trattamenti che possono prolungare la vita²⁷⁴.

Riguardo alla natura specifica di alimentazione e idratazione artificiali, la giustificazione ricorrente fa riferimento al fatto che AIA non siano in realtà mezzi medici, presidi terapeutici e quindi non siano di per sé soggette ai giudizi di proporzionalità. AIA sono forme medicalizzate di un aiuto e in quanto tali sono dovute ad ogni essere umano, a prescindere dal particolare contesto in cui ci si trova: esse costituiscono “il simbolo perfetto del fatto che la vita umana è inevitabilmente sociale e comunitaria”²⁷⁵. Come ha sostenuto James Childress, riepilogando questa posizione:

La nostra interdipendenza si combina con la nostre reali esperienze di sete e di fame per rendere questo simbolo ancora più potente: sete e fame sono causa di sofferenza e consideriamo la malnutrizione e la disidratazione gravi come forme di agonia estrema²⁷⁶.

Il dovere di non sospendere AIA è una specificazione del nostro dovere più generale di non negare cibo e acqua agli esseri umani che hanno fame e sete, reale fondamento delle relazioni umane fondamentali. Come ha recentemente ribadito il Comitato Nazionale per la Bioetica, il dovere morale di fornire alimenti e liquidi a pazienti che ne hanno bisogno, anche in condizioni cliniche “di confine”, deriva dal dovere comune di fornire acqua e cibo a persone che non sono in grado di procurarselo, come bambini e anziani. L'adempimento di tale dovere comune si configura come un “segno di civiltà caratterizzata da umanità e solidarietà” e come atteggiamento che manifesta la volontà di “prendersi cura del più debole”²⁷⁷.

Anche se medicalizzate, l'alimentazione e l'idratazione non possono essere considerate propriamente come atti medici. Ai fini della loro classificazione descrittiva, non conta la modalità con cui vengono somministrate ma la *finalità*, che è quella di garantire un sostegno di base al bisognoso e di consentire il prolungamento della vita. I sentimenti di ripugnanza verso gli atti che provocano una deliberata morte per fame o

²⁷⁴ H. ten Have, R. Janssens, *Futility, Limits and Palliative Care*, cit., pp. 230-231.

²⁷⁵ D. Callahan, *On Feeding the Dying*, “Hastings Center Report”, 13 (1983), pp. 22-27.

²⁷⁶ J. Childress, *When is It Morally Justifiable to Discontinue Medical Nutrition and Hydration?*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means*, cit., p. 73.

²⁷⁷ CNB, *L'alimentazione e l'idratazione nei pazienti in stato vegetativo permanente*, 30/09/2005, p. 3. Per gli sviluppi recenti della posizione del Magistero cattolico su questo argomento, cfr. M. Repenhek, J.P. Slosar, *Medically Assisted Nutrition and Hydration: A Contribution to the Dialogue*, “Hastings Center Report”, 34 (2004), pp. 13-16.

per sete devono essere rafforzati e l'interruzione e il non-inizio di AIA corrono il rischio di ottenere l'effetto opposto²⁷⁸. Anche nel contesto medico, placare la fame e la sete non riguarda soltanto il rispetto di diritti umani e l'adempimento di doveri ma anche le *virtù* essenziali della nostra vita morale:

Il semplice atto di offrirsi per attenuare la fame ed estinguere la sete di una persona morente viene considerato, nei tempi e nelle culture, non solo come giusto ma anche come buono. Ma oltre a ciò, alimentare significa nutrire, nel senso inclusivo di accogliere [...]. Questo è forse il gesto elementare di cura, l'unico che sussiste anche quando le prospettive di un recupero sono remote²⁷⁹.

Sebbene non si possa negare il valore simbolico dell'alimentazione e idratazione in generale e della sua funzione nella conservazione dei legami sociali e morali, non sembra del tutto giustificata la negazione della moralità di sospensione di AIA basata su queste considerazioni. Il particolare contesto in cui la somministrazione di AIA si pone influisce sul valore morale di una sua interruzione o non-inizio. Sicuramente non è qualificabile come vera e propria "terapia", poiché non guarisce il paziente e non restituisce la spontaneità della funzione originaria; un antibiotico ad esempio mira a eliminare un preciso stato patologico (un'infezione), mentre questa finalità non è propria di AIA. Da questo punto di vista essa si pone sul lato del respiratore artificiale, cioè di quei trattamenti tecnologici che mirano a vicariare certe funzioni o capacità dell'organismo umano. Quando praticata nell'ambito medico AIA sono veri e propri trattamenti medici. Non solo, ma la natura dei solidi e dei fluidi somministrati non è propriamente assimilabile a quella del cibo e dell'acqua così come viene raffigurata quando si invoca il valore simbolico²⁸⁰.

La categorizzazione di AIA come trattamenti implica che esse siano soggette a giudizi di proporzionalità. Ma chiaramente si potrebbe sempre sostenere che, anche in

²⁷⁸ D. Callahan, *Public Policy and the Cessation of Nutrition*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means*, cit., p. 66.

²⁷⁹ R.A. Carson, *The Symbolic Significance of Giving to Eat and Drink*, ivi, p. 85.

²⁸⁰ Queste considerazioni si trovano anche nella *Nota integrativa* al documento del CNB precedentemente citato, in cui alcuni membri hanno espresso un parere dissenziente sullo status dell'AIA e sulla liceità della sua interruzione. Cfr. CNB, *L'alimentazione e l'idratazione nei pazienti in stato vegetativo permanente*, cit., p. 8. Cfr. su queste considerazioni anche le conclusioni a cui è giunta nel 2001 la c.d. Commissione Oleari, incaricata dall'allora Ministro della Sanità Umberto Veronesi di prendere in considerazione i problemi medici, etici e scientifici della prosecuzione di AIA nei pazienti in stato vegetativo permanente: Gruppo di lavoro su nutrizione e idratazione nei soggetti in stato di irreversibile perdita della coscienza, *Rapporto*, in "Bioetica", 9 (2001), pp. 303-319.

quanto trattamenti medici, AIA rimangono sempre moralmente obbligatorie proprio per il particolare valore simbolico che acquisiscono. Queste considerazioni sono interessanti *in senso difensivo*: esse richiedono di valutare attentamente e scrupolosamente la decisione di sospendere o non iniziare AIA e di evitare che dal giudizio di liceità si passi al giudizio di doverosità. Il rischio che il diritto di rifiutare – da parte del paziente – e di sospendere o non-iniziare – da parte del medico – questo tipo di trattamento si trasformi in un obbligo e in una prassi è alto e potenzialmente può minare i fondamenti morali della società, dato l'alto valore simbolico della pratica. Non c'è dubbio che l'abuso sia in alcuni casi una conseguenza del giudizio di proporzionalità ma esso non può valere come ragione assoluta per vietare moralmente e giuridicamente in assoluto la sospensione o non-inizio di AIA. Sebbene scrupolo e attenzione siano necessari, ciò vale per qualsiasi decisione di interrompere o non-iniziare un trattamento di prolungamento della vita. Del resto la sollecitudine verso la sofferenza, il disagio, il bisogno si manifesta anche in altri interventi medici, che simbolicamente possono essere ricondotti ad aiutare chi si trova in difficoltà e a rischio di vita. Le decisioni di sospendere o non iniziare tali trattamenti dipende essenzialmente dal contesto e dal giudizio di chi dovrà essere il destinatario dell'intervento medico. L'impiego di AIA può a volte essere dannoso per il paziente e altre volte – come spesso accade nei paziente sedati in modo continuato – può avere solo lo scopo di prolungare una vita giudicata dal paziente come contraria ai propri interessi e ai propri valori. È questo il punto fondamentale attorno a cui deve ruotare il giudizio sull'obbligo o la liceità di sospendere o non-iniziare l'AIA.

3.12 UNA DISTINZIONE SENZA DIFFERENZA? INTERRUZIONE/NON-INIZIO DI TRATTAMENTI ED EUTANASIA

L'interrogativo da cui si è partiti riguarda la possibilità di distinguere dal punto di vista morale tra l'eutanasia e la sedazione terminale. Il tentativo di dare una risposta a questa domanda ha richiesto una disamina dei due argomenti che tradizionalmente vengono usati per tracciare questa distinzione: sospendendo o non-iniziando AIA il medico (A) non è causa della morte del paziente e (B) intende onorare la richiesta del paziente o non impiegare un mezzo straordinario, sproporzionato o futile. L'accelerazione della morte è

un effetto dell'incapacità del paziente di alimentarsi e nutrirsi autonomamente e conseguenza collaterale della sospensione o non-inizio di AIA. Si è visto che questo argomento può non valere nel caso in cui il paziente fosse in grado di alimentarsi e nutrirsi autonomamente *prima* della sedazione. L'intervento sedativo del medico è un atto che genera una nuova situazione e determina la necessità di adottare misure artificiali affinché il paziente sopravviva.

L'esame dell'argomento del corso della natura ha rilevato che in realtà il medico è concausa materiale e morale della morte del paziente: senza la sua decisione di astenersi il paziente sarebbe sopravvissuto. Quando il medico sospendere o non-inizia AIA ha l'intenzione di sospendere mezzi sproporzionati, futili o straordinari ma *sa* che questa sua decisione provocherà l'accelerazione della morte del paziente. Inoltre il motivo per cui viene interrotto o non-iniziato l'impiego di mezzi medici di prolungamento della vita rileva che è difficile considerare l'accelerazione della morte come un mero effetto collaterale. Il giudizio che lo motiva non riguarda soltanto i danni o i benefici che possono derivare dall'inizio o la prosecuzione del trattamento, come nei casi in cui AIA provochi in determinati pazienti infezioni o emorragie; esso riguarda anche il *tipo* e la *qualità* di vita che risulta dall'uso di quel trattamento. Rifiutare un trattamento oneroso – sia dal punto di vista del paziente sia dal punto di vista del medico – significa molto spesso rifiutare una vita onerosa. Sebbene questi aspetti non siano sufficienti per qualificare come eutanasia la sedazione terminale, si possono riscontrare alcune somiglianze rilevanti tra le due pratiche. Un approccio teso alla valorizzazione del ruolo delle intenzioni o dei nessi reali di causalità non riesce a discriminare in modo soddisfacente, sul piano morale, pratiche che sembrano collocarsi all'interno della famiglia etica – il disponibilismo – in quanto accettano di tutelare la qualità della vita del paziente anche a costo di accelerarne la morte. Anche se si accetta di non definirli come esempi di eutanasia in senso stretto, essi sono “atti che pongono fine alla vita” (*life-terminating acts*)²⁸¹, giustificati in base a considerazioni che riguardano la qualità della vita dei pazienti, il rispetto della loro volontà e/o il risparmio di sofferenze inutili.

²⁸¹ Il termine *life-terminating acts* è la traduzione di *levensbeëindigend handelen*, usato dagli olandesi per designare appunto atti che non sono propriamente qualificabili come eutanasia ma accelerano la morte del paziente. Cfr. M.P. Battin, *The Least Worst Death*, cit., p. 135.

4. Il contributo della psicologia morale e la riabilitazione delle distinzioni tradizionali

4.1 STRUTTURE MORALI DI FONDO

L'esame di due pratiche diffuse e controverse come la somministrazione di analgesici con duplice effetto e la sedazione terminale sembra mettere in discussione alcune tra le distinzioni tradizionali che l'etica medica ha impiegato e continua ad impiegare per giustificare alcuni interventi e differenziarli dall'eutanasia. Soprattutto il concetto di intenzione sembra inadeguato per riuscire a distinguere efficacemente sul piano morale le azioni i cui risultati fanno parte del piano deliberativo del medico e le azioni i cui risultati sono solamente effetti collaterali delle conseguenze intese.

I risultati dell'indagine hanno finora evidenziato le strutture morali di fondo, cioè l'insieme di considerazioni oggettive riguardo alla natura dell'azione e della deliberazione pratica, in base alla quali si ritiene possibile discriminare le varie condotte; tali strutture presentano elementi comuni tanto per la decisione di somministrare analgesici con il doppio effetto di alleviare il dolore e causare la morte del paziente quanto per quella di sedare il paziente per controllare la sofferenza e non-iniziare o sospendere l'impiego di AIA presentano una struttura di fondo comune: (1) il medico è responsabile moralmente della morte del paziente; (2) sono decisioni motivate da considerazioni di qualità della vita; (3) implicano il giudizio secondo cui la morte *prodotta dall'intervento medico* è un male relativo rispetto al lasciare che il dolore persista o al prolungamento di una vita non desiderata dal paziente o che va contro i suoi migliori interessi.

Il principio dell'intenzione e quello della causalità invocati dal giudice Rehnquist non sono adeguati per distinguere in modo netto e preciso sul piano morale tra le morti intenzionalmente provocate dall'agire medico e le morti che vengono prodotte consapevolmente (sebbene non intenzionalmente nel senso tecnico-filosofico del termine). La DDE e il principio dei mezzi sproporzionati non sembrano svolgere il ruolo, che alcuni vogliono attribuire loro. Le situazioni di fine vita che si sono venute a creare grazie al potere della tecnica e alla disponibilità di interventi farmacologici di

controllo del dolore hanno generato uno scarto evidente tra quelle che sono le aspettative di miglioramento della qualità della vita dei pazienti e i risultati effettivi che è possibile conseguire da questi applicazioni. Le decisioni di fine vita si collocano in questo spazio che sembra rendere sempre più evanescenti certe distinzioni morali su cui la pratica medica e l'agire umano in generale si sono fondati per secoli.

Da un punto di vista esterno, basato sulla disamina oggettiva e imparziale della tenuta etica di tali distinzioni, non sembrano esistere ragioni cogenti perché si debba continuare a conservare tali distinzioni. Secondo alcuni autori esse non riescono a risolvere adeguatamente i dilemmi morali che la medicina di fine vita solleva ma il loro uso rende largamente incoerenti le prospettive etiche di carattere deontologico che molto spesso le accompagnano e sostengono.

In questo capitolo conclusivo si cercherà di tracciare le linee principali di una prospettiva che, pur tenendo conto di quanto appurato nelle pagine precedenti, potrebbe indicare una strada per attribuire a tali distinzioni un ruolo che non possono assolvere se considerate dal punto di vista esterno. Di contro la "prospettiva" che si adotterà può essere definita interna, nel senso di basarsi sul tentativo di rendere conto della psicologia morale degli agenti, nel momento in cui prendono decisioni di fine vita come quelle affrontate. Infatti, l'approccio attraverso cui si è giunti alla critica delle distinzioni tradizionali è particolarmente debitore di argomenti di natura consequenzialistica. La critica del ruolo morale dell'intenzione, della distinzione tra uccidere e lasciare morire in termini di causalità e dell'efficacia del principio di proporzionalità nel discriminare tra mezzi obbligatori e mezzi sospendibili o non erogabili si è articolata secondo una linea argomentativa particolarmente incentrata sul rapporto morale tra l'agente e la produzione di conseguenze. Sebbene questa strategia abbia offerto alcuni strumenti utili per chiarire il tipo di responsabilità e repressibilità morali che è implicato nella somministrazione di analgesici con duplice effetto e la sedazione terminale – e l'inadeguatezza di certe dottrine e principi di carattere deontologico – un'adeguata caratterizzazione della condotta degli agenti in situazioni che implicano la morte del paziente non può limitarsi a ciò. Infatti quando compiamo azioni che hanno effetti sostanziali sul mondo, sulle relazioni e sulla vita di altre persone vi è in gioco qualcosa di più che nessi causali e rapporti di produzione. Un'adeguata ricostruzione della repressibilità morale degli agenti deve tenere conto

tanto di ciò che avviene all'esterno quanto di ciò che avviene all'interno, cioè dei sentimenti e delle emozioni che l'agente prova rispetto alle varie azioni intraprese. Il significato del nostro agire non può essere ridotto a variabili puramente oggettive come il calcolo dell'utilità media o totale – qualunque significato si dia alla parola utilità – delle conseguenze prodotte, poiché ogni azione compiuta determina un cambiamento nel mondo ma anche delle ripercussioni sulla psicologia dell'agente. Perché questi fenomeni dovrebbero essere oggetto di considerazione morale? Del resto sembra intuitivamente plausibile che una certa azione sia considerata moralmente giusta o sbagliata soltanto in riferimento a criteri oggettivi, come la violazione di diritti, la diminuzione del benessere ecc. Tuttavia gli effetti delle azioni sulla psicologia morale dell'agente sono importanti perché contribuiscono a dare senso a ciò che l'agente fa. Sebbene questo senso non possa essere esaurito da sentimenti ed emozioni soggettivi – soprattutto in ragione del fatto che gli atti umani si inseriscono in un complesso intersoggettivo – emozioni e sentimenti concorrono a determinare e costruire l'identità morale stessa dell'agente. Un approccio che integri il punto di vista esterno con il punto di vista interno contribuisce a capire meglio che tipo di agenti (e di esseri umani) siamo e come è possibile conservare questa nostra identità quando dobbiamo confrontare *hard cases* morali.

Come ricorda Bernard Williams, la “nostra relazione morale col mondo è in parte costituita da questi sentimenti, e dal senso di ciò con cui possiamo o non possiamo ‘convivere’” e “considerare questi sentimenti [...] come avvenimenti esterni alla propria identità morale, significa perdere, nel senso più letterale, la propria identità”²⁸². Il ruolo di sentimenti ed emozioni nella deliberazione pratica è centrale, soprattutto nei casi in cui ci si trova di fronte a dilemmi che non è possibile risolvere pervenendo alla soluzione *giusta*. Davanti a scelte che implicano come conseguenza la morte del paziente le emozioni implicate possono contare molto. Cooperare o essere causalmente implicati – come avviene nei casi considerati – in un complesso di eventi che porterà alla morte del paziente significa mettere in gioco emozioni importanti.

L'esperienza morale presenta una peculiarità che un'analisi condotta nei termini oggettivizzanti – e in questo modo è stata sviluppata nei precedenti due capitoli – tende ad oscurare. Poiché il nostro agire nel mondo è complesso si verificano molte situazioni

²⁸² Cfr. B. Williams, *Una critica dell'utilitarismo*, in J.J.C. Smart, B. Williams, *Utilitarismo: un confronto*, Bibliopolis, Napoli 1985, p. 128.

in cui non è possibile produrre un bene senza produrre anche un male; se gli agenti dovessero *sempre* tendere al bene e realizzarlo “in modo puro” dovrebbero agire come santi piuttosto che come esseri umani limitati. Ma questa condizione non è data agli individui quali siamo. La complessità dell’esperienza morale suggerisce che le alternative secche difese dagli utilitaristi non sempre possono fornire soluzioni del tutto soddisfacenti ai nostri problemi pratici²⁸³.

La tesi che si tenterà di sostenere in queste ultime pagine è che le distinzioni tradizionali e l’uso di dottrine e principi di ispirazione deontologica siano razionalizzazioni morali, che possono essere necessarie per due scopi. Esse possono servire a contenere le emozioni negative che il medico può provare in azioni che da un lato comportano l’abbreviamento della vita ma che dall’altra sono conformi a doveri del medico. Oppure possono servire a discriminare tali comportamenti da altri avvertiti come assolutamente incompatibili con gli impegni più profondi della pratica medica. Sebbene i due scopi siano per certi versi interrelati, essi fanno riferimento a presupposti diversi. Prima di affrontare separatamente la disamina dei due scopi occorre introdurre alcune nozioni chiave, in primo luogo quella di integrità morale professionale, che sarà essenziale per il discorso svolto.

4.2 L’INTEGRITÀ MORALE COME IDENTITÀ MORALE. L’IDEA DI MORALITÀ PROFESSIONALE

Come è noto, la nozione di integrità morale è stata difesa soprattutto da Bernard Williams in relazione a quella di responsabilità negativa. La responsabilità negativa è una nozione specificatamente consequenzialistica, per cui “se mai io sono responsabile di qualcosa, sono altrettanto responsabile delle cose che permetto o non impedisco che vengano fatte, che delle cose che io stesso produco, nel senso più ristretto di ciò che comunemente si intende”²⁸⁴. Secondo Williams la dottrina della responsabilità negativa deriva direttamente dal nucleo del consequenzialismo: ciò che conta sono gli stati di cose, i quali hanno valore ultimo²⁸⁵. Ma esiste un tratto comune, condiviso tanto dal

²⁸³ M. Reichlin, *L’eutanasia nella bioetica di impostazione utilitaristica. Analisi critica dei testi di J. Rachels e H. Kuhse*, “Medicina e morale”, 43 (1993), pp. 355-356.

²⁸⁴ B. Williams, *Una critica dell’utilitarismo*, cit., p. 120.

²⁸⁵ Ivi, p. 121.

consequenzialismo quanto dal non-consequenzialismo, individuabile nel principio di imparzialità. Tale principio impone di non considerare chi sia il destinatario particolare dei benefici e dei danni prodotti: la prospettiva dell'agente è irrilevante sul piano morale ("riguarda me" non è una ragione moralmente rilevante). Il consequenzialismo estende tale principio alla produzione: non fa differenza se a produrre un danno o un beneficio sono io o un altro. Da ciò deriva che il consequenzialismo astrae completamente dall'identità dell'agente focalizzandosi sulle relazioni causali.

Il consequenzialismo trascura alcuni elementi importanti: da una parte l'effetto psicologico sull'agente e dall'altra l'effetto del precedente. Lasciando da parte il secondo, il primo ha una grande importanza nel quadro della definizione dell'integrità morale. Williams riassume così il problema: se facendo X si produce O_1 e astenendosi dal fare X si produce O_2 e O_1 è migliore di O_2 (o O_2 è peggiore di O_1), allora si deve fare X ²⁸⁶.

Un simile modo di ragionare, secondo Williams, tende a omogeneizzare la nostra responsabilità sia nei casi di azione sia nei casi di astensione, senza contare che nel caso dell'astensione la conseguenza è *fatta accadere* da qualcosa d'altro rispetto all'agente. Williams riconosce che la distinzione, seppure utile, rimane comunque vaga. La si può recuperare facendo leva sulla necessità di stabilire "i confini agli obblighi apparentemente illimitati di migliorare il mondo"²⁸⁷ che la responsabilità negativa ci impone. Sebbene Williams sembri qui accettare una concezione troppo semplicistica della causalità - elemento necessario ma non sufficiente per stabilire la responsabilità morale - rimane innegabile che l'idea secondo cui certi tipi di azioni hanno anche un effetto sull'agente può essere utile per definire la repressibilità morale dell'agente. Qual è questo effetto psicologico? Non c'è soltanto la produzione di certi sentimenti (senso di colpa, rimorso ecc.) ma anche il problema della compatibilità di certe scelte con la propria integrità morale, intesa come insieme di progetti e di impegni fondamentali che sul piano morale rendono l'agente quello che è.

Il punto è che [l'agente] si identifica con le sue azioni in quanto discendono da progetti e atteggiamenti che egli prende nel modo più serio e profondo, in quanto la sua vita (o, in

²⁸⁶ Ivi, p. 131.

²⁸⁷ Ivi, pp. 132-133.

alcuni casi, questa parte di essa – la serietà non è necessariamente lo stesso della perseveranza) è costruita su essi²⁸⁸.

Williams intende l'integrità morale soprattutto come identità morale, cioè come insieme di atteggiamenti, impegni fondamentali e progetti che rendono unificata e coerente la vita morale dell'agente. Tradire questo nucleo significa, alla lettera, tradire se stessi. Dal punto di vista esterno alcune decisioni e azioni richieste dalla "moralità generale" – in quanto massimizzano l'utilità, rispettano i diritti altrui, rispondo a doveri imparziali ecc. – possono essere ritenute incompatibili con la propria integrità personale e quindi possono apparire "moralmente ripugnanti" all'agente stesso, in quanto il loro compimento significherebbe tradire la propria identità²⁸⁹.

Ad alcuni autori una visione di questo tipo è sembrata "troppo liberale", poiché fornisce le condizioni formali perché si dia un'identità morale senza scendere sul terreno del contenuto. Anche un agente dedito soltanto alla ricerca del proprio piacere, benessere o approvazione sociale, anche a dispetto di possibili mali morali prodotti a danno di altri, può possedere una propria integrità morale, la cui violazione per adempiere alle richieste altruistiche della moralità dovrebbe essere considerata biasimevole. I tentativi di rispondere a queste implausibilità hanno portato diversi autori a raffinare la nozione di integrità introducendo distinzioni tra l'integrità *personale* e integrità *morale*. Sebbene la prima indichi che anche l'agente la cui unica preoccupazione è di perseguire il proprio piacere, il proprio benessere ecc. possiede un'integrità che conferisce unità e coerenza alla sua vita pratica, la seconda implica un riferimento a principi e virtù morali in base ai quali si può negare che l'agente edonista sia un candidato all'approvazione morale – in quanto egli manca di integrità²⁹⁰.

Questa impostazione potrebbe far cadere la nozione di integrità in un circolo vizioso. Introdotta per spiegare perché gli agenti interpretano come moralmente ripugnanti le richieste della moralità imparziale e razionale, essa deve essere alla fine caratterizzata nei termini della stessa moralità. Inoltre si può contestare l'idea che un'adeguata concezione dell'integrità morale debba necessariamente essere compresa

²⁸⁸ Ivi, p. 139.

²⁸⁹ In un certo senso l'integrità morale degli agenti non è dissimile dal modo in cui Ronald Dworkin interpreta gli interessi critici, cioè quegli interessi la cui coltivazione rende la vita delle persone soggettivamente degna di essere vissuta o riuscita. Cfr. R. Dworkin, *L'uguaglianza e la vita buona*, in *Virtù sovrana. Teoria dell'uguaglianza*, Milano, Feltrinelli, 2002, pp. 259-301.

²⁹⁰ Cfr. L. Mc Fall, *Integrity*, "Ethics", 98 (1987), pp. 5-20.

attraverso l'idea di "identità" e di "fedeltà" ad una particolare visione del proprio io. Inoltre questa concezione sembrerebbe aprire la porta ad una visione eccessivamente "autistica" del proprio sé. Intendere l'integrità morale come una sorta di "virtù personale" significherebbe rendere gli agenti scarsamente propensi alla revisione critica dei propri impegni e alle sollecitazioni derivanti dalla dimensione intersoggettiva della moralità per cui ogni agente è un "deliberatore in mezzo a deliberatori", impegnati in uno sforzo comune di determinare cosa è giusto fare. In questa chiave gli atteggiamenti che sono incompatibili con il possesso dell'integrità risultano essere "l'arroganza, la pomposità, il bullismo, l'essere arringatori e lo stare sulla difensiva, la ristrettezza mentale, la sordità alla critica": questi atteggiamenti "riflettono tutti una riluttanza o un'incapacità di base di riconoscere la singolarità del proprio miglior giudizio e di accettare il peso di difenderlo davanti al conflitto"²⁹¹.

Queste critiche si inseriscono in un ampio dibattito sull'integrità morale che è impossibile ripercorrere in questa sede. Tuttavia si terrà conto delle difficoltà implicate dall'uso della nozione senza rinunciare ad impiegarla. In particolare modo si dovranno considerare due fattori. In primo luogo vi è la necessità di non ridurre il concetto a quello di integrità *personale* ma di considerare soprattutto il suo carattere *morale*; in secondo luogo vi è l'esigenza di tenere di conto dell'ammonizione a non rendere l'identità morale dell'agente una "sfera chiusa" e quindi esposta al rischio di atteggiamenti e comportamenti refrattari a qualsiasi revisione critica²⁹².

Nel contesto delle decisioni che sono oggetto di questo lavoro non si può tenere conto del fatto che una parte consistente dell'integrità morale dell'agente è definita in base alla particolare moralità della professione che esercita. È in gioco l'integrità morale del medico, cioè il nucleo dei suoi impegni fondamentali e dei suoi progetti di base, che sono identificabili con quella che si potrebbe definire la "moralità professionale", l'insieme di disposizioni e regole che sono propri della professione medica. È questo il terreno su cui muoversi per rendere conto di cosa significhi per un medico agire in modo da non tradire la propria integrità. L'integrità morale professionale non è quindi il

²⁹¹ C. Calhoun, *Standing for Something*, "Journal of Philosophy", 92 (1995), pp. 259-260.

²⁹² Per altre discussioni sull'integrità cfr. O. Flanagan, *Varieties of Moral Personality*, Harvard University Press, Cambridge-London 1991, pp. 91-101; D. Cox, M. Lacaze, M.P. Levine, *Should We Strive for Integrity?*, "Journal of Value Inquiry", 33 (1999), pp. 519-530; E. Ashford, *Utilitarianism, Integrity, and Partiality*, "Journal of Philosophy", 97 (2000), pp. 421-239; L. Rivera, *Sacrifices, Aspirations and Morality: Williams Reconsidered*, "Ethical Theory and Moral Practice", 10 (2007), pp. 69-87.

frutto di una scelta personale di una particolare condotta di vita, ispirata a qualsivoglia principio (anche non-morale) ma il nucleo profondo dell'identità morale dell'individuo che esercita una particolare professione. Fino ad ora si è inquadrato questo problema in riferimento al complesso di doveri e norme che guidano l'agire medico. Ma per meglio comprendere la dimensione propria dell'integrità morale professionale è utile rivolgersi ancora agli scritti di Bernard Williams, al fine di isolare una peculiare lettura di ciò che significa attenersi ad una moralità professionale e definire la propria identità morale in questi termini.

Come ricorda Bernard Williams, le pratiche che si svolgono all'interno di una professione vivono soprattutto delle "disposizioni", cioè di atteggiamenti sociali o psicologici che vengono incoraggiati e modellati dal sistema educativo e dalla socializzazione degli individui che decidono di impegnarsi in una determinata pratica professionale. Sono queste disposizioni che consentono ai professionisti di rispondere a domande pratiche o di reagire a situazioni particolari in modo anche diverso da come deciderebbe o reagirebbe un agente morale al di fuori della pratica professionale²⁹³. Inoltre sarebbe erroneo identificare il comportamento dei professionisti con generiche disposizioni a seguire il codice professionale. C'è ad esempio una differenza tra avere una disposizione a seguire una regola di riservatezza (*confidentiality*) ed avere la disposizione ad essere riservati²⁹⁴. La differenza dipende tutta dal tipo di domanda che è in gioco quando si riflette criticamente su tali disposizioni. Se esse fossero mere disposizioni a seguire un codice, la domanda pertinente sarebbe: "cosa dovrebbe fare un professionista?". Ma quando ci si interroga sulle disposizioni e sugli atti che un professionista dovrebbe o non dovrebbe compiere, ci si interroga su "come dovrebbe essere un professionista"²⁹⁵. Quello che è in gioco non è la moralità degli atti ma la moralità del carattere dell'agente in quanto professionista. La definizione dei doveri professionali è dunque essenziale per definire i confini della moralità professionale ma essi non occupano tutto lo spazio. L'introduzione dei doveri professionali, attraverso l'educazione e la condivisione di standard morali all'interno della comunità stessa, genera quindi le disposizioni relative.

²⁹³ B. Williams, *Professional Morality and Its Dispositions*, in *Making Sense of Humanity*, cit., pp. 194-195.

²⁹⁴ Ivi, p. 199-200.

²⁹⁵ Ivi, p. 200.

Si possono sollevare alcune domande rispetto a questo breve quadro. Le disposizioni professionali dell'agente e la sua integrità morale corrispondente sono fissate una volta per tutte? Se esiste comunque una certa connessione tra codici deontologici e integrità morale professionale, si potrebbe supporre che gli impegni propri dei medici siano fissati una volta per tutte. Chi sostiene una visione essenzialistica della pratica medica, i cui fini, obiettivi e impegni sarebbe intrinseci alla professione stessa e immutabili nel tempo, sostiene sostanzialmente che l'integrità morale del medico non possa sostanzialmente mutare cosicché alcuni comportamenti sono intrinsecamente incompatibili con tale attività. Solitamente la negazione del diritto del medico di praticare l'eutanasia si basa proprio sull'idea che le richieste di riconoscimento di un diritto di morire da parte dei pazienti e la correlata liceità che il medico asseconi tali richieste siano del tutto estranee rispetto alla reale e genuina relazione terapeutica. Il fine della pratica medica e l'impegno fondamentale di chi svolge questa professione è di conservare la vita finché è possibile, astenendosi dal farlo quando non ci sia più alcuna prospettiva terapeutica ma non quello di interrompere la vita dei pazienti su loro richiesta. È utile quindi soffermarsi brevemente su questo punto, anche al fine di comprendere meglio se l'integrità morale professionale del medico abbia una natura immutabile o possa essere soggetta a revisioni.

4.3 LA NATURA DELLA MEDICINA E L'INTERRUZIONE DELLA VITA

Nel 1978 Hans Jonas pubblicava un articolo sulla rivista "Hastings Center Report", dal titolo *The Right to Die*. Gli argomenti presenti in questo saggio sono divenuti quasi paradigmatici nel dibattito bioetico sui problemi di fine vita. Il nucleo della posizione di Jonas è che può essere talvolta lecito lasciare morire un paziente permanentemente incosciente o un malato incurabile in fase terminale, in nome di un "diritto postumo al ricordo". La sospensione di mezzi straordinari è *doverosa* e *obbligatoria* per difendere la persona che il paziente era e la sua memoria, potenzialmente offuscata da un prolungamento della vita che garantisce la mera sopravvivenza biologica. Secondo Jonas la distinzione tra uccidere e lasciare morire ha un senso, che si basa principalmente (ma non esclusivamente) sulla natura stessa della professione medica. Il medico, come figura paradigmatica di professionista della salute, non può divenire un

“donatore di morte” perché il suo compito principale è quello di conservare la vita e pertanto non si può pretendere che egli adotti “provvedimenti positivi finalizzati a questo scopo”, ossia alla “diretta, intenzionale accelerazione della fine”²⁹⁶. Le parole di Jonas sono riecheggiate da un altro scritto di Leon Kass, per molti versi simpatetico nei confronti del pensiero del filosofo tedesco: la medicina è una pratica, cioè un’attività organizzata che possiede standard di condotta, principi morali, attribuzioni di responsabilità che pongono limiti a ciò che i medici possono fare. L’alleviamento del dolore è un fine stabilito dall’etica professionale stessa, così come la proibizione di procurare intenzionalmente la morte di un paziente è un divieto che nasce dalla natura stessa degli impegni e delle responsabilità che caratterizzano la pratica medica²⁹⁷.

Il giudizio di incompatibilità tra la medicina e la causazione intenzionale della morte presuppone quindi una precisa visione della natura della pratica medica. Tale visione può essere considerata un aggiornamento del modello ippocratico, raffinato grazie agli strumenti della riflessione filosofica in generale ed etica in particolare, all’interno di un particolare settore, definito in genere come “filosofia della medicina”.

Il nuovo modello ippocratico, o “personalismo d’oltreoceano” come è stato chiamato per il fatto che i suoi principali teorici sono i filosofi americani Edmund Pellegrino e David Thomas²⁹⁸, si basa sul presupposto che una teoria della medicina si basi su ciò che realmente è la medicina, ossia sulla sua essenza costitutiva. I fenomeni reali che contraddistinguono la pratica medica sono da una parte l’incontro tra medici e pazienti e l’altra il fine e lo scopo a cui deve tendere questo incontro. Tale incontro non è un semplice confronto tra autonomie ma una relazione, un’alleanza fiduciaria e un rapporto di impegno interpersonale. La prospettiva del nuovo ippocratismo ridisegna quindi il principio di beneficenza, rinunciando al paternalismo medico perché i bisogni e le valutazioni soggettive del paziente devono essere prese sul serio dal medico. Dal punto di vista della relazione medico-paziente si accetta la sfida dell’autonomia ma senza cadere nelle secche utilitaristiche e liberali, che rendono tirannica la volontà del

²⁹⁶ H. Jonas, *The Right to Die*, “Hastings Center Report”, 8 (1978), pp. 31-36 (tr. it. *Tecniche di differimento della morte e il diritto di morire*, in *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Einaudi, Torino 1997, p. 196).

²⁹⁷ L. Kass, *Neither for Love Nor Money. Why Doctors Must Not Kill*, “The Public Interest”, 94 (1989), pp. 25-46. Per un’analisi critica e dettagliata delle tesi di Kass, cfr. G. Dworkin, *La natura della medicina*, in G. Dworkin, G. Frey, S. Bok, *Eutanasia e suicidio assistito*, cit.

²⁹⁸ Cfr. S. Spinsanti, F. Petrelli, *Scelte etiche ed eutanasia*, Paoline, Milano 2003, pp. 129-132.

paziente fino ad offuscare gli impegni deontologici del medico²⁹⁹. Il fine (*telos*) a cui deve tendere questa relazione è al contempo anche la condizione della buona pratica medica:

Se i fini della medicina potessero venire distinti, allora verrebbe conosciuto il bene della relazione medica. Le virtù di chi pratica la medicina potrebbero essere fondati su questo bene e potrebbero venire definiti gli obblighi di secondo ordine dell'etica professionale³⁰⁰.

Il fine su cui si insiste è essenzialmente il bene del paziente, alla cui definizione concorrono anche elementi comunitaristi, in quanto tale bene ha una dimensione tanto individuale quanto sociale.

In questo abbozzo di una teoria neo-ippocratica della medicina c'è un particolare che interessa direttamente il discorso che stiamo affrontando, in quanto denota direttamente lo scopo principale della pratica medica. Nel definire il suo approccio alla filosofia della medicina come “teleologico, realista, fenomenologico”, Pellegrino specifica quali siano le “realtà” fondamentali che si situano al centro dell'incontro tra medici e pazienti e costituiscono il fondamento principale del principio etico che governa le professioni di cura. Tali realtà sono appunto “l'essere malati, l'essere curati (*healed*) e la professione del curare (*to heale*)”. Abbiamo specificato tra parentesi i termini originali inglesi, perché sia chiaro che in questa prospettiva non c'è alcun riferimento alla (ormai abusata) distinzione tra *to care* e *to cure*. La scelta del termine *to heale* indica che il compito principale del medico è quello di ristabilire la condizione iniziale di salute (*health*) e di debellare lo stato di malattia. Chi professa la medicina ha come scopo principale quello di curare e un'etica medica non può che prendere atto di ciò e conformarvisi³⁰¹.

Ora se lo scopo e l'impegno principale della pratica medica è quello di ristabilire la salute, seppure all'interno di una concezione complessa del bene del paziente, significa che l'eutanasia non può in alcun modo rientrare tra gli atti moralmente

²⁹⁹ E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *Per il bene del paziente. Tradizione e attualità nell'etica medica*, Paoline, Cinisello Balsamo 1992; E.D. Pellegrino, *The Goals and Ends of Medicine: How Are They Defined?*, in M.J. Hanson, D. Callahan (a cura di), *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Georgetown University Press, Washington 1999.

³⁰⁰ E.D. Pellegrino, *Philosophy of Medicine: Should it be Teleologically or Socially Construed?*, “Kennedy Institute of Ethics Journal”, 11 (2001), p.171.

³⁰¹ Ivi, p. 173.

ammissibili che i medici possono compiere. Il “fine naturalmente dato” della medicina non è quello di procurare la morte, ma di ristabilire la vita o, in termini decisamente più post-moderni, assicurare la più alta qualità della vita possibile ai pazienti per la cui guarigione è ragionevole pensare non si possa fare più niente³⁰². La naturalità e l’essenzialità del fine rendono assolutamente incompatibili l’eutanasia e la pratica medica, per cui i medici hanno il dovere di astenersi da tutti gli interventi che implicano l’uccisione intenzionale del paziente³⁰³.

In questo contesto, un noto argomento analogico sembra non avere la forza che alcuni autori credono che abbia. Rachels, ad esempio, contesta il fatto che un meccanico non possa demolire un’auto perché ciò sarebbe “incompatibile” con lo spirito della sua professione. È pur vero che lo scopo della professione del meccanico è riparare le auto che possono essere riparate ma, sostiene Rachels, sarebbe “molto strano per un meccanico sostenere che non può fare niente per aiutarci a distruggere l’auto senza violare la sua professione”³⁰⁴. Rachels ritiene che se la risposta del meccanico ci renderebbe perplessi, dovremmo fare lo stesso esercizio di perplessità nei confronti di un medico che ritenesse assolutamente incompatibile con la sua professione la pratica dell’eutanasia. All’interno del quadro neo-ippocratico che si è presentato, l’analogia di Rachels non può convincere per il fatto che la professione medica si presenta come *peculiare*. A differenza della professione del meccanico essa non ha origine contrattualistica e il rapporto tra cliente e professionista sembra molto diverso rispetto a quello tra paziente e medico, in merito ad impegni e responsabilità condivise. La differenza fondamentale è che, quando l’individuo si reca da un meccanico, egli richiede la riparazione di un bene esterno rispetto alla sua persona, mentre quando va dal medico egli mette in gioco non solo il bene della salute fisica ma anche un complesso di aspettative, di prospettive biografiche, di principi. La situazione professionale del medico è in definitiva molto più delicata rispetto a quella di altre professioni. Se gli individui si affidano al medico perché intendono ristabilire la propria salute (o comunque tentare una guarigione da una condizione di malattia), si crea inoltre un’aspettativa sociale di ampia portata, difficilmente compatibile con la prospettiva

³⁰² Cfr. anche E. Pellegrino, *The Place of Intention in the Moral Assessment of Assisted Suicide and Active Euthanasia*, in T.L. Beauchamp (a cura di), *Intending Death*, cit., soprattutto pp. 168-174.

³⁰³ Rigterink R.J., *On Why Doctors Need to Practice Passive Rather Than Active Euthanasia*, “Southern Journal of Philosophy”, 22 (1984), pp. 275-280.

³⁰⁴ J. Rachels, *La fine della vita*, cit., p. 129.

secondo cui lo stesso professionista possa al contempo guarire la persona e dare la morte. I rischi sociali, hanno sottolineato alcuni studiosi, potrebbero essere attualmente incalcolabili nel caso in cui fosse concesso alla classe medica anche il potere di servire la morte³⁰⁵. Non ultimo, c'è il rischio che il medico sia declassato a semplice fornitore di servizi e il paziente un semplice cliente, che può usufruire del “servizio eutanasi” su richiesta.

Queste considerazioni hanno una loro plausibilità. Tuttavia presentano alcuni elementi critici che non possono essere elusi. Prima di tutto vi è la banale constatazione che oggi la “medicina” va ben al di là dei confini assegnati dalla visione neo-ippocratica. L'esempio più ovvio è quello dell'aborto, una pratica in cui il medico non è sì impegnato nel tentativo di ristabilire la “salute” della donna, sia in termini fisici sia in termini psicologici e sociali, ma è anche impegnato nell'uccisione attiva di un essere umano, cioè il feto. Anche se si accetta una morale deontologica e la DDE si è visto che è moralmente ammissibile in alcuni casi porre fine alla vita di un feto per salvare la salute della donna. Ma anche al di fuori dei contesti dilemmatici, la medicina è stata sempre impegnata a far partorire e oggi in interventi di chirurgia plastica che non hanno a che fare con i compiti di guarire ed alleviare il dolore. Si dovrebbe forse sostenere che tra gli scopi della medicina non rientrano né gli interventi di chirurgia plastica né i parti?³⁰⁶ Queste osservazioni, costantemente ripetute in letteratura, servono a gettare almeno un dubbio sul fatto che la medicina sia un'attività che possiede *un solo* scopo.

Ma al di là di queste constatazioni c'è da chiedersi quanto la medicina possa essere considerata una professione regolata da norme eterne, quasi un “rispecchiamento dell'essere”, ma di un essere immutabile che iscrive una volta per tutte quali sono le regole da seguire, gli atteggiamenti da tenere e le attività lecite da svolgere. La medicina è più verosimilmente un concetto che esprime un insieme di pratiche ed atti su cui influiscono profondamente i mutamenti culturali, filosofici, antropologici, sociali e tecnologici e non un quadro intoccabile che individua un'“essenza”. Pertanto anche gli obiettivi della medicina possono mutare nel tempo, essendo istituzioni che non sono

³⁰⁵ Per questo argomento, cfr. P. Becchi, *La volontà del malato e la deontologia del medico: due punti di vista in conflitto sull'eutanasia*, “Bioetica”, 3 (1995), p. 89; R. Satolli, *Dolce morte e potere del medico*, “Bioetica”, 1 (1993), pp. 305-308.

³⁰⁶ Questo particolare è riconosciuto anche da chi sostiene l'incompatibilità tra l'uccidere e la professione del medico. Cfr. P. Becchi, R. Barcaro, *Eutanasia ed etica medica*, “Politica del diritto”, 33 (2002), p. 313, nota 28.

totalmente svincolate dalle scelte e dai bisogni concreti dell'essere umano e *in primis* dalle scelte e dalle conoscenze di chi è chiamato a professarli³⁰⁷. Chiaramente l'esplicitazione di questi mutamenti non è impresa semplice e spontanea e può portare con sé profonde revisioni concettuali e pratiche. Basti pensare al modo in cui si è proceduto, e si sta procedendo, alla ridefinizione stessa del concetto di "paziente", per cui alcuni sostengono che oggi debba includere anche l'insieme dei cosiddetti "sani preoccupati", cioè di persone che secondo la medicina tradizionale sono sane ma che nell'era della genetica sono soggetti alla preoccupazione (o all'angoscia) di accertare patologie non direttamente osservabili ma di cui potrebbero essere portatori³⁰⁸. In questo fenomeno al carattere tradizionalmente "terapeutico" della medicina e della cura della salute in generale si è aggiunto un carattere "preventivo". Anche il proliferare di modelli diagnostici e terapeutici, alternativi o integrati, può essere un'indicazione degli stretti legami tra medicina e cultura e sembra almeno *logicamente* possibile un'idea di medicina al cui interno convivono doveri "tradizionali" e istanze che emergono dal mutamento del contesto culturale, sociale e tecnologico.

Queste osservazioni inducono a pensare che l'idea di una medicina che si autodefinisce e si autodelimita in modo essenzialistico non trovi un'adeguata conferma empirica. Cosa dire riguardo all'eutanasia e al dovere di non provocare intenzionalmente la morte? Qui si devono svolgere due ordini di considerazione. In primo luogo l'argomento per cui l'assegnazione al medico la potestà di dare la morte implica necessariamente un alto rischio sociale è da dimostrare. Come ogni argomento che condivide la propria struttura con l'argomento ormai noto del pendio scivoloso, esso ha bisogno di essere accompagnato da credenze robustamente giustificate. In particolare modo non sembra esserci alcun nesso logico o psicologico tra l'attribuzione di tale potere ai medici e rischi sociali di diffidenza verso la professione o di burocratizzazione della relazione medico-paziente. Sicuramente attribuire un potere significa anche esporsi al rischio di un abuso. Ma questo potrebbe essere irrilevante ai fini delle argomentazioni, perché chi difende la moralità dell'eutanasia non sostiene che il potere da attribuire al medico debba essere illimitato. La richiesta e la condizione di estrema sofferenza del paziente sono due condizioni necessarie perché si possa accettare una

³⁰⁷ Per queste osservazioni, cfr. F. Toscani, *Eutanasia, medicina e professione medica: un commento all'articolo di Paolo Becchi*, "Bioetica", 3 (1995), pp. 444-450.

³⁰⁸ G. Corbellini, *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004, p. 130.

pratica di eutanasia – oltre ad altre garanzie, che vengono spesso esplicitate nei sistemi giuridici che la legittimano – ma nessuna delle due è di per sé sufficiente³⁰⁹. E anche se interpretato come nesso empirico esso è tutto da dimostrare.

Riguardo al rischio di burocratizzazione, c'è un'altra considerazione da fare. Senza approfondire la questione se ci troviamo in un'epoca in cui si siano solidamente affermate o siano ancora allo stato embrionale una cultura e un'etica della disponibilità della vita umana, si può argomentare partendo dal caso particolare fino a giungere a considerazioni di ordine più generale. Il problema è come viene interpretata la pratica eutanassica, se come semplice “servizio d'ufficio” che i medici sarebbero più o meno tenuti a fornire su richiesta del paziente o se come esito possibile della relazione medico-paziente in situazioni tragiche e dolorose. Narrazioni di pratiche eutanassiche dimostrano come anche nel caso in cui il professionista dà la morte rimangano evidenti i sentimenti di amore e compassione, rendendo la vicenda non un mero atto dovuto ma un ultimo scambio ricco di connotazioni personali. Da un punto di vista più generale e normativo, constatiamo però la differenza di giudizio morale che si può avere nel momento in cui si valuta un caso in cui l'atto eutanassico viene praticato nel contesto di una relazione sporadica e un caso in cui l'atto eutanassico viene portato a termine nel quadro di una relazione duratura e significativa tra chi lo richiede e chi lo compie. Si prenda ad esempio la nota vicenda del dottor Kevorkian, un medico del Michigan che metteva a disposizione delle persone malate terminali e desiderose di suicidarsi una *suicide machine*: alcune delle reazioni di sdegno morale che la vicenda provocò erano legate al fatto che il dottor Kevorkian conosceva in modo superficiale i pazienti che si sottoponevano alla sua macchina e che, quindi, non avevano avuto l'occasione di discutere a fondo della decisione con colui che avrebbe praticato l'atto eutanassico o avrebbe fornito i mezzi per il suicidio. In casi simili, la decisione e (cosa che qui interessa) l'atto non scaturiscono da una relazione terapeutica, in cui le due parti cooperano in un senso profondo alla produzione del risultato, ma da un incontro “sporadico” di due volontà procedurali. Un intervento attivo può essere invece moralmente giustificabile laddove esiste una collaborazione duratura tra medico e paziente, in quanto acquista per il primo un significato quasi positivo per la definizione della sua integrità morale: porre fine alle sofferenze tramite un'uccisione potrebbe

³⁰⁹ Cfr. G. Dworkin, *La natura della medicina*, cit., pp. 9-12.

significare una partecipazione pietosa alle fasi terminali della vita del paziente³¹⁰. Del resto può accadere in determinati momenti che si debba registrare una qualche discrepanza tra ciò che la medicina nei suoi connotati istituzionali prescrive e ciò che invece può vivere il medico nella sua pratica quotidiana.

Le giustificazioni deontologiche della norma “non uccidere” o “non provocare intenzionalmente la morte” fanno riferimento a intuizioni e autoevidenze che non convincono completamente e lasciano insoluto il problema di come regolarsi quando due beni fondamentali entrano in conflitto. L’oggettivismo della teoria, basato sull’esistenza di beni fondamentali indipendenti dalla volontà umana, non rende possibile capire adeguatamente perché intendere la distruzione di un bene e prevedere la distruzione di un bene siano due stati mentali moralmente diversi. Dopo tutto il bene vita viene sempre impedito e ciò dovrebbe generare un giudizio morale severo, che non si limiti a ritenere responsabile di questa distruzione l’agente che l’ha prodotta e prevista ma che lo consideri nondimeno adeguatamente biasimevole per averlo fatto. La modalità diversa con cui il bene viene impedito in un caso o nell’altro – cioè inteso nel caso dell’eutanasista e previsto nel caso del palliativista – dovrebbe fornire tutt’al più un elemento in più per giudicare il carattere dell’individuo.

Le giustificazioni che fanno riferimento ad un’essenza intrinseca della pratica medica che la renderebbe incompatibile con la pratica eutanassica non sembrano essere adeguate perché fraintendono la natura e gli obiettivi della medicina stessa. In particolare modo questo secondo ordine di considerazioni non sembra precludere l’idea di una medicina in cui si possano trovare eccezioni alla norma fondamentale. Una di queste potrebbe riguardare l’uccisione diretta dei malati in fase terminale che provano un dolore non altrimenti alleviabile e desiderano porre fine alla propria vita. Si è anche specificato come un tale atto sia tanto più giustificabile quanto più inserito in un contesto emotivo e relazionale adeguato³¹¹.

³¹⁰ Cfr. Barcaro R., *Eutanasia. un problema paradigmatico della bioetica*, Franco Angeli, Milano 1998, pp. 90-91. Tali conclusioni vengono invece respinte da E. Pellegrino (*The Place of Intention in Moral Assesment of Assisted Suicide and Active Euthanasia*, cit., pp. 175-176) in base al fatto che al di là delle commendevoli motivazioni con cui si mettono in atto l’eutanasia e il suicidio assistito, rimane comunque vero che i mezzi usati non sono moralmente leciti.

³¹¹ A tal fine, Toscani nota opportunatamente che alcune caratteristiche della medicina moderna (la specializzazione e la sostituzione della figura del medico con quella dell’équipe multidisciplinare) rendano sempre più difficile l’ideale relazionale prima delineato. Tuttavia, “se anche non [...] si potrà chiedere [al medico] amore per una specifica persona, credo ci si potrà aspettare che sia guidato da altri *sentimenti* quali il senso del dovere, il rispetto della volontà e dei diritto dell’altro, la lealtà rispetto ad

4.4 DOVERI, EMOZIONI E INTEGRITÀ MORALE PROFESSIONALE. UNA RIABILITAZIONE DELLE DISTINZIONI TRADIZIONALI?

Riassumendo brevemente quanto detto, l'integrità morale professionale del medico è equivalente alla sua identità morale in quanto professionista, cioè all'insieme di impegni e disposizioni a cui è legato nel momento in cui agisce come medico. Agire contro di essi significa tradire se stessi. Tale integrità morale non è definibile in termini essenzialistici ma può essere sottoposta a revisioni critiche sostanziali. Il risultato è che un singolo medico può definire la sua identità morale fino ad accettare che un atto di eutanasia sia compatibile con la sua integrità e non tradisca gli impegni che definiscono la sua professione. Può darsi che sia richiesto un costo morale in termini emotivi affinché questa revisione sia soggettivamente possibile; ovvero sia anche se un medico convintamente asseconda la richiesta di morire di un paziente, può comunque avvertire sensi di colpa, rimorso ecc. Ciò può significare che tale soggetto non abbia ancora compiuto una revisione radicale di ciò che avverte come impegno professionale – cioè non interrompere mai la vita dei propri pazienti – e non è richiesto che tale revisione radicale sia portata a compimento. Sarà il singolo medico che dovrà trarre le proprie conclusioni dall'esperienza morale. Sono processi molto lunghi e complessi ma la loro complessità e il carattere talvolta angosciante della decisione mettono in luce il fatto che siano in gioco qui la propria identità morale e il senso del proprio sé in quanto agente morale³¹².

Si potrà forse obiettare che gli argomenti del precedente paragrafo hanno come sbocco finale l'affermazione della necessità di riconoscere l'istituto dell'obiezione di coscienza per i medici o i professionisti della salute che non intendono praticare l'eutanasia. In realtà la riflessione sulla natura della pratica medica mette in luce almeno due aspetti. In primo luogo il riconoscimento di un possibile indebolimento del dovere negativo di non produrre intenzionalmente la morte dei pazienti non deve essere considerato come una sorta di “cavallo di troia” introdotto nella cittadella della medicina con la conseguenza che l'intera pratica medica risulti inevitabilmente corrotta

impegni accettati o a promesse fatte o implicite”. F. Toscani, *Eutanasia, medicina e professione medica*, cit., p. 449.

³¹² Sulla possibilità di mettere in atto strategie di compromesso tra l'integrità morale professionale – intesa però in senso essenzialistico – e le richieste dei pazienti cfr. E.D. Pellegrino, *Value Neutrality, Moral Integrity, and the Physician*, “Journal of Law, Medicine and Ethics”, 28 (2000), soprattutto p. 80.

e distrutta. In secondo luogo l'appello al conflitto di doveri nelle situazioni di analgesia con duplice effetto e la sospensione/non-inizio di mezzi sproporzionati o futili si colloca in una dimensione particolare, perché i doveri in gioco concorrono a definire l'integrità o identità morale del medico. È proprio in questa dimensione che si può trovare spazio per riabilitare le distinzioni tra intenzione e previsione, uccidere e lasciare morire, private della loro natura assoluta. Una visione anti-essenzialistica della natura della medicina considera i doveri professionali come vincoli che informano la pratica medica³¹³ e delimitano all'interno di essa il campo delle azioni lecite, ma senza interpretarli come ideali immutabili. Il loro contenuto può essere soggetto a mutamenti sociali, culturali e materiali (legati cioè allo sviluppo tecnologico e al cambiamento dei contesti del morire).

Come è possibile allora recuperare le distinzioni tradizionali? Una prima tesi che si può avanzare è che le distinzioni tradizionali, piuttosto che cogliere strutture oggettive della repressibilità dei singoli agenti, discriminino invece modi diversi di intendere la propria integrità morale professionale.

Si prenda ad esempio un medico che considera moralmente accettabile praticare un intervento analgesico che comporta il controllo del dolore e la morte del paziente oppure considera moralmente accettabile una pratica di sedazione terminale. Ritiene che l'analgesia con duplice effetto sia moralmente giustificata dalla DDE: egli intende alleviare la sofferenza e prevede meramente che la morte del paziente sarà accelerata. Considera inoltre che, nel caso di dolore altrimenti incontrollabile, sia moralmente lecito praticare una sedazione continua e profonda e sospendere o non iniziare AIA, perché ad esempio il paziente lo ha espressamente richiesto. Egli intende rispettare la volontà del paziente di rifiutare le cure e prevede meramente che questo suo comportamento accelererà la morte del paziente. Inoltre AIA in questo caso possono essere considerati a suo parere trattamenti futili, o comunque sproporzionati in relazione al giudizio del paziente. Infine ritiene che l'opzione eutanasi sia del tutto incompatibile con i propri doveri e con le proprie disposizioni professionali.

³¹³ Il termine "pratica" verrà utilizzato in un senso abbastanza generico e non ad esempio nel senso tecnico reso noto da A. MacIntyre. Per di più, il senso tecnico di MacIntyre implica che i fini e i valori alla cui realizzazione mira la pratica stessa siano preordinati e notevolmente resistenti alla revisione critica. Cfr. A. MacIntyre, *Dopo la virtù, Saggio di teoria morale*, Feltrinelli, Milano 1998, pp. 225-228.

Richiamando la posizione di Boyle e Nuccetelli e Seay si potrebbe sostenere che questo medico si trova in una situazione di “impossibilità morale”, in cui si trovano in conflitto alcuni doveri (o norme morali) che egli avverte come costituenti il nucleo della sua integrità morale professionale. Si richiami per un attimo l’argomento di Boyle: per evitare situazioni di “impossibilità morale” è necessaria la DDE che qualifica atti come la somministrazione di analgesici con doppio effetto come atti che producono la morte del paziente come conseguenza collaterale non intesa. Perciò il medico che così procede non si rende colpevole moralmente di un’uccisione intenzionale, oggetto della norma proibitiva alla base dei giudizi sulla condotta umana. Il fondamento della prospettiva di Boyle è in larga parte derivato da una teoria deontologica, in cui la centralità della norma assoluta del “non uccidere” è motivata dall’esigenza morale di conservare il bene vita. Poiché tali formulazioni vanno incontro a specifici problemi di coerenza quando confrontati con casi di abbreviamento consapevole ma non-intenzionale della vita, per comprendere quale conflitto sia realmente in gioco in queste situazioni risulta più utile la teoria dei doveri di Nuccetelli e Seay, che richiama la natura professionale degli obblighi implicati. I doveri in conflitto non sarebbero doveri “generici” ma doveri “particolari”, legati alla natura specifica della professione medica.

Nell’analgesia da duplice effetto il medico è posto di fronte a due doveri in conflitto: da una parte il dovere di conservare la vita e dall’altra il dovere di alleviare la sofferenza. Nel caso della sedazione terminale, il dovere di rispettare la volontà del paziente che ha espressamente richiesto non proseguire con trattamenti sproporzionati o il dovere di non iniziare o proseguire trattamenti futili si trova in conflitto con il dovere di conservare la vita. Sono casi descrivibili come “scelte del diavolo”. Per scelta del diavolo si intende un dilemma morale in cui qualsiasi scelta dà un esito perverso e l’agente non può esimersi dallo scegliere. Tanto nel caso dell’analgesia da duplice effetto quanto nel caso della sedazione terminale il medico si trova davanti ad una decisione dilemmatica di questo tipo:

Cosa dovremmo dire del medico che mentre somministra analgesici o seda un paziente in fin di vita o rimuove un trattamento di prolungamento della vita [...] prevedere la certezza dell’accelerazione della morte ma risolutamente e sinceramente insiste che non era assolutamente sua intenzione causare la morte? Un medico in queste circostanze affronta

una scelta perversa tra alleviare la sofferenza e accelerare la morte, o fornire un inadeguato lenimento dei sintomi per non abbreviare la vita³¹⁴.

La scelta di un corso d'azione rispetto ad un altro non può essere fatta senza alcun prezzo da pagare ed è per questo che le decisioni di fine vita rappresentano casi così sensibili e complessi. Il linguaggio spesso utilizzato nelle discussioni sulle scelte di fine vita fa riferimento a nozioni come la beneficenza, il rispetto dell'autonomia ecc. che non catturano adeguatamente gli elementi profondi di certe decisioni. Anche se una scelta può essere giudicata *formalmente* coerente con presunti doveri professionali o extra-professionali non significa che il medico che la compie non debba pagare alcun costo in termini di emozioni e sentimenti come senso di colpa, rimorso ecc.³¹⁵

Sostenere quindi che la conseguenza indesiderata della propria scelta – cioè la morte del paziente – è un effetto collaterale, una conseguenza prevista ma non intesa, il risultato di un lasciare morire piuttosto che di un uccidere può essere un modo per rendere meno oneroso tale prezzo ed essere in grado di lenire la sofferenza, rispettare la volontà e la dignità del paziente. Il residuo emotivo della scelta, seppure ineliminabile, viene in qualche modo indebolito da una descrizione che non collima perfettamente con il giudizio che saremo indotti a formulare da un punto di vista esterno.

Questa lettura suggerisce quindi che il ricorso alle distinzioni fondamentali è una modalità per ridurre i costi morali derivanti dalle proprie scelte e per rispondere adeguatamente alla sfida intrinseca dell'esperienza morale: talvolta non è possibile produrre il bene senza produrre – consapevolmente – anche un male. Definire come meramente previste certe conseguenze indesiderate e ponendo altrove le proprie intenzioni è un modo per rendere più accettabile questa sfida e di dare senso ai limiti a cui è sottoposto il proprio agire.

Un'interpretazione alternativa dell'impiego da parte del medico delle distinzioni fondamentali riguarda più direttamente l'esigenza di discriminare le condotte da esse derivanti da quelle qualificate come eutanasiche. Le distinzioni tra uccidere/lasciare

³¹⁴ S. Magnusson, *The Devil's Choice: Re-Thinking Law, Ethics, and Symptom Relief in Palliative Care*, "Journal of Law, Medicine and Ethics", 34 (2006), p. 566.

³¹⁵ Su questi punti cfr. B. Williams, *Coerenza etica*, in *Problemi dell'io*, Il Saggiatore, Milano 1990 e *Moralità ed emozioni*, ivi, pp. 269-277. Cfr. anche C.W. Gowans, *Moral Theory, Moral Dilemmas, and Moral Responsibilities*, in H.E. Mason (a cura di), *Moral Dilemmas and Moral Theory*, Oxford University Press, New York-Oxford 1996, soprattutto pp. 202-208; B. Willinston, *Blaming Agents in Moral Dilemmas*, "Ethical Theory and Moral Practice", 9 (2006), pp. 563-576; C. Bagnoli, *Dilemmi morali*, De Ferrari Editore, Genova 2006, pp. 20-24 e 84-99.

morire, intendere/prevedere hanno la funzione di indicare quali comportamenti il singolo medico considera fedeli ai suoi impegni professionali e quali invece sono contrari alla sua integrità morale professionale. Verrebbe percepita sul piano morale una differenza fondamentale quindi l'accelerazione della morte prodotta da un'azione finalizzata all'alleviamento del dolore e l'interruzione della vita prodotta come mezzo per raggiungere lo stesso fine. Così anche la dislocazione dei nessi di causalità secondo quanto proposto dall'argomento del corso della natura non costituirebbe un modo per evadere le proprie responsabilità ma sarebbe motivata dall'esigenza di non venire meno ai propri impegni fondamentali: essa consente al medico di conservare la propria integrità senza impegnarsi in atti che tradirebbero la propria identità.

Si è visto che dal punto di vista descrittivo la deliberazione pratica dell'agente lascia spazio per una distinzione tra conseguenze intese e conseguenze meramente previste. Ma è dubbio che tale distinzione possa essere replicata *in toto* sul piano dei giudizi sulla responsabilità e repressibilità morali di ciò che l'agente fa. Da questo punto di vista la scelta di somministrare analgesici con duplice effetto corrisponde alla scelta di produrre consapevolmente la morte del paziente. Si sceglie cioè di ritenere il dovere di alleviare la sofferenza come più stringente rispetto a quello di conservare la vita. Se considerata come un pacchetto totale, questa scelta è per il medico preferibile all'alternativa di considerare il dovere di conservare la vita come più stringente. Perché allora non sarebbe giustificata, da questa prospettiva, una decisione eutanasi? Se si considerano tutti gli elementi coinvolti – intenzionalità, responsabilità, nessi causali, mezzi scelti ecc. – la distinzione morale tra analgesia da duplice effetto ed eutanasi è quanto mai tenue. Ma dal punto di vista dell'integrità morale del medico tale distinzione può avere un'importanza capitale. Distinguere tra eutanasi e analgesia da duplice effetto serve al medico per conservare la propria integrità, formata (anche) alla luce del dovere di non provocare intenzionalmente la morte del paziente. Sostenere che nel caso del doppio effetto la morte è una conseguenza collaterale non intenzionale dell'azione compiuta significa scegliere una descrizione che permette all'agente di lenire la sofferenza senza venire meno ai suoi impegni morali più profondi. Similmente la sedazione terminale può essere considerata un'alternativa all'eutanasi non tanto rispetto alla struttura causale o dell'intenzionalità che è coinvolta quanto perché il medico può vedere in essa un atto che preserva in modo più adeguato la propria identità

morale in quanto medico. La necessità di preservare la propria integrità morale può indurre il medico a considerare in modo diverso una pratica come il lasciare morire diversa rispetto a quella dell'eutanasia e quindi la sedazione terminale, globalmente intesa, come un atto che non scalfisce i propri impegni fondamentali in quanto medico.

Questa prospettiva “interna” ha il merito di comprendere perché tali distinzioni siano così pervicacemente radicate nell’etica medica e tali conclusioni sembrano avvallare l’idea che esse siano in qualche modo necessarie dal punto di vista della psicologia morale.

Le distinzioni morali dell’etica medica tradizionale (intendere/prevedere, uccidere/lasciare morire) non colgono strutture *reali e assolute* del nostro agire, ma sono traduzioni razionalizzanti di sentimenti e disposizioni che il medico possiede³¹⁶. Tali disposizioni sono in qualche modo “resistenti” ad una revisione critica obiettivistica in quanto radicati nell’idea di integrità morale e di impegni fondamentali che identificano ciò che è un singolo medico. Corrispondono cioè a modalità particolari di intendere il proprio ruolo e di definire la propria identità in riferimento a quelli che sono i doveri fondamentali della propria professione – in breve in riferimento alla moralità professionale. Questo argomento non toglie legittimità alla scelta eutanassica, a patto che la natura della medicina venga compresa secondo linee anti-essenzialistiche ma difende la legittimità di certe distinzioni all’interno delle decisioni di fine vita. Nel momento in cui il dovere di non procurare intenzionalmente la morte viene riconosciuto come *prima facie*, allora non c’è esigenza di mantenere una distinzione morale “imparziale” tra intenzione e previsione, uccidere e lasciare morire ma si può comunque continuare a sostenere che esistono modi diversi, da parte dei medici, di interpretare la propria identità morale e di definire la propria integrità, cosicché per un individuo può realmente segnare una differenza il fatto che abbia previsto ma non inteso certe conseguenze ritenute malvagie.

Gli argomenti presentati, che mirano a riconciliare una concezione anti-essenzialistica della medicina e una concezione areteica della moralità professionale, portano a due conclusioni. Da un lato non si esclude che pratiche eutanassiche debbano essere considerate *a priori* come estranee alla relazione terapeutica e al nucleo morale stesso della professione medica. In secondo luogo, una distinzione morale tra eutanasia,

³¹⁶ Cfr. ad esempio J. McMahan, *Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, cit., pp. 412-413.

sospensione delle cure, sedazione terminale, somministrazione di analgesici con duplice effetto può essere giustificata non in termini generali – cioè facendo riferimento alla “struttura morale di fondo” degli atti – ma nei termini psicologici delle disposizioni dei singoli professionisti, della concezione della propria integrità morale e del modo in cui si interpreta il proprio ruolo di medico. Questi argomenti indicano – in modo almeno almeno *prima facie* – che è auspicabile una revisione dei sistemi giuridici e deontologici che vada nella direzione di riconoscimento della legittimità di misure di abbreviamento della vita a certe condizioni e con certe procedure. Il risultato più importante consiste tuttavia nella individuazione di argomenti che possono ridare dignità alle distinzioni fondamentali e tradizionali, abbandonando il mito di una loro giustificazione “oggettiva” ma ancorandola ad elementi concreti in cui si articola il vissuto della relazione medico-paziente e ai modi in cui il medico può interpretare la propria *mission*. In questa prospettiva la moralità professionale non si configura in assoluto come un sistema chiuso, refrattario a revisioni e sollecitazioni esterne ma come un sistema peculiare che non è insensibile globalmente ai mutamenti culturali a cui sono soggette le questioni di vita e di morte.

Del resto la professione del medico riguarda aree sensibili dell’esperienza umana come la nascita, la cura e la morte ed è per questo motivo che essa si configura in un modo del tutto peculiare rispetto ad altre professioni (e proprio per questo l’analogia tra il medico e il meccanico evocata da Rachels non funziona). Nel momento in cui si prendono in considerazione tematiche come l’eutanasia, il diritto di morire, l’accanimento terapeutico non sono coinvolti soltanto esseri umani dotati di diritti, doveri o disposizioni caratteriali generali ma anche persone che ricoprono un ruolo sociale e professionale ben definito. Pertanto negare la rilevanza della moralità professionale per le questioni di vita e di morte affrontate sarebbe un errore, equivalente a quello compiuto da chi interpreta rigidamente i limiti morali dell’agire medico, dotandoli di un valore essenzialistico e immutabile. Questo perché, come si è visto, le azioni compiute hanno ripercussioni non solo sul mondo ma anche sull’agente che le compie e possono incidere profondamente sulla sua identità morale. Se si considerasse irrilevante la funzione della moralità professionale si dovrebbe sostenere che in nessun caso il ruolo sociale ricoperto dall’agente – con i suoi doveri e diritti annessi e con le relazioni sociali che comporta – sarebbe rilevante per definire la sua integrità morale.

Non solo, ma lo stesso Williams avverte che sarebbe un errore interpretare la formazione di “disposizioni professionali” come unicamente legato all’educazione professionale, poiché esso dipende anche da più ampi processi che vanno al di là dei limiti delle pratiche specifiche di una professione. L’enfasi sul carattere anti-essenzialistico dell’impresa medica tende anche a rendere conto del carattere aperto della professione e quindi della necessità di comprendere meglio gli interscambi tra le ragioni della moralità professionale e quelle della moralità “quotidiana”, evitando per quanto possibile forme di fanatismo morale, ma lasciando una certa libertà agli individui impegnati nella pratica di definire la propria identità.

Infine la divergenza tra il punto di vista esterno e il punto di vista interno potrebbe suggerire che il medico che sostiene di avere provocato la morte come effetto collaterale della sua azione o come effetto di una omissione si sta in realtà ingannando sul significato della sua condotta. Alcuni studi hanno mostrato che molte volte i medici traducono loro decisioni in termini non-etici, facendo ricorso a terminologie cliniche piuttosto che morali³¹⁷. Si potrebbe sostenere allora che la preservazione delle distinzioni tradizionali in una prospettiva di psicologia morale abbia l’effetto di alimentare una forma di auto-inganno. Se gli argomenti addotti contro la DDE e il ruolo di altre distinzioni sono validi, lo scarto tra ciò che le conclusioni delle analisi e ciò che invece viene creduto da alcuni medici sembra implicare un inganno di se stessi, soprattutto in coloro che riconoscono la loro responsabilità morale ma si sentono in qualche modo assolti sul piano della repressibilità da distinzioni che sono tutt’altro che reali. Ciò genera una tensione non indifferente a livello teorico se, come è stato più volte ripetuto in letteratura, l’autoinganno è il nemico più pericoloso dell’integrità morale. Del resto ingannare se stessi, come ingannare gli altri, non è una forma di mancanza di fedeltà e sincerità? Come è possibile essere moralmente integri e possedere un’identità morale se si tradisce e si mente a se stessi³¹⁸?

Occorre specificare che l’autoinganno non è sempre una modalità meramente irrazionale di descrivere le situazioni e di convincersi di tali descrizioni; in alcuni casi esso assolve il compito di preservare la razionalità dell’agente, condizione necessaria

³¹⁷ Cfr. Sayers G.M., Perera S., *Withholding Life Prolonging Treatment, and Self Deception*, “Journal of Medical Ethics”, 28 (2002), pp. 347-352.

³¹⁸ Cfr. S. Darwall, *Self-Deception, Autonomy, and Moral Constitution*, in A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1988, pp. 423-426.

per l'agire. In questa prospettiva razionalistica, l'autopreservazione della razionalità teoretica ha uno scopo pratico e quindi costituisce un bene normativo, in quanto stabilisce la possibilità di avere esperienze logicamente coerenti e di agire secondo motivazioni logicamente coerenti³¹⁹. Oppure l'autoinganno può costituire una difesa messa in atto dall'agente per ridurre l'ansia derivante da certe decisioni e da certe pratiche³²⁰. Marcia Baron ad esempio sostiene che sebbene a prima vista la differenza sia solo una differenza di grado piuttosto che di natura (la giustificazione dell'inganno richiede ragioni più forti rispetto a quella dell'autoinganno) e possano esistere situazioni in cui l'autoinganno è moralmente condannabile, l'inganno di se stessi è per noi agenti morali "virtualmente indispensabile". Questa indispensabilità è legata al fatto che non sempre acquisiamo immediatamente una chiara percezione della realtà e abbiamo bisogno di creare "fantasie confuse" nell'attesa della chiarezza per dare senso alla nostra vita³²¹.

Al di là delle possibili interpretazioni di queste forme, l'autoinganno sembra necessario qualora si opti per una visione forte dell'integrità morale. Abbandonare la propria integrità significa abbandonare la propria identità e il prezzo psicologico e morale di questo abbandono può essere estremamente alto. Ciò non significa che le identità devono essere del tutto chiuse, impermeabili ad una revisione critica e sorde al confronto con altre identità – pena la trasformazione dell'integrità in autoindulgenza³²².

Inoltre le decisioni di fine vita che implicano come conseguenza la morte del paziente possono produrre un peso emotivo e descriverle come "prevedere senza intendere" o "lasciare accadere piuttosto che fare" può avere lo scopo inconscio di limitare tale carico. Quello che una riflessione sul lato ingannevole della conservazione delle distinzioni tradizionali può suggerire è che la discussione sulla loro collocazione morale è al fine anche una discussione sul senso che il medico dà al proprio agire e al

³¹⁹ Cfr. A.M.S. Piper, *Pseudorationality*, in B.P. McLaughlin, A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, cit., soprattutto pp. 303-304 e 315-319.

³²⁰ Cfr. A. Barnes, *Seeing Through Self-Deception*, Cambridge University Press, Cambridge 1997. Per una critica di questa interpretazione cfr. A. Mele, *Self-Deception and Emotion*, "Consciousness and Emotion", 1 (2000), pp. 125-129. Sul rapporto tra autoinganno ed emozioni, cfr. R.B. de Sousa, *Emotion and Self-Deception*, in B.P. McLaughlin, A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, cit. e A. Mele, *Emotion and Desire in Self-Deception*, in A. Hatzimoysis (a cura di), *Philosophy and the Emotions*, Cambridge University Press, Cambridge 2003.

³²¹ Cfr. M. Baron, *What Wrong with Self-Deception?*, in B.P. McLaughlin, A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, cit., soprattutto pp. 440-444.

³²² Il rapporto tra integrità e autoindulgenza morale è affrontato in B. Williams, *Utilitarismo e autocompiacimento morale*, in *Sorte morale*, Il Saggiatore, Milano 1987, soprattutto pp. 65-69.

proprio “essere medico”. Ciò non può esaurirsi in una serie di scambio di ragioni inferite da particolari teorie dell’azione e teorie morali, implica un ragionamento più complessivo sul ruolo sociale e morale che i professionisti impegnati nel campo della salute possono o devono svolgere. L’esito di questo ragionamento non è facilmente comprensibile *a priori*. Per il momento la psicologia morale esige che le distinzioni tradizionali non vengano abbandonate per ragioni “esterne” e razionali, anche se non esclude che si possa riconoscere l’inclusione all’interno della stessa pratica medica di atti che tradizionalmente sono stati considerati incompatibili con il cuore degli impegni della professione.

Bibliografia

- Abelardo P., *Ethica seu liber dictus: scito teipsum*, in *Opera*, a cura di V. Cousin e C. Jourdain, Durand, Paris 1859.
- Adams F., *Intention and Intentional Action: The Simple View*, "Mind and Language", 1 (1986), pp. 281-301.
- Adams R., *Motive Utilitarianism*, "Journal of Philosophy", 73 (1976), pp. 467-481.
- Ahmedzai S.H. et al., *A New International Framework for Palliative Care*, "European Journal of Cancer", 40 (2004), pp. 2192-2200.
- Anderson Fohr S., *The Double Effect of Pain Medication: Separating Myth from Reality*, "Journal of Palliative Medicine", 12 (1998), pp. 315-328.
- Anscombe G.E.M., *Intention*, Cornell University Press, Ithaca 1963 (tr. it. *Intenzione*, a cura di C. Sagliani, Edizioni Università della Santa Croce, Roma 2004).
- Anscombe G.E.M., *The Two Kinds of Error in Action*, "Journal of Philosophy", 60 (1963), pp. 393-401.
- Anscombe G.E.M., *Action, Intention, and "Double Effect"*, "Proceedings of the American Catholic Philosophical Association", 56 (1982), pp. 12-25 (tr. it. *Azione, intenzione e "doppio effetto"*, a cura di M. Ricciardi, C.A. Testi, "Divus Thomas", 29 [2001], pp. 43-61).
- Anscombe G.E.M., *Modern Moral Philosophy*, in R. Crisp, M. Slote (a cura di), *Virtue Ethics*, Oxford University Press, New York 1997.
- Ariés P., *L'homme devant la mort*, Editions de Seuil, Paris 1977 (tr. it. *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*, a cura di M. Garin, Mondadori, Milano 1992).
- Aristotele, *Etica Nicomachea*, a cura di M. Zanatta, BUR, Milano 1994.
- Ashby M., Stoffell B., *Artificial Hydration and Alimentation at the End of Life: A Reply to Craig*, "Journal of Medical Ethics", 21 (1995), pp. 135-140.
- Ashford E., *Utilitarianism, Integrity, and Partiality*, "Journal of Philosophy", 97 (2000), pp. 421-239.
- Audi R., *Action, Intention and Reason*, Cornell University Press, Ithaca 1993.
- Aune B., *Intention and Foresight*, "Journal of Philosophy", 63 (1966), pp. 652-654.
- Aune B., *Reason and Action*, Reidel, Dordrecht 1977.

- Austin J., *Lectures on Jurisprudence*, John Murray, London 1873.
- Bagnoli C., *Dilemmi morali*, De Ferrari Editore, Genova 2006.
- Baier K., *Types of Responsibility*, in P.A. French (a cura di), *The Spectrum of Responsibility*, St. Martin's Press, New York 1991.
- Barcaro R., *Eutanasia. un problema paradigmatico della bioetica*, Franco Angeli, Milano 1998.
- Barilan Y.M., *Terminal Sedation, Terminal Elation, and Medical Parsimony*, "Ethics and Medicine", 20 (2004), pp. 151-165.
- Barnes A., *Seeing Through Self Deception*, Cambridge University Press, Cambridge 1997.
- Baron M., *What Wrong with Self-Deception?*, in A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1988.
- Battin M.P., *The Least Worst Death*, Oxford University Press, New York-Oxford 1994.
- Beardsley M.C., *Intending*, in A.I. Goldman, J. Kim (a cura di), *Values and Morals*, Reidel, Dordrech 1978.
- Beauchamp T., Childress J., *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, New York 1994⁴ (tr. it., *Principi di etica biomedica*, a cura di S. Buonazia, Le Lettere, Firenze 1999).
- Becchi P., *La volontà del malato e la deontologia del medico: due punti di vista in conflitto sull'eutanasia*, "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 3 (1995), pp. 85-92.
- Becchi P., Barcaro R., *Eutanasia ed etica medica*, "Politica del diritto", 33 (2002), pp. 293-314.
- Belmans T., *Saint Thomas et la notion de "moindre mal moral"*, "Revue Thomiste", 83 (1985), pp. 40-57.
- Bennett J., *Morality and Consequences*, in S.M. McMurrin (a cura di), *Tanner Lectures on Human Values*, Cambridge University Press, Cambridge 1980.
- Bennett J., *Whatever the Consequences*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, Fordham University Press, New York 1994.
- Bennett J., *The Act Itself*, Clarendon Press, Oxford 1995.

- Bentham J., *Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, W. Pickering, London 1823² (tr. it. *Introduzione ai principi della morale e della legislazione*, a cura di E. Lecaldano, S. Di Pietro, UTET, Torino 1998).
- Ben-Ze'ev A., *Emotions, Responsibility and Morality*, in T. Van den Beld (a cura di), *Moral Responsibility and Ontology*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 2000.
- Bilsen J. et al., *Drugs Used to Alleviate Symptoms with Life Shortening as a Possible Side Effect: End-of-Life Care in Six European Countries*, "Journal of Pain and Symptom Management", 31 (2006), pp. 111-121.
- Birnbacher D., *Quality of Life – Evaluation or Description?*, "Ethical Theory and Moral Practice", 2 (1999), pp. 25-36.
- Bonito V. et al., *The Clinical and Ethical Appropriateness of Sedation in Palliative Neurological Treatments*, "Neurological Science", 26 (2005), pp. 370-385.
- Boyle J., *On Killing and Letting Die*, "New Scholasticism", 51 (1977), pp. 433-453.
- Boyle J., *Toward Understanding the Principle of Double Effect*, "Ethics", 90 (1980), pp. 527-538.
- Boyle J., *Who is Entitled to Double Effect?*, in T.J. Bole, III (a cura di), *Double Effect: Theoretical Function and Bioethical Implications*, "Journal of Medicine and Philosophy", 16 (1991), pp. 475-494.
- Boyle J., *Medical Ethics and Double Effect: The Case of Terminal Sedation*, "Theoretical Medicine", 25 (2004), pp. 51-60.
- Boyle J., Sullivan T.D., *The Diffusiveness of Intention Principle: A Counter-Example*, "Philosophical Studies", 31 (1977), pp. 357-360.
- Bratman M.E., *Intention and Means-End Reasoning*, "The Philosophical Review", 90 (1981), pp. 252-265.
- Bratman M.E., *Taking Plans Seriously*, "Social Theory and Practice", 36 (1983), pp. 271-286.
- Bratman M.E., *Intention, Plans, and Practical Reason*, Harvard University Press, Cambridge 1987.
- Bratman M.E., *Faces of Intentions*, Cambridge University Press, Cambridge 1999.
- British Medical Association. *Withholding and Withdrawing Life Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making*, BMJ Books, London 2001².

- Brock D.W., *Forgoing Life-Sustaining Food and Water: Is It Killing?*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, Indiana University Press, Bloomington 1989.
- Brody B., *Life and Death Decision Making*, Oxford University Press, Oxford 1988.
- Brody B., *Withdrawal of Treatment Versus Killing the Patient*, in T.L. Beauchamp (a cura di), *Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, Upper Saddle River 1996.
- Broeckaert B., Núñez Olarte J.M., *Sedation in Palliative Care: Facts and Concepts*, in H. Ten Have, D. Clark (a cura di), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia 2002.
- Buchanan A., *Intending Death: The Structure of the Problem and Proposed Solutions*, in T.L. Beauchamp (a cura di), *Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, Upper Saddle River 1996.
- Callahan D., *On Feeding the Dying*, "Hastings Center Report", 13 (1983), pp. 22-27.
- Callahan D., *Public Policy and the Cessation of Nutrition*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, Indiana University Press, Bloomington, 1989.
- Callahan D., *What Kind of Life. The Limits of Medical Progress*, Georgetown University Press, Washington, D.C. 1990.
- Callahan D., *Medical Futility, Medical Necessity. The-Problem-Without-A-Name*, "Hastings Center Report", 21 (1991), pp. 30-35.
- Callahan D., *Terminal Sedation and the Artefactual Fallacy*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation. Euthanasia in Disguise?*, Kluwer, Dordrecht 2004.
- Calhoun C., *Standing for Something*, "Journal of Philosophy", 92 (1995), pp. 235-260.
- Cantor N.L., Thomas G.C. III, *Pain Relief, Acceleration of Death, and Criminal Law*, "Kennedy Institute of Ethics Journal", 6 (1996), pp. 107-128.
- Carse A.L., *Causal Responsibility and Moral Culpability* in T.L. Beauchamp (a cura di), *Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice Hall, Upper Saddle River 1996.
- Carson R.A., *The Symbolic Significance of Giving to Eat and Drink*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, Indiana University Press, Bloomington, 1989.
- Casey J., *Actions and Consequences*, in Casey J. (a cura di), *Morality and Moral Reasoning: Five Essays in Ethics*, Methuen, London 1971 (tr. it. *Azioni e*

- conseguenze*, in J. Casey [a cura di], *Il ragionamento morale*, Armando, Roma 1973).
- Catholic University of America, *New Catholic Encyclopaedia*, McGraw Hill, New York 1976.
- Cavanaugh T.A., *The Ethics of Death-Hastening or Death-Causing Palliative Analgesic Administration to Terminally Ill*, “Journal of Pain and Symptom Management”, 12 (1996), pp. 248-254.
- Chan D.K., *Intention and Responsibility in Double Effect Cases*, “Ethical Theory and Moral Practice”, 3 (2000), pp. 405-434.
- Chandler J., *Killing and Letting Die – Putting the Debate in Context*, “Australasian Journal of Philosophy”, 68 (1990), pp. 420-431.
- Childress J., *When is It Morally Justifiable to Discontinue Medical Nutrition and Hydration?*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, Indiana University Press, Bloomington, 1989.
- Chilsholm R.M., *The Structure of Intention*, “Journal of Philosophy”, 19 (1970), pp. 633-647.
- Chilsholm R.M., *Person and Object. A Metaphysical Study*, George Allen & Unwin, London 1976.
- CNB, *L'alimentazione e l'idratazione nei pazienti in stato vegetativo permanente*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 30/09/2005.
- Copi I.M., Cohen C., *Introduction to Logic*, Prentice Hall, Hemel Hempstead 1994 (tr. it. *Introduzione alla logica*, a cura di R. Lupacchini, Il Mulino, Bologna 1997).
- Corbellini G., *Breve storia delle idee di salute e malattia*, Carocci, Roma 2004.
- Cox D., Lacaze M., Levine M.P., *Should We Strive for Integrity?*, “Journal of Value Inquiry”, 33 (1999), pp. 519-530.
- Craig G.M., *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Ill: Has Palliative Medicine Gone too Far?*, “Journal of Medical Ethics”, 20 (1994), pp. 139-143.
- Craig G.M., *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Sedated Patients: The Debate Continues*, “Journal of Medical Ethics”, 22 (1996), pp. 147-153.

- Darwall S., *Self-Deception, Autonomy, and Moral Constitution*, in A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1988.
- Davidson D., *Actions, Reasons, and Causes*, in *Essays on Actions and Events*, Oxford University Press, New York 1980 (tr. it. *Azioni, ragioni e cause*, in *Azioni ed eventi*, a cura di R. Brigati, E. Picardi, Il Mulino, Bologna 1992).
- Davidson D., *Causal Relations*, in *Essays on Actions and Events*, Oxford University Press, New York 1980 (tr. it. *Relazioni causali*, in *Azioni ed eventi*, a cura di R. Brigati, E. Picardi, Il Mulino, Bologna 1992).
- Davidson D., *Intending*, in *Essays on Actions and Events*, Oxford University Press, New York 1980 (tr. it. *Intendere*, in *Azioni ed eventi*, a cura di R. Brigati, E. Picardi, Il Mulino, Bologna 1992).
- Davis N.A., *The Priority of Avoiding Harm*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, Fordham University Press, New York 1994.
- De Sousa R.B., *Emotion and Self-Deception*, A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1988.
- Devine P.E., *The Ethics of Homicide*, Cornell University Press, Ithaca 1978.
- Donagan A., *A Theory of Morality*, University of Chicago Press, Chicago 1977.
- Donagan A., *Moral Absolutism and Double-Effect Exception: Reflections on Joseph Boyle's Who Is Entitled To Double-Effect?*, in T.J. Bole, III (a cura di), *Double Effect: Theoretical Function and Bioethical Implications*, "Journal of Medicine and Philosophy", 16 (1991), pp. 495-509.
- Duff R.A., *Absolute Principles and Double Effect*, "Analysis", 36 (1976), pp. 68-80.
- Duff R.A., *Intention, Responsibility and Double Effect*, "The Philosophical Quarterly", 32 (1982), pp. 1-16.
- Dunlop R.J. et al., *On Withholding Nutrition and Hydration in the Terminally Ill: Has Palliative Medicine Gone too Far? A Reply*, "Journal of Medical Ethics", 21 (1995), pp. 141-143.
- Dunphy K., *Futilitarianism: Knowing How Much Is Enough in End-of-Life Healthcare*, "Palliative Medicine", 14 (2000), pp. 313-322.
- Dworkin G., *Intention, Foreseeability, and Responsibility*, in F. Schoeman (a cura di), *Responsibility, Character, and the Emotions. New Essays in Moral Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge 1987.

- Dworkin G., *The Nature of Medicine*, in R.G. Frey, G. Dworkin, S. Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Cambridge University Press, Cambridge 1998 (tr. it. *La natura della medicina*, in R.G. Frey, G. Dworkin, S. Bok, *Eutanasia e suicidio assistito*, a cura di P. Cavalieri, Edizioni di Comunità, Torino 2001).
- Dworkin R., *Equality and the Good Life*, in *Sovereign Virtue. The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge-London 2000 (tr. it. *L'uguaglianza e la vita buona*, in *Virtù sovrana. Teoria dell'uguaglianza*, a cura di G. Bettini, Milano, Feltrinelli 2002).
- Eckerdal G., *Sedation in Palliative Care – The Doctor's Perspective*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation. Euthanasia in Disguise?*, Kluwer, Dordrecht 2004.
- Finnis J., *Natural Law and Natural Rights*, Clarendon Press, Oxford 1980 (tr. it. *Legge naturale e diritti naturali*, a cura di F. Viola Giappichelli, Torino 1996).
- Finnis J., *Intention and Side-Effects*, in R.G. Frey, C.W. Morris (a cura di), *Liability and Responsibility. Essays in Law and Morals*, Cambridge University Press, Cambridge 1993.
- Finnis J., *A Philosophical Case Against Euthanasia*, in J. Keown (a cura di), *Euthanasia Examined. Ethical, Clinical and Legal Perspectives*, Cambridge University Press, Cambridge 1997.
- Fischer M.J., Ravizza M., Copp D., *Quinn on Double Effect: The Problem of "Closeness"*, "Ethics", 103 (1993), pp. 707-725.
- Fitzpatrick W.J., *Acts, Intentions, and Moral Permissibility: In Defence of the Doctrine of Double Effect*, "Analysis", 63 (2003), pp. 317-321.
- Flanagan O., *Varieties of Moral Personality*, Harvard University Press, Cambridge-London 1991.
- Foot P., *Euthanasia*, in *Virtues and Vices and Other Essays in Moral Philosophy*, Basil Blackwell, Oxford 1978 (tr. it. *Eutanasia* in G. Ferranti, S. Maffettone [a cura di], *Introduzione alla bioetica*, Liguori, Napoli 1992).
- Foot P., *The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect*, in *Virtues and Vices and Other Essays in Moral Philosophy*, Basil Blackwell, Oxford 1978.
- Foot P., *Morality, Action and Outcome*, in T. Honderich (a cura di), *Morality and Objectivity*, Routledge & Kegan Paul, London 1985.
- Frey R.G., *Some Aspects of the Doctrine of Double Effect*, "Canadian Journal of Philosophy", 5 (1975), pp.259-283.
- Frey R.G., *Causal Responsibility and Contributory Causation*, "Philosophical and Phenomenological Research", 39 (1978-79), pp. 106-119.

- Frey R.G., *Distinctions in Death*, in R.G. Frey, G. Dworkin, S. Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Cambridge University Press, Cambridge 1998 (tr. it. *Distinzioni tra tipi di morire*, in R.G. Frey, G. Dworkin, S. Bok, *Eutanasia e suicidio assistito*, a cura di P. Cavalieri, Edizioni di Comunità, Torino 2001).
- Frey R.G., *The Fear of a Slippery Slope*, in R.G. Frey, G. Dworkin, S. Bok, *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Cambridge University Press, Cambridge 1998 (tr. it. *Il timore della "china scivolosa"*, in R.G. Frey, G. Dworkin, S. Bok, *Eutanasia e suicidio assistito*, a cura di P. Cavalieri, Edizioni di Comunità, Torino 2001).
- Fried C., *Right and Wrong*, Harvard University Press, Cambridge 1978.
- Fuchs T., *The Notion of "Killing". Causality, Intention, and Motivation in Active and Passive Euthanasia*, "Medicine, Healthcare and Philosophy", 1 (1998), pp. 245-253.
- Geddes L., *On the Intrinsic Wrongness of Killing Innocent People*, "Analysis", 33 (1974), pp. 94-95.
- Gemelli A., *De l'avortement indirect, application à l'avortement des notions de causalité per accidens et de causalité per se*, "Nouvelle revue théologique", 60 (1933), pp. 500-527.
- Gemelli A., *Ancore l'avortement indirect*, "Nouvelle revue théologique", 60 (1933), pp. 687-693.
- Ghoos J., *L'Acte à double effet: Etude de théologie positive*, "Ephemerides Theologicae Lovanienses", 27 (1951), pp. 30-52.
- Gillick M.R., *Terminal Sedation: An Acceptable Exit Strategy?*, "Annals of Internal Medicine", 141 (2004), pp. 236-257.
- Gillon R., *Foreseeing Is Not Necessarily the Same As Intending*, "British Medical Journal", 318 (1999), pp. 1431-1432.
- Giorello G., Ricciardi M., *Causalità, necessità, spiegazione*, "Diritto penale e processo", 1998, pp. 1559-1566.
- Giovanni Paolo II, *Veritatis Splendor*, 06/08/1993.
- Giovanni Paolo II, *Evangelium Vitae. Il valore e l'inviolabilità della vita umana*, Paoline, Milano 1995.
- Giunta F., *Il morire tra bioetica e diritto penale*, "Politica del diritto", 34 (2003), pp. 553-580.
- Glover J., *Causing Death and Saving Lives*, Penguin Books, Harmondsworth 1977.

- Goffi J.-Y., *Penser l'euthanasie*, Presses Universitarie de France, Paris 2004 (tr. it. *Pensare l'eutanasia*, a cura di A. Serafini, Einaudi, Torino 2006).
- Goldman A., *A Theory of Human Action*, Prentice-Hall, New York 1970.
- Gordijn B., Crul B., Zylicz Z., *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, in H. Ten Have, D. Clark (a cura di), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia 2002.
- Gowans C.W., *Moral Theory, Moral Dilemmas, and Moral Responsibilities*, in H.E. Mason (a cura di), *Moral Dilemmas and Moral Theory*, Oxford University Press, New York-Oxford 1996.
- Green O.H., *Killing and Letting Die*, "American Philosophical Quarterly", 17 (1980), pp. 195-204.
- Grisez G., *Toward a Consistent Natural Law Ethics of Killing*, "American Journal of Jurisprudence", 15 (1970), pp. 64-96.
- Grisez G., Boyle J., Finnis J., *Practical Principles, Moral Truth, and Ultimate Ends*, "American Journal of Jurisprudence", 32 (1987), pp. 99-151.
- Gruppo di lavoro su nutrizione e idratazione nei soggetti in stato di irreversibile perdita della coscienza, *Rapporto*, in "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 9 (2001), pp. 303-319.
- Halliday R., *Medical Futility and the Social Context*, "Journal of Medical Ethics", 23 (1997), pp. 148-153.
- Harman G., *Practical Reasoning*, "Review of Metaphysics", 79 (1976), pp. 431-463.
- Harman G., *Changing in View*, MIT Press, Cambridge 1986.
- Hart H.L.A., *Intention and Punishment*, in *Punishment and Responsibility: Essays in the Philosophy of Law*, Clarendon Press, Oxford 1968 (tr. it. *Intenzione e pena*, in *Responsabilità e pena. Saggi di filosofia del diritto*, a cura di M. Jori, Edizioni di Comunità, Milano 1981).
- Hart H.L.A., *Postscript: Responsibility and Retribution*, in *Punishment and Responsibility: Essays in the Philosophy of Law*, Clarendon Press, Oxford 1968 (tr. it. *Poscritto: responsabilità e retribuzione*, in *Responsabilità e pena. Saggi di filosofia del diritto*, a cura di M. Jori, Edizioni di Comunità, Milano 1981).
- Hawryluck L., *Neuromuscular Blockers—A Means of Palliation?*, "Journal of Medical Ethics", 28 (2002), pp. 170-172.
- Hermesen M.A., ten Have H., *Euthanasia in Palliative Care Journals*, "Journal of Pain and Symptom Management", 23 (2002), pp. 517-525.

- Hills A., *Defending Double Effect*, "Philosophical Studies", 116 (2003), pp. 133-152.
- Hoffman R., *Intention, Double Effect, and Single Result*, "Philosophy and Phenomenology Research", 3 (1984), pp. 389-393.
- Hopkins P.D., *Why Does Removing Machines Count as "Passive" Euthanasia?*, "Hastings Center Report", 27 (1997), pp. 29-37.
- Hull R., *Deconstructing the Doctrine of the Double Effect*, "Ethical Theory and Moral Practice", 3 (2000), pp. 195-297.
- Jansen R., *Palliative Care. Concepts and Ethics*, Nijmegen University Press, Nijmegen 2001.
- Jecker N.S., *Medical Futility and Care of Dying Patients*, "West Journal of Medicine", 163 (1995), pp. 287-291.
- Jonas H., *The Right to Die*, "Hastings Center Report", 8 (1978), pp. 31-36 (tr. it. *Tecniche di differimento della morte e il diritto di morire*, in *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, a cura di P. Becchi, A. Benussi, Einaudi, Torino 1997).
- Kaam F.K., *Physician-Assisted Suicide, the Doctrine of the Double Effect, and the Ground of Value*, "Ethics", 109 (1999), pp. 586-605.
- Kass L., *Neither for Love Nor Money. Why Doctors Must Not Kill*, "The Public Interest", 94 (1989), pp. 25-46.
- Kass L., *Is There a Right to Die?*, in *Life, Liberty and the Defense of Dignity. The Challenge for Bioethics*, Encounter Book, San Francisco 2002.
- Kendall C.E., *A Double Dose of Double Effect*, "Journal of Medical Ethics", 26 (2000), pp. 204-206.
- Keenan J.F., *The Function of the Principles of Double Effect*, "Theological Studies", 54 (1993), pp. 294-315.
- Kelly G., *Medico-moral Problems*, The Catholic Hospital Association of the United States and Canada, St. Louis 1958.
- Kenny A., *Action, Emotion and Will*, Routledge and Kegan Paul, London-Henley 1963
- Kenny A., *Intention and Purpose in Law*, in R.S. Summers (a cura di), *Essays in Legal Philosophy*, Basil Blackwell, Oxford 1968.
- Kenny A., *The History of Intention in Ethics*, in *The Anatomy of Soul. Historical Essays in the Philosophy of Mind*, Basil Blackwell, Oxford 1973.

- Kenny A., *Philippa Foot on Double Effect*, in R. Hursthouse, G. Lawrence, W. Quinn (a cura di), *Virtues and Reasons. Philippa Foot and Moral Theory*, Clarendon Press, Oxford 1995.
- Kennedy I., *Il diritto di morire*, in C.M. Mazzoni (a cura di), *Una norma giuridica per la bioetica*, Il Mulino, Bologna 1998.
- Kim J., *Causes and Events: Mackie on Causation*, in E. Sosa, M. Tooley (a cura di), *Causation*, Oxford University Press, Oxford 1993.
- Kohl M., *Voluntary Beneficent Euthanasia*, in M. Kohl (a cura di), *Beneficent Euthanasia*, Prometheus Book, Buffalo 1975.
- Krakauer E.L. et al., *Sedation for Intractable Distress of a Dying Patient: Acute Palliative Care and the Principle of Double Effect*, "The Oncologist", 5 (2000), pp. 53-62.
- Kuhse H., *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A critique*, Clarendon Press, Oxford 1987.
- Kuhse H., *Euthanasia*, in Peter Singer (a cura di), *A Companion to Ethics*, Blackwell, Oxford 1991.
- Kuhse H., *Response to Ronald M. Perkin and David B. Resnik: The Agony of Trying to Match Sanctity of Life and Patient-Centred Medical Care*, "Journal of Medical Ethics", 28 (2002), pp. 270-272.
- Kuhse H., *Why Terminal Sedation Is No Solution to the Voluntary Euthanasia Debate*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht-Boston-London, 2004.
- Lamb D., *Therapy Abatement, Autonomy and Futility: Ethical Decisions at the Edge of Life*, Ashgate, Aldershot 1995 (tr. it. *L'etica alle frontiere della vita. Eutanasia e accanimento terapeutico*, a cura di C.M. Mazzoni, Il Mulino, Bologna 1998).
- Lecaldano E., *Bioetica. Le scelte morali*, Laterza, Roma-Bari 1999.
- Lega G., *Manuale di bioetica e deontologia medica*, Giuffrè, Milano 1991.
- Lelie A., Verweij M., *Futility Without a Dichotomy: Towards and Ideal Physician-Patient Relationship*, "Bioethics", 17 (2003), pp. 21-31.
- Levy Sanford S., *The Principle of Double Effect*, "Journal of Value Inquiry", 20 (1986), pp. 29-40.
- Loewy E.H., *Terminal Sedation, Self-Starvation and Orchestrating the End of Life*, "Archives of Internal Medicine", 161 (2001), pp. 329-332.

- Lucas J.R., *Responsibility*, Clarendon Press, Oxford 1993.
- Lynn A.J., Sulmasy D.P., *Sedation, Alimentation, Hydration and Equivocation: Careful Conversation about Care at the End of Life*, "Annals of Internal Medicine", 136 (2002), pp. 845-849.
- Lynn J., Childress J., *Must Patients Always Be Given Food and Water?*, in J. Lynn (a cura di), *By No Extraordinary Means. The Choice to Forgo Life-Sustaining Food and Water*, Indiana University Press, Bloomington, 1989.
- Lyons R., *Intention and Foresight in Law*, "Mind", 85 (1976), pp. 84-89.
- MacIntyre Alasdair, *After Virtue. A Study in Moral Theory*, Notre Dame University Press, Notre Dame 1981 (tr. it. *Dopo la virtù. Saggio di teoria morale*, a cura di P. Capriolo, Feltrinelli, Milano 1988).
- MacIntyre Alyson, *Doing Away with Double Effect*, "Ethics", 111 (2001), pp. 219-255.
- MacIntyre Alyson, *The Double Life of Double Effect*, "Theoretical Medicine", 25 (2004), pp. 61-74.
- Mackie J.L., *Causes and Conditions*, "American Philosophical Quarterly", 2 (1965), pp. 245-264.
- Mackie J.L., *The Cement of Universe. A Study of Causation*, Oxford University Press, Oxford 1974.
- Mackie J.L., *Ethics. Inventing Right and Wrong*, Penguin Books, Harmondsworth 1977.
- Magnusson R.S., *The Devil's Choice: Re-Thinking Law, Ethics, and Symptom Relief in Palliative Care*, "Journal of Law, Medicine and Ethics", 34 (2006), pp. 559-569.
- Mangan J., *An Historical Analysis of the Principle of the Double Effect*, "Theological Studies", 10 (1949), pp. 41-61.
- Mapel D.R., *Revising the Doctrine of Double Effect*, "Journal of Applied Ethics", 18 (2001), pp. 257-272.
- Marquis D.B., *Four Versions of Double Effect*, in Thomas J. Bole, III, *Double Effect: Theoretical Function and Bioethical Implications*, "Journal of Medicine and Philosophy", 16 (1991), pp. 515-544.
- Materstvedt L.J. et al., *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: A View From an EAPC Ethics Task Force*, "Palliative Medicine", (17) 2003, pp. 97-101 (tr. it. *Eutanasia e suicidio assistito dal medico: il punto di vista di una Task Force sull'etica dell'EAPC*, "Rivista italiana di cure palliative", 6 [2004], pp. 42-46).

- McCann H., *Settled Objectives and Rational Constraints*, "American Philosophical Quarterly", 28 (1991), pp. 25-36.
- McCarthy D., *Intending Harm, Foreseeing Harm, and Failures of the Will*, "Noûs", 36 (2002), pp. 622-642.
- McCormick R., *Ambiguity in Moral Choice*, in R. McCormick, P. Ramsey (a cura di), *Doing Evil to Achieve Good: Moral Choice in Conflict Situations*, Loyola University Press, Chicago 1978.
- McFall L., *Integrity*, "Ethics", 98 (1987), pp. 5-20.
- McMahan J., *Killing, Letting Die, and Withdrawing Aid*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, Fordham University Press, New York 1994.
- McStay R., *Terminal Sedation: Palliative Care for Intractable Pain*, Post Glucksberg and Quill, "American Journal of Law and Medicine", 29 (2003), pp. 45-76.
- Mediati R.D. et al., *Oncologia. Il dolore cronico nella malattia oncologica*, in C. Galanti, A. Barresi (a cura di), *La lotta al dolore*, Tassinari, Firenze 2005.
- Meiland J., *The Nature of Intention*, Methuen, London 1970.
- Mele A., *Springs of Action. Understanding Intentional Behavior*, Oxford University Press, New York-Oxford 1992.
- Mele A., *Self-Deception and Emotion*, "Consciousness and Emotion", 1 (2000), pp. 115-137.
- Mele A., *Emotion and Desire in Self-Deception*, in A. Hatzimoysis (a cura di), *Philosophy and the Emotions*, Cambridge University Press, Cambridge 2003.
- Mellema G., *On Risk Taking and Moral Responsibility*, "Criminal Justice Ethics", 6 (1987), pp. 3-11.
- Miccinesi G. et al., *Continuous Deep Sedation: Physicians' Experiences in Six European Countries*, "Journal of Pain and Symptom Management", 31 (2006), pp. 122-129.
- Miranda G., *I problemi etici dell'eutanasia nell'enciclica "Evangelium Vitae"*, in E. Sgreccia, D. Sacchini (a cura di), *"Evangelium Vitae" e bioetica. Un approccio interdisciplinare*, Vita e Pensiero, Milano 1996.
- Montero E., *L'eutanasia è un diritto? Autonomia, dignità, pluralismo*, "Studi cattolici", 43 (2000), 164-172.
- Mordacci R., *Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica*, Feltrinelli, Milano 2003.

- Mori M., *Sulla distinzione tra eutanasia e sospensione delle terapie. Analisi delle argomentazioni nell'etica laica*, in V. Salvoldi, *Oltre l'eutanasia e l'accanimento. Politica, scienza e morale*, Devoniene, Bologna 1991.
- Mori M., *Dal vitalismo medico alla moralità dell'eutanasia*, "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 7 (1999), pp. 109-123.
- Morita T., Tsuneto S., Shima Y., *Definition of Sedation for Symptom Relief: A Systematic Literature Review and a Proposal of Operational Criteria*, "Journal of Pain and Symptom Management", 23 (2002), pp. 370-385.
- Morrison R.S., Meier D.E., *Palliative Care*, "The New England Journal of Medicine", 350 (2004), pp. 2582-2590.
- Nagel T., *War and Massacre*, in *Mortal Questions*, Cambridge University Press, Cambridge 1979 (tr. it. *Guerra e massacro*, in *Questioni mortali*, a cura di S. Veca, A. Besussi, Il Saggiatore, Milano 2001).
- Nagel T., *The View from Nowhere*, Oxford University Press, New York-Oxford 1986 (tr. it. *Uno sguardo da nessun luogo*, a cura di S. Veca, Il Saggiatore, Milano 1988).
- Neri D., *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Laterza, Roma-Bari 1995.
- Nuccetelli S., Seay G., *Relieving Pain and Foreseeing Death: A Paradox about Accountability and Blame*, "The Journal of Law, Medicine and Ethics", 28 (2000), pp. 19-25.
- Nussbaum M., *Giustizia sociale e dignità umana. Da individui a persone*, Il Mulino, Bologna 2002.
- Oberdiek H., *Intention and Foresight in Criminal Law*, "Mind", 81 (1972), pp. 389-400.
- Ordine dei medici chirurghi e odontoiatri di Firenze, *Documento sulla sedazione nel paziente terminale*, "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 12 (2004), pp. 127-129.
- Orlenticer D., *The Supreme Court and Physician-Assisted Suicide — Rejecting Assisted Suicide but Embracing Euthanasia*, "New England Journal of Medicine", 337 (1997), pp. 1236-1239.
- Orlenticer D., *Matters of Life and Death. Making Moral Theory Work in Medical Ethics and the Law*, Princeton University Press, Princeton 2001.
- Oshana M.A.L., *Ascriptions of Responsibility*, "American Philosophical Quarterly", 34 (1997), pp. 71-83.

- Panicola M., *Catholic Teaching on Prolonging Life: Setting the Record Straight*, "Hastings Center Report", 31 (2001), pp. 14-25.
- Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *For the Patient's Good*, Oxford University Press, Oxford 1988 (tr. it. *Per il bene del paziente. Tradizione e attualità nell'etica medica*, a cura di A. Cipolla, Paoline, Cinisello Balsamo 1992).
- Pellegrino E.D., *The Place of Intention in the Moral Assessment of Assisted Suicide and Active Euthanasia*, in T.L. Beauchamp (a cura di), *Intending Death. The Ethics of Assisted Suicide and Euthanasia*, Prentice-Hall, Upper Saddle River 1996.
- Pellegrino E.D., *The Goals and Ends of Medicine: How Are They Defined?*, in M.J. Hanson, D. Callahan (a cura di), *The Goals of Medicine. The Forgotten Issues in Health Care Reform*, Georgetown University Press, Washington 1999.
- Pellegrino E.D., *Value Neutrality, Moral Integrity and the Physician*, "The Journal of Law, Medicine and Ethics", 28 (2000), pp. 78-80.
- Pellegrino E.D., *Philosophy of Medicine: Should it be Teleologically or Socially Construed?*, "Kennedy Institute of Ethics Journal", 11 (2001), pp. 169-180.
- Pellegrino E.D., *Futility in Medical Decisions: The Word and the Concept*, "HEC Forum", 17 (2005), pp. 308-318.
- Perkin R.M., Resnik D.B., *The Agony of Agonal Respiration: Is the Last Gasp Necessary?*, "Journal of Medical Ethics", 28 (2002), pp. 164-169.
- Piper A.M.S., *Pseudorationality*, in A.O. Rorty (a cura di), *Perspectives on Self-Deception*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles 1988.
- Porta Sales J., *Palliative Sedation. Clinical Aspects*, in C. Gastmans (a cura di), *Between Technology and Humanity. The Impact of Technology on Health Care Ethics*, Leuven University Press, Leuven 2002.
- President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, *Deciding to Forego Life-Sustaining Treatment A Report on the Ethical, Medical, and Legal Issues in Treatment Decisions*, Department of Commerce, Washington 1983.
- Putnam H., *The Meaning and the Moral Sciences*, Routledge and Kegan Paul, London 1978 (tr. it. *Verità e etica*, Il Saggiatore, Milano 1982).
- Quill T.E., Brock I., *Responding to Intractable Terminal Suffering: The Role of Terminal Sedation and Voluntary Refusal of Food and Fluids*, "Annals of Internal Medicine", 132 (2000), pp. 408-414.

- Quill T.E., Coombs Lee B., Nunn S., *Palliative Treatment of the Last Resort: Choosing the Least Harmful Alternative*, "Annals of Internal Medicine", 132 (2000), pp. 488-493.
- Quinn W., *Action, Intentions, and Consequences: The Doctrine of Double Effect*, "Philosophy and Public Affairs", 18 (1989), pp. 334-351.
- Rachels J., *Active and Passive Euthanasia*, "New England Journal of Medicine", 292 (1975), pp. 78-80.
- Rachels J., *The End of Life. Euthanasia and Morality*, Oxford University Press, Oxford 1986 (tr. it. *La fine della vita. La moralità dell'eutanasia*, a cura di P. Garavelli, Sonda, Torino 1989).
- Reichlin M., *L'eutanasia nella bioetica di impostazione utilitaristica. Analisi critica dei testi di J. Rachels e H. Kuhse*, "Medicina e morale", 43 (1993), pp. 331-361.
- Reichlin M., *L'etica e la buona morte*, Edizioni di Comunità, Torino 2002.
- Repenhek M., Slosar J.P., *Medically Assisted Nutrition and Hydration: A Contribution to the Dialogue*, "Hastings Center Report", 34 (2004), pp. 13-16.
- Ricciardi M., *L'autodifesa in Tommaso d'Aquino*, "Divus Thomas", 29 (2001), pp. 61-89.
- Richards N., *Double Effect and Moral Character*, «Mind», 93 (1984), pp. 381-397.
- Ricoeur P., *La sémantique de l'action. Ière partie : Le discours de l'action*, Éditions du Centre National de la Recherche Scientifique, Paris 1977 (tr. it. *La semantica dell'azione. Discorso e azione*, a cura di A. Pieretti, Jaca Book, Milano 1986).
- Rivera L., *Sacrifices, Aspirations and Morality: Williams Reconsidered*, "Ethical Theory and Moral Practice", 10 (2007), pp. 69-87.
- Rojas J., *St. Thomas on the Direct/Indirect Distinction*, "Ephemerides theologicae Lovanienses", 64 (1988), pp. 371-392.
- Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, *Iura et bona. Dichiarazione sull'eutanasia*, 05/05/1980.
- Satolli R., *Dolce morte e potere del medico*, "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 1 (1993), pp. 305-308.
- Sayers G.M., Perera S., *Withholding Life Prolonging Treatment, and Self Deception*, "Journal of Medical Ethics", 28 (2002), pp. 347-352.
- Scriven M., *Defects of the Necessary Condition Analysis of Causation*, in E. Sosa, M. Tooley (a cura di), *Causation*, Oxford University Press, Oxford 1993.

- Searle John, *Intentionality. An Essay in the Philosophy of Mind*, Cambridge University Press, Cambridge 1983 (tr. it. *Della intenzionalità. Un saggio di filosofia della conoscenza*, a cura di D. Barbieri, Bompiani, Milano 1985).
- Shaw A.B., *Two Challenges to the Double Effect Doctrine: Euthanasia and Abortion*, "Journal of Medical Ethics", 28 (2002), pp. 102-104.
- Shaw J., *Intention in Ethics*, "Canadian Journal of Philosophy", 36 (2006), pp. 187-224.
- Sidgwick H., *Methods of Ethics*, McMillan, London 1907⁷ (tr. it. *Metodi di etica*, a cura di M. Mori, Il Saggiatore, Milano 1995).
- Singer P., *Famine, Affluence and Morality*, "Philosophy and Public Affairs", 1 (1972), pp. 229-243 (tr. it. *Carestia, ricchezza e moralità*, in *La vita come si dovrebbe*, a cura di E. Ferreri, S. Rini, S. Montes, S. Romano, Il Saggiatore, Milano 2001).
- Singer P., *Practical Ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 1993².
- Snelling P.C., *Consequences Count: Against Absolutism at the End of Life*, "Journal of Advanced Nursing", 46 (2004), pp. 350-357.
- Spinsanti S., Petrelli F., *Scelte etiche ed eutanasia*, Paoline, Milano 2003.
- Steinbock B., *The Intentional Termination of Life*, in B. Steinbock, A. Norcross (a cura di), *Killing and Letting Die*, Fordham University Press, New York 1994.
- Sulmasy D.P., *The Rule of the Double Effect. Clearing Up the Double Talk*, "Archives of Internal Medicine", 159 (1999), pp. 545-550.
- Sulmasy D.P., *Double Effect – Intention is the Solution, Not the Problem*, "Journal of Law, Medicine and Ethics", 28 (2000), pp. 26-29.
- Sykes N., Thorns A., *The Use of Opioids and Sedatives at the End of Life*, "Lancet Oncology", 4 (2003), pp. 312-318.
- Tännsjö T., *Terminal Sedation – A Compromise in the Euthanasia Debate?*, "Bulletin of Medical Ethics", 163 (2000), pp. 13-22.
- Tännsjö T., *Terminal Sedation. A Substitute for Euthanasia?*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht-Boston-London, 2004.
- Tännsjö T., *The Sanctity of Life and the Active/Passive Distinction*, in T. Tännsjö (a cura di), *Terminal Sedation: Euthanasia in Disguise?*, Kluwer Academic Publisher, Dordrecht-Boston-London, 2004.

- Ten Have H., Janssens R., *Futility, Limits and Palliative Care*, in H. Ten Have, D. Clark (a cura di), *The Ethics of Palliative Care. European Perspectives*, Open University Press, Buckingham-Philadelphia 2002.
- Tettamanzi D., *Dizionario di bioetica*, PIEMME, Casale Monferrato 2002.
- Toscani F., *Eutanasia, medicina e professione medica: un commento all'articolo di Paolo Becchi*, "Bioetica. Rivista interdisciplinare", 3 (1995), pp. 444-450.
- Tripodina C., *Il diritto nell'età della tecnica. Il caso dell'eutanasia*, Napoli, Jovene, 2004.
- Uniacke S.M., *The Doctrine of Double Effect*, "The Thomist", 48 (1984), pp. 188-218.
- Vacco v. Quill*, 521 U.S. 793 (1997).
- Van Zyl L., *Death and Compassion. A Virtue Based Approach to Euthanasia*, Ashgate, Aldershot 2000.
- Veatch R., *A Theory of Medical Ethics*, Basic Books, New York 1981.
- Veatch R., *Death, Dying and Biological Revolution. Our Last Quest for Responsibility*, Yale University Press, New Haven 1989.
- Vermeersch A., *Avortement direct ou indirect*, "Nouvelle revue théologique", 60 (1933), pp. 600-620.
- Vermeersch A., *Une courte conclusion*, "Nouvelle revue théologique", 60 (1933), pp. 694-695.
- Walen A., *The Doctrine of Illicit Intentions*, "Philosophy and Public Affairs", 34 (2006), pp. 39-67.
- Washington v. Glucksberg*, 521 U. S. 702 (1997)
- Weissman D.E., *Decision Making at a Time of Crisis Near the End of Life*, "Journal of American Medical Association", 292 (2004), pp. 1738-1743.
- Weinryb E., *Omissions and Responsibility*, "Journal of Philosophy", 30 (1980), pp. 1-18.
- Will F.L., *Intention, Error, and Responsibility*, "Journal of Philosophy", 61 (1964), pp. 171-179.
- Williams B., *Utilitarianism: A Critique*, in J.J.C. Smart, B. Williams, *Utilitarianism. For and Against*, Cambridge University Press, Cambridge 1973 (tr. it. *Una critica dell'utilitarismo*, in J.J.C. Smart, B. Williams, *Utilitarismo: un confronto*, Bibliopolis, Napoli 1985).

- Williams B., *Ethical Coherence*, in *Problems of the Self*, Cambridge University Press, Cambridge 1973 (tr. it. *Coerenza etica*, in *Problemi dell'io*, Il Saggiatore, Milano 1990).
- Williams B., *Morality and the Emotions*, in *Problems of the Self*, Cambridge University Press, Cambridge 1973 (tr. it. *Coerenza etica*, in *Problemi dell'io*, Il Saggiatore, Milano 1990).
- Williams B., *Utilitarianism and Moral Self-Indulgence*, in *Moral Luck*, Cambridge University Press, Cambridge 1981 (tr. it. *Utilitarismo e autocompiacimento morale*, in *Sorte morale*, a cura di S. Veca, R. Rini, Il Saggiatore, Milano 1987).
- Williams B., *Shame and Necessity*, University of California Press, Berkeley 1993.
- Williams B., *Acts and Omissions, Doing and Not Doing*, in *Making Sense of Humanity*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
- Williams B., *Professional Morality and Its Dispositions*, in *Making Sense of Humanity*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
- Williams B., *Voluntary Acts and Responsible Agents*, in *Making Sense of Humanity*, Cambridge University Press, Cambridge 1995.
- Williams G., *The Sanctity of Life and the Criminal Law*, Faber & Faber, London 1958.
- Williams G., *Euthanasia and the Physician*, in M. Kohl (a cura di), *Beneficent Euthanasia*, Prometheus Book, Buffalo 1975.
- Williston B., *Blaming Agents in Moral Dilemmas*, "Ethical Theory and Moral Practice", 9 (2006), pp. 563-576.
- World Health Organization, *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, Technical Report Series 804, Geneva 1990.
- World Health Organization, *Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability*, WHO, Geneva 1996².
- Wreen M., *Medical Futility and Physician Discretion*, "Journal of Medical Ethics", 30 (2004), pp. 275-278.
- Zimmerman M.J., *Responsibility*, in Becker L.C., Becker C.B. (a cura di), *Encyclopedia of Ethics*, Garland Publishing, New York & London 1992.