

lo deve fare sempre nel loro interesse» (p. 107). Il primo interesse è la vita. Non si giustifica la decisione dei genitori di Robyn Twitchell, affiliati alla "Christian Science Church", di lasciar morire il loro figlio, affetto da un'ostruzione intestinale, che poteva essere facilmente rimossa.

L'etica della responsabilità come "rispondere di" afferma il valore della vita e sottolinea i valori propri della professione del medico, in cui figura innanzitutto il valore della salute, come bene che il medico è impegnato a promuovere e a salvaguardare.

In riferimento ai casi Welby, Nuvoli ed Englaro circa la sospensione dei trattamenti sanitari, Turollo sottolinea che «l'etica civile condivisa espressa dall'articolo 32 della nostra Costituzione può essere descritta anche nei termini di un'etica della responsabilità» (p. 128). Si tratta infatti di «un'etica che mette insieme le diverse istanze contenute nel principio di responsabilità: la responsabilità dell'intero corpo sociale per la salute di ciascuno dei suoi membri; la responsabilità di ciascuno nei confronti della propria salute individuale; la responsabilità intesa come capacità propria di ciascuno di valutare soggettivamente le circostanze individuali in cui si trova (*res/rem ponderare*), senza subire interferenze, la responsabilità come risposta (*respondere*) all'appello che viene dall'altro, fragile e malato; la responsabilità del medico, che deve rimanere fedele al suo compito, ai suoi valori professionali, alla sua vocazione di medico (*responsio*)» (pp. 128-129).

Per quanto riguarda le domande eutanasiche, osserva che esse «hanno spesso bisogno di essere decodificate» (p. 127). Se il malato chiede di morire perché teme di soffrire, «occorre far conoscere a questo malato tutte le possibilità offerte dalle cure palliative» (*ibid.*). Se il malato chiede di morire a causa di uno stato depressivo causato dalla malattia o dallo stato di abbandono in cui si trova, «occorre offrire a lui un supporto psicologico» (p. 128). Il medico non può esaudire la richiesta del malato di lasciarsi morire. Il medico «è in primo luogo il depositario dei valori della sua disciplina (che ha come fine quello di promuovere la salute e di salvare la vita delle persone) ed è, in secondo luogo, il portavoce della società, che ha interesse a salvaguardare la salute di ciascuno dei suoi membri» (*ibid.*). Le cose cambiano se verrà approvata la legge sul testamento biologico, richiederà che i pazienti lascino un testo scritto, attestante le loro volontà, presso il loro medico di base, oppure presso un notaio.

PIETRO BIRTOLO

S. GIARDINA - D. SACCHINI, *La vecchiaia e i suoi volti*, Franco Angeli, Milano 2008, 159 pp., € 16,00, ISBN 978-88.464-9140-4.

Gli autori sottolineano l'invecchiamento della popolazione, la sua ripercussione sulla stessa gestione socio-sanitaria degli anziani e le problematiche etiche conseguenti. Rilevano che la componente oggi dominante è l'affermarsi dell'utilitarismo e che «in tale prospettiva non si dà uno spazio per l'essere. Questo è diluito nel "fare" e soprattutto nell' "avere"» (p. 19).

Ciò che conta, oggi, è l'utilità pratica, il fare, l'avere: l'uomo vale non per quello che è, ma per ciò che ha. «Il "non senso" dell'anzianità è lo sbocco inelu-

dibile di tutto questo processo: l'anziano è improduttivo economicamente, inutile a chi produce, è un "fuori ruolo" nella società produttiva. L'anziano, se vive, vivrà in solitudine» (*ibid.*).

L'attuale società materialista di matrice consumistica «vede l'anziano come utente che chiede e che consuma risorse e tempi e come colui o colei che non risulta di alcuna utilità per il meccanismo produttivo della società» (p. 37). Questa «sta attraversando un periodo a forte rischio di standardizzazione ed omologazione, secondo dinamiche ... imposte dal sistema ... [e] dai mezzi di comunicazione di massa, spesso disposti a cancellare il senso di dignità individuale e personale, il valore ed il significato di una dimensione intima, attraverso meccanismi utilitaristici ed omologanti, per cui l'interiorità dell'individuo rischia l'appiattimento e la standardizzazione. In questo generale anonimato in cui viene relegata la vita umana, l'anziano è colui che più di ogni altro vede compromessa la sua identità» (p. 35).

Per l'anziano «narrare la propria storia è un modo per ricostruire la propria identità» (p. 42). «Tradurre l'esperienza in narrazione conferisce identità all'anziano» (p. 32). «Raccontarsi, pertanto, diviene per l'anziano un'occasione importante per sottrarre il suo vissuto alla riduzione entro cui il linguaggio reificante e tecnicizzato della civiltà dell'aver tenderebbe a rinchiuderlo, diviene occasione per dare vita all'uomo inespresso che lo abita» (p. 39).

L'anziano, nel racconto, «"risveglia" una parte viva ma sopita della propria vita di cui, nei meandri della memoria, ritrova il filo conduttore di cui ha bisogno per esprimere e definire il suo essere presente» (p. 38).

L'anziano che parla di sé e che riceve ascolto «avverte un sollievo alle proprie paure, grazie alla condivisione, e percepisce di essere accettato e compreso anche come persona» (p. 41): anche così si migliora la qualità della vita.

Il processo di invecchiamento comporta inevitabilmente delle trasformazioni. Il benessere dell'anziano «dipende in gran parte dal soddisfacimento del senso di identità, pur nel cambiamento dovuto alla senescenza, del proprio schema narrativo, ossia il continuare a percepirsi come persona degna e valida» (*ibid.*). Raccontare le proprie esperienze di vita, suscitando interesse nei confronti di chi ascolta, «è un modo per l'anziano di uscire dalla solitudine, un modo "altro" per (ri)dare dignità alla propria esistenza. Al contempo, raccontarsi agli altri significa anche conoscere nuovamente ciò che si è già conosciuto vivendo. Una seconda comprensione della propria vita, dunque» (*ibid.*). In questo senso «un ruolo fondamentale giocano gli altri attraverso il riconoscimento» (p. 40). I bisogni e le necessità degli anziani non afferiscono soltanto alla sfera dell'utilità pratica, ma rimandano per lo più alla sfera degli affetti. L'orizzonte a cui essi rimandano «non è quello dell'*ottenere qualcosa* ma piuttosto del *condividere con qualcuno*» (p. 40). Nell'anziano i legami con i figli, i familiari, i vicini giocano un ruolo fondamentale. «Sono questi legami, considerati nel loro evolversi, modificarsi e spezzarsi per il trascorrere del tempo, a rendere la vita dell'anziano più vulnerabile» (*ibid.*).

Gli autori mostrano le criticità della prospettiva utilitaristica: «il funzionalismo antropologico secondo il quale l'uomo "è" secondo le sue capacità e l'aggregazione per somma, che inevitabilmente comporta l'esclusione di qualcuno»

(pp. 19-20). Sottolineano che i problemi etici sorgono laddove si concepisca l'uomo come «decurtato, sezionato, mentre, invece, l'essere trascende il fare, è più ricco del fare e del costruire, e non si realizza totalmente nelle azioni esteriori e programmate» (p. 20).

Concludono che «un'antropologia integrale» «coglierà le questioni etiche in gioco in funzione della centralità delle persone» (*ibid.*) e che, «se la vita è sentita come dono — e dono il cui valore trascende l'immanenza della economia, della politica e della storia —, la vita sarà amata e donata» (*ibid.*).

Occorre, dunque, «difendere la vita dell'anziano sia dall'accanimento terapeutico sia dallo spettro dell'eutanasia terminale e sociale e orientare la libertà dell'anziano non solo a livello personale, ma anche sociale, attraverso il recupero del suo protagonismo mediante un processo di responsabilizzazione che origina dal sentirsi utili “per” e “con” gli altri (ad esempio tramite opere di volontariato), perché l'età senile non è l'età della negazione ma della risignificazione» (p. 154).

PIETRO BIRTOLO

L. ISRAEL, *Contro l'eutanasia*, Lindau, Torino 2007, 116 pp., € 13,00, ISBN 978-88-7180-671-6.

Lucien Israel, un grande medico, ha diretto per vent'anni il reparto di oncologia dell'ospedale *Avicenne* di Bobigny; laico e non credente, ha dedicato tutta la sua vita alla lotta contro il cancro, la sofferenza e la morte; ha accompagnato molti esseri umani negli ultimi mesi e giorni della loro esistenza; è contro l'eutanasia.

Afferma che non è quasi mai il paziente a chiedere di “farla finita”, ma le persone sane che lo circondano e non sopportano più il confronto diretto con la sofferenza e la morte, che risvegliano le loro paure ancestrali. Così scrive: «Per me, l'eutanasia è una richiesta che proviene dalle persone sane che vogliono disfarsi di un malato grave o in fase terminale» (p. 64). «I casi in cui è lo stesso paziente a chiedere la sospensione dei tentativi di salvarlo sono rarissimi» (p. 65). «I rari malati che, spontaneamente, mi hanno chiesto di aiutarli a morire se le cose si fossero complicate non hanno rinnovato la loro richiesta nel momento in cui questa poteva poi essere soddisfatta» (p. 71). «Io ho avuto parecchi pazienti ai quali era stato detto che non c'era più niente da fare e che, però, non mi hanno chiesto, per questa ragione, di essere uccisi. D'altra parte, ribadisco che [...] non ho ricevuto la minima richiesta di eutanasia da parte dei pazienti curati nei miei reparti dal 1965 al 1995» (p. 72). «Anni di confronto col destino e la malattia mi hanno insegnato che la vera richiesta del paziente non è esclusivamente quella di guarire. Talvolta, dentro di sé egli sa che questo non è possibile, ma ha bisogno di incontrare degli esseri umani che riconoscono, attraverso le loro azioni, il valore sacro della vita che mette nelle loro mani» (pp. 69-70).

I pazienti non chiedono l'eutanasia se sentono di essere sostenuti e amati da chi li circonda: «non solo non chiedono di essere uccisi, ma conservano anche la speranza fino alla fine» (p. 69). Israel afferma: «non rifiuto l'eutanasia per obbedire a una legge divina; semplicemente trovo insopportabile, inconcepibile che ci si possa ritenere autorizzati a uccidere degli esseri umani. Fintanto che c'è una