

IL SUICIDIO DI LUCIO MAGRI/1

# Se la bulimia dei diritti ci spinge a misurare la "qualità della morte"

di Assuntina Morresi

**Q**UANDO A SUICIDARSI è un protagonista della scena pubblica, l'onda emotiva è più forte. Da Roberta Tatafiore, che ha lasciato un minuzioso diario dei suoi preparativi alla morte, diventato poi un libro, allo schianto di Mario Monicelli fino al viaggio in Svizzera di Lucio Magri, ogni volta è stato un rincorrersi di riflessioni di amici, compagni di vita e sodali di idee, e ogni volta di più, oltre la tristezza, è emersa dal dibattito pubblico un'idea malata di carità, quasi che l'aiuto a morire ne sia diventato la forma più adeguata, come ha ben osservato Marina Corradi: «L'ansia di aiutare a morire sembra la declinazione postmoderna della carità: appare compassionevole, e pietosa».

L'ennesima faccia della "questione antropologica", cioè di come certa tecnoscienza stia mutando - letteralmente - i connotati dell'umano con tutto quel che ne consegue: se cambiano le fondamenta della natura umana, a cascata si trasforma tutto il resto. Se la morte da evento naturale diventa un diritto esigibile, chi aiuta a realizzarlo, su richiesta, fa opera meritoria. E se oltre alla vita anche la morte è un diritto, perché non misurare, accanto alla qualità della vita, quella della morte? C'è chi l'ha fatto. *La qualità della morte* è l'inquietante titolo di un report pubblicato giusto un anno fa e realizzato dalla Economist Intelligence Unit (Eiu), ente di ricerca e consulenza del gruppo che fa capo al settimanale *The Economist*, su commissione della Lien Foundation, un'organizzazione filantropica di Singapore.

Lo scopo del lavoro è trovare un modo di misurare l'accesso e la qualità delle cure di fine vita per definire e calcolare un indice numerico di "qualità della morte", appunto, e stilare una classifica di 40 nazioni, guidata dalla Gran Bretagna e chiusa dall'India.

La tesi che sottende l'intero studio è duplice: da un lato, trattare una malattia non guaribile non consente più di parlare in termini di "qualità della vita" della persona malata. Titolare un report sulle cure del fine vita in questo modo, anziché usare espressioni tipo "trattamenti di fine vita", o "cure palliative", significa che queste circostanze non si riconoscono incluse in un percorso di vita, pur arrivato al termine, ma già come un inizio di morte. E quindi i trattamenti di "fine vita" slittano in quelli di "inizio morte".

**Titolare un report sulle cure del fine vita in questi termini, scartando espressioni tipo "cure palliative", implica che una circostanza come un male incurabile non si riconosce più come parte di un percorso di vita**



Il report inizia con qualche cifra sul generale invecchiamento della popolazione mondiale. La longevità viene percepita come la malattia più diffusa che il mondo prossimo venturo dovrà affrontare, specie quello sviluppato. E con consapevole ironia potremmo aggiungere che si tratta di una malattia non naturale ma procurata dall'uomo e impossibile da curare per definizione, visto che i sistemi sanitari sono misurati a partire dalla durata di vita che si riesce a raggiungere nella popolazione assistita. Sempre continuando sulla cifra del paradosso, se la longevità si trasforma in malattia, è anche vero che non potranno mai essere messe in campo strategie sanitarie esplicite per "sconfiggerla" (a parte quelle costituite dalle pratiche eutanasiche, che però non rientrano in ambito sanitario ma politico e culturale).

Introdurre il concetto di "qualità della morte" in riferimento a un periodo di vita ben più ampio dell'agonia delle ultime ore potrebbe suggerire, in un futuro non troppo lontano, che la "qualità della vita" si potrà misurare non per l'intero periodo dell'esistenza, ma per quello durante il quale non si sono contratte malattie incurabili. Definire la "qualità della morte", insomma, è una scelta lessicale che va oltre l'obiettivo dichiarato del report - predisporre un modello di valutazione dei trattamenti di fine vita - ma pretende di tracciare il perimetro della parola "vita", e ne descrive la "qualità", escludendo da tale definizione i periodi di esistenza segnati da malattie dalle quali non si guarisce.

## Il principio di precauzione rovesciato

La seconda tesi dello studio dell'Eiu è che la morte non deve essere considerata un tabù, e che solo combattendo atteggiamenti di rifiuto si può migliorare la diffusione e l'accesso alle cure palliative. Il report sfiora la questione "eutanasia" e cerca di limitarsi a considerazioni di tipo socio-sanitario, tralasciando aspetti eticamente sensibili più delicati. Ma non riesce completamente nell'intento: il fatto che la presenza di norme come la Do Not Resuscitate (Dnr) contribuisca positivamente al computo finale del punteggio di "qualità della morte", dà un'idea ben precisa del contesto culturale in cui i ricercatori si muovono.

La Dnr è una presa d'atto di una volontà personale secondo cui in certe condizioni la vita potrebbe essere un rischio maggiore della morte, che quindi diventa l'opzione preferita. È una specie di principio di precauzione alla rovescia: nel caso in cui avessi bisogno di una rianimazione cardiorespiratoria, ma non potessi prevedere in quali condizioni risvegliarmi, preferisco non ricevere nessuna assistenza. Nell'incertezza del risultato, che non si soccorra. Nel dubbio, pro morte. E per i ricercatori dell'Eiu decisioni di questo tipo sono positive.