

Il «fine vita» tra fede e ragione

Guardare alla vita come dono anche in nome della razionalità
**DOMANDE DA NON ELUDERE
PER UNA SCELTA DI DIGNITÀ**



MASSIMO CAMISASCA

Caro direttore, la recente sentenza della Corte Costituzionale in merito all'impunità, a certe condizioni, dell'aiuto al suicidio di chi sia già determinato a togliersi la vita, pur in attesa delle motivazioni, richiede a tutti, credenti e non credenti, una profonda riflessione che ci consenta di uscire dai singoli casi, pur senza perderli di vista, per mettere in luce quali conseguenze questa decisione ha sulla nostra cultura e sulla nostra visione dell'esistenza. Non si tratta infatti di una questione marginale, ma di un cardine fondamentale della concezione di sé, del mondo e del rapporto con gli altri.

La vita è un dono o è invece qualcosa di cui noi possiamo liberamente e arbitrariamente disporre? Non possiamo evitare questa domanda guardando a noi stessi, ai nostri figli, ai nostri amici, alle persone che ci sono più care. La vita è un dono anche quando essa è segnata dalla malattia, dalla povertà, dall'indigenza, dalle terribili conseguenze che possono avere sugli uomini e sulle donne di ogni età le gravi patologie, gli incidenti? La vita continua a essere un dono anche quando essa si svolge in condizioni drammatiche, che sembrano contraddire radicalmente tale concezione? La vita è un dono anche quando in noi sembrano spente le possibilità di relazione con gli altri, quando il dolore sembra attanagliare tutto il nostro corpo, quando sembriamo diventare un peso per coloro che più ci amano? La vita è un dono quando, in base ai criteri utilitaristici ed edonisti che dominano il nostro tempo, sembriamo essere diventati "inutili", quando occupiamo un posto letto che potrebbe essere ambito da altri, quando l'uomo è considerato essere unicamente un numero dal servizio sanitario? Non possiamo eludere tutte queste domande, che ci obbligano a considerare quale sia il punto di vista da cui guardiamo il bene e il male, e la dignità della persona.

Nel sommo rispetto verso coloro che soffrono, e che potremmo domani essere noi, verso i loro parenti e verso le necessità di tutti - rispetto che ci obbliga a non giudicare mai l'interiorità della coscienza di ciascuno - non possiamo allontanarci dal principio che ogni vita umana ha una dignità che non spetta a noi spegnere in nessun modo e per nessuna ragione. E ciò è vero non solamente sulla base di considerazioni che derivano dalla fede di chi crede, ma anche sulla base della ragione. Tutto ciò è affermato chiaramente anche dalla nostra Costituzione repubblicana all'art. 2 e dall'art. 3 della "Dichiarazione dei diritti dell'uomo" del 1948, firmata anche dal nostro Paese.

È necessario ribadire come tutto ciò sia sostenuto e accompagnato da una decisa avversione all'accanimento terapeutico. Non ci sono ragioni per prolungare indefinitamente l'esistenza, quando essa va verso la sua naturale conclusione. Questo è vero soprattutto per chi crede in una vita eterna oltre la vita naturale. Lo scacco della morte, così orribile e penoso per ciascuno di noi, non è uno scacco definitivo, ma il passaggio, pur doloroso e ripugnante, verso una vita migliore.

Nessun medico, la cui professione è sempre un impegno di cura nei limiti delle umane possibilità, può arrogarsi il diritto né tanto meno ricevere per legge il dovere di contribuire attivamente a interrompere il corso della vita. Nessun familiare, pur premuto da sentimenti di pena o di immensa fatica, può premere il bottone o azionare la siringa per determinare la morte di un suo caro.

Occorre intraprendere con decisione un'altra strada: non lasciare soli i parenti, accompagnarli, sostenerli, aumentare in modo rilevante e significativo i contributi dello Stato per le strutture, pubbliche e private, predisposte ad accogliere chi necessita di terapie del dolore, di cure palliative e di ospitalità nelle fasi terminali della vita. Sono tutte situazioni che vanno affrontate con grande rispetto e con profonda partecipazione. Chi può stabilire quale sia la soglia del dolore insopportabile, psichico o fisico? Non si apre così la porta alla nascita di una cultura nuova e malvagia, per la quale una malattia mentale o un'altra patologia troverebbero nel suicidio assistito la strada normale della propria risoluzione?

Papa Francesco si è pronunciato a più riprese in modo molto chiaro e con parole gravi su tutte queste tematiche. Il 20 settembre scorso ha affermato: «Si può e si deve respingere la tentazione - indotta anche da mutamenti legislativi - di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia». Queste espressioni sono state riprese dalla Nota della Conferenza episcopale italiana del 26 settembre.

Non devono essere mai questioni di bilancio dello Stato o delle strutture sanitarie a favorire una cultura di morte. La decisione del paziente, di cui parla la sentenza della Corte costituzionale, deve essere aiutata a sapere che esistono possibilità di affronto della sua situazione di dolore, che esistono strade di accompagnamento. Il più delle volte è proprio la paura della solitudine e della sofferenza "inutile" a determinare la disperazione che porta verso il desiderio di morte.

Troviamo qui grandi analogie con la realtà dell'aborto, che pur presenta ovviamente grandi differenze. La donna è spesso portata con immenso dolore e sensi di colpa verso la scelta dell'aborto perché non le sono state offerte altre strade, non ha avuto adeguati consigli, accompagnamenti e proposte di accoglienza. Come quarant'anni fa, ci troviamo non tanto di fronte a una divisione fra credenti e non credenti, quanto piuttosto a una di quelle scelte che determinano per decenni, e forse per secoli, lo sguardo che abbiamo sulla vita e sulla morte, e quindi sul futuro della nostra umanità. Giustamente la Nota della Cei dice: «La preoccupazione maggiore [del momento presente] è relativa soprattutto alla spinta culturale implicita che può derivarne per i soggetti sofferenti a ritenere che chiedere di porre fine alla propria esistenza sia una scelta di dignità».

Diritto alla vita, accudimento dell'anziano e del malato, rispetto del creato: sono tre capitoli di un unico libro.

Vescovo di Reggio Emilia-Guastalla

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Né assistenza al suicidio, né apertura all'eutanasia

**DEFINIRE CON CHIAREZZA L'AIUTO
ALLA TERMINAZIONE DELLE CURE**



ROBERTO MORDACCI

Caro direttore, è innegabile che la medicina odierna abbia mutato profondamente le condizioni di vita dei pazienti in situazioni estreme. La possibilità di trovarsi in gravi sofferenze e senza alcuna prospettiva di recupero per lunghi e dolorosi periodi di tempo, costantemente legati a tecnologie di supporto vitale, è per molte persone un incubo che vorrebbero evitare. A questa previsione ha in realtà posto parziale rimedio la legge 219 del 2017 sulle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), attraverso le quali la persona capace di intendere e di volere può dichiarare anticipatamente il proprio rifiuto di queste cure. Manca però il chiarimento normativo della situazione in cui la persona è sottoposta a trattamento salvavita in una condizione di malattia irreversibile e l'interruzione delle cure comporta inevitabilmente una sedazione terminale. La Corte costituzionale, a mio giudizio, è intervenuta opportunamente, perché il vuoto legislativo, non colmato dal Parlamento in ben un anno di tempo, riguarda un'area in cui le categorie su cui si basa attualmente il diritto (e specificamente l'art. 580 del codice penale, che non distingue fra aiuto e istigazione al suicidio) non riescono a coprire con chiarezza i casi generati dalla medicina recente. La Corte ha posto alcune condizioni entro le quali l'aiuto al suicidio non configurerebbe un reato e con ciò ha aperto alla necessità di una nuova e più precisa legislazione in merito. La via d'uscita da questa impasse non va però cercata in una legislazione sull'eutanasia. Ciò che è in gioco è pro-

priamente stabilire una differenza giuridicamente rilevante fra l'aiuto alla terminazione delle cure salvavita e l'aiuto al suicidio. La terminazione delle cure in condizioni di grave sofferenza, di consapevolezza, di irreversibilità e di richiesta competente, anche quando coadiuvata dalla sedazione terminale, non è equiparabile all'aiuto e men che meno all'istigazione al suicidio: l'aiuto medico va nel senso di consentire la terminazione di cure che prolungano uno stato irreversibile e di lento progressivo decadimento, rifiutate dal paziente. Questo processo non è l'eutanasia, che è un'uccisione attiva del paziente e che, come è successo in alcuni dei Paesi in cui è stata legalizzata, arriva a prescindere dalle condizioni del paziente, sia esso terminale o semplicemente depresso o in condizioni non gravi o addirittura minore.

È per questo che è di somma importanza tracciare una distinzione chiara e netta fra aiuto alla terminazione delle cure, che va legittimata date le condizioni indicate dalla Corte, e da un lato l'aiuto al suicidio e dall'altro l'eutanasia, che continuano a essere illegittime. A questo punto, infatti, se il legislatore non intervenisse si aprirebbe una deriva pericolosa che potrebbe portare alla legalizzazione di un'eutanasia priva di regole e dunque esposta ad abusi.

Filosofo, Università Vita-Salute San Raffaele, Milano

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il personale sanitario e l'autodeterminazione di chi soffre
**L'ETICA CONTRO L'IDEOLOGIA
TUTELA IL RUOLO DEI MEDICI**



STEFANO OJETTI

Caro direttore, era una sentenza annunciata e facilmente prevedibile, per come era stata già formulata la legge 219 del 2017 sulle disposizioni anticipate di trattamento (Dat), quella che la Corte costituzionale ha pronunciato sull'aiuto al suicidio, questione fin'ora normata dall'art. 580 del Codice penale che prevedeva pene tra i 5 e i 12 anni di carcere per i trasgressori. La Corte, in attesa di un inevitabile intervento del legislatore, ha aperto alla non punibilità subordinandola al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda (la legge 219 appunto).

Risulta invece incomprensibile il fatto che l'articolo 32 della Costituzione, sempre citato dai fautori dell'autodeterminazione in materia di salute, venga menzionato ed applicato solamente nella sua prima parte: «Nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», ma mai nella sua seconda ancor più importante: «La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana» e quale è il massimo rispetto della persona umana se non quello della salvaguardia della vita?

I punti fondanti di tale sentenza si basano sul riscontro di queste condizioni: presenza di patologia irreversibile, condizioni di sofferenza fisica o psicologica intollerabile, trattamenti di sostegno vitale come unico strumento di sopravvivenza del malato, capacità del malato stesso di prendere decisioni libere e consapevoli. Su tali condizioni credo che qualche considerazione di carattere medico-scientifico vada fatta. La pratica clinica insegna infatti che pazienti con prognosi infausta spesso sopravvivono inspiegabilmente per svariati anni, così come al contrario altri sopravvivono solamente pochi mesi nonostante la spetanza di vita sia, secondo i protocolli, di alcuni anni. Allora qual è il criterio di irreversibilità clinica rispetto alla reale sopravvivenza se, non raramente, ci si trova di fronte a tali inspiegabili situazioni?

Parlare di dolore fisico incoercibile risulta oggi obsoleto, quando attualmente attraverso le cure palliative e, all'occorrenza, la sedazione profonda si tengono sotto controllo, con grande beneficio per il paziente, patologie dolorose che fino a qualche tempo fa era immaginabile poter affrontare. L'annosa problematica relativa al sostegno vitale, come «unico strumento di sopravvivenza» sollevata peraltro già nelle Dat, equivale a dire essenzialmente che se l'idratazione può essere interrotta provocando il decesso, essa allora può essere paradossalmente equiparata alla stessa alimentazione che, ovviamente, se sospesa provoca egualmente la morte.

La problematica diventa complessa quando si fa cenno alla sofferenza psicologica. Si può soffrire psicologicamente infatti per le più svariate motivazioni non sempre correlate a una patologia fisica. Si può essere depressi per un crac finanziario, per un divorzio, per problematiche legate alla famiglia o a malattie dei propri cari e le ragioni possono moltiplicarsi all'infinito. Anche il malato neoplastico va tipicamente in depressione, compito del buon medico è quello di supportare psicologicamente e aiutare il paziente anche con terapia farmacologica.

In tutte queste condizioni di depressione anche senili risulterà in un prossimo futuro anche lecito, se richiesto, l'aiuto al suicidio? La problematica reale che inevitabilmente si apre quindi è quella etica contrapposta a quella ideologica dell'autodeterminazione: il corpo è mio e ne faccio quello che voglio. E poi eticamente accettabile che uno Stato si preoccupi più di trovare strumenti e risorse per assicurare una "buona morte" piuttosto che al contrario assicurare una vita dignitosa anche nella malattia a chi vuol vivere? Basti pensare ai malati non autosufficienti che quei genitori anziani, spesso con pensioni minime e senza aiuti, non riescono più anche fisicamente ad accudire in casa.

La realtà è che risulta molto più facile ed economicamente conveniente per lo Stato affrontare il problema del fine vita "staccando la spina" piuttosto che col "prendersi cura", che significa farsi carico della persona al crepuscolo della propria esistenza con ovviamente tutta la fatica e gli oneri che ciò richiede: saper ascoltare, saper lenire la sofferenza e assicurare alla famiglia tutta quella assistenza medico-infermieristica che il sofferente richiede.

Quattro sono essenzialmente le prestazioni sanitarie che bisogna garantire alla persona nel momento più difficile della propria esistenza per accompagnarlo a una morte dignitosa: l'idratazione per non condannare il paziente a morire di una orribile morte quale la sete, il controllo del dolore certamente raggiungibile oggi con tutti i presidi - farmacologici e no - messi a disposizione dalla moderna medicina, l'assicurare una buona ventilazione con ossigenoterapia ed eventuali broncoaspirazioni se indicate, e da ultimo ma non meno importante l'igiene della persona, assicurando in tal modo al sofferente il sollievo, la dignità e il rispetto del proprio corpo.

La sentenza sulla non punibilità a determinate condizioni del suicidio assistito rischia di aprire le porte all'eutanasia, offrendo un incentivo di fatto a situazioni e comportamenti (anche familiari) che potrebbero portare nel tempo ad agire negativamente nei confronti di un congiunto. In una tale problematica certamente non può e non deve essere coinvolta la figura del medico, il quale deve essere libero di operare secondo scienza e coscienza in accordo con l'art. 17 del codice deontologico « il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte ». A tale proposito il Santo Padre, nel recente incontro avuto con la Federazione nazionale dei medici e odontoiatri, ha ribadito che «la medicina, per definizione, è servizio alla vita umana».

Proprio di questo si tratta: non si può chiedere agli operatori sanitari di contravvenire a ciò che è nel Dna della professione medica e cioè donare salute anziché dispensare la morte; tutto ciò può essere riassunto nella scritta sul portale dell'Hotel Dieu, il più antico ospedale di Parigi: «Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrai guarirti ti curerò, se non potrai curarti ti consolerò».

Vicepresidente nazionale Amici (Associazione medici cattolici italiani)

© RIPRODUZIONE RISERVATA