



In evidenza

Parole chiare per non bluffare

SU AVVENIRE DEL 27/09/2006

Alle parole occorre dare il loro significato, senza lasciare che gli slogan e le opinioni per sentito dire abbiano il sopravvento sui ragionamenti basati su dati di fatto e definizioni adeguate. È il motivo di questa pagina dove vengono puntualizzati alcuni dei termini delle questioni dibattute in questi giorni in tema di eutanasia, testamento biologico, accanimento terapeutico e libertà di essere o meno curati secondo la propria volontà. Ci guida **MICHELE ARAMINI**, autore di alcuni volumi di bioetica (nel 2006 un «**MANUALE DI BIOETICA PER TUTTI**») e docente di Introduzione alla teologia all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano.

Si sentono spesso discorsi che puntano sull'emotività dei casi limite, cioè di quei malati in condizioni talmente dolorose e senza speranza di recupero, da suscitare profonda compassione in chiunque. Ma che qualcuno traduce nella possibilità, per far cessare le sofferenze, di «uccidere per amore», una contraddizione in termini. Dimenticando che le moderne terapie sono in grado, quando non è più possibile curare una malattia irreversibile, almeno controllarne l'aspetto più angosciante: il dolore.

Viene spesso sottolineato anche il tema della libertà e dell'autodeterminazione dell'individuo, volutamente ignorando - come la saggezza popolare riconosce da tempo - che nessun uomo è un'isola, che le nostre esistenze sono inevitabilmente intrecciate a quelle dei nostri simili nelle comunità in cui viviamo. E che in nessun modo un medico - che ha giurato sul testo di Ippocrate «di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di un paziente» - potrebbe essere obbligato a compiere atti eutanasi, pena l'abdicare totalmente alla propria missione.

Perché continuiamo a ritenere che chi si dedica all'arte medica non abbracci solo una professione, spesso remunerativa, ma abbia in animo anche di dedicarsi - operando in scienza e coscienza - al bene dei suoi simili.

ACCANIMENTO TERAPEUTICO

Trattamento inutile, fonte di sofferenza

Si tratta di «un trattamento di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato o una particolare gravosità per il paziente, con un'ulteriore sofferenza in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente

sproporzionata agli obiettivi» (Corrado Manni, 1995).

Esiste un'esigenza di proporzione fra mezzi terapeutici e condizioni del paziente. In casi obiettivamente disperati non ha senso alcuno effettuare un intervento chirurgico, o somministrare un farmaco, o iniziare tentativi di riabilitazione.

L'accanimento terapeutico, infatti, non è l'atteggiamento del medico che «fa di tutto» per strappare alla morte un paziente, o per prolungare, seppure di poco, la sua vita. Risponde piuttosto all'atteggiamento del medico che, pur sapendo di avere fatto ormai tutto il possibile, continua ostinatamente a sottoporre il malato a trattamenti inutili e gravosi, che non possono avere altro effetto se non quello di prolungare l'agonia. In modo errato, alcuni ritengono che accanimento terapeutico significhi semplicemente «essere tenuti in vita in condizioni precarie», quando ci si trova sopraffatti dal dolore e quando «il desiderio di vivere si è spento». In questo senso, il concetto si identificherebbe con la volontà - di medici insensibili - di conservare ostinatamente la vita del paziente anche se questi non sa più che farsene. In altre parole, se con il rifiuto dell'accanimento terapeutico si intende la negazione di tutte quelle misure artificiali che tengono in vita in fase critica o terminale precisamente perché il paziente chiede di morire (oppure il medico vuole farlo morire), allora si rientra pienamente nella situazione dell'eutanasia, cioè nella volontà di porre fine, con azioni od omissioni alla vita di un malato per eliminare ogni dolore. Secondo tale concezione, non sarebbero eventuali trattamenti gravosi e inutili a costituire una forma di accanimento, ma sarebbe un accanimento il fatto stesso di mantenere in vita un morente o un malato grave. In questa linea si dovrebbero togliere la gran parte dei mezzi di sostegno vitale in fase terminale o nelle malattie croniche e invalidanti, con il risultato di far morire i pazienti.

EUTANASIA

Causare volontariamente la morte di un paziente

Il Comitato nazionale per la Bioetica (Cnb) ha definito l'eutanasia come l'uccisione «diretta e volontaria di un paziente terminale in condizioni di grave sofferenza e su sua richiesta» (documento del 14 luglio 1995). In altri termini essa consiste nel mettere in atto, intenzionalmente e volontariamente, azioni o omissioni che causano direttamente la morte di un paziente che si trovi nello stadio terminale della malattia di cui è affetto e che abbia chiesto o chieda di morire.



Nella stessa linea si pone l'enciclica «*Evangelium vitae*» (n. 65): «Per eutanasia in senso vero e proprio - vi si legge - si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore». I significati della parola eutanasia sono mutati nel corso del tempo. Nella cultura romana aveva principalmente il significato di «morte bella», nel senso anche di eroica. Oggi si intende invece l'«uccisione intenzionale attuata con metodi indolori per pietà». Non si può parlare di eutanasia nel caso di una persona che non sia morente oppure sia affetta da una malattia che, per quanto dolorosa, non la conduca necessariamente e rapidamente alla morte. Si può parlare della distinzione tra eutanasia diretta e indiretta. La prima è quella che abbiamo definito, la seconda è quella che si produce come effetto secondario di un trattamento medico, quale la terapia antidolorifica.

CURE PALLIATIVE

Preso in carico totale di chi si avvia al tramonto della vita

Il punto qualificante delle cure palliative è quello di essere cure attive e globali, effettuate sulle persone affette da un male inguaribile, in cui le cure specifiche per la malattia non hanno alcuna risposta. Il loro obiettivo è quello di non prolungare la vita, ma di migliorarne la qualità alleviando le sofferenze.

Per definizione le cure palliative sono multidisciplinari. Infatti del malato non si prende cura solo il medico, ma anche l'infermiere, lo psicologo, il ministro di culto, la famiglia e anche i volontari adeguatamente preparati.

Uno degli elementi centrali delle cure palliative è la somministrazione di farmaci antidolorifici di varie famiglie (oppioidi e non oppioidi). Il solo uso dei farmaci antidolorifici semplici ha permesso di alleviare l'80% delle situazioni di dolore. Nonostante la semplicità d'uso di questi farmaci, in alcuni casi essi non vengono ancora adoperati, o per resistenze culturali o per mancanza di disponibilità dei farmaci, quali la morfina.

È urgente che le associazioni professionali dei medici (anche dei Paesi occidentali) si aggiornino nel campo delle cure palliative, secondo gli orientamenti formulati dal Comitato etico dell'Associazione europea di Cure palliative. Dati recentemente forniti da un rapporto su alcuni Centri ospedalieri americani evidenziano che il dolore è controllato adeguatamente solo nel 45% dei casi. Da qui la necessità di diffondere un'educazione che coinvolga le università, le specialità mediche, le scuole infermieristiche e l'opinione pubblica.

TESTAMENTO BIOLOGICO

Indicazione delle cure che un soggetto accetta

Il 18 dicembre 2003 il Comitato nazionale per la Bioetica ha emanato un documento sulle dichiarazioni anticipate di trattamento. Secondo tale documento il testamento biologico è una indicazione sottoscritta dal paziente con la quale egli manifesta alcune semplici indicazioni sulle forme di assistenza che desidera ricevere o non ricevere in condizioni di incapacità, senza porre comunque un totale vincolo sul medico ed escludendo alcune richieste: ad esempio la sospensione di idratazione e alimentazione artificiale, e in generale le richieste eutanasiche, che caricherebbero il personale sanitario di una intollerabile responsabilità sulla morte dei pazienti.

Per la verità il valore consultivo sulle preferenze di trattamento dei pazienti (per evitare forme di accanimento terapeutico), anche redatte in anticipo o comunicate a terzi, esiste già, così come il divieto di praticare l'eutanasia, già sancito dalla legge con il generale divieto di uccisione di consenzienti.

Il tema è stato però ripreso dai sostenitori dell'eutanasia, che desiderano usare il testamento biologico come espressione della più completa possibilità di «autodeterminazione» del paziente rispetto alla propria morte in caso di incoscienza o di incapacità decisionale. L'intenzione è esplicitamente pro-eutanasia. Infatti nei moduli predisposti dal comitato promosso dall'oncologo Umberto Veronesi si ritrova la possibilità per il paziente di decidere autonomamente i tempi e i modi della propria morte, avvalendosi di un presunto diritto di morire, che sarebbe addirittura speculare al diritto di vivere. Con il testamento biologico così inteso si vuole consentire l'esercizio di questo inesistente diritto.

SUICIDIO ASSISTITO

Richiesta di ottenere gli strumenti di morte

Questo tipo di suicidio consiste nella richiesta che una persona gravemente malata (ma non in stato di malattia terminale e quindi non prossima alla morte) fa in piena coscienza e in stato di lucidità mentale al medico o a un parente o a un amico di procurarle un farmaco che, una volta assunto, le dia la morte.

La differenza rispetto all'eutanasia sta nel fatto che è la persona stessa che si procura la morte ingerendo un farmaco mortale che un'altra persona le ha procurato: si tratta cioè di un suicidio, sia pure «assistito», a cui ha contribuito un'altra persona, non di un omicidio, come l'atto eutanastico positivo od omissivo compiuto da un'altra persona, sia pure su richiesta della persona malata.