

L'assistenza al malato in fase terminale

Maria Addolorata Mangione

Premessa: la morte e il morire

“Emerge, dalla morte, il dramma dell'essere umano”¹. Se è facile spiegare la morte dal punto di vista biologico, essa rivela la sua problematicità quando si assume una concezione integrale dell'uomo: riflettere sulla sua ineluttabilità ed irrevocabilità genera non poche inquietudini. La morte è un'esperienza originaria che chiede di essere vissuta nella sua autenticità; invece oggi accade che l'uomo, in virtù del progresso tecnoscientifico, pretenda di dominare questa esperienza possedendola o rifiutandola, in realtà senza accogliere pienamente la domanda di senso su tale evento, né cercando di darvi un significato.

“La morte è un evento decisivo perché costituisce il banco di prova dell'umano sperare. La nostra esistenza è innervata dalla speranza, intesa come atteggiamento esistenziale di orientamento al futuro e alla trascendenza, prima ancora che come virtù”.²

Si tratta comunque di un momento cruciale che pone interrogativi esistenziali radicali e che può suscitare grande angoscia: per questo l'assistenza ad un morente deve essere integrale, coinvolgendo tutte le dimensioni dell'umano, da quella fisico-biologica a quella spirituale, cercando di sostenere la speranza che non è fondata su certezze umane.³

“Il morire è un atto umano, personale, più di ogni altro: non soltanto perché viene vissuto dalla persona, ma perché riassume il vissuto e il senso di tutta la vita personale e si protende verso una realtà che la persona può attendere o rifiutare, a seconda dell'atteggiamento della persona stessa.”⁴

Con l'affermarsi di una mentalità efficientistica, che non riconosce il valore delle persone affette da gravi patologie e/o disabilità, e che vede la sofferenza come una inaccettabile sconfitta, “si fa sempre più forte la tentazione dell'*eutanasia*, cioè

¹ Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Convegno internazionale sull'assistenza ai morenti*, 17 marzo 1992, in: «L'Osservatore Romano», 18 marzo 1992, n.5.

² Francesco Russo, *Morte*, in: Giovanni Russo, *Enciclopedia di bioetica e Sessuologia*, CIC Edizioni Internazionali Leumann, Roma, 2004, pp. 1250-1253, p. 1251.

³ Cfr. Francesco Russo, *Morte*, cit., p. 1251.

⁴ Elio Sgreccia, *L'informazione al malato inguaribile*, in: Elio Sgreccia e Jean Laffitte (a cura di), *Accanto al malato inguaribile e al morente: orientamenti etici ed operativi: Atti della quattordicesima Assemblea della pontificia Accademia per la Vita*, Città del Vaticano, 25 - 27 Febbraio 2008, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2009, pp.164-179, p. 166.

di *impadronirsi della morte, procurandola in anticipo* e ponendo così fine «dolcemente» alla vita propria o altrui”.⁵

Aspetti storici

Non possiamo soffermarci sull’analisi degli aspetti storici relativi all’eutanasia,⁶ ma conviene sottolineare la rilevanza etica di una simile ricerca, in quanto mette in luce “le motivazioni e le concezioni di vita che soggiacciono a tale pratica”.⁷

Dal confronto con la storia emerge che le istanze culturali che hanno ispirato il movimento d’opinione a favore dell’eutanasia sono differenti dalle motivazioni che in passato caldeggiavano una cosiddetta morte pietosa.⁸ La differenza consiste nella richiesta di legalizzazione e questa istanza, similmente al movimento culturale a favore dell’aborto, comporta un declassamento del valore della vita umana ed il mancato riconoscimento della sua indisponibilità. Ma per quanto riguarda l’eutanasia, il coinvolgimento sia a livello individuale che sociale è maggiore: “Il fatto dell’aborto può capitare a qualcuno, la morte è destino di tutti”.⁹

Contesto culturale

Attualmente, le istanze che contribuiscono a configurare una ideologia a favore dell’eutanasia possono essere ricondotte a tre matrici principali:¹⁰

I. *La secolarizzazione del pensiero e della vita*

La mentalità secolarizzata ha diverse gradazioni, giungendo fino al rifiuto di ogni rapporto di dipendenza da Dio e dalla legge morale.¹¹ Quando si assumono questi atteggiamenti estremi non si riesce a dare un senso alla sofferenza e alla morte, non si riesce a comprendere il significato di queste esperienze dolorose ed estreme.

II. *Lo scientismo razionalista e umanitarista*

Adottando la ragione scientifica come unica guida per l’uomo, viene meno la possibilità di dare una risposta alle domande sul senso della vita e della morte; l’uomo sarebbe nato per caso in un universo dominato dal «caso» e dalla «necessità»: in questo modo diventa arbitro assoluto del proprio destino.

⁵ Giovanni Paolo II, Lettera enciclica *Evangelium vitae*, 25 marzo 1995, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana 1995, n. 64.

⁶ Ricordiamo che dal punto di vista etimologico il termine *eutanasia* sta ad indicare “buona o dolce morte”, dal greco *eu*: buona, *thanatos*: morte.

⁷ Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica. Volume I. Fondamenti ed etica biomedica*, Vita e Pensiero, Milano 2007, p. 873.

⁸ Cfr.: Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 875.

⁹ Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 876.

¹⁰ Cfr.: Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 878-884.

¹¹ Cfr. Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 878.

III. *Lo scompensamento della medicina tra tecnologia e umanizzazione*

L'evoluzione della scienza medica nei paesi occidentali ha comportato il prevalere di una impostazione di tipo scientifico della medicina, con la tendenza ad oggettivare la malattia e, purtroppo, ad affievolire la natura assistenziale dell'arte medica. La morte ha finito così per acquisire il carattere di limite e di fallimento, senza più essere vista come un evento del tutto naturale. La medicina, sempre più tecnologicizzata, ha finito con disumanizzare la morte, costringendo i malati alla solitudine nelle corsie degli ospedali, anche in punto di morte, senza la presenza dei parenti, e con un'assistenza sanitaria spersonalizzata.

Eutanasia: classificazione e chiarimento di alcuni termini

È opportuno distinguere l'eutanasia da “ogni altra pratica medica diretta a lenire il dolore o a evitare trattamenti terapeutici non necessari e non proporzionati all'effetto desiderato di prolungare la vita”¹².

Offriamo quindi una definizione riconosciuta ed apprezzata in ambito giuridico e morale: per eutanasia si intende “la soppressione indolore o per pietà di chi soffre o si ritiene che soffra e che possa soffrire nel futuro in modo insopportabile”¹³.

Un'altra definizione di grande valore dottrinale è la seguente: “Per eutanasia s'intende 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”¹⁴.

Un tempo si operava la distinzione, ormai abbandonata tra *eutanasia diretta*, cioè ricercata volontariamente, e *eutanasia indiretta*, in cui la morte è conseguenza non voluta di un altro intervento medico, cioè la «terapia del dolore». Questa distinzione veniva fatta in base all'*intenzione del medico*. Ma è opportuno chiarire che la cosiddetta *eutanasia indiretta* non è una forma di eutanasia, dal momento che non deriva dalla scelta di anticipare la morte del malato.

C'è poi la distinzione, frequente nel linguaggio medico, in base alle *modalità di azione*, tra:

- *Eutanasia attiva*
- *Eutanasia omissiva o “passiva”*

¹² Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 876.

¹³ Vittorio Marozzi. *Il cristiano di fronte all'eutanasia*, «La Civiltà Cattolica», 1975, 4, p. 322.

¹⁴ S. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione su L'eutanasia “Jura et bona”*, 5 maggio 1980, in *Enchiridion Vaticanum*, VII, Dehoniane, Bologna 1982, pp. 332-351. Segnaliamo che questa definizione è stata ripresa da Giovanni Paolo II nella lettera enciclica *Evangelium Vitae*: “Per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. «L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati»” (Giovanni Paolo II, *Evangelium Vitae*, 25 marzo 1995, cit., n. 65).

In realtà non vi è alcuna differenza etica tra le due: il termine “*passiva*” non deve trarre in inganno, poiché si riferisce precisamente alla omissione delle cure e degli interventi medici; “*omissiva*” è un termine più preciso rispetto a “*passiva*”: quest’ultimo vocabolo può generare ambiguità.¹⁵ Anche l’omissione deriva da una scelta precisa, in questo caso quella di lasciar morire un paziente privandolo di cure a lui dovute. Del resto, “l’eutanasia è sempre in un certo senso passiva, considerata da parte del malato, e sempre attiva da parte di chi la provoca, sia con un’azione, sia con una omissione”.¹⁶

L’assistenza al morente: Linee di comportamento etico

Volendo indicare sinteticamente le linee di comportamento etico nell’ambito dell’assistenza al morente, come prima cosa individuiamo:

1. Il no all’eutanasia sia attiva che passiva

L’eutanasia implica la soppressione voluta di una vita, sia attraverso un gesto di uccisione, che attraverso l’omissione di cure dovute al malato e valide a sostenere la vita. In quanto uccisione deliberata di una persona è moralmente inaccettabile.¹⁷ La vita è un bene indisponibile, la sua inviolabilità può essere riconosciuta facilmente da chi considera la vita come dono del Creatore, ma tuttavia anche un non credente può percepire la propria vita come un dono gratuito, ricevuto senza aver chiesto nulla: “la vita non è qualcosa che noi possediamo, come se fosse un oggetto estraneo a noi. Non esiste in realtà la mia vita: esisto io che vivo e in quanto vivo. Togliermi la vita sarebbe *annientare* me stesso”.¹⁸

2. Il no all’accanimento terapeutico

Il rifiuto dell’accanimento terapeutico è ispirato sempre dal doveroso rispetto per la dignità umana e per il valore della vita, nonché dal rispetto del momento della morte, di cui va riconosciuta l’inevitabilità. L’«accanimento terapeutico», consiste in interventi medici inadeguati alla reale situazione clinica, «nell’uso di mezzi particolarmente sfibranti e pesanti per il malato, condannandolo di fatto ad un’agonia prolungata artificialmente». ¹⁹ In pratica è più il prolungamento del processo di morte, che un vero prolungamento della vita.²⁰

Tuttavia possono insorgere delle difficoltà e dei problemi nell’uso dei mezzi terapeutici. “Prendere delle decisioni spetterà in ultima analisi alla coscienza del

¹⁵ Cfr.: Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 890

¹⁶ Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 890.

¹⁷ Cfr. Giovanni Paolo II, Lettera enciclica *Evangelium vitae*, cit., n. 65.

¹⁸ Gonzalo Miranda, *I problemi etici dell’eutanasia nell’enciclica Evangelium vitae*, «Medicina e Morale», 1995, 4, pp. 719-738, p. 729-730.

¹⁹ Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Carta degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1995, n. 119. Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Convegno internazionale sull’assistenza ai morenti*, in «L’Osservatore Romano», 18 marzo 1992, n. 4. Cf. EV, 65.

²⁰ Cfr. Gonzalo Miranda, *I problemi etici dell’eutanasia nell’enciclica Evangelium vitae*, cit., p. 723.

malato o delle persone qualificate per parlare a nome suo, oppure anche dei medici, alla luce degli obblighi morali e dei diversi aspetti del caso. Ciascuno ha il dovere di curarsi e di farsi curare. Coloro che hanno in cura gli ammalati devono prestare la loro opera con ogni diligenza e somministrare quei rimedi che riterranno necessari o utili.”²¹

3. La proporzionalità degli interventi terapeutici

In passato i mezzi terapeutici erano distinti in mezzi «ordinari», sempre obbligatori, e mezzi «straordinari», ai quali si poteva lecitamente rinunciare, distinzione che si era resa necessaria sia per i progressi della medicina che per le sollecitazioni di alcuni teologi,²² “molti mezzi, che ieri erano giudicati straordinari, sono diventati ordinari; grazie alla terapia intensiva si sono salvate molte vite. Di qui la necessità di trovare un altro criterio di riferimento, non più basato sul «mezzo terapeutico», quanto piuttosto sul «risultato terapeutico» che da esso si attende”.²³ Ecco quindi la scelta di introdurre la distinzione tra mezzi «proporzionati» e mezzi «sproporzionati».²⁴

Sull’uso proporzionato dei mezzi terapeutici, tenendo conto dei rischi e delle condizioni dell’ammalato e delle sue forze fisiche e morali, possiamo in sintesi rilevare che:

- In mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso dell’ammalato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata
- È anche lecito interrompere l’applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le speranze riposte in essi
- È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire
- 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 casi.²⁵

4. Opzionalità delle terapie a rischio

Quando l’adozione di determinati mezzi terapeutici comporti un rischio di una certa gravità, come può essere nel caso di un intervento chirurgico, il medico non può decidere da solo, ma deve scegliere insieme con il paziente o con chi lo rappresenta.

5. Obbligatorietà delle cure normali

Per cure normali intendiamo: idratazione e alimentazione (artificiali o meno), igiene, detersione delle ulcere da decubito, l’aspirazione dei secreti bronchiali.²⁶ Il concetto di cure normali è spesso al centro di dibattiti. Vogliamo quindi chiarire che

²¹ S. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull’Eutanasia*, cit., Parte IV.

²² Vd.: Elio Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, cit., p. 894.

²³ Elio Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, cit., p. 894.

²⁴ Cfr.: Elio Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, cit., p. 894.

²⁵ Vd. S. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull’Eutanasia*, cit., parte IV.

²⁶ Vd.: Elio Sgreccia, *Manuale di Bioetica*, cit., p. 897.

alimentazione ed idratazione sono supporti vitali di base, indispensabili per garantire la sopravvivenza, non possono essere considerati come una terapia medica solo perché a fornirli è un'altra persona. Fornire questo tipo di cure contribuisce ad alleviare la sofferenza che inevitabilmente si accompagna all'approssimarsi della morte, è un gesto umano che contribuisce ad umanizzare questi dolorosi momenti.

6. Le terapie del dolore

“*Divinum opus est sedare dolorem*”,²⁷ purché si rispettino alcune condizioni.

L'uso di analgesici e sedativi può comportare in certi casi il rischio di abbreviare la vita, ma è lecito se non vi sono altri mezzi per alleviare il dolore. Nel caso di analgesici che possano compromettere la lucidità mentale in modo permanente e togliere l'uso della coscienza, se ne riconosce la liceità se il paziente ha avuto la possibilità di assolvere i suoi doveri religiosi e morali, da quelli verso se stesso a quelli verso la famiglia e la società.²⁸ È necessario il consenso del paziente; va anche considerata e accettata la possibilità che egli possa rifiutare, in toto o in parte, queste terapie, se desidera dare alla propria morte il senso più pieno di unione al sacrificio di Cristo.²⁹

7. L'informazione al paziente

Per avere il consenso alle terapie da parte del paziente è necessario che questi sia correttamente informato sulle sue condizioni di salute. Dal punto di vista etico, non possiamo non sottolineare che “la verità rimane criterio di fondo perché un atto morale sia obiettivamente positivo”³⁰. La comunicazione delle informazioni deve essere ispirata dal rispetto della situazione particolare del malato, privilegiando il momento dell'ascolto ed evitando che si senta abbandonato alla propria solitudine. È opportuno considerare la verità come una medicina: darne quindi la dose adatta, secondo le possibilità ricettive del singolo paziente.

8. L'assistenza umana e religiosa

È un diritto del paziente. Recenti ricerche hanno evidenziato che, nelle cure rivolte ai malati di cancro, sia per i medici che per i pazienti riveste un ruolo importante l'attenzione rivolta agli aspetti spirituali.³¹

9. L'elaborazione del lutto

I parenti devono essere sostenuti ed aiutati a superare lo sconforto che segue la perdita di un proprio familiare. È un compito che richiede una grande umanità e che coinvolge *in primis* la pastorale dei morenti, ma anche l'*équipe* assistenziale.

²⁷ Antico aforisma attribuito da alcuni Autori ad Ippocrate, da altri a Galeno.

²⁸ Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 903.

²⁹ Cfr. Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 903. S. Congregazione per la Dottrina della Fede, *Dichiarazione sull'Eutanasia*, cit., n. 3.

³⁰ Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica*, cit., p. 903.

³¹ Cfr. Elio Sgreccia, *Manuale di bioetica Aspetti medico-sociali. Vol. II*, Vita e Pensiero, Milano 2011, p. 69.

Conclusione

Non esiste un “diritto di morire”, intendendo con ciò il presunto diritto di stabilire quando morire, che si traduce nella rivendicazione di una pretesa che non corrisponde ad un diritto di poter arbitrariamente disporre della propria vita. La vita è un valore indisponibile e come tale va tutelata, senza voler imporre ad altri di assecondare desideri e richieste illegittime. Il personale medico e paramedico non può venir meno al proprio compito, quello di servire la vita e assisterla sino alla fine; non può accettare di praticare l'eutanasia nemmeno su diretta richiesta dell'interessato, tanto meno dei suoi familiari.

Se c'è un diritto, è il diritto a morire con dignità umana e cristiana, che esprime un concetto completamente diverso: consiste nell'accettare il termine naturale della vita, che i medici devono rispettare e salvaguardare, prendendosi cura dell'ammalato fino alla fine. Si tratta di un diritto reale e legittimo: “C'è radicale differenza tra «dare la morte» e «consentire il morire»: il primo è atto soppressivo della vita, il secondo è accettarla fino alla morte.”³²

La prevenzione dell'eutanasia richiede scelte più impegnative:

- Stare accanto al paziente, dedicargli il proprio tempo, prendersene cura in maniera responsabile, cercare di dare un senso alla sofferenza e alla morte
- Adottare le cure palliative e la terapia del dolore, attraverso modalità di assistenza più umane come l'hospice o l'assistenza domiciliare

³² Pontificio Consiglio della Pastorale per gli Operatori Sanitari, Carta degli Operatori Sanitari, Città del Vaticano, 1995, n. 148.