



QUALE BIOETICA PER LA PERSONA ANZIANA?

## La gestione del malato terminale: "cure normali", accanimento terapeutico, eutanasia

### The management of the terminal patient: "normal care", over-treatment, euthanasia

G. CERA

Chirurgo d'urgenza, Unità Operativa di Pronto Soccorso, IRCCS "Casa Sollievo della Sofferenza", San Giovanni Rotondo (FG), Dottorando di ricerca in Bioetica, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Up to now, much more than the past, the approach to terminal patients imposes a multidisciplinary reflection to stimulate a continuous discussion between more ambits of the knowledge as medicine, ethics, anthropology, philosophy, law, deontology, psychology and faith.

In order to establish an ethical approach to terminal patients, it becomes necessary and urgent a careful distinction between normal care (palliative care), over-treatment and euthanasia, terms often misunderstood.

Nutrition and hydration can't be considered medical therapy, even if given artificially. They should be considered normal care: in spite of this, they can be interrupted only in the case of no assimilation by the organism; their undue suspension must be interpreted as euthanasia.

In modern society, the deeper meaning of calling for euthanasia together with the over-treatment practice's, can be located in: the lost of a just anthropology; in the lost of conceiving human being; in the lack of the respect due to human dignity in any human condition, including physical suffering; loosing the meaning of human life; lacking the meaning of suffering and death. Therefore, a true bioethics on the terminal life question's needs an anthropology based on the ontological and global truth of the man.

Ethics too, which by definition tends toward man's good, will find the answer solely in the truth of man (*verum et bonum sunt idem*). This "ethics of the truth", opposed to the "ethics without truth" – coming from some relativistic models – belongs to the just reason, to the just anthropology, to the right consciousness.

In this perspective, human life must be considered always an undisposable good, independently from the quality of life, or the autonomy or the capacity to mean and wish. Human suffering calls for love and social solidarity: this is not achieved by suppressing life prematurely.

**Key words:** Terminality • Normal care • Over-treatment • Euthanasia • Ethics • Bioethics



## Introduzione

Oggi, molto più rispetto al passato, l'approccio al malato in fase terminale impone una riflessione multidisciplinare che stimola un continuo incontro tra più ambiti del sapere, quali la medicina, l'etica, l'antropologia, la filosofia, il diritto, la deontologia, la psicologia, la fede.

Il progresso tecnologico e terapeutico della medicina negli ultimi decenni ha aperto possibilità di cura e sopravvivenza impensate fino a pochi anni fa. Le rinnovate possibilità terapeutiche (tecniche rianimatorie e di supporto delle funzioni vitali, terapie farmacologiche e palliative ecc.) hanno indotto la cronicizzazione di malattie prima rapidamente mortali (neoplasie, AIDS, epatopatie croniche, cardiopatie, malattie neurologiche degenerative ecc.). Quando l'equilibrio tra la malattia cronica inguaribile ed i trattamenti terapeutici si rompe ha il sopravvento la malattia e il malato entra nella cosiddetta fase di "terminalità"<sup>1</sup>.

Per malato "terminale" (più appropriatamente si dovrebbe parlare di "malato in fase terminale" o di "malato cronico in evoluzione di malattia") si intende quel malato affetto da una patologia evolutiva irreversibile, di cui la morte è diretta conseguenza in tempi più o meno brevi.

### Il malato in fase terminale: "cure normali", accanimento terapeutico, eutanasia

In passato, nella gestione e nella terapia del malato in fase terminale, venivano distinti i mezzi ordinari da quelli straordinari: i primi erano ritenuti sempre obbligatori per il sostegno del morente; ai secondi, considerati facoltativi (per motivi legati all'incremento delle sofferenze, alla dispendiosità o alle difficoltà di accesso), era lecito rinunciare, su richiesta o con il consenso del paziente, anche quando tale rinuncia avrebbe determinato l'anticipazione della morte<sup>2</sup>. Con il progresso della scienza medica molti mezzi, prima ritenuti straordinari, sono diventati ordinari, come ad esempio la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) o la stessa terapia intensiva. Oggi, pertanto, viene adottata una distinzione non più basata sul "mezzo terapeutico" bensì sul "risultato terapeutico". Si preferisce, perciò, parlare di mezzi proporzionati o sproporzionati, mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà ed il rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione con il risultato che ci si può

aspettare, tenuto conto delle condizioni del malato e delle sue forze fisiche e morali<sup>3</sup>.

Per un approccio eticamente corretto al malato in fase terminale si presenta, oggi, sempre più urgente e doverosa la necessità di dover rendere ben distinti i concetti di: "cure normali" (e cure palliative), accanimento terapeutico, eutanasia.

Per "cure normali" si intendono: l'alimentazione e l'idratazione (artificiali o meno), l'aspirazione dei secreti bronchiali, la detersione delle ulcere da decubito.

Per accanimento terapeutico si intende l'utilizzo, nella pratica clinico-assistenziale, di mezzi e trattamenti medici particolarmente gravosi che impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre (ad esempio l'utilizzo di tecniche rianimatorie su malati agonizzanti). L'accanimento terapeutico comporta, quindi, l'impiego di terapie mediche o chirurgiche (eccetto quelle ordinarie) sproporzionate in rapporto ai risultati prevedibili<sup>4</sup>.

Il termine eutanasia deriva dalle parole greche *eu* (buono) e *thánatos* (morte) e significa letteralmente "morte dolce, senza sofferenze". In realtà, il termine eutanasia nel linguaggio corrente sta ad indicare "un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore"<sup>5</sup>.

Si distingue una eutanasia attiva, che fa riferimento ad ogni azione atta a procurare direttamente la morte (ad esempio la somministrazione di sostanza letale), da un'eutanasia passiva, che è l'omissione intenzionale e pianificata delle cure (le "cure normali", ordinarie) e degli interventi medici con l'obiettivo di porre termine alla vita di un morente. Va subito precisato che l'eutanasia è sempre attiva nelle intenzioni di chi la pratica, sia con un'azione sia con una omissione, poiché l'intento è sempre quello di procurare la morte del malato. La prima depenalizzazione dell'eutanasia è avvenuta nel 1976, nello Stato della California.

Si parla, inoltre, di eutanasia terminale, praticata sui malati terminali, di eutanasia neonatale, praticata sui neonati affetti da gravi patologie, di eutanasia sociale, praticata sui malati affetti da patologie croniche e dispendiose per la società.

Si parla, ancora, di "suicidio assistito" o "suicidio medicalmente assistito": il paziente, con l'aiuto del medico che prescrive le sostanze letali, si procura anticipatamente la morte. Nell'ordinamento giuridico italiano l'eutanasia e l'aiuto al suicidio figurano tra i reati contro la persona. In particolare, l'eutanasia senza il consenso del paziente rientra nella disciplina dell'omicidio volontario (artt. 575-577

del Codice Penale), mentre l'eutanasia con il consenso del paziente rientra nell'art. 579 del Codice Penale (omicidio del consenziente).

I "testamenti di vita" o "testamenti biologici" (*living will*) o "direttive anticipate" sono, invece, documenti contenenti le volontà del paziente relativamente a cure o terapie da adottare (o non adottare) nell'eventualità di una fase terminale di malattia accompagnata da stato di incoscienza (Proposta di Legge n. 5673, 1999; Proposta di "Biocarta", Commissione Veronesi, 2000). Attualmente i testamenti biologici sono considerati privi di validità giuridica. Per cure palliative intendiamo il trattamento dei pazienti affetti da una malattia in fase evolutiva ed irreversibile finalizzato non alla cura della patologia di base, bensì al controllo dei sintomi e del dolore, mediante l'utilizzo di procedure atte a migliorare la qualità di vita. Sono trattamenti palliativi: l'oncoterapia palliativa (chemioterapia, radioterapia, chirurgia), la terapia antalgica, la valutazione nutrizionale e idroelettrolitica del paziente, il trattamento delle infezioni opportunistiche, la fisioterapia e la riabilitazione, il sostegno psicologico. In tale ambito, a partire dagli anni '60-'70, hanno assunto sempre più rilevanza gli *hospices*, luoghi di accoglienza e di cura per i malati in fase terminale e le loro famiglie.

### La doverosità delle "cure normali"

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), in merito alla doverosità delle "cure normali", in un recente documento<sup>6</sup>, ha affermato che la nutrizione e l'idratazione, fornite per vie naturali o artificiali, "vanno considerati atti dovuti eticamente (oltre che deontologicamente e giuridicamente) in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere (garantendo la sopravvivenza, togliendo i sintomi di fame e sete, riducendo i rischi di infezioni dovute a deficit nutrizionale e ad immobilità)". Il CNB ha, inoltre, affermato che: a) la nutrizione e l'idratazione artificiali (nutrizione ed idratazione assistita o NIA) costituiscono "una forma di assistenza ordinaria di base e proporzionata, efficace, non costosa in termini economici, di agevole accesso e praticabilità, ben tollerata"; b) "la sospensione di tali pratiche va valutata non come la doverosa interruzione di un accanimento terapeutico, ma piuttosto come una forma particolarmente crudele di abbandono del malato"<sup>6</sup>.

Si discute se la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG), per il malato cronico in evoluzione di malattia e per i pazienti in SVP, debba essere con-

siderata o meno un "atto medico" e/o accanimento terapeutico. Come è noto, si tratta di una procedura che, a parte il piccolo intervento iniziale, è gestibile anche dagli stessi famigliari del paziente, non richiedendo la ospedalizzazione e risultando in genere ben tollerata. Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha affermato che "se è poco convincente definire la PEG un atto medico, a maggior ragione si dovrebbe escludere la possibilità che essa si configuri di norma come accanimento terapeutico. Anche se si trattasse di trattamento medico, il giudizio sull'appropriatezza ed idoneità di tale trattamento dovrebbe dipendere solo dall'oggettiva condizione del paziente (cioè dalle sue effettive esigenze cliniche misurate sui rischi e benefici) e non da un giudizio di altri sulla sua qualità di vita, attuale e/o futura"<sup>6</sup>.

Pertanto, nutrizione ed idratazione artificiali, sia che vengano considerati "atti o trattamenti medici" sia che non siano considerati tali, rientrano tra le cure normali, ordinarie, sempre dovute all'ammalato.

Sulla base di tali considerazioni, il Comitato Nazionale per la Bioetica ha ancora affermato che la richiesta, nelle Dichiarazioni anticipate di trattamento, di una sospensione della nutrizione e della idratazione (assistenza ordinaria di base) si configura, pertanto, come "la richiesta di una vera e propria eutanasia omissiva, omologabile sia eticamente che giuridicamente ad un intervento eutanasi attivo, illecito sotto ogni profilo"<sup>6</sup>.

Anche nella Carta degli Operatori Sanitari, al n. 120, si afferma: "L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente somministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato salvo che non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di vera e propria eutanasia".

Il CNB ha, infine, affermato che "non sussistono, invece, dubbi sulla doverosità etica della sospensione della nutrizione nell'ipotesi in cui, nell'imminenza della morte, l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite o in presenza di uno stato di intolleranza collegato all'alimentazione"<sup>6</sup>.

È, quindi, dovere del medico assicurarsi ed adoperarsi affinché, sia in ambito ospedaliero sia a domicilio, il malato in fase terminale non venga privato della nutrizione e della idratazione (artificiali e non), il che gli provocherebbe una morte anticipata e, prima di essa, un aumento delle sue sofferenze, realizzandosi in tal modo quella che il CNB ha definito una "forma crudele di abbandono del malato" a "morire di fame e di sete"<sup>6</sup>. È anche dovere del medico rendere edotti i famigliari del paziente

circa tale vitale necessità, tale obbligo deontologico, giuridico ed etico.

## Questioni di fine vita: antropologia ed etica

Dal punto di vista antropologico ed etico ci si chiede: il malato in fase terminale conserva la dignità di persona in tutte le fasi della sua "terminalità", con la tutela doverosa di tutti i diritti fondamentali inalienabili della persona? Un retto uso di ragione, una retta antropologia, una retta coscienza etica ci portano ad affermare, senza alcun dubbio, che la dignità della persona umana permane in tutte le fasi della "terminalità", senza riduzionismi, anche in caso di perdita dello stato di coscienza. Purtroppo, questa palese evidenza della retta ragione, della retta antropologia e della retta coscienza etica oggi è messa in discussione.

Siamo di fronte ad una nuova pseudo-antropologia che vuole fondare una nuova deontologia medica e dalla quale originano le nuove istanze eutanasiche contemporanee. Tale nuova pseudo-antropologia, a sua volta, deriva da:

- l'evoluzione della medicina sul piano tecnologico a scapito della sua umanizzazione;
- l'"evoluzione" del pensiero filosofico e antropologico verso uno scientismo razionalista ed una diversa concezione dell'essere umano e della sua dignità, secondo cui l'uomo sarebbe solo una delle specie del regno animale e la dignità dell'essere umano varierebbe in rapporto alla presenza o meno di determinate caratteristiche o funzioni (per esempio la presenza di capacità relazionali, il raggiungimento di un certo stadio di sviluppo ecc.); l'abbandono graduale, quindi, di una concezione ontologica della dignità umana a favore di una concezione funzionalistica della stessa;
- la secolarizzazione del pensiero e della vita con l'affermarsi del soggettivismo, dell'utilitarismo e del relativismo etico, di un'etica non più oggettiva, non più ancorata alla verità ontologica ed integrale dell'uomo ("etica senza verità", U. Scarpelli), bensì individualistica ed utilitarista ("etica della libertà" o "etica liberale"; "un'etica è sempre e radicalmente individuale", U. Scarpelli);
- la tendenza culturale, soprattutto nei Paesi più sviluppati, a liberarsi del "peso" morale ed economico di anziani, portatori di handicap e malati cronici, trattandosi di malattie molto lunghe con aspettative di ripresa molto scarse; il tutto camuffato da esigenze di pietà. Già nel luglio

1970, il dottor R.H. Williams, nella rivista *Northwest Medicine*, scriveva: "Un programma di prevenzione della popolazione deve includere l'eutanasia";

- la perdita del concetto di "sacralità" della vita umana, con l'abbandono, in molti Paesi, del suo carattere inalienabile/intangibile ed il sorprendente contrasto con le rispettive Costituzioni, che tutelano la vita umana ed il diritto alla vita <sup>7</sup>.

## Biodiritto senza etica

In Europa, sotto il profilo costituzionale, secondo la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione (7 dicembre 2000, artt. II-62 e II-63) il malato terminale e la persona in stato vegetativo persistente (SVP), come qualsiasi altra persona, hanno "diritto alla vita", e di conseguenza alla relativa "integrità fisica e mentale".

Anche sotto il profilo bioetico, in Europa, ai sensi dell'art. 1 della "Convenzione sui diritti umani e la biomedicina" (o Convenzione di Oviedo, del 4 aprile 1997, ratificata dal Parlamento italiano con la Legge 28 marzo 2001 n. 145), la dignità e l'integrità del malato terminale e in SVP (considerati persone in senso pieno) devono essere rispettate e protette, "senza discriminazione".

Purtroppo, negli ultimi anni, il paradosso più sconcertante delle conflittualità giuridiche sopra accennate si è concretizzato, in molti Paesi, nel riconoscimento legale di alcuni delitti contro la vita (aborto, eutanasia) come "diritti", "legittime espressioni della libertà individuale da riconoscere e proteggere" <sup>7</sup>.

Pertanto, parallelamente alla suddetta "evoluzione" del pensiero filosofico ed antropologico si è pervenuti ad una nuova concezione del biodiritto, cioè al cosiddetto biodiritto "neutrale" o "liberale" <sup>8</sup>. È la tendenza del diritto moderno, a tutela delle ideologie culturali dominanti, di essere sempre più sganciato dall'etica, o meglio, da un'etica oggettiva, e di concepire che qualunque istanza della volontà umana possa essere regolamentata sul piano giuridico e legalizzata in nome del pluralismo etico, del pluralismo delle idee e della tutela delle libertà individuali, creando conflitti etici e costituzionali sempre più marcati.

Addirittura, oggi, all'interno di tale nuovo biodiritto, si stravolge perfino il significato della dignità della persona e del consenso informato, affermando che il non tener conto delle direttive anticipate del paziente a favore dell'eutanasia costituirebbe una violazione della libertà personale e, quindi, del

rispetto della dignità della persona, costituzionalmente tutelate (art. 32 Cost.)<sup>9</sup>. Pertanto, la tesi di tali giuristi sarebbe quella di una “legittimazione” costituzionale dell’eutanasia.

## Una nuova deontologia medica

Con la perdita del concetto di “sacralità” della vita umana e della priorità della sua tutela da parte del medico (deontologia ippocratica) la medicina attuale rischia di fondarsi su una nuova pseudo-deontologia, che ha come obiettivo il concetto di “qualità della vita” basato esclusivamente su criteri biologici ed economici, mirando a salvaguardare l’uomo solo in rapporto alle sue funzioni, quando presenti. Si tratta, pertanto, di una nuova pseudo-deontologia medica, che potremmo definire deontologia funzionalistica.

Il Codice Italiano di Deontologia Medica (1995), all’art. 20, afferma: “Il medico non può abbandonare il malato ritenuto inguaribile, ma deve continuare ad assisterlo anche al solo fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica”, nel quadro di “una medicina che si prenda cura”; e all’art. 35, recita: “Il medico, anche se richiesto dal paziente, non deve effettuare trattamenti diretti a menomare la integrità psichica e fisica e abbreviarne la vita o a provocarne la morte”. Se questa è la filosofia e lo scopo della medicina e delle cure palliative non si capisce perché, in modo arbitrario, anti-deontologico e anti-etico, si cerchi attualmente di sostituire la medicina del “prendersi cura” con un’altra medicina, un’altra “deontologia”, dagli intendimenti completamente opposti (il “non prendersi cura”), a scopi, cioè, eutanasi. Coerentemente con quest’ultima sconcertante concezione, la medicina palliativa e tutta l’attuale organizzazione sanitaria in tale ambito, a partire dagli *hospices*, non avrebbero più ragione di esistere.

Attraverso tale nuova pseudo-deontologia medica, basata su una falsa antropologia, le nuove istanze eutanasiche si fanno, quindi, sempre più strada nella cultura scientifica contemporanea. Nella stessa legittimazione dell’aborto vi sono le premesse per la legalizzazione dell’eutanasia. Infatti, “se si accetta che venga soppresso un bambino innocente non ancora nato, diventa difficile affermare il valore della vita di chi davanti a sé ha solo sofferenza; se poi, in nome della qualità della vita, si accetta la legalizzazione dell’omicidio di un bambino non ancora nato perché malformato, non sarà difficile legalizzare l’omicidio di chi, già nato, è gravemente invalido, inefficiente, improduttivo”<sup>10</sup>.

## La “terminalità”: quale bioetica?

Il significato profondo delle istanze eutanasiche della società contemporanea e delle pratiche di accanimento terapeutico sta, dunque, nello smarrimento della retta antropologia, nel non sapere più chi è l’uomo, con il mancato rispetto della sua dignità in ogni fase e condizione della sua esistenza; nel non conoscere il valore e il senso della vita umana, con l’incapacità di dar significato ad essa di fronte alla sofferenza e alla morte. In tale prospettiva “il dolore è inutile e nefasto e può rappresentare un attentato contro la dignità umana”<sup>11</sup>.

In realtà, “il dolore dei pazienti, su cui si vuol fondare una specie di giustificazione dell’eutanasia e/o del suicidio assistito, è oggi più che mai un dolore ‘curabile’ con i mezzi adeguati dell’analgesia e delle cure palliative; questo, se accompagnato da una adeguata assistenza umana e spirituale, può essere lenito e confortato in un clima di sostegno psicologico e affettivo. Eventuali richieste di morte da parte di persone gravemente sofferenti quasi sempre costituiscono la traduzione estrema di un’accorata richiesta del paziente per ricevere più attenzione e vicinanza umana, oltre alle cure appropriate, entrambi elementi che talvolta vengono a mancare negli ospedali di oggi”<sup>12</sup>. Il malato in fase terminale conserva intatta la dignità di persona, è persona fragile e vulnerabile, è, sin dal suo inizio, appello alla cura. “Non è possibile giustificare in alcun modo non solo la negazione, ma nemmeno un affievolimento del diritto alla cura, di cui gode ogni essere umano. Non sono né la qualità della patologia né la probabilità della sua guarigione a giustificare la cura: questa trova la sua ragione sufficiente esclusivamente nel bisogno che il malato, come soggetto debole, ha di essere accudito ed eventualmente sottoposto a terapia medica”<sup>13</sup>.

Pertanto, per un’autentica bioetica sulle questioni di fine vita è necessario recuperare un’antropologia fondata sulla verità ontologica e integrale dell’uomo: l’uomo non è un animale, la vita umana non è riducibile ad atomi, cifre, cellule! La dignità dell’uomo va riconosciuta e rispettata in qualunque fase e condizione della vita, fino alla morte naturale, senza riduzionismi o concezioni gradualistiche e funzionalistiche.

I nuovi modelli pseudo-etici, invece, della cultura dominante (“etica senza verità”, “etica soggettiva”, “etica della libertà” ecc.) vogliono imporre alla medicina ed alla deontologia medica una antropologia aberrante ed un’etica relativista. L’uomo non ha bisogno di un’“etica senza verità”, ma, al contrario, di “un’etica della verità”, poiché l’uomo è fatto per la

verità. Potremmo dire che la verità costituisce il DNA della coscienza etica dell'uomo. In tutto ciò che fa, l'uomo, anche errando, cerca la verità; la cerca nel diritto, nella storia, nella scienza, nello studio delle sue origini e del suo destino. Anche quando afferma erroneamente che nell'etica non c'è verità (U. Scarpelli), l'uomo fa sempre riferimento alla verità, poiché afferma che la sua tesi, a differenza delle altre, è "vera"! Pertanto, solo la verità, (non certamente quella soggettiva e qualunquistica), la verità ontologica dell'essere umano, rivela all'uomo stesso chi egli sia e quale valore abbia la sua dignità.

Di conseguenza anche l'etica, che per definizione cerca il vero bene dell'uomo, potrà trovare ciò che cerca solo nella verità (*verum et bonum sunt idem*), nella verità ontologica integrale dell'uomo. Tale "etica della verità" è appannaggio della retta ragione, della retta antropologia, della retta coscienza. La ragione umana, infatti, ha la capacità di cogliere le strutture ontologiche dell'*humanum*, i dati ontologici, non solo quelli sociologici e culturali. L'etica non può essere particolaristica, non esistono gli "stranieri morali".

È compito, pertanto, della bioetica e di una medicina che mira a riumanizzare se stessa, formarsi e formare le nuove generazioni alla verità ontologica integrale dell'uomo, per poter far fronte alle sfide sempre più incalzanti delle ideologie dominanti e del progresso scientifico contemporaneo, i quali, se privi di "un'etica della verità", rischiano di condurre l'essere umano alla sua dissoluzione.

## Conclusioni

A corredo delle riflessioni conclusive, ritengo utile riportare alcune importanti dichiarazioni di organismi nazionali e internazionali (Comitato nazionale per la Bioetica, Consiglio d'Europa, Associazione Medica Mondiale). In tali dichiarazioni si afferma che:

- "è posto divieto assoluto di porre fine all'esistenza dei malati incurabili e dei morenti. Il desiderio di morire da parte di un malato incurabile o di un morente non può giuridicamente legittimare né giustificare il comportamento di un terzo volto ad esaudire tale desiderio" (Consiglio d'Europa, 1999) <sup>14</sup>;
- "la vita umana va considerata un bene indisponibile, indipendentemente dal livello di salute, di percezione della qualità della vita, di autonomia o di capacità di intendere e di volere" (Comitato Nazionale per la Bioetica) <sup>15</sup>;
- "qualsiasi distinzione tra vite degne e non degne di essere vissute è da considerarsi arbitra-

ria, non potendo la dignità essere attribuita, in modo variabile, in base alle condizioni di esistenza" (CNB) <sup>15</sup>;

- "l'eutanasia è in conflitto con i principi fondamentali della pratica medica; si incoraggiano fortemente le Associazioni Mediche nazionali e tutti i medici ad astenersi dal partecipare all'eutanasia anche se la legge nazionale la permette o la depenalizza a certe condizioni" (Associazione Medica Mondiale, 2001) <sup>16</sup>.

La linea di comportamento verso il malato grave e il morente dovrà, dunque, "ispirarsi al rispetto della vita e della dignità della persona, pur senza indulgere in alcuna forma di accanimento terapeutico; raccogliere la volontà del paziente quando si tratta di terapie straordinarie o rischiose, cui non si è moralmente obbligati ad accedere; assicurare sempre le cure ordinarie (comprese nutrizione ed idratazione, anche se artificiali) ed impegnarsi nelle cure palliative, soprattutto nell'adeguata terapia del dolore, favorendo sempre il dialogo e l'informazione del paziente stesso" <sup>17</sup>.

Come accennato, nel contesto attuale si parla molto della necessità di una "umanizzazione della medicina". Ebbene, "è proponendo l'assistenza verso colui che soffre che si giunge ad affermare il vero umanesimo! Il dolore umano chiede amore e condivisione solidale, non la sbrigativa violenza della morte anticipata" <sup>17</sup>. La già citata Carta degli Operatori sanitari afferma che l'ammalato, se è circondato da una amorevole presenza umana, "non cade nella depressione e nell'angoscia di chi invece si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte e chiede di farla finita con la vita. È per questo che l'eutanasia è una sconfitta di chi la teorizza, la decide e la pratica" <sup>18</sup>.

Mi piace, per concludere, ricordare l'altissimo esempio del compianto Papa Giovanni Paolo II. Egli ha insegnato a tutti, credenti e non, l'altissimo valore della dignità umana nella sofferenza della fase terminale della vita. Tale sofferenza, quindi, non annulla o riduce la dignità umana, ma la esalta, se accolta e vissuta da uomini veri.

Lo splendore di questa verità, come direbbe lo stesso Papa Giovanni Paolo II, è particolarmente luminoso per gli operatori sanitari che festeggiano il 50° anniversario di fondazione dell'Ospedale "Casa Sollievo della Sofferenza", opera di Padre Pio da Pietrelcina. Infatti, basta guardare a Padre Pio, a come egli ha vissuto la sofferenza delle piaghe di Cristo sul suo corpo e al nome che egli ha voluto dare al suo Ospedale ("Casa Sollievo della Sofferenza") per comprendere il grande valore della sofferenza umana e della dignità dell'uomo sofferente.

Oggi, molto più rispetto al passato, l'approccio al malato in fase terminale impone una riflessione multidisciplinare che stimola un continuo incontro tra più ambiti del sapere, quali la medicina, l'etica, l'antropologia, la filosofia, il diritto, la deontologia, la psicologia, la fede.

Per un approccio eticamente corretto al malato in fase terminale si presenta sempre più urgente e doverosa la necessità di dover rendere ben distinti i concetti di cure normali (e cure palliative), accanimento terapeutico ed eutanasia, che diventano spesso oggetto di ambiguità.

L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente somministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato salvo che non risultino gravose per lui per mancata assimilazione da parte dell'organismo; la loro indebita sospensione costituisce una vera e propria eutanasia.

Il significato profondo delle istanze eutanasiche della società contemporanea e delle pratiche di accanimento terapeutico sta nello smarrimento di una retta antropologia, nel non sapere più chi è l'uomo, con il mancato rispetto della sua dignità in ogni fase e condizione della sua esistenza; nel

non conoscere il valore e il senso della vita umana, con l'incapacità di dar significato ad essa di fronte alla sofferenza e alla morte. Pertanto, per un'autentica bioetica sulle questioni di fine vita è necessario recuperare un'antropologia fondata sulla verità ontologica e integrale dell'uomo.

Anche l'etica, che per definizione cerca il vero bene dell'uomo, potrà trovare ciò che cerca solo nella verità (*verum et bonum sunt idem*), nella verità ontologica dell'uomo.

Tale "etica della verità", in contrapposizione all'"etica senza verità" di alcuni modelli di bioetica relativista, è appannaggio della retta ragione, della retta antropologia, della retta coscienza morale.

In tale prospettiva la vita umana va sempre considerata un bene indisponibile, indipendentemente dal livello di salute, di percezione della qualità della vita, di autonomia o di capacità di intendere e di volere. Il dolore umano chiede amore e condivisione solidale, non la sbrigativa violenza della morte anticipata.

**Parole chiave:** Terminalità • Cure normali • Accanimento terapeutico • Eutanasia • Etica • Bioetica

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Sgreccia E, Spagnolo AG, Di Pietro ML. *Bioetica. Manuale per i diplomati universitari della sanità*. Milano: Vita e Pensiero 1999, p. 533-34.
- 2 Sgreccia E. *Bioetica, eutanasia e dignità della morte*. In: Id. *Manuale di Bioetica*, Vol. I. *Fondamenti ed etica biomedica*. (seconda ristampa della terza edizione) Milano: Vita e Pensiero 2003, p. 736.
- 3 Pontificio Consiglio per la Pastorale degli operatori sanitari. *Carta degli operatori sanitari*. n. 64.
- 4 Sgreccia E. *Bioetica, eutanasia e dignità della morte*. In: Id. *Manuale di Bioetica*. Vol. I. *Fondamenti ed etica biomedica*. (seconda ristampa della terza edizione) Milano: Vita e Pensiero 2003, p. 741.
- 5 Congregazione per la Dottrina della Fede. *Dichiarazione su L'eutanasia (5.5.1980)*. In: *Enchiridion Vaticanum*, VII. pp. 332-51.
- 6 Comitato Nazionale per la Bioetica. *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 30 settembre 2005.
- 7 Casini M. *Eutanasia: aspetti giuridici, deontologici ed etici*. In: Zucchi PL, a cura di. *Il dolore: Bioetica e Medicina*. Vol. 12, Parte Prima. Firenze: Istituto per lo Studio e la Terapia del Dolore (I.S.T.D.) 2003, p. 205.
- 8 Palazzani L. *Personalismo e biodiritto*. In: *Medicina e Morale*. Università Cattolica del Sacro Cuore Roma 2005, p. 134-8.
- 9 Ferrando G. *I diritti della persona e la sospensione dei trattamenti medici*. In: *Bioetica. Rivista interdisciplinare*. Milano: Guerini e Associati Spa 2005 p. 156-7.
- 10 Casini M. *Eutanasia: aspetti giuridici, deontologici ed etici*. In: Zucchi PL, a cura di. *Il dolore: Bioetica e Medicina*. Vol. 12, Parte Prima. Firenze: Istituto per lo Studio e la Terapia del Dolore (I.S.T.D.) 2003, p. 231.
- 11 Parlamento Europeo. *Relazione della Commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori sull'assistenza ai malati terminali*. (relatore on. Léon Schwarzenberg). Doc. n. A3-0109, 25 aprile, 1991.
- 12 Pontificia Accademia per la Vita. *Il rispetto della dignità del morente. Considerazioni etiche sull'eutanasia*. Città del Vaticano: Tipografia Vaticana, 9 dicembre 2000.
- 13 Comitato Nazionale per la Bioetica. *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 30 settembre 2005.
- 14 Consiglio d'Europa, Assemblea Parlamentare. *Raccomandazione sulla protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dei malati incurabili e dei morenti*. 1999.
- 15 Comitato Nazionale per la Bioetica. *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per l'Informazione e l'Editoria. Roma, 30 settembre 2005.
- 16 World Medical Association. *Resolution on Euthanasia*, adopted by the WMA General Assembly. Washington, May 2001.
- 17 Pontificia Accademia per la Vita. *Il rispetto della dignità del morente. Considerazioni etiche sull'eutanasia*. Città del Vaticano: Tipografia Vaticana, 9 dicembre 2000.
- 18 Pontificio Consiglio per la Pastorale degli operatori sanitari. *Carta degli operatori sanitari*. n. 149.