

CLAUDIA NAVARINI

LA FINE DELLA VITA UMANA
Questioni bioetiche



Copyright © 2013 by IF Press srl

IF Press srl
Ctr. La Murata, 49 - 03017 Morolo (FR)
office@if-press.com - www.if-press.com

ISBN 978-88-6788-029-4

INDICE

INTRODUZIONE. ETICA E VITA	9
CAPITOLO I. IL CONTESTO DELLA RIFLESSIONE BIOETICA ..	15
1.1 <i>Questioni civili e valore della vita umana</i>	15
1.2 <i>Il problema della centralità dell'uomo</i>	22
1.3 <i>Il rapporto dell'uomo con l'ambiente e il senso del dolore</i>	28
CAPITOLO II. SOFFERENZA E FINE DELLA VITA	35
2.1 <i>Filosofia della vita e confini esistenziali</i>	35
2.2 <i>Quando si muore?</i>	42
2.3 <i>Fine della vita umana e relativismo culturale</i>	45
CAPITOLO III. LA VOLONTÀ DEL PAZIENTE	48
3.1 <i>I caratteri del testamento biologico</i>	48
3.2 <i>Dichiarazioni anticipate di trattamento: quale selezione?</i>	52
3.3 <i>Concezioni dell'eutanasia sottese al testamento biologico: le restrizioni semantiche</i>	58
3.4 <i>L'autonomia nel rapporto medico-paziente</i>	63
CAPITOLO IV. LA PROPORZIONALITÀ DELLE CURE	67
4.1 <i>Significato e limiti dell'accanimento terapeutico</i>	67
4.2 <i>Accanimento terapeutico e palliazione nei minori</i>	70
4.3 <i>La specificità situazionale nella determinazione dell'accanimento terapeutico</i>	76
CAPITOLO V. L'EUGENISMO NEL FINE VITA	83
5.1 <i>Autonomia e diritto di morire</i>	83
5.2 <i>Il principio eugenetico nelle pratiche eutanasiche</i>	88
5.3 <i>L'eutanasia neonatale e pediatrica</i>	91
5.4 <i>Biogiuridica dell'eutanasia</i>	97

CAPITOLO VI. STATO DI INCOSCENZA E TRATTAMENTI SANITARI.....	103
6.1 <i>I casi Schiavo e Englaro: l'assistenza ai pazienti in stato vegetativo</i>	103
6.2 <i>Precisazioni storiche sulla nozione di stato vegetativo</i>	114
6.3 <i>Eutanasia e manipolazione del linguaggio</i>	118
6.4 <i>Eutanasia e omissione</i>	121
6.5 <i>La nozione di futility</i>	126
CAPITOLO VII. LE INTERRUZIONI DELLA TERAPIA.....	132
7.1 <i>Il caso Welby</i>	132
7.2 <i>La pratica eutanassica rispetto alla deontologia medica</i>	138
7.3 <i>Etica del rifiuto della terapia</i>	142
7.4 <i>Metempirica del suicidio</i>	145
CAPITOLO VIII. IL CONTROLLO DEL DOLORE	149
8.1 <i>La sedazione terminale</i>	149
8.2 <i>Terapia del dolore e duplice effetto</i>	152
8.3 <i>Il contributo dell'antropologia cattolica</i>	156
8.4 <i>Le obiezioni all'idea di una "eutanasia cristiana"</i>	160
CAPITOLO IX. LE CURE PALLIATIVE COME RISPOSTA ALL'EUTANASIA.....	164
9.1 <i>I fattori determinanti dell'eutanasia</i>	164
9.2 <i>Efficacia delle cure palliative rettamente intese</i>	169
9.3 <i>Coscienza psicologica e coscienza morale</i>	173
CONCLUSIONE. L'AMORE COME CONOSCENZA	178
BIBLIOGRAFIA.....	183

CAPITOLO IV LA PROPORZIONALITÀ DELLE CURE

4.1 *Significato e limiti dell'accanimento terapeutico*

È necessaria a questo punto una considerazione più attenta dell'accanimento terapeutico. L'espressione *accanimento terapeutico* richiama l'idea di una terapia aggressiva o somministrata con particolare insistenza, ma è bene precisare innanzitutto che, nonostante l'ambiguità linguistica, l'accanimento terapeutico non è a rigore una vera forma di terapia. Ciò risulta dalla definizione dei termini in questione. Terapia può significare sia quella "branca della medicina che si occupa della ricerca di tutti quei rimedi atti a favorire la guarigione ed alleviare le sofferenze dei malati"¹, sia l'"insieme delle prescrizioni mediche volte a ottenere la guarigione di una malattia"².

Nell'idea di terapia è sempre coinvolto un beneficio per il paziente, a differenza di quanto accade nell'accanimento o ostinazione terapeutica, per cui si intende comunemente l'"ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita"³, oppure "iniziative clinico-assistenziali sproporzionate alla condizione clinica del paziente, attuate su malati terminali da sanitari che in realtà non dispongono più di vere risorse terapeutiche"⁴, o ancora

¹ Voce "terapia" in *Dizionario enciclopedico di scienze mediche e biologiche e di biotecnologie*, Zanichelli, Bologna 1996.

² *Ibidem*.

³ Codice di Deontologia Medica, 1998, art. 14.

⁴ Cfr. G. Perico, *Eutanasia e accanimento terapeutico in malati terminali*, "Aggiornamenti Sociali", 1/1985, pp. 6-7.

un trattamento di documentata *inefficacia* in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un *rischio* elevato e/o una particolare *gravosità* per il paziente con un'ulteriore sofferenza in cui *l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica*⁵.

Il trattamento non si inizia oppure si sospende perché *tale trattamento* non è proporzionato nella situazione specifica, e apporterebbe un danno ulteriore invece di un reale beneficio, sia pure limitato o palliativo. Da ciò si comprende come il giudizio di accanimento vada pronunciato essenzialmente dal medico, cioè da colui che è responsabile della proposta e della somministrazione dei trattamenti sanitari, tenuto evidentemente conto dell'insieme dei fattori che caratterizzano la situazione di un certo determinato paziente. Non potrà invece essere coincidente con la valutazione soggettiva (del paziente o della sua famiglia) e dunque non può essere equiparato al fatto che qualcuno (il paziente o un familiare) chieda la sospensione di un trattamento. In altre parole, non si ha l'accanimento terapeutico quando un medico si "ostina" a curare anche quando il paziente o chi per lui non vogliono, poiché la responsabilità di tale valutazione spetta ultimamente al medico.

In tal senso, può darsi il caso che il medico, somministrando un determinato trattamento, persegua obiettivi diversi da quelli del paziente. È il caso appunto di un paziente che *non vuole* una terapia o una cura proposta dal medico in scienza e coscienza. La volontà del paziente potrà qui essere utile al medico per bilanciare meglio i costi e i benefici di un intervento, oppure potrà essere un ostacolo insormontabile all'applicazione del trattamento prescelto, come accade nei casi in cui un paziente rifiuta insistentemente e liberamente la terapia. Tuttavia, il rispetto della volontà del paziente che non vuole il trattamento non va confuso, come già precisato, con la rinuncia all'accanimento terapeutico. Si tratta di due fattispecie assolutamente differenti.

Deriva da ciò che il ruolo del medico non potrà essere snaturato dall'eventuale volere contrastante del medico al punto da trasformarlo da agente di cura ad agente di morte, costringendolo a compiere gesti contrari alla sua deontologia professionale, come rimuov-

⁵ C. Manni, *Accanimento terapeutico in rianimazione e terapia intensiva*, in A. Bompiani, *Bioetica in medicina*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1996, p. 321.

vere un tubo di alimentazione o staccare un respiratore applicati quali dispositivi *proporzionati*, allo scopo di esaudire il desiderio suicidario del malato e sapendo con certezza che l'unico esito possibile di tale sospensione è la morte.

Tutte queste considerazioni chiariscono i motivi per cui le dichiarazioni anticipate di volontà non possono avere un valore legale e vincolante per il medico. La maggior parte dei modelli di DAT si basa infatti, come già osservato nel capitolo precedente, sull'ambigua definizione di accanimento terapeutico, inteso appunto come l'insistenza da parte del medico nell'applicazione di trattamenti che il paziente non vuole, e per converso nell'illusione che il rispetto di tale (presunta) volontà "testamentaria" possa meglio riflettere le decisioni individuali, ovvero la libertà.

In realtà, la libertà dell'uomo non è qualche cosa di astratto, ma si esplica sempre in atti concreti, situati, *hic et nunc*. L'insuperabile inattualità del contenuto "testamentario" rende impossibile affermare con certezza che, nel momento in cui l'incoscienza sopravviene, il volere del paziente sia ancora correttamente espresso dal "testamento". E anche qualora tale certezza potesse sussistere, resta il principio – laico – dell'indisponibilità della vita umana, che vincola tutti, anche i soggetti nei riguardi della loro vita.

Ciò detto, è giusto sottolineare l'immoralità dell'autentico accanimento terapeutico. Se è doveroso, da parte di chi in quanto medico si è assunto specificamente e professionalmente questo compito, curare facendo tutto il possibile per difendere la vita umana, sia in senso quantitativo che in senso qualitativo, è ugualmente doveroso rifiutare l'accanimento terapeutico, che non intende più promuovere il bene globale della persona, ma va nella direzione di un'illusoria volontà di controllo totale sulla vita, al punto da esigerla oltre i limiti imposti dalla natura umana, che è notoriamente finita e mortale.

Il medico responsabile e rispettoso del bene della persona sa impegnarsi e impegnare la propria competenza e i mezzi attuali della scienza e della tecnica medica, ma sa anche fermarsi presso quella "frontiera" al di là della quale non si promuove più il vero bene della persona, e dunque le si procura un male. Rinunciare all'accanimento terapeutico o rifiutarlo, tuttavia, non deve significare privare il malato dell'assistenza medica, infermieristica, psicologica, spirituale necessarie ad accompagnare al meglio il paziente

verso la morte ineluttabile, consentendogli di trascorrere gli ultimi momenti nel modo più sereno possibile.

4.2 *Accanimento terapeutico e palliazione nei minori*

Nel contesto anglo-americano, si distingue frequentemente fra *to cure* (curare in senso medico, effettuare terapie) e *to care* (prendersi cura, assistere il paziente): anche quando le terapie hanno smesso di essere benefiche per il paziente (e quindi è lecito sospenderle o non intraprenderne di nuove), egli non deve mancare di assistenza e di cura. Dal punto di vista psicologico e spirituale, ciò significa conservare le relazioni umane, dare la possibilità di ottemperare ad obblighi religiosi e umani, circondare il morente di un ambiente affettuoso e attento, che lo faccia sentire fino all'ultimo importante come la sua dignità di uomo, non importa quanto malato, merita. Dal punto di vista medico e infermieristico, significa non far mancare le cure "normali" (pulizia personale, alimentazione e idratazione anche artificiali, ecc.); significa anche lenire le sofferenze fisiche secondo la capacità e la volontà di sopportazione del paziente.

La somministrazione di analgesici (*terapia del dolore*) in dosi crescenti può essere lecita anche qualora sia causa di anticipazione della morte – eventualità a dire il vero sempre più rara – purché non si intenda con ciò causare la morte direttamente o positivamente. La medicina palliativa ha compiuto passi che la pongono in grado di ridurre drasticamente le richieste di eutanasia da parte dei pazienti. Tali richieste, infatti, nascono quasi sempre da una richiesta di aiuto a sopportare il dolore o a non essere lasciati soli.

Nell'eventualità che la morte venisse *indirettamente* anticipata dal ricorso all'analgesia e alla sedazione i moralisti di impostazione non utilitaristica parlano di duplice effetto: l'azione di sedare il malato o di somministrare quantità importanti di analgesici ha un effetto primario e volontario da parte dell'agente, che è anche il suo fine, ossia ridurre le sofferenze della persona in modo da renderle sopportabili. A questo si affianca un effetto secondario, previsto ma

non voluto, indesiderato e tollerato, che è l'abbreviazione della vita⁶.

È qui necessario distinguere: per quanto concerne i bambini piccoli, e in generale coloro che non possono esprimere il consenso, si parla giustamente di eutanasia involontaria. Per prevenire sentimenti di disperazione nei familiari e di falsa pietà nei medici – che potrebbero spiegare alcune scelte di tipo eutanasi – l'American Academy of Pediatrics (AAP) raccomanda di applicare correttamente le cure palliative, in senso fisico, psicologico, morale, sociale e spirituale, lungo tutta la malattia del bambino, e non di limitarle all'imminenza della morte che, proprio per la maggior variabilità di risposta infantile alle patologie, è spesso difficile da prevedere.

Ciò porta ad estendere, soprattutto per i pazienti più piccoli, la comune idea delle cure palliative come ciò a cui si ricorre quando tutte le opzioni terapeutiche sono state esaurite. Ampliando tale definizione fino ad includere “i bambini che vivono in condizioni di pericolo di vita, tutti i bambini che necessitano di cure palliative potrebbero beneficiarne”⁷.

Per quanto riguarda gli adolescenti, e tutti i minorenni ritenuti capaci di decidere, si ricade nel più vasto problema dell'eutanasia su richiesta o del suicidio assistito come “diritti” dei morenti e dei sofferenti in genere. Anche in tale situazione, ricorda ancora l'AAP, le cure palliative sono di grande aiuto:

con la somministrazione di cure palliative competenti e compassionevoli, incluso l'uso adeguato dell'anestesia e della sedazione per il trattamento di sintomi in rapida progressione, le richieste di anticipare la morte sono generalmente abbandonate⁸.

E tuttavia, nel caso di reiterata e insistente manifestazione della volontà di morire, occorre considerare i limiti costitutivi dei diritti dei pazienti, poiché il rispetto della volontà altrui “non implica il diritto di un paziente ad ottenere assistenza nel commettere suicidio”⁹. Con un simile atto, infatti, si andrebbe molto al di là del giusto rapporto fra medico e paziente, estendendo ampiamente

⁶ Cfr. C. Navarini, *Autonomia e immaginazione morale...*cit., pp. 34-35

⁷ Cfr. American Academy of Pediatrics, *Palliative care for children*, “Pediatrics”, 106, 2/2000, pp. 351-357.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

oltre i confini il potere del paziente oppure, nello scenario prima descritto dell'eutanasia involontaria, quello del medico.

Un'importante parola va spesa a favore di una formazione attenta del personale sanitario all'utilizzo della terapia del dolore, che rappresenta una parte significativa delle cure palliative. Esiste infatti un circolo vizioso che si viene talora a creare nel trattamento del dolore dei malati in fase terminale: l'uso di analgesici oppiacei è inizialmente offerto in misura inferiore ai bisogni del paziente per il timore degli effetti indesiderati del farmaco – dipendenza, intontimento, perdita di coscienza, anticipazione della morte – , provocando così uno stato di prostrazione nel paziente che si traduce anche in depressione e disperazione, al punto da portare i medici (con o senza richiesta del paziente) ad utilizzare magari lo stesso oppioide per anticipare il momento della morte come “ultima risorsa” contro le sofferenze insopportabili.

La questione del legame fra analgesici oppiacei – come la morfina – e anticipazione della morte è oggetto di numerosi studi da parte della medicina palliativa più recente. I risultati sono del tutto confortanti: è oggi possibile servirsi di tali farmaci senza incorrere negli effetti collaterali più pesanti, e dunque in piena serenità. Già da tempo si parla di duplice effetto, e dunque di assenza di responsabilità morale nel caso in cui un analgesico, somministrato al fine di lenire il dolore, abbrevi la vita di un morente.

Il ricorso al principio del duplice effetto, tuttavia, non è sempre necessario. Lo mostra uno studio del gruppo parlamentare trasversale britannico *Dying Well*, secondo cui la nozione di duplice effetto è “inappropriata, inaccettabile e non necessaria nell'attuale pratica delle cure palliative”, in quanto la strategia corretta è quella di

controllare i sintomi evitando o riducendo al minimo gli effetti indesiderati. Tale obiettivo si ottiene usando la morfina e altri oppioidi ad una opportuna dose iniziale, e incrementando lentamente la quantità fino al controllo del dolore, ma senza effetti secondari inaccettabili¹⁰.

In altre parole, si tratta di individuare la posologia e il dosaggio in

¹⁰ All Party Parliamentary Group on Dying Well, *The facts behind morphine and palliative care*, 24 aprile 2006 (<http://www.carenokilling.org.uk/articles/the-facts-behind-morphine-and-palliative-care/>).

grado di mantenere il livello di oppioidi nel sangue sopra la soglia del dolore ma sotto quella della tossicità, e tale obiettivo è perfettamente praticabile in quasi ogni paziente, anche grazie alla possibilità di modificare l'oppioide o di combinarlo con altri farmaci. Nei casi più refrattari è possibile praticare trattamenti come l'analgesia spinale, mentre la sedazione cosiddetta terminale, cioè la perdita indotta della coscienza per tutto il tempo che precede la morte, è raramente necessaria.

La buona pratica clinica, insieme alla coscienza del bene dei pazienti e ad un sano sfondo antropologico, convergono nell'individuare invece la causa dell'eutanasia nella perdita del senso della vita e della sofferenza, anche in conseguenza del trattamento inadeguato della fase depressiva che normalmente attraversano i malati a prognosi infausta¹¹. Tale aspetto porterebbe ad ampie riflessioni sul ruolo dell'assistenza psicologica e morale nel malato a prognosi infausta; è indubbio che la psicoterapia risulta sovente inapplicabile nello spazio di tempo di una malattia in fase terminale, e tuttavia esiste la possibilità di accompagnare in questo senso il paziente attraverso una prevenzione che parte dalla diagnosi di malattia e si protrae durante tutto l'*iter* patologico, riservando la sola psicofarmacologia agli stati di urgenza e di imminenza del decesso.

È comunque assai significativo, prima ancora di valutare le possibili soluzioni, stabilire la connessione fra tendenza depressiva e malattia a prognosi infausta, quale possibile concausa di una richiesta eutanastica. Tale connessione viene spesso ignorata o negata dalle prospettive pro-eutanastiche, eppure la letteratura scientifica inizia e produrre dati interessanti sul punto. Proprio la condizione di prostrazione del malato, infatti, ha portato alle ricerche sui legami fra depressione clinica (transitoria o permanente) del malato in fase terminale o a prognosi infausta e la richiesta di eutanasia.

Tornando al punto di partenza, ossia alla relazione fra accanimento "vero" ed eutanasia, giova ribadire che il rifiuto dell'accanimento terapeutico si contrappone all'eutanasia, in particolare alla cosiddetta eutanasia passiva, ovvero alla sospensione o al rifiuto di trattamenti medico-assistenziali *allo scopo* di provocare la morte del paziente, come mezzo per eliminare il dolore; tale atto si indica anche a volte con le espressioni *lasciar morire (letting die)*, *diritto di morire, morire con dignità*.

¹¹ Cfr. E. Kübler-Ross, *On Death and Dying*, Taylor & Francis Ltd, 1973.

Questo punto è forse il più delicato. Tali espressioni possono indicare infatti sia l'astensione dall'accanimento terapeutico che l'induzione della morte tramite omissione. Il valore etico dei due atti è opposto: nel primo caso significa accettare la finitezza umana e con ciò l'ineluttabilità della morte naturale, nel secondo voler porre fine alla vita di un essere umano. Il secondo caso, nel rifiuto dell'adeguamento alle leggi biologico-naturali che governano la vita corporea, rivela l'intento di costituirsi padroni della vita, determinando l'ora e il modo della morte (propria o altrui) ed esasperando sia il concetto di paternalismo che quello di autonomia.

Ricordiamo nuovamente qui che le pratiche eutanasiche implicano sempre una relazione fra medico (o esecutore materiale dell'eutanasia) e paziente, discostandosi da un atto generalmente solitario come il suicidio. Tale relazione è però necessariamente sproporzionata, unilaterale e strumentalizzante. Se si tratta di eutanasia non volontaria, effettuata da un operatore sanitario su paziente incosciente, inconsapevole o incompetente, la valutazione per cui "è meglio" interrompere la vita verrà esclusivamente da tale operatore (normalmente un medico), che paternalisticamente prenderà la decisione per il paziente, imponendogli di fatto la sua volontà. Al contrario, nel caso di eutanasia volontaria, sarà il paziente a decidere autonomamente di voler morire, ma con la necessità di ausilio da parte del medico, il quale – pur potendosi rifiutare – rischia di trasformarsi nella percezione comune in un mero esecutore della volontà del paziente¹².

L'espressione che forse rende meglio l'idea della corretta assistenza al paziente terminale è *accompagnamento alla morte*. L'accompagnamento rappresenta un bisogno per il malato e aiuta a ricordare come il morente sia e resti fino all'ultimo una persona, che sta affrontando una prova decisiva (la più decisiva) quale è il prepararsi a morire. Non è un caso che dietro la maggior parte delle richieste di eutanasia o di aiuto al suicidio da parte dei pazienti ci sia l'incapacità di accettare la morte come qualcosa di ineluttabile, che non dipende da noi. Esigere, controllare e dominare ciò che

¹² Si veda su questo il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, *Mozione sull'assistenza a neonati e a bambini afflitti da patologie o da handicap ad altissima gravità e sull'eutanasia pediatrica*, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 28 gennaio 2005.

non può essere scongiurato costituisce così l'ultimo atto di una volontà alterata e *sproporzionata* rispetto al potere reale dell'uomo.

Su questo specifico punto Marie de Hennezel usa un'immagine efficace, paragonando l'accettazione della morte inevitabile al senso di protezione del bambino nell'utero materno, e sostenendo in modo suggestivo come l'attaccamento spasmodico alla vita biologica, che talora si osserva in alcuni morenti e che riempie d'angoscia, possa venire efficacemente combattuto dalla vicinanza paziente e amorevole, fatta anche di gesti di confidenza e di tenerezza, delle persone care:

per lasciare la presa, per abbandonarsi alla morte con fiducia, sembra sia necessario sentirsi al sicuro, come lo siamo stati tutti all'inizio della vita, trasportati dal ritmo dei movimenti della madre quando eravamo nel suo grembo¹³.

Le ricadute sulla pratica clinica e sulla relazione medico-paziente connesse con le decisioni di fine-vita sono dunque numerose e spesso drammatiche. Quando ci si trova realmente di fronte alla propria morte emergono i nodi irrisolti dell'esistenza, si vede la realtà da una prospettiva profondamente diversa rispetto a chi è ancora immerso nella vita. Si desidera allora un'attenzione particolare non solo e non tanto per le proprie condizioni cliniche, ma per il dramma umano, e si teme massimamente di entrare nell'anonimato di un caso clinico, uno dei tanti casi che transitano nelle corsie di un certo ospedale, nell'esperienza professionale di un certo medico, nella routine di un certo infermiere.

Lo sforzo allora di chi, con la riflessione e con l'esperienza, cerca per vocazione di avvicinarsi alla persona che soffre e che muore deve essere non solo quello di curare la malattia, ma anche e soprattutto quello di curare dei malati, cioè delle persone che stanno male. Solo a queste condizioni può realizzarsi pienamente la missione del medico di servire e difendere la vita umana.

¹³ M. De Hennezel, *La dolce morte*, tr. it., Sonzogno Editore, Milano 2002.

4.3 *La specificità situazionale nella determinazione dell'accanimento terapeutico*

Riprendiamo ora la definizione del codice di deontologia medica nella versione del 1998 – “l’ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita” – . Osserviamo che secondo tale prospettiva, accolta dal mondo medico, l’accanimento terapeutico non consiste nell’ostinazione del medico nel somministrare terapie che il paziente non vuole, o del semplice nel mantenimento in vita di pazienti ormai nell’imminenza della morte, o nell’utilizzo generico di mezzi artificiali, ma di un giudizio – principalmente clinico – riguardante l’inefficacia, l’inutilità e la gravosità di un trattamento in relazione agli obiettivi specifici per cui viene proposto o attivato¹⁴. Tali aspetti sono ancora più evidenti nella definizione offerta da Manni, che già abbiamo analizzato.

Non è mai, come già osservato, un giudizio sulla *qualità di vita*, né a maggior ragione sul valore di una vita umana, ma unicamente su un determinato trattamento in una situazione specifica. Proprio la singolarità di ogni situazione consente di osservare come, anche nel caso in cui le direttive anticipate vengano intese non come affermazione dell’assoluta autonomia del paziente, ma come strumento per evitare l’accanimento terapeutico, tali direttive siano in realtà inutilizzabili per rifiutare l’accanimento stesso.

Non c’è infatti un trattamento che sia di per sé sproporzionato: alcuni di essi lo potrebbero diventare a determinate condizioni. D’altra parte, esistono trattamenti che, come già accennato, non sono mai identificabili con forme di accanimento terapeutico, perché non costituiscono terapie né atti medici, ma cure normali effettuate allo scopo di alleviare il dolore e il disagio del paziente. Rientrano appunto in questa categoria l’alimentazione e l’idratazione artificiale, che non prolungano inutilmente il processo agonico, ma si limitano a mantenere la vita contribuendo piuttosto a dare, per quanto possibile, sollievo e benessere.

Dunque, l’accanimento terapeutico non è altro che un errore medico, che si verifica quando il sanitario non valuta adeguatamen-

¹⁴ Cfr. C. Navarini, *Eutanasia e accanimento terapeutico*, “I Quaderni di Scienza & Vita”, 1, dicembre 2006, pp. 35-43.

te la situazione di un paziente, e lo sottopone a trattamenti medici di cui comprende l'inutilità, per motivazioni diverse dal maggior bene del paziente: interesse economico, scopi sperimentali, medicina difensiva, pressioni politiche. Ora, la possibilità di tali errori non verrebbe scongiurata da una dichiarazione anticipata da parte del potenziale malato, in quanto tale situazione non è in alcun modo prevedibile ed è peraltro già vietata dalla buona pratica clinica. Semmai, si dovrebbe attentamente formare la classe medica a non incorrere in tale errore, magari con una dichiarazione anticipata di rinuncia all'accanimento terapeutico.

Naturalmente il medico dovrà tenere conto, come afferma anche la Convenzione di Oviedo, dei desideri e della volontà pregressi del paziente nel caso non sia capace di intendere e di volere. Tali elementi possono risultare rilevanti, si diceva, nel valutare la risposta del paziente e di conseguenza l'efficacia del trattamento stesso. Non dovranno tuttavia essere vincolanti per il medico, in quanto la volontà anticipata, per la sua inattualità, è di dubbia rilevanza per la situazione reale.

Poiché come già visto la libertà dell'uomo si esplica sempre in concreto e mai in astratto, il soggetto non garantisce attraverso tali documenti la sua libertà nel momento ipotetico di incapacità, ma blocca piuttosto la sua stessa libertà in un giudizio decontestualizzato e artificioso¹⁵. Tali documenti sono inoltre inutili, perché il codice deontologico, la legge italiana, la buona pratica clinica e la preparazione dei medici sono strumenti sufficienti ad individuare i casi di accanimento terapeutico senza imprigionarli in un impossibile elenco di situazioni ipotetiche. Qualora fossero vincolanti, sarebbero infine ancora più dannosi, dal momento che costringerebbero addirittura il medico a non somministrare un trattamento che, nel caso specifico, potrebbe avere una valenza terapeutica significativa.

Nel caso in cui si configuri poi una vera e propria volontà suicidaria del paziente, in questo caso anticipata o presunta, la cosa si complica ulteriormente. La presunzione della volontà su una materia così importante, già intuitivamente, dovrebbe risultare inaccettabile. Come si possono interpretare in senso suicidario affermazioni pronunciate molto tempo prima, in situazioni completamente diverse, magari in un momento di difficoltà, di sconforto o di

¹⁵ Cfr. C. Navarini, *Autonomia e immaginazione morale...* cit., pp. 38-39.

paura? Ciascuno dovrebbe interpretare le altrui richieste di morte, ipotetiche o attuali, innanzitutto come richieste di aiuto, presumendo semmai che in condizioni di tranquillità, di controllo adeguato del dolore e di premurosa assistenza ogni persona voglia continuare a vivere.

Anche volendosi limitare al principio di precauzione, è soprattutto per questa ragione che l'eventuale contenuto eutanasi dei cosiddetti "testamenti di vita" va sempre considerato inapplicabile. È sempre inapplicabile in quanto sempre inattuale. La realizzazione di una richiesta anticipata di morire, poiché nasce in uno scenario unicamente immaginato, va equiparata di fatto all'eutanasia di un non consenziente, anche solo per ragioni prudenziali.

Convieni allora ribadire con chiarezza che di fronte al problema della sofferenza umana la risposta va individuata nel ricorso puntuale e attento alle cure palliative, che sono in grado di controllare ogni dolore fisico, di trattare molti casi di sofferenza psichica e che favoriscono il processo di accettazione di sé e di riscoperta del senso con i quali è possibile affrontare serenamente la difficile situazione umana del morente. Inoltre, l'assistenza adeguata al paziente e l'accompagnamento alla morte sono in grado di restituire al malato quella dimensione di speranza che, se non possono conferire ormai la salute perduta, possono veramente promuovere una "buona morte". Nelle richieste di morte, infatti, sempre sconfitte per medici e famiglie, si scorge invariabilmente la disperazione, una disperazione che coglie la maggior parte in alcune fasi della malattia, ma che, con il supporto adeguato, può evolvere positivamente.

Ne è una prova l'altissimo numero di malati che continuano a voler vivere a dispetto delle loro condizioni precarie. Queste persone non sono modelli uguali e contrari a coloro che vogliono morire. Gli uni rappresentano infatti una penosa sconfitta per l'intera società, mentre gli altri indicano la via in cui occorre muoverci, e a cui una legge che congelasse la problematica nel rispetto delle direttive anticipate o addirittura nella possibilità dell'eutanasia porrebbe un decisivo – forse definitivo – ostacolo.

Secondo alcune interpretazioni, infine, l'*accanimento terapeutico* si può ritenere semplicemente un "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 tornerebbe però a identificarsi con la deformazione già denunciata, ossia con la volontà – di medici insensibili – di conservare ostinatamente

la vita del paziente allorché 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 far morire), allora si rientra pienamente nella situazione dell'eutanasia, cioè nella volontà di porre fine, con azioni o omissioni, alla vita di un malato per eliminare ogni dolore. In questo senso, rifiuto di accanimento terapeutico e richiesta di eutanasia diventerebbero veramente indistinguibili.

Secondo tale concezione, infatti, 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. Il risultato aberrante ma coerente di una simile prospettiva è che la gran parte dei mezzi di sostegno vitale andrebbero evitati in fase terminale o nelle malattie croniche e invalidanti. È evidente che in un simile concetto di accanimento rientrerebbero tutte le normali forme di assistenza, l'alimentazione e l'idratazione, le terapie ordinarie, ogni tipo di intervento intensivo¹⁶. Questa idea distorta di accanimento terapeutico, che frequentemente i fautori dell'eutanasia propugnano, ha fra i suoi scopi quello di rendere meno ostile l'idea dell'eutanasia. Suona infatti molto differente l'invito a schierarsi per il "rifiuto dell'accanimento terapeutico" invece che per l'eutanasia libera, su cui talora – sebbene sempre meno – aleggia ancora lo spettro degli stermini di matrice totalitaria.

Esiste in ultima analisi 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 profilattico, 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 ad un atteggiamento diverso, ossia a quello 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 che quello di prolungare l'agonia.

¹⁶ Cfr. C. Navarini, *Sedazione terminale e alimentazione/idratazione artificiale: le nuove armi del dibattito sull'eutanasia*, ZENIT, 4 luglio 2004.

Le ragioni possono essere diverse: medicina difensiva, velleità sperimentali, senso di onnipotenza del medico, interessi economici. In ogni caso, occorre una consapevolezza da parte del medico dell'inutilità del trattamento in questione e la corrispondente volontà di attuarlo comunque, per ragioni diverse dal bene del paziente.

Specularmente, l'atto eutanasi è tale quando sussiste l'esplicita intenzione di provocare la morte del paziente. Qualunque atto commesso con l'esplicito scopo di abbreviare o sopprimere una vita umana, così come l'omissione di soccorso, è un atto omicida. Ci potranno essere attenuanti individuali nella motivazione (stato confusionale, falsa pietà, debolezza psicologica, manipolazione altrui, ecc.), ma l'atto resta di tipo omicida. Dunque, un respiratore staccato *per* ottenere la morte del paziente, anche con la motivazione di eliminare le sofferenze, è un'uccisione deliberata di un innocente, pertanto è condannata dalla morale naturale e merita una condanna da parte della legge positiva come atto contrario al bene comune.

Non sussiste pertanto la condizione di *accanimento terapeutico* se un medico prolunga le cure terminali convinto in coscienza di agire per il maggior bene del paziente. Può esservi forse un errore di valutazione, magari per imperizia o per inesperienza, ma non – a rigore – un reale accanimento terapeutico.

Lo stesso vale nel caso in cui il paziente chieda un trattamento oggettivamente inutile e gravoso per insindacabili motivi personali, che lo portano a desiderare un prolungamento dell'agonia. Potrebbero essere motivi familiari – ad esempio vedere un parente lontano, riconciliarsi con qualcuno – , economici – ad esempio fare testamento – , spirituali – come ricevere gli ultimi sacramenti per un credente – . In casi simili, cade il giudizio di *sproporzione* del trattamento, che è invariabilmente composto da elementi oggettivi, ovvero la valutazione clinica di inefficacia, e da elementi soggettivi, cioè la situazione concreta del singolo paziente.

Si potrebbe parlare quindi, in questo senso, di un diritto di prolungare l'agonia, ovvero la vita in condizioni di grave precarietà e dolore. Questa possibilità si presenta evidentemente come un caso limite, giustificato dal fondamentale diritto di vivere che potrebbe disinnescare il giudizio di inutilità di un trattamento. In altre parole, la valutazione soggettiva del paziente può entrare nella richiesta di prolungamento (anche apparentemente insensato) della vita in condizioni agoniche, sebbene ciò non sia doveroso, ma non nella

richiesta di morte, proprio perché alla base sono coinvolti valori diversi: il diritto alla vita da una lato, il fatto (non il diritto) della morte dall'altro¹⁷.

Tale importante differenza etica non viene sempre rilevata. Si chiedono infatti alcuni: se si può lecitamente “voler vivere ancora” perché non si può anche “voler morire”? Il punto essenziale è appunto che l'aspirazione fondamentale degli esseri viventi è a conservare la loro esistenza, che l'uomo percepisce come un bene, e a fuggire la morte, compresa come un male. La volontà di morire è innaturale, e maschera generalmente disperate richieste di aiuto che restano tragicamente inascoltate dove vale l'opzione dell'eutanasia¹⁸.

È inevitabile che la vita fisica umana finisca, e questo limite costitutivo pervade tutta l'esistenza. Se è vero che l'uomo tende alla vita con tutte le sue forze, è pure vero che l'uomo sa di morire. La libertà umana, quella che rende possibile all'uomo di andare contro se stesso e chiedere la morte o infliggerla ad altri, consente anche all'uomo di vedere beni che vanno al di là della stessa vita fisica, e di poter sacrificare la sua vita per tutelare il bene totale e integrale della persona, che è di natura spirituale.

Gli esempi dei martiri, e di tutti coloro che hanno dato la loro vita per gli altri, ci testimoniano questa sconvolgente possibilità; ci fanno capire anche che è nella natura delle cose arrendersi, ad un certo punto, alla morte inevitabile, e non pretendere un “diritto” ad un impossibile prolungamento indefinito della vita biologica. Ciò che non ha confini di tempo e di spazio, e quindi è atto a prolungarsi nell'eternità, è la dimensione spirituale umana, ciò che la tradizione filosofica e teologica occidentale ha sempre chiamato *anima*, di cui si può argomentare razionalmente – oltre che crederlo per fede – l'immortalità.

La fedeltà al vero e al bene sono istanze superiori al bene della vita fisica proprio perché attengono a quella *salute dell'anima* che l'uomo deve tutelare sopra ogni cosa attraverso l'uso della libertà. In questo senso, *morire bene* è di importanza assoluta per l'uomo. Ma la *buona morte* non sarà quella ricercata come mezzo per scongiurare il dolore o la prostrazione, che piuttosto manifesterebbe il

¹⁷ Cfr. A. Pessina, *Eutanasia. Della morte e di altre cose*, Cantagalli, Siena 2007.

¹⁸ Cfr. C. Navarini, *Su autonomia e...cit.*

dispregio per il bene indisponibile della vita; sarà invece quella accolta come passaggio irrinunciabile, quella che consente di aprirsi all'infinito nelle condizioni di maggiore serenità, pienezza, senso, libertà e pace interiori.