

CORRADO VIAFORA

Professore Ordinario di Bioetica,  
Università di Padova

L'esperienza clinica conferma autorevolmente che le richieste da parte dei pazienti di essere aiutati a morire non sono affatto ricorrenti, e che abitualmente non riflettono un persistente desiderio di accelerare la morte, quanto invece altri importanti significati che esigono un'adeguata interpretazione. Questo è vero e l'attitudine ad una sistematica interpretazione di un'eventuale richiesta di essere aiutati a morire deve continuare a far parte costitutiva dell'arte di accompagnare il paziente nella fase terminale. E, tuttavia, non si può onestamente escludere che si possano fare richieste in rapporto alle quali c'è poco da interpretare: richieste di un persistente ed esplicito aiuto a morire, ritenendo *insopportabile* e perfino indegno vivere in certe condizioni. Casi clinici in cui avvengono queste richieste possono portare a decisioni di interpretazione non chiara ed immediata: staccare il supporto vitale, per esempio, si deve configurare come una forma di "uccisione" o piuttosto come un "lasciar morire"? In sostanza, si deve o non si deve parlare di eutanasia? Si deve o non si deve parlare di accanimento terapeutico?

Risulta molto utile e determinante scorporare dall'area eutanasi le pratiche a certe condizioni. Per lo meno, non devono essere affatto considerate eutanasiche: pratiche relative all'alleviamento del dolore, alla sedazione, all'astensione da o interruzione di trattamenti futili e inappropriati da un punto di vista medico o ritenuti sproporzionati dal paziente <sup>1</sup>.

Non è eutanasia la *terapia antalgica*, che in fase terminale, a certe condizioni, può portare ad abbreviare la vita del paziente. La necessità di alleviare il dolore cronico intenso giustifica pienamente eventuali rischi proporzionati alla situazione di terminalità e di sofferenza del paziente. È parte integrante della "moralità interna" alla pratica medica alleviare la sofferenza. È un costitutivo *fine intrinseco* di questa pratica che, in certe situazioni, come la fase terminale della malattia, può diventare anche il *fine prioritario*: con priorità anche in rapporto ad un altrettanto costitutivo fine intrinseco e cioè la difesa della vita. E comunque non bisogna neanche dimenticare, di fronte al rischio che deprimendo il respiro certe terapie a livello centrale possono accelerare la morte, che il dolore intenso accorcia la vita molto più dell'uso di analgesici centrali ben usati. E che, infine, se anche si accorciasse la vita, il

paziente ha tutto il diritto di scegliere di vivere qualche giorno in meno, pur di vivere l'ultimo tratto della sua esistenza in maniera degna. Chi può arrogarsi il diritto di imporre il grado di sofferenza che una persona in fase terminale può (o peggio, deve) sopportare?

Sempre nella prospettiva della priorità che il trattamento della sofferenza deve avere in fase terminale, a certe condizioni non è eutanasia neanche la *sedazione profonda* che viene praticata per abbassare o togliere completamente la coscienza del paziente. A certe condizioni, naturalmente; prima fra tutte, che si tratti di casi di effettiva necessità, in presenza di sintomi che non possono essere affrontati in altro modo; che venga concordata, per quanto è possibile, con il paziente e che, comunque, mai assuma la funzione di sprofondare sistematicamente nell'incoscienza persone che vivono una fase terminale particolarmente disturbante.

Non è eutanasia neanche l'*astensione* ("withholding") o l'*interruzione* ("withdrawing") di trattamenti, compresi i trattamenti di sostegno vitale che, a certe condizioni, possono configurarsi come un abusivo prolungamento della vita. Una prima conclusione che si può trarre da questo tentativo di delimitare e *restringere* l'area semantica dell'eutanasia, è il venir meno di una distinzione, tanto diffusa quanto ambigua: la distinzione tra eutanasia "attiva" e eutanasia "passiva". "L'eutanasia passiva – nota molto opportunamente G. Piana – non ha infatti più ragione di esistere, in quanto o si configura come omissione di intervento finalizzato a provocare la morte – e allora è eutanasia – senza bisogno di ulteriori oggettivazioni, o è rifiuto di accanimento terapeutico in una situazione di irreversibile e rapida evoluzione verso la morte, e in questo caso non può definirsi eutanasia" <sup>2</sup>.

Rifiutare l'accanimento terapeutico senza sconfinare nell'abbandono è prima di tutto porsi la domanda: qual è il valore della vita in un malato in fase terminale? La fase finale è una fase della vita in cui il malato si riduce ad un residuo puramente materiale, da narcotizzare, da spegnere il più rapidamente possibile, oppure continua ad essere una persona con le sue caratteristiche, la sua dignità, in grado di mantenere una relazione con ciò che lo circonda e decidendo come dare un significato di compimento all'ultima parte della propria vita? Dalla prima risposta deriva la strategia della *negazione* e del *control-*

lo: proteggere ad ogni costo il malato terminale dalla consapevolezza della morte, concentrare ogni sforzo nella lotta contro la morte, sia attraverso il proposito di prolungare la vita a qualunque costo, sia attraverso il tentativo di anticipare la morte.

Dalla seconda risposta deriva la strategia dell'*accompagnamento*: riconoscere i limiti della medicina decidendo di non proporre o di interrompere trattamenti sproporzionati, restare vicini al malato per dargli la possibilità di esprimere i suoi sentimenti, spostare l'obiettivo dello sforzo terapeutico dal *guarire* al *prendersi cura*, orientando i trattamenti verso la cura dei sintomi e il sollievo dal dolore. Compito specifico dell'etica dell'accompagnamento è indicare le condizioni attraverso le quali passa una morte "degnata". Tali condizioni si basano su un presupposto antropologico: un malato nella fase finale della propria vita continua ad essere una persona con le sue caratteristiche, la sua dignità e che, se aiutata, è in grado di mantenere una relazione con ciò che la circonda e di decidere come dare un significato di compimento all'ultima parte della propria vita. Da questo presupposto nasce il criterio di fondo che ispira l'etica dell'accompagnamento: *aiutare a vivere fino all'ultimo istante*.

Il principio di proporzionalità delle cure durante la fase terminale di malattia rappresenta un approccio "normativo" che si contrappone ai due maggiori pericoli nell'ambito delle cure palliative: l'approccio "vitalista", rappresentato dalla ricerca di un accanimento terapeutico (prolungare la vita fisica ad ogni costo), e quello dell'abbandono (rinuncia ad ogni tipo di intervento medico, anticipazione della morte).

Le cure proporzionate rappresentano oggi la concreta risposta alla strategia eutanasi.

Quali sono i criteri per definire proporzionate le cure? Al centro del rapporto terapeutico vi deve essere il bene integrale della persona secondo il principio di totalità: non è etico rincorrere singoli risultati parziali a scapito del bene globale del malato. Essi possono essere in sé apprezzabili, ma non si può prescindere da ciò che questi comportamenti possono causare al malato in termini di sofferenza. La decisione in merito al criterio "proporzionato-sproporzionato" è costituita da una mediazione tra fattori di ordine biomedico e fattori di ordine personale (del malato).

È la soggettività del malato che attribuisce il significato autenticamente etico ad un'ipotesi terapeutica (Cattorini).

In altre parole, la proporzionalità si stabilisce tra i dati tecnico-scientifici e la condizione del malato: è il paziente al centro di qualsiasi decisione che lo riguarda. Nella prospettiva etica, la lotta contro la malattia non può avere come scopo la sopravvivenza fisica: la vita fisica è un valore fondamentale, ma non è il più alto valore che l'uomo è chiamato a realizzare. Occorre affermare con forza il diritto a morire con dignità umana, ed in questo senso il rifiuto a farsi curare non equivale al suicidio, ma ad una semplice accettazione della condizione umana o al desiderio della non messa in opera di tecnologie "sproporzionate" ai risultati attesi.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> *Eutanasia e suicidio assistito dal medico*. Documento della EAPC. Rivista Italiana di Cure Palliative 2004;1:42-46.
- <sup>2</sup> Piana G. *Diritto a morire?* Rocca 15 giugno 2004.

