

CAP. 15 - BIOETICA E FINE VITA

SCHEMA DEL CAPITOLO

1. *Eutanasia*

1.1. Storia del termine

1.2. Magistero della Chiesa

1.3. Osservazioni

1.4. L'Eutanasia ai minori

2. *Testamento biologico o Dichiarazioni anticipate di trattamento*

3. *Malato in stato di veglia non responsivo*

3.1. Terry Schiavo – Eluana Englaro – Vincent Lambert

3.2. Distinzione tra coma e stato di veglia non responsivo

3.3. Lo stato di veglia non responsivo è sempre definitivo?

3.4. Il grado di percezione di questi malati

3.5. "L'incertezza" l'unico elemento certo della sentenza Englaro

4. *A favore della dignità del morente: le Cure Palliative*

4.1. Le cure palliative

4.2. La terapia antalgica

Exursum: l'Olanda docet

1. Eutanasia

1.1. STORIA DEL TERMINE

Il termine eutanasia deriva dal greco "eu" (buono) e "thàntatos" (morte), e significa etimologicamente "serena morte" o "buona morte". E' questo il desiderio di tutti; vorremmo vivere l'ultimo atto dell'esistenza con spirito di serena accettazione.

Alla fine del XIX secolo, questo nobile concetto fu totalmente travisato, e il vocabolo eutanasia assunse il significato di "morte non dolorosa", anticipata volontariamente da un intervento esterno, per porre fine alle sofferenze del malato che chiede con insistenza la sua "uccisione pietosa". Per P. Verspieren l'eutanasia "è l'azione o l'omissione che per sua natura, o nelle intenzioni, procura la morte allo scopo di eliminare ogni dolore"¹. Questo orrendo atto può essere eseguito con molteplici modalità: dall'abbandono terapeutico all'aumento delle dosi di oppiacei, alla semplice iniezione.

In Italia l'eutanasia è reato²; chi provoca la morte di una persona anche consenziente, è condannato per omicidio o per istigazione al suicidio. Ma,

¹ P. WERSPIEREN, *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei moribondi*, Paoline, Milano 1985, pg. 140.

² Cfr.: CODICE PENALE : artt. 579-580.

purtroppo, abbiamo assistito ad alcuni casi di assoluzione, accampando la circostanza attenuante “dell'agire per pietà”, dimenticando che non è nella facoltà di chi giudica concedere deroghe alla legge morale o ai dettati del Codice penale.

Pure la Costituzione esclude l'eutanasia quando reputa il diritto alla vita tra quelli inviolabili³, quindi esclude atti dediti a “sopprimere” una persona.

L'eutanasia, definita da san Giovanni Paolo II: “un attentato alla vita che nessuna autorità umana può legittimare essendo la vita dell'innocente un bene indisponibile”⁴, ha alle sue spalle una prolungata storia con un indicativo punto di riferimento negli Spartani che abbandonavano i bambini nati deformati alle fiere e alla intemperie sul monte Taigeto.

Platone ne esortava la pratica sugli adulti gravemente malati⁵; Aristotele l'accettava per motivi d'utilità politica⁶; Seneca, Epitteto, Petronio, Plinio il giovane, Silio Italico l'applicarono su se stessi, suicidandosi in disprezzo alla malattia o alla vecchiaia.

Erano presenti, ovviamente, anche convinzioni opposte; tra le molte ricordiamo l'ammonimento di Cicerone a Publio: “Tu, o Publio, e tutte le persone rette dovete conservare la vostra vita e non dovete allontanarvi da lei senza il comando di chi ve l'ha data, affinché non sembriate sottrarvi al dolore umano che il creatore vi ha stabilito”⁷.

Dunque, di eutanasia, si discute da sempre, ma solo nel ventesimo secolo irrompe violentemente in Europa. Negli anni '40, in Germania, il regime nazista, attivando il “Programma T 4”, sterminò oltre 70mila persone classificate come “indegne di vivere”.

Il primo Paese europeo che approvò l'eutanasia fu l'Olanda alla fine degli anni '90 del XX secolo seguita dal Belgio nel 2003⁸. In entrambi i Paesi è acconsentita anche per i minori.

Oggi, pure in Italia, alcuni vorrebbero sottrarre l'uscita dalla vita al destino, trasferendola alla libertà del singolo mediante una legge a favore⁹.

Chiarificante per inquadrare adeguatamente la tematica e fondare il nostro rifiuto dell'eutanasia è il pensiero del giurista Alberto Maria Gambino che indica “la sacralità della vita” “un principio di democrazia globale”. “La vita è sacra sin dal concepimento, passando per l'intero arco temporale dell'esistenza umana – da adolescente, lavoratore, genitore, malato, anziano – fino alla morte naturale. Papa Francesco ha recentemente collegato tale espressione con un'altra, opposta, di rara efficacia: ‘cultura dello scarto’. Mi pare questo il principio intrinseco, valido per credenti e non credenti: solo il rispetto della vita e della sua dignità garantiscono a ciascuno la considerazione di persona che va sempre ‘amata’, ‘difesa’, ‘curata’. Se ne intendiamo il senso più profondo, allora

³ Cfr. Costituzione Italiana, art. 2.

⁴ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 3.

⁵ Cfr.: PLATONE, *La Repubblica*, 460B.

⁶ Cfr.: ARISTOTELE, *Politica*, 7

⁷ CICERONE, *Somnium Scipionis*, III,7.

⁸ In Belgio dal 2003 al 2013 le richieste di eutanasia sono aumentate del 700%: 235 casi nel 2003; 1816 nel 2013. In Olanda i casi di eutanasia sono circa 650 ogni anno.

⁹ Ad esempio, a novembre 2014, settanta “personaggi famosi”, con al regia dall'associazione radicale Luca Coscioni, hanno partecipato a un video in cui chiedevano con le solite frasi propagandistiche la legalizzazione dell'eutanasia e il riconoscimento del testamento biologico.

ci accorgeremmo che, in chiave legislativa, il diritto alla vita non riguarda solo la vita nascente o nel suo stadio terminale, ma è il presupposto che condiziona e presidia l'intera esistenza di ogni essere umano"¹⁰.

1.2.IL MAGISTERO DELLA CHIESA

La bioetica cattolica, come già affermato in precedenza, pone come fondamento assoluto, universale e irrinunciabile della sua Dottrina "la dignità e la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale". Questa certezza pone le fondamenta sulla creaturalità dell'uomo: "ogni persona è stata voluta da Dio per se stessa ad immagine e somiglianza del Dio vivente e santo"¹¹. Un'essenza che offre all'uomo la più alta dignità rispetto alle creature terrene, e rende la vita dell'uomo indisponibile a situazioni o atti che possano nuocerla o sopprimerla nella fase iniziale o nello stadio terminale con la sospensione dell'alimentazione o dell'idratazione artificiale, con l'eutanasia o con il suicidio consapevole.

Per la grandezza che l'uomo possiede agli occhi di Dio, ogni vita, anche quella con grave handicap fisico o ritardo mentale, o vissuta in stato vegetativo permanente, è sempre un "valore immenso" e, come tale, "un bene" sul quale, unicamente il Creatore, può deciderne la conclusione.

Concetto ribadito più volte dalla Congregazione per la Dottrina della Fede: "Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente"¹²; "Niente e nessuno possono autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante. Nessuno può chiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta infatti di una violazione della legge divina, di un'offesa della dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità"¹³.

Giudizio presente in tutto il Magistero della Chiesa degli ultimi decenni e più volte ribadito da san Giovanni Paolo II nell'enciclica *Evangelium vitae*: "La vita dell'uomo proviene da Dio, è suo dono, sua immagine e impronta, partecipazione del suo soffio vitale. Di questa vita, pertanto, Dio è l'unico signore: l'uomo non può disporne (...). La vita e la morte dell'uomo sono, dunque, nelle mani di Dio, in suo potere: 'Egli ha in mano l'anima di ogni vivente e il soffio di ogni carne umana', esclama Giobbe (12,10). 'Il Signore fa morire e fa vivere, fa scendere negli inferi e risalire' (1 Sam. 2,6). Egli solo può dire: 'Sono io che do la morte e faccio vivere' (Dt. 32,39)"¹⁴. Di conseguenza: "... in conformità con il Magistero dei miei predecessori e in comunione con i vescovi della Chiesa cattolica, confermo che l'eutanasia è una grave violazione della

¹⁰ Intervista rilasciata a Zenit.org il 17 novembre 2014.

¹¹ CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2319.

¹² CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae*, Città del Vaticano 1987, n. 4.

¹³ CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Iura et bona*, Città del Vaticano 1990, n. 2.

¹⁴ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 39.

Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata e moralmente inaccettabile di una persona umana”¹⁵.

Dunque, il diritto a vivere fino alla morte naturale, assume i connotati di una “diritto fondamentale”!.

1.3.OSSERVAZIONI

Evidenziamo alcuni rischi e negatività dell'eutanasia.

1.3.1. RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE.

La legittimazione dell'eutanasia comprometterebbe irreparabilmente “la fiducia”, elemento essenziale del rapporto medico-paziente e “l'alleanza terapeutica”.

Ogni medico, intraprendendo l'esercizio della professione si vincola nel “promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica”¹⁶. La legittimazione dell'eutanasia introdurrebbe in questo rapporto comprensibili situazioni di sospettosità e di diffidenza.

1.3.2. TRADIMENTO DELLA PROFESSIONE SANITARIA.

Recitando il *Giuramento di Ippocrate*, il medico giura di operare per “il maggior interesse del paziente”, come pure “di perseguire la difesa della vita, la tutela fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza”¹⁷ cui ispirerà “con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni atto professionale”¹⁸.

Procurare l'eutanasia è in totale opposizione agli obblighi deontologici come pure con il vertice dei principi etici in sanità che racchiude il fine primario della professione medica: *il principio di beneficenza* (o beneficalità).

Il dovere primario del medico è promuovere il bene del paziente ponendolo al centro di ogni servizio, accogliendolo e rispondendo olisticamente ai suoi bisogni. Il motivo fondante della beneficalità in medicina non è la semplice filantropia, ma la reciprocità del dare e del ricevere, che sorregge ogni relazione umana. Inoltre, in termini di contratto societario, la collettività ha demandato al medico unicamente il compito di assistere e curare il malato.

Legalizzare l'eutanasia stravolge il significato della professione sanitaria, trasformando il medico da servitore della vita a collaboratore della morte, attribuendogli un ruolo improprio.

1.3.3. LE ATTESE DEL MALATO.

La maggioranza dei medici che operano in reparti di oncologia o in hospice, e anche la nostra esperienza professionale, testimoniano la faziosità e la falsità della motivazione principale evidenziata nella richiesta di una legge

¹⁵ *Evangelium vitae*, op. cit., n. 65.

¹⁶ Cfr.: FNOMCeO, 2007.

¹⁷ Cfr.: FNOMCeO, 2007.

¹⁸ Cfr.: FNOMCeO, 2007.

che liberalizzi l'eutanasia: il desiderio del malato terminale, trasformando, indegnamente, questa tematica in terreno di scontro politico e ideologico.

Anche la supplica di alcuni: "fatemi morire", espressa in un momento di disperazione o in una situazione di solitudine contiene, implicitamente, un'invocazione d'aiuto più che un desiderio di morte; significa: "Occupatevi di me e alleviate il mio dolore, perché non ce la faccio più!".

Quando al malato terminale si offrono un'autentica vicinanza e un valido aiuto terapeutico ponendosi accanto fino agli ultimi momenti e accompagnandolo fino alla morte, la richiesta di eutanasia scompare.

Interessante è questa osservazione di A. M. Gambino, già citato in precedenza. "Diverso è, invece, quando il malato opta per la scelta eutanasi per motivi esistenziali. Qui ci troviamo davanti ad una drammatica sconfitta dello Stato e della Chiesa, intesi come comunità di credenti e non credenti, che non hanno saputo dare risposte ad una richiesta di dare un senso alla propria esistenza"¹⁹.

1.3.4. LE MOTIVAZIONI DEI FAMIGLIARI

Accompagnare un familiare nel periodo terminale della vita affinché "muoia con dignità" è un atto d'autentico amore!

Questa visione si scontra con quella dei fautori dell'eutanasia che la giustificano, travisando vergognosamente la nobile affermazione del "morire con dignità", insinuando nei familiari il dubbio che procurare la morte del loro caro sia una modalità eccellente per mostrare affetto, cioè "un bene" compiuto nei suoi confronti. Per questo, a volte, implorano con insistenza i medici affinché "il loro caro non soffra più". E così, l'eutanasia, si trasforma in una battaglia ideologica dei sani.

Non possiamo scordare che questo atteggiamento è determinato anche dall'angoscia che alcune patologie provocano nei familiari; di conseguenza, possiamo dedurre, che l'eutanasia è spesso la tentazione dei sani che temono il confronto con la propria sofferenza e la propria morte per liberarsi anticipatamente da un dolore che li coinvolge. Ma eliminare il malato non è la modalità più opportuna il modo migliore per rimuovere una propria sofferenza, ma unicamente l'escamotage per evitare il confronto con la nostra condizione umana.

Se lo sconforto è ovvio, è incomprensibile una scelta di morte per sbarazzarsi velocemente "da qualcosa" che invece è "qualcuno". Per questo, il cardinale C.M. Martini, denunciava: "Mostruosa" appare la figura di un amore che uccide, di una compassione che cancella colui del quale non si può sopportare il dolore, di una filantropia che non sa se intenda liberare l'altro da una vita divenuta soltanto di peso oppure se stessa da una presenza divenuta soltanto ingombrante"²⁰.

La risposta attesa dal malato terminale, lo ripetiamo nuovamente, è il conforto dei parenti nella ricerca dei significati della malattia; il loro supporto per affrontarla con dignità poichè, mentre i dolori fisici sono efficacemente sedati,

¹⁹ Intervista rilasciata a Zenit.org, op. cit.

²⁰ C.M. MARTINI, *Discorso alla città di Milano per sant'Ambrogio*, 6 dicembre 1989.

resta terribile la sofferenza psicologica nel presagire l'approssimarsi della morte²¹.

1.3.5. L'ERRATO ESERCIZIO DELLA LIBERTÀ.

Per F. D'Agostino: "Praticare l'eutanasia non è rendere omaggio alla libera volontà di una persona che chiede di essere aiutata a morire, ma sanzionare quello stato di abbandono morale e sociale, che si avrebbe il dovere – sia da parte delle istituzioni che da parte di tutti gli individui di buona volontà – di combattere strenuamente"²².

L'eutanasia, nella maggioranza dei casi, potrebbe trasformarsi in una formidabile pressione sul malato che è libero unicamente formalmente poiché sta vivendo una condizione di totale fragilità a livello psicologico, emotivo ed esistenziale. Si pensi, esempio, alle sollecitazioni che potrebbero essere esercitare sugli anziani, sui depressi e sui disabili, facendogli "pesare" i loro costi per la società.

Non a caso, nel maggio 2015, una coppia di ottantenni belgi, Francois (anni 89) e Anne (anni 86) Schiedts, dopo 63 anni di matrimonio decisero di darsi insieme una "buona morte preventiva" per "paura del futuro" dopo aver salutato famigliari e amici. Così commentò la morte dei genitori uno dei tre figli, Jean-Paul: "Capisco perfettamente l'atteggiamento dei miei genitori. Li sostengo, sia per loro che per noi, loro figli, questa è la soluzione migliore. Se uno di loro dovesse morire, chi resta sarebbe così triste e totalmente dipendente da noi"²³.

Casi del genere non sono nuovi in Belgio, infatti nel 2012 due gemelli di 45 anni, sordi dalla nascita, ottennero di essere uccisi dopo aver appreso che sarebbero diventati ciechi. Nessuno dei due aveva altri problemi fisici; chiesero l'eutanasia poiché non tolleravano l'idea di non vedersi.

Anche in Olanda, Gaby Olthuis, mamma di due figli di 13 e 15 anni, clarinettista in carriera e ammalata di acufene²⁴, chiese la "dolce morte".

1.4.L'EUTANASIA AI MINORI

In Europa, come affermato, sono due le nazioni che hanno approvato leggi eutanasiche: Olanda e Belgio, e in entrambi i Paesi, la pratica dell'eutanasia è stata estesa anche ai minori.

In Olanda, seguendo il "Protocollo di Groningen" (elaborato dalla Clinica Universitaria di Groninger) del 2004, l'eutanasia può essere somministrata a chi ha compiuto i dodici anni, oppure ad un bambino fino al compimento del primo anno di età se presenta gravi malattie o malformazioni.

Il Parlamento belga l'ha estesa a ragazzi, bambini e neonati il 14 febbraio 2014 al termine di una frettolosa discussione dalla quale sono stati esclusi pediatri ed esperti del settore e firmata dal re Filippo il 2 marzo 2014. Ma, nonostante la legge fu approvata poiché ritenuta "urgentissima", nei mesi successivi non risultava nessuna domanda.

²¹ L'argomento è stato presentato nel capitolo precedente.

²² F. D'AGOSTINO – L. PALAZZANI, *Bioetica. Nozioni fondamentali*, La Scuola, Torino 2013, pg. 2007.

²³ Dal sito internet: *Moustique Magazine*.

²⁴ L'acufene è un disturbo della capacità uditiva e consiste nella percezione di rumori, suoni, fischi e ronzii.

Le condizioni richieste sono il soffrire dolori fisici insostenibili e essere giunti a uno stadio terminale.

L'Associazione pediatrica olandese, non volendo essere da meno dei colleghi belgi, presentò anch'essa al Parlamento un disegno di legge per praticare l'eutanasia sui minori di età compresa tra 1 e 12 anni, senza nessun consenso del minore, essendo sufficiente quello dei genitori e del medico curante.

OSSERVAZIONI.

L'ATTEGGIAMENTO DEL MINORE.

Nel testo della legge belga si parla di "diritto del minore di chiedere la propria morte". Ma può coscientemente, ad esempio, un bambino domandare di essere ucciso? Chi deciderà, quindi, se accordargli il "diritto di morire"?

L'aspetto riguardante la decisione "del bambino" è alquanto contraddittorio poiché, solitamente, al minore non è riconosciuta la capacità di decisione per vari aspetti della sua vita (si pensi a molti atti della quotidianità, alla vita affettiva o a quella economica...). Alla fine si presumerà un consenso che non è mai stato dato! Non possiamo, infine dimenticare, lo stato psicologico presente nei genitori di fronte ad un figlio gravemente malato.

OLTRE I MINORI.

La legge riguardante l'eutanasia potrebbe in futuro estendersi ad altre situazioni e a derive alquanto pericolose, aprendo le porte di questo delitto a varie fragilità: dai disabili²⁵ ai malati psichiatrici, dagli anziani a chi vive in stato vegetativo persistente, dai malati di Alzheimer a persone affette da patologie neurodegenerative. Poiché quando l'uccisione si trasforma in "medicalmente accettata", l'azione da brutale passa a essere ritenuta vantaggiosa.

Ad esempio, in un progetto di legge olandese, si propone che l'eutanasia possa essere somministrata a "malati di mente" che ne abbiano fatto richiesta in precedenza. "Come soluzione alle inevitabili fragilità dell'esistenza umana, alle persone malate di mente verrà offerta la decisione di prevedere in tempo la loro uscita da questo mondo, quando altri giudicheranno venuto il momento".

E, la prossima tappa, sarà la discussione dell'eutanasia geriatrica.

Concludiamo questo argomento riportando in nota un'intervista a Theo Boer, docente all'università di Utrecht, convinto sostenitore della dolce morte, membro della Commissione per l'eutanasia in Olanda. Oggi è pentito e lancia un appello: "**non fate il nostro errore**"²⁶.

²⁵ Ad esempio "Health Psychology" n. 4 del 2007, in un articolo intitolato dal titolo: "Non ancora Morti", riporta le critiche alla legge sul suicidio assistito da parte dell'associazione di disabili, lamentandosi che si sta creandoci un doppio binario che da una parte porta a prevenirlo e dall'altra a legalizzarlo per chi è più fragile.

²⁶ *-Nel 2001 l'Olanda ha approvato la legge sull'eutanasia. Com'è cominciato il dibattito e con quali argomentazioni la legge fu accettata?*

Il dibattito cominciò alla fine degli anni Sessanta. L'influente psichiatra Jan Hendrik van den Berg sosteneva che i medici infliggevano grandi pene ai loro pazienti accanendosi continuamente nelle cure e che, invece, fosse necessario che prendessero coraggio per porre fine alle loro vite. All'inizio, l'eutanasia era considerata prevalentemente un "omicidio per pietà". Negli anni Ottanta, poi, decidemmo che

l'eutanasia, per definizione, dovesse avvenire su richiesta. L'omicidio di pazienti non capaci di intendere e volere, concordavano tutti, non era prudente. Si decise che, se i dottori avessero rispettato certi criteri, non avrebbero potuto essere perseguiti per il reato di eutanasia. I criteri erano che il paziente fosse capace di intendere e volere e che ne facesse richiesta, che la sofferenza fosse insopportabile e senza prospettive di miglioramento, che non ci fossero alternative e che venisse consultato un secondo medico. Per questo fu istituita nel 1998 una Commissione di controllo dell'eutanasia. Dal 2002 abbiamo una legge basata sugli stessi criteri e che si appoggia alla Commissione. Ho fatto parte di una di queste commissioni per più di nove anni.

-Chi si opponeva alla legge, cosa sosteneva?

Dicevano che l'Olanda si sarebbe trovata su un pericoloso piano inclinato. E che bisognava migliorare le cure palliative. Soprattutto sostenevano che per principio una società non potesse occuparsi dell'uccisione organizzata dei suoi cittadini. Coloro che, come me, appoggiavano la legge sull'eutanasia, argomentavano parlando di pietà, di autonomia e di libertà individuale. Con il senno di poi, dico che ci sbagliavamo. L'eutanasia è diventata sempre più normale e diffusa (i numeri sono cresciuti da 1.800 a 5.500) e molti altri tipi di sofferenza, soprattutto esistenziale, sociale e psichiatrica, sono diventati motivo sufficienti per richiedere l'eutanasia.

-Può descrivere gli effetti che questa legislazione ha avuto sulla società sia in termini numerici sia culturali?

In Olanda la legge sul "suicidio assistito" non ha chiuso la lunga discussione in merito; anzi, ne ha fatta cominciare un'altra. I sostenitori della libertà illimitata hanno visto la norma del 2001 come un trampolino di lancio verso diritti ancora più radicali. In effetti, la legge ha formato una sua propria realtà. Sempre più spesso la morte è contemplata come l'ultimo rimedio a qualsiasi forma di sofferenza grave, fisica, psicologica, sociale o spirituale. E nonostante il secolarismo spinto, molti sono convinti che l'eutanasia sia il passaggio a una vita migliore. Credo che questo sia un errore terribile. Innanzitutto, la decisione di uccidere qualcuno è la decisione di porre fine a un'esistenza. Punto. Si può sperare nell'aldilà, ma credo che dovremmo agire come se la nostra vita sulla terra fosse l'ultima che abbiamo. E credo che la decisione sull'eutanasia non possa essere definita una decisione "autonoma". È autonoma tanto quanto il voto per un dittatore.

-In questi anni si hanno avuto notizie di persone che hanno avuto accesso all'eutanasia anche se erano solo depresse. Si hanno notizie anche di famiglie intere che hanno "salutato" i propri cari con festicciole.

Anche se occasionalmente, è vero accade anche questo. Anche se la maggioranza dei pazienti e dei medici vedono ancora l'eutanasia come una scelta tragica ed eccezionale, io critico questi sviluppi.

-Oramai sembrano essere saltati tutti i paletti.

Non tutti i paletti sono ancora saltati. La situazione è complicata. Primo, credo che l'Olanda abbia fatto un errore nella legge sull'eutanasia: alcuni criteri furono presupposti in maniera implicita. Ad esempio, la "sofferenza insopportabile" fu un criterio, ma non fu specificato cosa si intendesse. Molte persone negli anni Novanta erano convinte che si parlasse di un contesto legato alla malattia terminale. In realtà, però, ogni paziente oggi può ottenere l'eutanasia. Stando letteralmente alla legge non devi essere nemmeno malato. All'inizio si stabilì anche che la dolce morte fosse permessa solo all'interno del rapporto medico-paziente, ma anche questo non fu specificato. Di conseguenza ora esiste addirittura un'organizzazione di dottori dell'eutanasia a domicilio ("Clinica di fine vita") che "aiuta" ogni anno centinaia di persone a morire.

-L'Associazione dei pediatri olandesi auspica la legalizzazione dell'eutanasia anche per i minori di 12 anni.

Siamo davanti a un altro sviluppo preoccupante. L'Associazione dei pediatri olandesi ha rilasciato una dichiarazione in cui appoggia la possibilità dell'eutanasia per i bambini di età compresa fra gli 1 e 12 anni. Mentre l'eutanasia per i maggiori di 12 anni è legale sin dall'inizio. Anche se su 35 mila morti contati dal 2002 solo uno aveva 12 anni e quattro 17. In altre parole: chiedere l'eutanasia per i minori di 12 anni è un fatto meramente simbolico. Quello che temo è che se anche questa proposta venisse accettata si aprirebbero le porte all'eutanasia per un altro e più grande gruppo di pazienti incapaci di intendere e di volere: adulti gravemente handicappati e malati di Alzheimer.

-Pare davvero, come sostenne Oriana Fallaci, che l'Occidente sia più innamorato della morte che della vita e quindi della tolleranza individualista che del sacrificio caritatevole. Non le mancano i segni della carità?

Sì, mi mancano molto quei segni. La nostra società sottolinea così tanto la necessità dell'autonomia e dell'indipendenza, spingendo, ad esempio, ogni adulto sano ad entrare nel mercato del lavoro, che il risultato è spesso la grande solitudine di molti anziani. I loro figli, magari, li visitano una volta alla settimana o mensilmente o se ne prendono cura per alcune settimane, ma non possono offrire loro tutte le cure e le attenzioni di cui hanno bisogno. In ultima analisi, credo che il problema dell'eutanasia in Olanda

2. Testamento biologico o Dichiarazioni Anticipate di Trattamento

Il “Testamento biologico” o “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento”, dicitura utilizzata dal Comitato Nazionale per la Bioetica come titolo al Parere del 18 dicembre 2003 è “un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel corso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato”²⁷.

Collaborare con gli operatori sanitari anche nelle fasi terminali di una malattia, esprimendo forme di consenso libero e informato, sono requisiti che personalizzano il processo terapeutico e offrono maggiore legittimità agli interventi terapeutici. Di conseguenza, le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento²⁸, come documento che suggerisce “generalmente” la volontà del paziente è positivo, ma, per varie motivazioni, tra cui il porre limiti ai vari trattamenti, non può essere vincolante.

Osservazioni.

1. La medicina progredisce continuamente sia nel campo diagnostico che terapeutico; di conseguenza, alcune patologie oggi inguaribili, domani potrebbero essere adeguatamente curate. Ciò potrebbe avvenire nel lasso temporale che intercorre tra la firma del documento e la malattia del firmatario, ma questo attestato non può prevedere simili eventualità. Il medico, quindi, rimarrebbe dalle decisioni del suo paziente.

2. L’esperienza di vari malati mostra la diversità di prospettiva nel sottoscrivere la Dichiarazione in un determinato periodo della vita, solitamente in condizioni di buona salute e l’essere affetto da patologia grave o invalidante, quando quelle decisioni potrebbero non corrispondere più al desiderio originario.

Questo indica l’impossibilità di prevedere da sani l’atteggiamento e la volontà psico-emotiva presenti nella persona quando dovrà lottare contro una grave malattia. L’esperienza che riportiamo in nota mostra la contraddizione tra quanto firmato nelle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento e quanto richiesto dal malato nel momento dell’avvicinarsi della morte²⁹.

sia in parte un conflitto intergenerazionale. Ciò spiega perché si riscontra difficilmente l’eutanasia nella popolazione immigrata che ha una coesione sociale maggiore.

Cosa direbbe oggi alle persone che in Italia, come avvenne nel suo paese quindici anni fa, chiedono la legalizzazione dell’eutanasia?

In una situazione in cui un numero crescente di persone soffre di solitudine, si può vedere l’eutanasia come la migliore soluzione ad essa. L’opzione dell’eutanasia può distogliere la nostra attenzione dalla ricerca delle alternative. L’eutanasia e il suicidio assistito sono legati alla libertà dell’individuo, ma si tratta anche di un evento sociale. L’omicidio di una persona ha conseguenze anche sulla vita degli altri! La morte assistita può spingere altri a richiederla. La sola offerta dell’eutanasia crea la sua domanda. (Intervista di Benedetta Frigerio, *Tempi.it*, 1 luglio 2015).

²⁷ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, Roma 2003, *Premessa*.

²⁸ Noi utilizzeremo questo termine.

²⁹ “Il signor Smith era un cardiopatico; giunto in ospedale per dolori al petto gli viene diagnosticato un infarto. Su richiesta del medico di turno, il paziente mostra una copia del proprio testamento biologico, è un codice DNR (Do Not Resuscitate), un soggetto da non rianimare. Alle quattro del mattino il signor

3. Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, che chiamano direttamente in causa il medico, non possono vincolare la sua coscienza, impedendogli di agire “secondo scienza e coscienza” e di compiere ciò che ritiene opportuno nell’interesse del suo malato o imponendogli di adottare trattamenti differenti fra pazienti.

Alcuni vorrebbero che il modello di rapporto medico-paziente alla base delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento fosse quello “contrattualistico” che presuppone la parità fra i due soggetti. Ma questa relazione sarà sempre asimmetrica poichè il medico possiede una competenza professionale, mentre il paziente, il più delle volte, è incapace di impostare un confronto obiettivo con il suo stato di salute, con le istanze scientifiche e con le conseguenze etico-morali.

Per questo, nessun documento, potrà vincolante il medico, ma dovrà essere unicamente “orientativo”. Inoltre, questo modello, rende totalmente impersonale il rapporto medico-paziente.

4. Alcuni chiedono la sottoscrizione delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento temendo “l’accanimento terapeutico”, cioè il tentativo di bloccare artificialmente un esito finale naturale, prolungando il processo biologico e l’agonia, negando una morte dignitosa.

La Dottrina Cattolica, il Codice di Deontologia Medica³⁰, la Convenzione di Oviedo³¹, rifiutano l’accanimento terapeutico consci del diritto “a morire con dignità”, senza che apparecchiature o farmaci prolunghino ostinatamente una parvenza di vita che, in realtà, non c’è più.

Dunque, l’etica e la deontologia professionale, hanno da sempre richiamato gli operatori sanitari a non attuare interventi sproporzionati che prolunghino il processo del morire.

E qui, è opportuno, un chiarimento: la differenza tra “terapia” e “cura”.

La “terapia”, cioè il complesso di interventi medici e farmacologici che producono la guarigione, il miglioramento o la stabilizzazione del malato e il “trattamento straordinario”, cioè l’applicazione di terapie sproporzionate di fronte a situazioni terminali va sospeso, la “cura” della persona no, essendo quell’insieme di provvedimenti atti a conservare le condizioni psicofisiche del paziente nella situazione migliore fino alla morte. Potremmo definire la cura come il “farsi carico globalmente del paziente”, ricordato all’ articolo 37 del Codice di Deontologia Medica. “In caso di malattie a prognosi sicuramente infauste o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all’assistenza morale o alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo

Smith si lamenta del dolore sempre più forte, suda e chiama l’infermiera con il campanello. Un cardiologo che si trova a passare, accorgendosi dal monitor che il paziente è in arresto cardiaco, si precipita nella stanza per tentare di defibrillarlo, ma viene fermato dall’infermiera perché si tratta di un codice DNR. Alla fine il paziente è dichiarato morto” (R. PUCETTI, *Se il testamento biologico apre alla cattiva pratica medica*, in Newsletter di Scienza & Vita, 2009, n. 18).

³⁰ Cfr.: *Codice di Deontologia Medica*, art. 14.

³¹ *Convenzione per la protezione dei diritti umani e della dignità dell’essere umano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina: convenzione sui diritti umani e biomedicina*, fu emanata il 4 aprile 1997 dal Consiglio d’Europa come direttiva agli Stati dell’Unione per tutelare gli esseri umani nell’ambito degli interventi della biologia e della medicina. Fu ratificata dal Parlamento italiano con la *Legge 145 del 28 marzo 2001*.

al malato trattamenti appropriati a tutelare, per quanto possibile, la qualità di vita”.

Nella cura rientrano la nutrizione e l'idratazione medicalmente assistite fornite a pazienti che si trovano in condizioni gravi per una malattia terminale, oppure ai malati che sono in coma o in stato vegetativo persistente. Se queste fossero sospese, il paziente morirebbe, non a causa della malattia che lo affligge, ma per la sottrazione dei mezzi di ordinaria sussistenza. Da notare, inoltre, che la sospensione soprattutto dell'idratazione, provocherebbe al malato atroci sofferenze che potrebbero continuare per giorni, non essendo la morte immediata.

Rientrano nella cura anche l'igiene e la detersione delle piaghe, atti indispensabili per salvaguardare la dignità della persona fino alla morte. Dunque, “no” all'accanimento terapeutico e “no” all'abbandono terapeutico!

In questo contesto si apre un discusso problema bioetico: nutrizione e idratazione medicalmente assistita sono da reputarsi “cure” o “accanimento terapeutico”?

La nostra risposta l'abbiamo già fornita, ma esaminiamo alcune riflessioni da san Giovanni Paolo II³² a F. De Agostini³³, a G. Piana³⁴, a S. Leoni³⁵,

³² San Giovanni Paolo II si rivolge in modo particolare ai malati in stato vegetativo persistente.

“L'ammalato in stato vegetativo, in attesa del recupero o della fine naturale, ha dunque diritto ad una assistenza sanitaria di base (nutrizione, idratazione, igiene, riscaldamento, ecc.), ed alla prevenzione delle complicazioni legate all'allettamento. Egli ha diritto anche ad un intervento riabilitativo mirato ed al monitoraggio dei segni clinici di eventuale ripresa.

In particolare, vorrei sottolineare come la somministrazione di acqua e cibo, anche quando avvenisse per vie artificiali, rappresenti sempre un *mezzo naturale* di conservazione della vita, non un *atto medico*. Il suo uso pertanto sarà da considerarsi, in linea di principio, *ordinario* e *proporzionato*, e come tale moralmente obbligatorio, nella misura in cui e fino a quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che nella fattispecie consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sofferenze.

L'obbligo di non far mancare ‘le cure normali dovute all'ammalato in simili casi’ (Congr. Dottr. Fede, *Lura et bona*, p. IV) comprende, infatti, anche l'impiego dell'alimentazione e idratazione (cfr Pont. Cons. ‘Cor Unum’, *Dans le cadre*, 2.4.4; Pont. Cons. Past. Operat. Sanit., *Carta degli Operatori Sanitari*, n. 120). La valutazione delle probabilità, fondata sulle scarse speranze di recupero quando lo stato vegetativo si prolunga oltre un anno, non può giustificare eticamente l'abbandono o l'interruzione delle *cure minimali* al paziente, comprese alimentazione ed idratazione. La morte per fame e per sete, infatti, è l'unico risultato possibile in seguito alla loro sospensione. In tal senso essa finisce per configurarsi, se consapevolmente e deliberatamente effettuata, come una vera e propria eutanasia per omissione”.(Giovanni Paolo II, *Discorso ai partecipanti al Congresso organizzato dalla Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici cattolici e dalla Pontificia Accademia per la Vita*, 20 marzo 2004).

³³“La modalità di assunzione di cibo e acqua, anche se mediante sondino naso gastrico, non li rende un ‘preparato artificiale’ (come la deambulazione non diviene artificiale se l'individuo usa una protesi). Si tratta di cure proporzionate ed efficaci. La loro sospensione configura un abbandono del malato e una forma di eutanasia omissiva: la loro obbligatorietà si giustifica per la valenza umana e simbolica della cura di persone in condizioni di estrema vulnerabilità” (*Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit., pg. 197).

³⁴ “E’ difficile negare che nutrizione e idratazione rappresentino, dal punto di vista antropologico, un sostegno vitale: fornire le sostanze nutritive e le bevande necessarie, comunque questo avvenga, significa garantire alla persona i beni essenziali alla propria sopravvivenza. (G. PIANA, *Testamento biologico. Nodi critici e prospettive*, Cittadella, Assisi 2010, pg. 38) .

³⁵ “Quindi in sintesi si può dire che il criterio di discernimento etico fondamentale consista nel valutare se la sospensione dell'alimentazione parenterale abbia un ruolo nel provocare la morte del paziente: se la sua sospensione comporta il morire d'inedia, allora si configura un evidente quadro di eutanasia; se la sua somministrazione è irrilevante ai fini di una morte sulla quale non influisce significativamente, anzi arreca ulteriori sofferenze, allora il persistere in essa potrebbe costituire un inutile accanimento terapeutico; se infine, come il più delle volte accade, viene somministrata a un paziente comatoso o in stato vegetativo o in fase terminale, essa va ritenuta una cura ordinaria da sospendere solo in prossimità

concludendo con il parere espresso dal Comitato Nazionale per la Bioetica che dedicò a questo argomento il paragrafo 7 del parere sulle “Dichiarazioni Anticipare di Trattamento” del 18 dicembre 2003, non giungendo però ad una posizione univoca. “Alcuni membri del CNB sostengono che al paziente va riconosciuta la facoltà di dare disposizioni anticipate circa la sua volontà (variamente motivabile, in relazione ai più intimi e insindacabili convincimenti delle persone) di accettare o rifiutare qualsiasi tipo di trattamento (...). Altri membri del CNB ritengono, invece, che il potere dispositivo del paziente vada limitato esclusivamente a quei trattamenti che integrino, in varia misura, forme di accanimento terapeutico, perché sproporzionati o addirittura futili. Non rientrerebbero, a loro avviso, in tale ipotesi interventi di sostegno vitale di carattere non straordinario, né l'alimentazione né l'idratazione artificiale che, quando non risultino gravose per lui, costituirebbero invece, atti eticamente e deontologicamente doverosi, nella misura in cui - proporzionati alle condizioni cliniche - contribuiscono ad eliminare le sofferenze del malato terminale e la cui omissione realizzerebbe una ipotesi di eutanasia passiva”.

5. L'introduzione di formule ambigue di Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, inoltre, attenuerebbero la tendenza alla solidarietà, proponendo vie meno gravose per i bilanci economici e di minor impegno a livello personale.

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, che tuttora in Italia non esistono, sono “eticamente accettabile” quando assicurano la persona che non sarà oggetto di accanimento terapeutico o di cure sproporzionate e inutili. Mostrano “ambiguità” quando il soggetto può totalmente e senza vincoli decidere il suo futuro. Sono “inaccettabile”, quando chiaramente o occultamente, fossero sfruttate come strumento pre-eutanasistico.

Nel nostro Paese è in corso da anni un acceso dibattito, ma gli unici risultati furono l'approvazione da parte del Senato di un Disegno di legge dal titolo “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” (26 marzo 2009) che fu approvato anche dalla Camera l'11 luglio 2011³⁶ (278 favorevoli, 205 contrari e 7 astenuti).

della morte naturale” (S. LEONE, *Nuovo manuale di bioetica*, Città Nuova, Roma 2007, pg. 178).

³⁶Il testo era composto di otto articoli.
-Articolo 1: Tutela totale della vita umana.

“La Repubblica Italiana riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge”. Vieta esplicitamente “ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza”.

-Articolo 2: Il Consenso Informato.
“Salvo i casi previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole”.

-Articolo 3: Le DAT.

Definisce le modalità delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT), nelle quali il dichiarante: “esprime orientamenti e informazioni utili per il medico, circa l'attivazione di trattamenti terapeutici purché in conformità a quanto prescritto dalla presente legge”. Comunque, alimentazione e idratazione “devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento”. Le DAT sono valide unicamente per colui che si trova “nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze per accertata assenza di attività

Nonostante l'ampia maggioranza dei deputati favorevoli suscitò un indegna bagarre. Umberto Veronesi: "Hanno calpestato il diritto di non soffrire del paziente"; Nichi Vendola: "Legge cattiva e violenta che impone all'uomo di soffrire"; Antonietta Coscioni: "Legge-schifezza"; Giuseppe Englaro: "Incostituzionale"; mentre Ignazio Marino si pose immediatamente "sul piede di guerra": la legge non era ancora stata approvata, e lui già paventa il fantasma del referendum popolare abrogativo. A loro, la pacata riflessione di monsignor Rino Fisichella: "Non è facile legiferare su questioni etiche. E non credo che una minoranza del Parlamento possa vantarne di farne una buona perché pretende di avere sempre ragione; e, se non è secondo le sue direttive, è sbagliata". Ed aggiunse: "Posso non condividere una legge e dire che è sbagliata, ma bollarla come una 'beffa' non è rispettoso"³⁷. Il Disegno di legge per delle modifiche apportate dalla Camera doveva essere nuovamente votato dal Senato, ma la caotica situazione politica e il termine della legislatura lo fece decadere.

3. Malato in stato di veglia non responsivo³⁸

Lo stato di "veglia non responsivo" dei malati, affermò il presidente della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici, professor G.L. Gigli, il 20 marzo 2004, porgendo il saluto a papa Giovanni Paolo II introducendo l'udienza a loro concessa, "è una tema che, da una frontiera della

cerebrale integrativa cortico-sottocorticale e, pertanto, non può assumere decisioni che lo riguardano".

-Articolo 4: Durata.

Le DAT hanno validità di 5 anni e sono rinnovabili.

-Articolo 5: Assistenza agli stati vegetativi.

Entro due mesi dal varo della legge il Ministero della Salute predisporrà le "linee guida a cui le regioni si conformano" per "assicurare l'assistenza ospedaliera, residenziale e domiciliare per i soggetti in stato vegetativo".

-Articolo 6: Il Fiduciario.

Il Fiduciario, nominato dal dichiarante, è "l'unico soggetto legalmente autorizzato ad interagire con il medico". Se il paziente non indica un Fiduciario le sue incombenze saranno adempiute dai familiari, come previsto dal codice civile.

-Articolo 7: DAT non vincolanti per il medico.

Le DAT non sono vincolanti per il medico: "Gli orientamenti espressi dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono presi in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno".

-Articolo 8: Registro nazionale.

Sarà istituito il registro delle DAT "nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel predetto archivio è il Ministero della Salute".

³⁷ Dal Settimanale *Oggi*, 27 luglio 2011, pg. 14.

³⁸ Utilizzeremo in questa parte non il termine "malato in stato vegetativo persistente" ma "malato in stato di veglia non responsivo" poiché tratteremo sempre di persone che per motivazioni varie sono precipitate in condizione di non coscienza.. Ricordava san Giovanni Paolo II: "Di fronte ad un paziente in simili condizioni cliniche, non manca chi giunge a mettere in dubbio il permanere della sua stessa 'qualità umana', quasi come se l'aggettivo 'vegetale' (il cui uso è ormai consolidato), simbolicamente descrittivo di uno stato clinico, potesse o dovesse essere invece riferito al malato in quanto tale, degradandone di fatto il valore e la dignità personale. In questo senso, va rilevato come il termine in parola, pur confinato nell'ambito clinico, non sia certamente il più felice in riferimento a soggetti umani" (*Discorso ai partecipanti al Congresso organizzato dalla Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici cattolici e dalla Pontificia Accademia per la Vita*, op. cit.).

vita, mette in discussione le stesse nostre concezioni antropologiche, il senso della sofferenza umana, il diritto alla vita, i fondamenti della civile convivenza, la solidarietà all'interno delle relazioni sociali. Si tratta di argomenti, talvolta, di difficile soluzione, ai quali, in molte parti del mondo, sulla spinta anche di decisioni di tribunali, si sta cercando troppo spesso di offrire solo la risposta più semplice, quella della sospensione dell'idratazione e della nutrizione, sollevando almeno il dubbio di una generale forma di eutanasia per omissione". E Gigli concluse: "Il dibattito coinvolge lo stesso mondo cattolico, lacerato talvolta nel prendere decisioni senza ritorno all'interno degli ospedali e delle istituzioni che si richiamano alla nostra fede".

In Italia sono presenti circa 3000 malati in questa situazione; come considerarli? Quali atteggiamenti adottare nei loro confronti? E' doveroso offrire a loro la nutrizione e l'idratazione medicalmente assistite?

Forniamo le risposte esaminando tre casi che scossero alcuni Paesi aprendo ampie discussioni nei contesti societari.

3.1.TERRY SCHIAVO - ELUANA ENGLARO – VINCENT LAMBERT

TERRY SCHIAVO



Terry Schiavo, 26 anni, il 25 febbraio 1990 ebbe un improvviso arresto cardiaco. Trasportata d'urgenza in ospedale, la giovane donna fu intubata e rimase in coma per due mesi e mezzo. Quando "uscì" dal coma, riacquistò un regolare ciclo sonno-veglia, ma non riprese conoscenza ed era totalmente assente la capacità cognitiva.

Ma, a parere dei genitori, rispondeva agli stimoli esterni e sostennero che la figlia sorridesse o piangesse e tentasse anche di parlare pronunciando alcuni monosillabi.

Per mesi fu nutrita da un sondino nasogastrico, poi le venne praticata una gastrostomia endoscopica percutanea affinché fosse nutrita da un tubo attraverso la parete addominale.

Il marito, tutore della donna che nel frattempo si era risposato, contro il parere dei genitori, chiese ai tribunali l'autorizzazione a sospendere l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita sulla base di una affermazione fatta dall'ex-moglie in occasione di una visita alla nonna, che viveva "attaccata" ad un respiratore. L'ex-marito, e solo lui, aveva udito Terry affermare che non avrebbe voluto vivere schiava di uno strumento medico.

La "battaglia legale" che vide contrapporsi l'ex marito di Terry e i genitori della donna, continuò ben quindici anni senza esclusione di colpi. Furono coinvolti anche il governatore della Florida e lo stesso presidente degli Stati Uniti affinché promulgassero una legge che impedisse la rimozione del tubo di alimentazione della Schiavo. Ma, alla fine, dopo quattordici appelli e numerose mozioni, petizioni ed interrogazioni alla Corte della Florida, ex-marito e giudici, ebbero la meglio e il 25 marzo 2005 il tubo per l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita fu rimosso definitivamente.

Morì di fame e di sete nella clinica del cure palliative “Pinellas Park” di Washinton, il 31 marzo 2005 dopo sette giorni di agonia; aveva 41 anni. Secondo il portavoce della famiglia Schindler, ai genitori di Terry, su ordine dell'ex-marito, fu proibito di entrare nella sua stanza della figlia durante le sue ultime ore di vita³⁹.

La storia di Terry Schiavo divenne un clamoroso caso mediatico a livello mondiale.

ELUANA ENGLARO



Eluana Englaro, 21 anni, di Lecco, il 19 gennaio 1992 fu vittima di un incidente d'auto e da allora, prima entrò in coma e poi in stato vegetativo persistente.

Fu ricoverata all'ospedale di Lecco e di Sondrio, e per quindici anni fu assistita amorevolmente dalle Suore Misericordine alla Casa di Cura “Beato Talamoni” di Lecco.

Nel gennaio del 1999, Giuseppe Englaro, padre e tutore di Eluana, sollecitò la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione medicalmente assistita alla figlia, ma alcune sentenze furono negative⁴⁰.

La prima svolta, a favore del padre, fu del 16 ottobre 2007 quando la “Corte di Cassazione” rinviò la decisione alla “Corte di Appello” di Milano, sostenendo che poteva interrompere l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita a due condizioni:

-“la condizione di stato vegetativo fosse, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi fosse alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno”;

-la scelta di interrompere la nutrizione “fosse realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona”.

La seconda svolta fu del 25 giugno 2008 quando la “Corte di Appello” di Milano autorizzò con un “provvedimento” la chiusura del sondino naso-gastrico che nutriva e dissetava Eluana. La “Procura di Milano” si oppose al

³⁹ An Unsigned News Story. "Attorney: Terri's husband cradled her: 'It was a very emotional moment for many of us there'," *CNN*, 1° aprile 2005 link

⁴⁰-1999: Il *Tribunale di Lecco* respinge la richiesta del signor Englaro così pure la *Corte di Appello di Milano*.

-2003: Il *Tribunale di Lecco* e la *Corte di Appello di Milano* respingono la richiesta, non ritenendo il trattamento medico a cui Eluana era soggetta un accanimento terapeutico.

-2005: la *Corte di Cassazione* dichiara inammissibile il ricorso di papà Englaro.

-2006: Il *Tribunale di Lecco* e la *Corte di Appello di Milano* respingono un nuovo ricorso di Beppino Englaro.

provvedimento; il “Parlamento” votò una mozione di “conflitto di attribuzione” nei confronti della “Corte di Appello” di Milano, affermando che i giudici avevano esercitato un potere improprio, essendo compito del Parlamento approvare le leggi e dei giudici unicamente applicarle. E le suore Misericordine chiesero al signor Englaro di affidare loro la figlia; ma il padre non accettò.

Infine, la “Corte di Cassazione” a Sezioni Unite, nel novembre 2008 rigettò i ricorsi della “Procura di Milano” e del “Parlamento” giudicandoli inammissibili non per i contenuti ma per “difetto di legittimazione all’impugnazione”, cioè per “errore di forma”.

Il provvedimento della “Corte d’Appello” divenne definitivo!

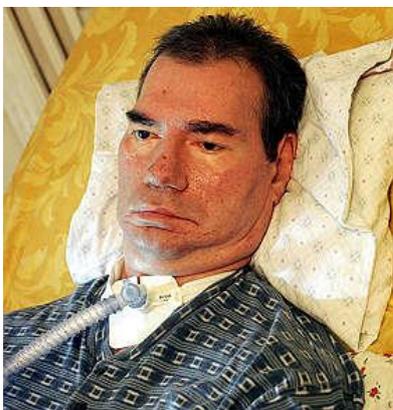
A nulla valse anche l’intervento del Governo guidato da S. Berlusconi con un Disegno di legge sul quale però il Presidente della Repubblica G. Napolitano non appose la sua firma⁴¹.

Ed Eluana morì alle 19.30, il 9 febbraio 2009, nella Casa di Cura “La Quietè” di Udine, dopo quattro giorni di agonia dalla chiusura del sondino nasogastrico con indicibili strazi causati dalla disidratazione, mentre alla Camera dei Deputati era in corso un drammatico dibattito sul Disegno di legge denominato “salva-Eluana” presentato tre giorni prima dal governo Berlusconi.

Dunque, un grave reato fu commesso, ma fu mascherarlo!

Sgorga spontaneamente una domanda: “un tribunale è autorizzato ad intimare la sospensione delle terapie atte a mantenere in vita un paziente, pur in situazione di incoscienza?”

VINCENT LAMBERT



Vincent Lambert è un cittadino francese di 39 anni, ex-infermiere presso l’ospedale di Champagne, tetraplegico, precipitato nel 2008 in uno stato di “coma profondo” a seguito di un incidente stradale. Nel luglio del 2011 avviene “il passaggio” dal coma ad uno stato di “coscienza minima” avendo subito danni irreversibili al cervello ed intraprende un percorso riabilitativo di kinesiterapia presso l’ospedale di Reims che verrà interrotto per scarsità di risultati nel dicembre 2012. Ma Vincent dorme, si risveglia, a volte piange, a volte sorride, ma non comunica, non risponde in modo “obiettivo”. Nell’aprile del 2013, solo con l’accordo della moglie, si arresta l’alimentazione e si riduce l’idratazione. Il fatto è scoperto, dopo trenta giorni, dal fratello che con i genitori denunciano i medici di tentato omicidio. Il Tar obbliga la ripresa dell’alimentazione e dell’idratazione. Nuovo stop nel gennaio 2014, subito revocato dal Tar. Il suo futuro, da quel momento, è al centro di un’offensiva mediatico-giudiziaria con l’occulta intenzione di introduzione l’eutanasia in quel Paese.

⁴¹ Informò il Quirinale: “Il presidente prendeva atto con rammarico della deliberazione da parte del Consiglio dei ministri del decreto-legge relativo al caso Englaro. Avendo verificato che il testo approvato non supera le obiezioni di incostituzionalità da lui tempestivamente rappresentate e motivate, il presidente ritiene di non poter procedere alla emanazione del decreto”.

I medici che curavano Vincent, riferendosi alla “Legge Leonetti” (2005) sul “fine vita” che contemplava, a determinate condizioni, l’interruzione dei trattamenti sanitari e autorizzava i medici a somministrare “dosi terapeutiche in grado di alleviare il dolore, anche se rischiano di abbreviare la vita”, decisero di abbandonare il paziente al suo destino. Per due volte, come affermato precedentemente, interruppero l’alimentazione e l’idratazione medicalmente, ma i genitori rivolgendosi a due tribunali ottennero che alimentazione e idratazione medicalmente assistita fossero riattivate.

Poi, fu la volta del Consiglio di Stato francese (il maggiore Foro amministrativo francese) e della Corte Europea dei Diritti Umani di Strasburgo. A tutti, i genitori straziati, supplicarono che il loro figlio fosse curato e alimentato come ogni disabile, o ricoverato, o presso la loro abitazione.

Il 5 giugno 2015 la Corte Europea con 12 voti favorevoli e 5 contrari⁴², autorizzò i medici a staccare il sondino che alimentava e disseta Vincent.

Anche se per i giudici di Strasburgo, questa decisione non era una violazione del “diritto alla vita” previsto dall’articolo 2 della Convenzione sui Diritti Umani, questa sentenza è un altro passo indietro nella difesa della vita e nel rispetto della dignità della persona. Commentano gli avvocati dei genitori di Vincent: “Essa ha convalidato l’arbitrio di una decisione medica presa sulla base di testimonianze interessate e contestate, dando per scontata la pretesa volontà di morire di Vincent Lambert, quando egli non può esprimersi. Essa ha convalidato – aggiungono gli avvocati – il fatto che oggi è conforme alla Convenzione provocare intenzionalmente la morte di un essere umano indifeso, privandolo di alimentazione e idratazione, in violazione formale dell’articolo 2 della Convenzione”. “Vincent non ha mai chiesto di morire, quindi quella di Strasburgo “non è più la Corte europea dei diritti dell’Uomo vulnerabile, disabile, indifeso. Ormai è la Corte-europea dei diritti dell’Uomo in buona salute”.

Da quel momento la vita di Vincent è totalmente nelle mani dei medici dell’ospedale che dovevano decideranno se continuare ad alimentarlo, oppure lasciarlo morire di fame e di sete.

Da notare, inoltre, che questa sentenza dei giudici europei, secondo alcuni analisti, è “destinata a fare giurisprudenza nei quarantasette Stati membri del Consiglio d’Europa”⁴³. A Strasburgo ha vinto quell’orientamento che trova un fertile terreno culturale, più che giuridico, nell’Europa dei “nuovi diritti”, compresi quelli eutanasi.

La Corte europea a fine giugno 2015 respinge anche il ricorso dei genitori.

A metà luglio 2015 c’è un nuovo e inatteso colpo di scena.

⁴²I cinque giudici contrari alla decisione scrissero: “Dopo attenta riflessione, dopo che tutto è stato detto e scritto nelle sentenza, dopo che sono state fatte le più sottili distinzioni giuridiche e che i più sottili capelli sono stati spaccati in quattro, ciò che viene affermato è, né più né meno, che una persona gravemente handicappata, che si trova nell’incapacità di comunicare i propri desideri riguardo alla sua condizione attuale, può, sulla base di svariate affermazioni contestabili, essere privata di due componenti essenziali per il suo mantenimento in vita, cioè cibo e acqua, e che inoltre la Convenzione è inattiva di fronte a questa realtà. Noi non pensiamo soltanto – proseguono i cinque giudici – che questa conclusione sia spaventosa ma che in più – ci dispiace di doverlo affermare – essa equivalga a un passo indietro nel grado di protezione che la Convenzione e la Corte hanno fino a oggi offerto alle persone vulnerabili”.

⁴³L’OSSERVATORE ROMANO, *Prima Sezione di Strasburgosull’interruzione di cure mediche*, 7 giugno 2015, pg. 2.

La nuova Commissione medica dell'ospedale di Reims che doveva deliberare se interrompere a Vincent l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita decise di non volersi pronunciare in merito e i medici hanno rimesso al Ministero della Salute la decisione.

OSSERVAZIONI.

3.1. DISTINZIONE TRA COMA E STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVO

Il coma, dal vocabolo greco “kòma” cioè “sonno profondo”, è lo stato d'incoscienza dovuto ad un danno (emorragico, ischemico, traumatico) subito dalla corteccia celebrale.

Rende la persona totalmente priva di coscienza⁴⁴ e di conseguenza incapace di relazionarsi con l'ambiente e di reagire agli stimoli ambientali e ai suoi personali. Per poter vivere, solitamente il paziente è dipendente da dispositivi medici che acconsentano agli organi vitali di svolgere le loro funzioni.

Il coma ha diversi gradi di profondità a secondo della lesione subita: può essere superficiale, medio, profondo, depassè (o morte cerebrale). Si evolve in tre direzioni: la guarigione (cioè l'uscita dal coma); lo stato di veglia non responsivo o di “coscienza minima” prodotto, solitamente, dalla lesione ad una parte della corteccia celebrale; la morte celebrale quando il danno si estende a tutto il sistema nervoso centrale. Vi è inoltre una relazione tra la durata dello stato di coma, i meccanismo di recupero e il risultato finale; quanto più il coma è prolungato tanto più il recupero è difficile e lungo.

Lo *stato di veglia non responsivo* può essere “transitorio” o “persistente”⁴⁵ ed è quello che dura da oltre due anni a causa di gravi compromissioni neurologiche, quando le possibilità di recupero diminuiscono, anche se alcuni casi di ripresa quasi totale si sono verificati dopo lungo tempo. In questa situazione, il paziente apre gli occhi, riprende il ritmo sonno-veglia, riacquista una certa mimica espressiva, ha l'attività respiratoria autonoma ed evidenzia una particolare reattività agli stimoli esterni. Però la persona non è mai cosciente di sé. Ma se “vengono alimentati e curati dalle eventuali complicanze (infezioni intercorrenti, scompensi, ecc.) possono vivere a lungo, per uno o più anni”⁴⁶. E diversamente da come sono descritte dall'immaginario collettivo, queste persone sono spesso supportate unicamente da un sondino per la nutrizione e l'idratazione, senza alcun macchinario salvavita⁴⁷.

Per quanto riguardava, ad esempio, Eluana, che era sottoposta anche a ginnastica passiva e gli veniva unicamente inserito un sondino naso-gastrico di notte, il suo neurologo C. A. Defanti, aveva dichiarato al “Corriere della Sera” poche ore prima della morte: “al di là della lesione celebrale, Eluana è una donna sana, mai una malattia, mai un antibiotico, probabilmente resisterà più a

⁴⁴ La coscienza viene definita come: “la facoltà immediata di avvertire, comprendere, valutare i fatti che si verificano nella sfera dell'esperienza individuale o si prospettano in un futuro più o meno vicino” (G. DEVOTO – G. OLI, *Dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze 1990, pg. 537).

⁴⁵ Si definisce “persistente” poichè nessuna prognosi è in grado di definire la sua irreversibilità.

⁴⁶ D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato 2000, pg. 518.

⁴⁷ Cfr. MULTI-SOCIETY TASK FORCE, *American Congress of Rehabilitation of Medicine, Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76, pp. 205-9.

lungo della media”.

In un libro di F. Cavallari, si narra ad esempio di Fulvia che ebbe un'emorragia cerebrale a 42 anni, nel 2010, mentre si trovava alla sedicesima settimana di gravidanza e la gestazione, pur essendo la donna in uno stato di veglia non responsivo, seguì il suo naturale percorso. La bambina nacque alla trentatreesima settimana, con taglio cesareo⁴⁸. Un analogo fatto accadde nell'ottobre 2009, nella clinica di Erlagen, in Baviera, quando una donna in stato di veglia non responsivo, partorì un neonato sano.

3.2. LO STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVO È SEMPRE DEFINITIVO?

La seconda motivazione per cui la “Corte di Appello” di Milano autorizzò la chiusura del sondino naso-gastrico di Eluana fu la certezza della definitività dello stato di veglia non responsivo della giovane. Ma sulla natura dello stato di veglia non responsivo, sulle possibilità di risveglio, e a che fase potrebbe giungere un'eventuale miglioramento, conosciamo molto poco; la scienza a riguardo di questo argomento è approssimativa.

Abbiamo assistito alle vicende di molti che si sono risvegliati dopo anni di stato di veglia non responsivo, e tutti i racconti hanno dei tratti comuni, narrando di situazioni solo “apparentemente di non vita”, poichè udivano le domande, avvertivano gli stimoli e, di conseguenza, la disperazione era causata dal non poter rispondere e dall'incapacità di segnalare la loro coscienza^{49/50}.

Dunque, Eluana, potrebbe aver percepire tutto ciò che si affermava nei riguardi della sua morte prossima, provocando in lei una sofferenza atroce e un dolore lancinante.

Due commenti.

Benedetto XVI: “le persone in coma, anche quelle che vivono in questo stato da molti anni, possono percepire l'amore, l'attenzione, l'affetto di chi sta loro

⁴⁸ Cfr.: F. CAVALLARI, *La vita in una stanza. Gli 'stati vegetativi' non esistono*, Itaca, Castel Bolognese (Ra), 2014.

⁴⁹ Ne è un esempio, tra i molti, il caso di Massimiliano Tresoldi di Carugate (Mi). “Max, nel 1991, fu vittima di un terribile incidente stradale, rimase in coma vegetativo persistente per dieci anni, dal quale ne è uscito nove anni fa. Ce l'ha fatta grazie ai suoi genitori che per anni hanno lottato contro tutti e hanno sacrificato tutto per lui. La mamma Lucrezia e il papà Ernesto ora sono molto severi con Beppino Englaro: ‘Fa del male a quelli come noi’. Afferma la mamma: ‘Mio figlio capiva tutto quando era in stato vegetativo. Nessuno se lo sa spiegare, nemmeno i medici, ma lui ricorda perfettamente i discorsi che abbiamo fatto quando lui non era cosciente. Stava sdraiato con gli occhi aperti, non comunicava, ma capiva tutto: di questo noi abbiamo la certezza. E' proprio per questo motivo che riteniamo un comportamento vergognoso quello del papà di Eluana Englaro: non si può togliere l'alimentazione a una persona che è ancora viva e farla morire di fame. E' un'atrocità immensa. Non dobbiamo essere ipocriti: pratichiamoli una puntura, tanto è comunque eutanasia. Io sono contraria all'accanimento terapeutico: se vedo una persona soffrire è giusto interrompere il dolore, ma non è questo il caso. Eluana come Max non è tenuta in vita da un respiratore o da una macchina, semplicemente c'era un sondino gastrico per l'alimentazione. Io ho scelto, quando mio figlio era ancora in coma, consapevole dei rischi, di interrompere quell'alimentazione forzata e di tornare a imboccare con pazienza ed amore Max ogni giorno. Certo è stato un lavoro lungo, ma vederlo rifiorire e recuperare peso è stato per noi una grande ricompensa’ ” (*La Gazzetta della Martesana*, 9 febbraio 2009 pg.11).

⁵⁰ Ecco la testimonianza di Salvatore Crisafulli svegliatosi dopo molti anni di stato di veglia non responsivo: “I medici dicevano che non ero cosciente, ma io capivo tutto – dice Crisafulli – e piangevo perché non riuscivo a farmi capire. Sentivo mio fratello che diceva che secondo lui invece capivo tutto, e lo sentivo urlare perché non gli credevano. Ma io non potevo parlare, non potevo muovermi, non potevo far nulla per fargli capire che c'ero, che li sentivo. Così piangevo” (*Corriere della sera*, 20 maggio 2010).

intorno”⁵¹.

San Giovanni Paolo II: “Un uomo, anche se gravemente malato o impedito nell’esercizio delle sue funzioni più alte, è e sarà sempre un uomo, mai diventerà un ‘vegetale’ o un ‘animale’”⁵².

Dunque, una persona in stato di veglia non responsivo, non è un malato, ne tanto meno un malato terminale. E’ un uomo con il massimo della disabilità che non necessita di cure specifiche ma unicamente di chi gli dia da mangiare, da bere e lo accudisca igienicamente come tutti i disabili gravi. Non essendoci l’esigenza di gestire macchine particolari può essere assistito anche presso la propria abitazione.

3.3. IL GRADO DI PERCEZIONE DI QUESTI MALATI

In parte abbiamo risposto all’interrogativo in precedenza, ma la riflessione che sottostà a questo punto è molto più ampia, e pone la domanda fondamentale: “*il grave disabile in stato di veglia non responsivo è ancora una persona?*”. E’ questo il nocciolo del problema!

Alcuni medici tra i più noti, e purtroppo anche opinion leaders, riferendosi ad Eluana la definirono, tra altro, “morta diciassette anni prima”, oppure giudicavano la sua esistenza simile a quella delle piante.

Ma come ricorda G. Rocchi, questa posizione “è scientificamente improponibile – una persona è viva o morta: *tertium non datur*”⁵³, non esistendo in natura una terza possibilità di intermedialità tra vita e morte.

E’ opportuno evidenziare, ricordava Rocchi, che la constatazione di morte è legata oltre che alla cessazione del battito cardiaco all’interruzione dell’attività cerebrale determinata da tre condizioni:

- lo stato di incoscienza,
- l’assenza di riflessi del tronco e di respirazione spontanea,
- il silenzio elettrico celebrale protratto per un determinato periodo di tempo.

In Eluana, tutte queste condizioni erano assenti; il suo cuore funzionava regolarmente e in modo spontaneo, il suo cervello ha sempre operato. Da ciò deduciamo che Eluana, come tutti gli altri malati in stato di veglia non responsivo, sono persone perfettamente e totalmente vive⁵⁴.

Interessante è il sottotitolo che il già citato giornalista F. Cavallari ha voluto per un suo libro dedicato alle persone in stato di veglia non responsivo: “Gli ‘stati vegetativi’ non esistono”. Così giustifica la sua affermazione: “La declinazione in terza persona plurale, ‘gli stati vegetativi’ conferisce inevitabilmente il carattere di appartenenza a una categoria, una schematizzazione buona per i dati statistici, per qualche ricerca sui costi sanitari, ma nulla più. Con questo tipo di ‘riduzionismo’ scompare di fatto la persona, per lasciar posto unicamente alla patologia. Ma nelle stanze, nell’androne di ricevimento o nei giardini antistanti gli ingressi, del Don Orione e della Fondazione S. Maria Ausiliatrice di Bergamo e della Rsa Ovidio Cerruti di

⁵¹ BENEDETTO XVI, *A Sua Immagine*, 22 aprile 2011.

⁵² *Ai partecipanti al Congresso della Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici*, op. cit.

⁵³ G. ROCCHI, *Il caso Englaro. Le domande che bruciano*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 2009, pg. 49.

⁵⁴ Cfr.: *Il caso Englaro. Le domande che bruciano*, op. cit., pp. 50-51.

Capriate che ho visitato per scrivere il libro, non esistono ‘gli stati vegetativi’, ma persone in carne ed ossa. Uomini e donne, con storie alle spalle, figli o mogli che rispecchiano le loro esistenze. In ognuno di loro esiste e permane una soggettività particolare e insopprimibile, mai statica o temporalmente immutabile”⁵⁵. E prosegue: “Le parole producono senso e cultura. È fondamentale allora riflettere anche sul termine ‘vegetativo’ che, se a livello clinico ha un suo significato strutturale, trasferito in un contesto antropologico, e soprattutto traslato nel linguaggio comune, rischia di insinuare l’idea che il paziente in stato vegetativo possa in qualche modo perdere la sua dignità ontologica di essere umano e divenire una specie di ‘vegetale’ ”^{56/57}.

Studi recenti hanno dimostrato con metodologie sofisticate che in alcuni di questi disabili gravi si attivano aree cerebrali a seguito di particolari stimoli. Di conseguenza, la loro, non è una “veglia” priva di coscienza. Negli ultimi anni, inoltre, sono state pubblicate numerose ricerche in prestigiose riviste internazionali riguardanti le attività di “coscienza sommersa” in questi disabili anche in assenza di consapevolezza⁵⁸.

Possiamo concludere il paragrafo con la convinzione che le persone in

⁵⁵ Intervista alla *Nuova Bussola Quotidiana*, 23 dicembre 2014.

⁵⁶ Idem.

⁵⁷ La testimonianza di Fabio ben completa le esperienze di F. Cavallari.

“Si chiama Fabio. È il marito di Silvia. E lei è lì, davanti a noi, allettata in una struttura sanitaria che accoglie pazienti in stato vegetativo. Lui si china, la accarezza, la bacia, le parla. E non è che ‘sembra’. È proprio in adorazione di sua moglie. Fabio si ribella alle definizioni appiccate dal vocabolario del suo stesso mestiere. Fabio è medico e chirurgo in un ospedale pubblico. E sa che ‘è sbagliato dire *stato vegetativo*, perché un vegetale non piange e non si commuove come fa mia moglie. Un vegetale non ti cambia ogni giorno l’esistenza’. Perciò, ‘meglio dire *stato di veglia non responsiva*, perché essere incontattabili non significa essere incoscienti’. Un uragano, una mattina, ha portato Silvia a un livello della vita che è mistero insondabile. Appunto. ‘Incontattabile’. Così come nella vita di Fabio, Silvia ci ‘è entrata misteriosamente, come un uragano’”. (...) “Cosa significa festeggiare il quattordicesimo anniversario di matrimonio al capezzale di una moglie ‘incontattabile’? ‘Significa rinnovare ogni giorno la promessa che ci siamo fatti l’un l’altro davanti a Dio. Siamo diversissimi, i nostri caratteri a volte stridevano, ma ho sempre saputo che è impossibile essere fedeli alla moglie se non si è fedeli a Cristo. Se uno tradisce l’altro è perché, più o meno consapevolmente, ha già tradito Cristo. Infatti, su una cosa non abbiamo mai litigato: quando parlavamo di Dio’. Come è accaduto ciò che ha reso Silvia ‘incontattabile’? ‘Me la ricordo una mattina ancora in pigiama mentre mi butta addosso tutte le sue aspettative, le sue delusioni, quei progetti che aveva sposandosi e che non vede realizzati, i desideri più profondi che zampillano dal suo cuore. Ci ho visto una voragine di bisogno e le ho risposto umilmente che io ero solo suo marito e che quei desideri così imponenti del suo cuore poteva soddisfarli solo Dio’. Poi accadde l’ictus che ha fatto scomparire Silvia dal radar delle percezioni e valutazioni umane”. (...) “E così, quando è vicino a sua moglie, a Fabio vengono spesso in mente le parole sul caso Eluana (che Silvia conosceva molto bene) di una intervista di Enzo Jannacci al Corriere della Sera: ‘Diciassette anni? Sono tanti, ma valgono per noi, e non sappiamo nulla di come sono vissuti da una persona in coma vigile. Nessuno può entrare nel loro sonno misterioso e dirci cosa sia davvero, perciò non è giusto misurarli con il tempo dei nostri orologi. Se fosse mio figlio, mi basterebbe un battito di ciglia...’. Così è per Fabio. ‘È mia moglie, mi basta un suo battito di ciglia’” (Intervista rilasciata a *Tempi.it*, 24 novembre 2014)..

⁵⁸Tra i molti studi riportiamo quello di un gruppo di ricercatori dell’Università del Western Ontario (USA), coordinati dal professor Damian Cruse, che ha dimostrato che è possibile, individuare lo stato di coscienza anche in questi pazienti. Sono stati sottoposti allo studio 16 pazienti in stato vegetativo a cui veniva chiesto di stringere il pugno ogni volta che sentivano il bip. Poi, in una successiva prova, i soggetti venivano invitati a muovere le dita, ogni volta che sentivano un suono. Per avere la certezza che le risposte motorie fossero realmente la conseguenza degli ordini impartiti, i ricercatori hanno ripetuto entrambe le prove per 200 volte. Si è visto che il cervello di 3 di essi su 16 rispondeva allo stesso modo di quello dei soggetti sani (Cfr.: *Bedside detection of awareness in the vegetative state: a cohort study*, The Lancet, vol.378, Iussue 9809, pp. 2088 – 2094, 17 December 2011).

stato di veglia non responsivo o che vivono una situazione di apparente non coscienza, sono vive e hanno il totale diritto e la piena dignità di proseguire la vivere come chiunque altra persona.

3.4. “L’INCERTEZZA” L’UNICO ELEMENTO “CERTO” NELLA SENTENZA ENGLARO

In questa vicenda che assunse ampi connotati ideologici, l’unico elemento provato ed accertato fu *l’incertezza*.

L’incertezza che guidò il padre nella battaglia per far chiudere il sondino che nutriva la figlia e l’incertezza dei giudici milanesi nell’emettere il provvedimento di condanna. Né coloro che furono favorevoli alla morte di Eluana, né quelli che chiesero la continuazione della sua vita trovarono certezze nell’ambito medico, scientifico o testimoniale.

Di fronte all’incertezza, quale atteggiamento assumere?

Quello della *massima prudenza!* La sentenza della Corte di Appello di Milano fu profondamente ingiusta non avendo tenuto presente questo principio etico, dimenticando l’antica arte della *iuris prudentia*, l’unica che crea sinergie tra “l’amministrazione della giustizia umana” e “l’orizzonte etico-morale”. Se non altro, per motivi prudenziali, come avviene nel diritto penale dove si assumono posizioni a favore dell’imputato di fronte al minimo dubbio, così si doveva agire anche nei confronti di Eluana.

Lo stesso discorso è valido anche per Vincent.

L’unica motivazione difesa dai medici curanti e fatta propria dal Consiglio di Stato francese e dalla Corte Europea di Strasburgo per condannare a morte Vincent è la testimonianza della moglie, secondo la quale il marito avrebbe rifiutato la prospettiva di vivere in simili condizioni. Contrari a questa visione i genitori di Vincent, in particolare la mamma che grida: “Mio figlio non è un morto vivente”.

Una precisazione: la differenza tra Vincent Lambert, Terry Schiavo e Eluana Englaro.

I tre casi sono differenti. Terry e Eluana sono sorelle per la stessa patologia e per il destino che hanno subito. Vincent no, poiché si trova in uno “stato coscienziale molto limitato” e “reattivo” ad alcuni stimoli esterni. E’ unicamente una persona handicappata come altri 1700 cittadini francesi⁵⁹.

La nostra attenzione, concludendo, è rivolta alle molte famiglie che ogni giorno, per anni, assistono una persona in stato di veglia non responsivo che temono

⁵⁹ Così, Thibaud Collin, studioso laico, già consigliere di N. Sarkozy, docente all’Ipc, la Facoltà libera di Filosofia e Psicologia di Parigi, commentò il caso Lambert: “La posta in gioco sul destino di Lambert non è né più né meno che quella di sapere se si può condannare a morte un innocente, con il pretesto che non è autosufficiente e non può più disporre di quella che, secondo lo spirito del tempo, sarebbe una vita degna di essere vissuta(...). La verità è che ormai viviamo in un’epoca nichilista nella quale la vita umana non è più per sé stessa vista come un bene e, per questo, la sopravvivenza di Vincent è divenuta un appello. Nella sua impotenza radicale la sua vita è un richiamo per tutti noi al dono”. Dopo la sentenza della Corte di Strasburgo, secondo il filosofo, “la Francia che ha rinunciato nel 1981 alla pena di morte per quelle persone giudicate colpevoli di gravi crimini, la sta reintroducendo per degli uomini innocenti. La loro unica colpa è quella di essere divenuti vulnerabili” (T. Collin, *L’affaire Vincent Lambert, ou quand la peine de mort menace l’innocent*, in Famille Chrétienne, 13 Maggio 2015).

l'abbandono poiché il più delle volte sono lasciate sole di fronte al dolore e alla loro domanda di cura. Il loro impegno continuo, totalizzante, svolto nell'anonimato e con amore, in attesa di un piccolo o grande segno da parte della comunità civile, sono per tutta la società un significativo esempio di "vita buona".

4. A favore della dignità del morente

4.1.LE CURE PALLIATIVE

Una tipologia di intervento che favorisce il morire con dignità sono le *Cure Palliative* così descritte dall' Organizzazione Mondiale della Sanità: "si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie" (1990)⁶⁰. "Obbedendo ad una visione olistica della medicina, che prende in considerazione la persona umana nella sua totalità unificata di spirito e corpo, le cure palliative offrono al malato terminale una terapia globale (*total care*), i cui risultati sono, nella maggioranza dei casi, davvero sorprendenti"⁶¹.

Numerose sono le patologie che giustificano un intervento di tipo palliativo: dai tumori all'Aids conclamato, dalle malattie cerebro-vascolari a quelle del sistema nervoso centrale e periferico, da quelle cardio vascolari a quelle dell'apparato respiratorio. E i pazienti possono essere anche bambini e neonati.

Dunque, le cure palliative, sono un valido ausilio per sostenere il peso delle sofferenze nella fase terminale della vita⁶². "E' un autentica *cura* da praticarsi in situazioni estreme, con grande saggezza e senso del limite e nella piena assunzione della responsabilità morali e professionale che qualifica la pratica della medicina. E' per il medico il modo più nobile – perché indubbiamente il più controvertibile e conturbante – di *curare*"⁶³.

Il termine "palliative", proviene dal vocabolo latino *pallium*, ed indicava il mantello di lana indossato dai pastori coprendoli totalmente. "Quello che in passato designava un indumento volto a proteggere una persona dalle avversità ambientali, indica oggi tutto un insieme di cure finalizzate a difendere il malato terminale dallo scoraggiamento, dall'isolamento e dalla chiusura in sé stesso"⁶⁴.

⁶⁰ Recepita dall'accordo della Conferenza Unificata del 19 aprile 2001,

⁶¹ M. CASCONI, *Diakonia della vita. Manuale di Bioetica*, Edizione Università della Santa Croce, Roma 2004, pg. 383.

⁶² "Per ammalato terminale si intende un malato inguaribile con una aspettativa di vita minore o uguale a 90 giorni, non più suscettibile di terapie chirurgiche, radianti o chemioterapiche" (L. GENTILE – P. FERRI, *Bioetica e cure palliative*, in *L'Anno nell'Unità di Salute*, n.1, 2004, pg. 52, nota 2).

⁶³ *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit., pg. 218. Cfr.: AA. VV., *Né eutanasia né accanimento: la cura dei malati in stato vegetativo permanente*, Lateran University Press, Roma 2002.

⁶⁴ *Diakonia della vita. Manuale di Bioetica*, op. cit., pg. 383.

Le cure palliative, in senso generale, furono praticate da sempre negli enti assistenziali gestiti dalla Chiesa cattolica, ma nacquero ufficialmente nella seconda metà del XX secolo in Inghilterra con l'esperienza degli *hospices*, strutture che offrivano assistenza a chi stava vivendo la fase terminale dell'esistenza mediante una cura globale, cioè medico-infermieristica ma anche psicologica, relazionale e spirituale. In Italia, questa modalità assistenziale, fu intrapresa solamente negli anni '80, prevalentemente come servizi domiciliari, poichè gli ospedali erano carenti nell'assistenza dei morenti. Anche i medici, formati "per guarire ma poco per curare", erano scarsamente coscienti che l'ammalato in fase terminale non era un "già morto" ma una persona che stava percorrendo un tratto importante della vita. Quindi, l'etica delle cure palliative, si basa sul convincimento che anche nelle situazioni di maggiore sconforto, il paziente è una persona che pur non guarendo deve essere curata.

Si stima che ogni anno, in Italia, 250mila persone dovrebbero essere accompagnate da un approccio palliativo essendo malati terminali e i numeri aumenteranno per l'invecchiamento della popolazione. Il *Libro Bianco degli Hospice* riportava che ad aprile 2014 erano presenti sul territorio nazionale 175 strutture residenziali con un forte disequilibrio tra nord e sud.

Importante per l'incremento di questo settore fu la legge n. 38 del 15 marzo 2010: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore".

"La medicina palliativa costituisce oggi anche un valido strumento contro i sostenitori dell'eutanasia essendo una scelta attiva di accompagnamento alla vita, per darle ancora tutto il significato possibile, compatibilmente con una malattia che distrugge a poco a poco il corpo, ma generalmente mantiene integro e vivo ciò che di più significativo c'è nell'uomo: lo spirito e la mente, che dal corpo non sono mai disgiungibili"⁶⁵.

Così un infermiera di un hospice riassume i desideri di questi malati: "Spesso la cosa più importante che offriamo ai nostri pazienti è una tazza di tè e la possibilità di parlare della morte. Ed è quello che vogliono davvero. Qualcuno che li ascolti e che condivide con loro questo ultimo viaggio senza spaventarsi e senza scappare. Senza volere, a tutti i costi, fare qualcosa"

L'augurio e l'auspicio è che si possa, nonostante la limitatezza delle risorse, ampliare questi interventi poichè il vero dramma dell'ammalato in fase terminale è che, quest'assistenza, in Italia è ancora troppo scarsa^{66/67}.

⁶⁵ *Diakonia della vita. Manuale di Bioetica*, op. cit., pg. 383.

⁶⁶ Un breve excursus sulle problematiche delle cure palliative pediatriche nei nati prematuri.

Riportiamo un'intervista al dott. Marcello Orzalesi, neonatologo presso l'Ospedale Bambino Gesù e alla dottoressa Franca Benini, specialista in terapia del dolore.

"*Dr. Marcello Orzalesi quali caratteristiche ha il paziente pediatrico rispetto all'adulto?*"

Le sue caratteristiche rispetto all'adulto è che si tratta di un organismo in continuo sviluppo e in evoluzione. Tra un neonato e un bambino di sei anni ci sono più differenze che tra un bambino di sei anni e un adulto. Per questo occorre aggiustare il dosaggio dei farmaci, l'approccio e la comunicazione tenendo conto dello sviluppo di un bambino. La seconda differenza è che di molti farmaci, utilizzati per la terapia del dolore di un adulto, non vi sono confezioni adatte per un bambino piccolo, per cui vi è il problema di usare i farmaci cosiddetti *off-label*. Il terzo nodo è il coinvolgimento molto maggiore della famiglia, in quanto spesso i genitori sono il tramite comunicativo del bambino.

Quali sono le conoscenze scientifiche sullo sviluppo della percezione del dolore e sul dolore in fase neonatale?

Il bambino prematuro percepisce il dolore più dell'adulto e ne modifica la percezione. Il bambino mostra

più tardi una soglia del dolore modificata: ad esempio a sei mesi, quando farà le vaccinazioni, sentirà più dolore degli altri. È inoltre possibile che si producano delle modificazioni dell'espressione dei geni ereditati dalla madre che interferiscono sullo sviluppo del cervello: è stato dimostrato, nei prematuri che devono fare molti prelievi, la correlazione del numero di punture ricevute durante la degenza e lo sviluppo di sostanza bianca e di sostanza grigia del cervello.

Come è vissuta attualmente la nascita prematura di un figlio dai genitori e come si sono evolute le aspettative di vita in questo campo?

Innanzitutto il bambino viene rapidamente separato dalla madre per essere portato in terapia intensiva. La madre nutre rabbia e senso di colpa, poi pian piano acquisisce la capacità di relazionarsi con il bambino. Per questo è importante che le terapie intensive neonatali siano aperte per quanto possibile all'accesso dei genitori, sia al papà che alla mamma, e che essi vengano coinvolti nell'assistenza al proprio bambino; inoltre la comunicazione del personale di assistenza con i genitori è fondamentale e non è facile. Le aspettative di vita ormai sono buone, adesso la maggior parte dei bambini che nascono a ventiquattro settimane sopravvivono.

Cosa si sta muovendo a favore delle cure palliative pediatriche?

Il recente Congresso internazionale organizzato dalla fondazione Maruzza ha messo in luce come in tutti i paesi si stiano cercando tutte le possibili tecniche e approcci che possano migliorare la qualità di vita del bambino: sollevarlo dalla sofferenza, cercare di mantenerne una vita relazionale con i compagni, gli amici e i genitori.

Dott.ssa Franca Benini quali sono le maggiori preoccupazioni che vengono associate al termine "cure palliative"?

Sulle cure palliative pediatriche c'è una reazione di esclusione: chi ha un malato, ha paura che "cura palliativa" significhi "mio figlio sta morendo", dunque ne esclude la possibilità; chi invece è al di fuori, appena sente associare i termini "bambini" e "cure palliative", finisce con l'evitare l'argomento. Mentre le cure palliative per l'adulto hanno già una loro storia, le cure palliative pediatriche devono ancora dimostrare che esistono.

Cosa permettono le cure palliative oggi per questi bambini?

Per prima cosa permettono di tornare a casa. Essere a casa per un bambino significa ricominciare a vivere; il bambino ricomincia a vivere e ad andare a scuola, a rivedere gli amici, a fare la spesa con i genitori... Accanto a questo le cure palliative danno l'assoluto controllo dei sintomi e il recupero delle funzioni che possono essere recuperate, ottimizzandone i risultati: permettono al bambino di essere più bambino possibile.

Perché è nata la carta dei Diritti del bambino morente? Potrebbe essere applicabile a qualsiasi situazione e contesto sociale internazionale?

Certamente sì, mancava qualcosa di pratico che partisse da motivazioni etiche, filosofiche ma soprattutto cliniche, e che fosse disponibile per tutti gli operatori che seguono i bambini negli ospedali, in pronto soccorso, a casa o in terapia intensiva: la messa insieme di più aspetti ha potuto portare a costruire una carta applicabile in tutte le realtà.

Non poche persone sostengono che non abbia senso investire tanto denaro per i malati terminali: perché? È davvero anti-economico?

Quando si parla di cure palliative non si parla solo di terminalità, si parla di inguaribilità: molti pazienti pediatrici nascono già inguaribili ma spesso vivono per molto tempo, anche anni. Noi ci occupiamo di questo tempo dell'inguaribilità. L'approccio alle cure palliative pediatriche è stato studiato anche in termini di efficacia di costo, e ormai sono molteplici i lavori che confermano questo: se si attua un sistema di cure palliative pediatriche a rete, con un centro unico che le gestisce, non solo i bambini vivono meglio e vivono di più, ma si risparmia. Come? Perché molti di questi bambini che sono a casa sarebbero altrimenti in ospedale in ambito critico. Certo, c'è una spesa di start up per creare il team e l'*hospice*, ma si è visto che a lungo andare questo viene recuperato in maniera importante; inoltre, sull'altro piatto della bilancia, vi è il livello di qualità dell'assistenza e soprattutto di qualità della vita in famiglia, radicalmente diversa: alcuni bambini in terapia intensiva, chiusi per anni, arrivavano anche a 150 giorni di ricovero annuo; mentre gli ultimi dati ci permettono di dire che, dei bambini presi in carico, calano bruscamente il numero e la durata dei ricoveri, e soprattutto i giorni di permanenza in ambito di terapia intensiva.

Perché sarebbe opportuno che i governi e il leader religiosi si impegnino a favore di queste cure?

In Italia abbiamo una legge ottimale, una delle leggi di riferimento a livello europeo ma anche al di fuori dell'Europa. Adesso dobbiamo partire dalla disponibilità di normativa che abbiamo, e portarla al concreto. Negli ultimi dieci anni il numero di questi bambini affetti da malattie inguaribili è esploso: in Italia ce ne sono più di 35mila e questi numeri rendono ragione della necessità di una risposta assistenziale.

In Olanda è stata avviata da tempo la pratica dell'eutanasia per i bambini. Quali dati risultano, su

Concludiamo riportando la “Carta dei diritti dei morenti” approvata nel 1997 dalla Fondazione Floriani di Milano che chiaramente riassume le attese del malato terminale.

“Chi sta morendo ha diritto:

1. A essere considerato come persona sino alla morte.
2. A essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole.
3. A non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere.
4. A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà.
5. Al sollievo del dolore e della sofferenza.
6. A cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato.
7. A non subire interventi che prolunghino il morire.
8. A esprimere le sue emozioni.
9. All'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede.
10. Alla vicinanza dei suoi cari.
11. A non morire nell'isolamento e in solitudine.
12. A morire in pace e con dignità”⁶⁸.

4.2.LA TERAPIA ANTALGICA

“Padre, se è possibile, allontana da me questo calice”⁶⁹. Così Gesù si rivolse a Dio Padre la sera del giovedì santo mentre attendeva Giuda, il traditore, nell'Orto degli Ulivi.

Questa affermazione ci impegna ad alleviare il dolore, soprattutto quando è atroce, per permettere al paziente di vivere, quanto più serenamente possibile, l'ultimo periodo della vita. Ciò avviene, prevalentemente, con la somministrazione della terapia antalgica così definita: “la somma degli atti ed interventi tesi alla soppressione, attenuazione e forse anche a una diversa

questo modo di procedere, dal punto di vista scientifico pediatrico?

Chi fa cure palliative è assolutamente contrario all'eutanasia, perché “eutanasia” significa di fatto fallimento delle cure palliative: se io riesco a fare il mio lavoro contro il dolore, posso aiutare la famiglia e il bambino ad avere un giusto approccio all'inguaribilità. Non è facile, ma posso aiutare quella famiglia e quel bambino a rendere il tutto meno pesante. Sono quasi trent'anni che faccio questo lavoro ma nella mia esperienza nessuno mai mi ha chiesto di voler morire. La disperazione e l'ansia sono frequenti, ma i genitori non te lo chiedono e i bambini sono delle persone speciali: tu controlli loro il sintomo, li proponi all'interno di una vita sociale, e loro ripartono; è più un problema nostro, degli adulti. I bambini hanno una marcia in più.

Possiamo sperare che la sensibilizzazione alle cure palliative possa offrire un'alternativa più umana all'eutanasia?

Secondo me l'eutanasia non ha alternative, mentre le cure palliative sono un diritto: deve essere chiarito questo, qual è l'obiettivo della medicina? È sbagliato pensare che sia sempre quello di guarire, perché altrimenti non moriremmo mai. Se noi partiamo da questo concetto, che la medicina non ha le potenzialità per guarire sempre, la medicina è solo uno strumento per curare le persone. Le cure palliative fanno parte della medicina, e riescono a curare i bambini anche nel percorso dell'inguaribilità. Nell'*hospice* dove lavoriamo si vive, si mangia, si lavora tantissimo; la stessa cosa si fa in casa, ma certo non si parla di morte, si parla di vita. L'eutanasia non ha alternativa, è una scelta sbagliata di fare medicina” (Maria Gabriella Filippi, *Zenit.org*, 13-14 febbraio 2015).

⁶⁷ È online, e a disposizione di chiunque desideri consultarlo, Info Cure Palliative (www.infocurepalliative.it) ideato dalla Federazione Cure Palliative come supporto alle famiglie durante l'assistenza a domicilio di una persona malata in carico a un'équipe di cure domiciliari.

⁶⁸ Cfr.: www.fondazionefloriani.eu.

⁶⁹ Vangelo di Matteo 26,39.

percezione di sensazioni dolorose, abnormi per tipo, intensità e durata, sì da incidere profondamente o in maniera episodica o ricorrente o continua sulla qualità della vita”⁷⁰

Nel 2001 il Parlamento Italiano legiferò sulla fruizione dei farmaci oppiacei atti a sedare il dolore dei malati in fase terminale (morfina, ossicodone, buprenorfina, codeina, diidrocodone, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone...) ⁷¹.

Ma questa tematica era già stata affrontata dalla Dottrina Cattolica; infatti, papa Pio XII il 24 febbraio 1954 parlando agli anestesisti, ne affermò la liceità e raccomandò di lenire il dolore particolarmente acuto con l'uso di determinati oppiacei: "La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo di narcotici (quando è richiesta da una indicazione medica) è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente"⁷².

È doveroso, quindi, utilizzare gli strumenti che la medicina possiede, restando però nei confini “dell'eticamente corretto”. Perciò è opportuno ribadire alcune condizioni: il “consenso del malato” quando l'uso della morfina o di farmaci simili potrebbero anebbiarlo o privarlo della conoscenza; permettendogli, prima, di assolvere agli obblighi famigliari, civili e religiosi. E, infine, questi medicinali non vanno impiegati con finalità eutanasistiche.

Exursum: l'Olanda docet

Rileggendo la storia degli ultimi decenni in Olanda ci accorgiamo che “la via della morte” si aprì nel 1971 quando “l'Associazione dei medici olandesi” consentì rimuovendo un pilastro fondamentale dell'etica professionale, cioè la difesa totale della vita umana.

L'Associazione, dichiarò che però, non avrebbe mai tollerato l'eutanasia, anche se, due anni dopo, un tribunale assolse un medico che “aveva affrettato la morte della madre”.

Nel 2001, l'Associazione, sconfessò le dichiarazioni precedenti e accettò “l'eutanasia per pietà” che divenne legge dello Stato. Il testo della normativa indicava da parte la depenalizzazione dell'eutanasia come accoglienza del desiderio del paziente ma autorizzava anche il medico, come vedremo inseguito, a sopprimere il sofferente motivato dal “miglior interesse per il malato”.

Emblematico, ma soprattutto scioccante, fu un manifesto affisso in tutto il Paese che rappresentava un orso yoghi sdraiato in una bara nell'atto di calarsi addosso il coperchio.

Perciò, non meraviglia, che a Groningen, nel nord dell'Olanda, sorse il primo ospedale al mondo dove l'eutanasia fu lecita anche sui minori di 12 anni, oppure che tra i medici si raccontano questi episodi allucinanti.

⁷⁰ M. ROMULI (a cura di), *Atti del simposio di terapia antalgica*, Accademia pratese di medicina e scienze, Prato 16 novembre 1980, pg. 6.

⁷¹ Cfr.: Legge 8/2001.

⁷² Cfr. *Discorso ai medici*, in “Orizzonte medico”, Roma 1954, pp. 562-563.

"La mentalità di morte è diventata la norma fra i medici olandesi. Conosco un internista che curava una paziente con cancro ai polmoni. Arriva una crisi respiratoria che rende necessario il ricovero. La paziente si ribella: 'non voglio l'eutanasia!', implora. Il medico l'assicura, l'accompagna in clinica, la sorveglia. Dopo sei ore la paziente respira normalmente, le condizioni generali sono migliorate. Il medico va a dormire. Il mattino dopo, non trova più la sua malata: un collega gliel'aveva 'terminata' perché mancavano letti liberi"⁷³.

Oppure: "So di un malato d'Alzheimer ricoverato in una casa per non autosufficienti. Una settimana dopo la famiglia lo trova in stato di coma. Sospettano qualcosa e così lo fanno trasportare all'ospedale dove il paziente si riprende dopo l'infusione intravenosa di tre litri di liquido. Il figlio di un vecchio paziente ospedalizzato chiede ai medici di 'accelerare il processo', in modo che il funerale del padre possa avere luogo prima della sua partenza per le ferie all'estero già prenotate. I medici perciò gli somministrano molta morfina. Episodi del genere si raccontano come se fosse normale uccidere un paziente per compiacere i famigliari"⁷⁴.

E la valanga dei casi extra-*legem* è ormai inarrestabile. Si pensi, ad esempio, ad un'associazione di cittadini che dal 2010 si batte per l'eutanasia accessibile a tutte le persone che abbiano superato i 70 anni e si sentono semplicemente stanche della vita.

Anche in Italia, alcuni, vorrebbero percorrere lo stesso itinerario. Esiste il sospetto che, già oggi, qualche medico esaudisca richieste eutanasiche di pazienti e di parenti, ovviamente adottando varie cautele affinché il decesso appaia "del tutto naturale".

Che l'eutanasia possa sostituire in un futuro prossimo, più vicino di quello che riteniamo, i consistenti costi della sanità, non è da escludere, anzi, è probabile. Questo è prevedibile da anni, poiché se oggi è soppresso il bambino non ancora nato, appare logica anche l'uccisione del nato con menomazioni, oppure l'affetto da malattia terminale o l'anziano nel periodo di una vecchiaia giudicata inutile.

Domani potrebbe essere il turno del malato terminale, dopo domani del portatore d'handicap..., ingenerando in molti l'incubo di essere trascritti in questa lunga lista di condannati a morte.

Ricordava il cardinale E. Sgreccia: "Quando si apre una porta, anche poco, si accetta l'idea che si spalanchi sempre di più. È un'illusione pensare di poter limitare l'eutanasia o il suicidio assistito entro confini rigidi, controllando la pratica"⁷⁵.

⁷³ Testimonianze del prof. K. Gunning, in *Avvenire* 5 Dicembre 2000.

⁷⁴ Testimonianze del prof. K. Gunning, in *Avvenire* 5 Dicembre 2000.

⁷⁵ *Tempi.it*, 11 luglio 2014.