Una prospettiva di umanità per la fine della vita terrena

CHIARA PAGANUZZI MAZZOLETTI

Alla luce dei progressi medici che hanno accresciuto la capacità di prolungare la vita, il Papa ha chiesto di aggiornare la Carta degli Operatori Sanitari del 1995 per offrire, con riferimento al Magistero, elementi che tengano conto della ricerca scientifica. Il volume è diviso in tre sezioni: *Generare*, *Vivere* e *Morire*. Nella terza è considerato l'atteggiamento davanti al malato in fase terminale, luogo di verifica della professionalità e delle responsabilità etiche degli operatori sanitari. L'attività medica si fonda sull'alleanza tra un uomo malato, e perciò bisognoso, e la coscienza di un altro uomo che può farsi carico della sua fragilità per curarlo. Esige disponibilità, ascolto, benevolenza affinché il paziente non si abbandoni all'angoscia, soprattutto nelle condizioni che comportano difficili decisioni riguardo alle cure da assicurare.

La Convenzione di Oviedo (1997), il Rapporto del Consiglio d'Europa (1999) e la nostra Costituzione tutelano la dignità del malato. Morire con dignità vuol dire avere un accompagnamento umano e una buona relazione non contrattualistica col medico. C'è una legge innovativa, la 38/2010, che garantisce nel nostro Paese l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Il personale sanitario è chiamato a salvaguardare la dignità dei più fragili nell'accettazione del naturale compimento della vita con tutte le azioni che non vogliono procurare la morte: la proporzionalità delle cure, la rinuncia ai mezzi straordinari della medicina quando servissero solo a prolungare artificialmente la vita, l'eventuale sedazione allo scopo di alleviare la sofferenza.

Bisogna incoraggiare la terapia antalgica, l'oncoterapia palliativa, la valutazione nutrizionale, il trattamento delle infezioni, la fisioterapia, il sostegno psicologico e spirituale. L'enciclica *Evangelium Vitae* ricorda a tutti che farsi carico del malato inguaribile costituisce vera carità.

La palliazione offre al malato una cura anche riguardo alle dinamiche psico-relazionali, decisive perché la sofferenza non induca a pensare di porre fine alla vita. La vera compassione si prende cura del dolore, non sopprime "pietosamente" colui del quale non può sopportare la sofferenza. Procurare la morte di malati terminali, bambini anormali, anziani che non "meritano" di vivere è una fuga di fronte alla paura della sofferenza, un rifiuto dell'impegno a fianco del malato, una scorciatoia per ridurre la spesa pubblica. La concezione della qualità della vita in termini di efficienza e il principio di autodeterminazione sono il terreno di coltura dell'eutanasia, sia come azione sia come omissione che per natura o nelle intenzioni procura la morte. Nel 2017 il confronto tra posizioni e sensibilità differenti è confluito nella legge 219 sulle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat), frutto di un lavoro parlamentare sofferto per molti aspetti.

La legge definisce "terapia sanitaria" (che può essere rifiutata) la somministrazione di acqua e cibo per via artificiale: questa posizione non vede concorde la comunità scientifica, in quanto vi sono casi in cui idratazione e nutrizione artificiali non sono trattamenti sanitari ma semplici atti di sostegno vitale. Un secondo aspetto riguarda l'amministratore di sostegno alla persona incapace che, in assenza di Dat, può decidere autonomamente anche la morte della persona che assiste. La norma dispone l'intervento del giudice solo qualora il medico non sia d'accordo con la decisione e abbia le risorse economiche e il tempo di ricorrere all'autorità giudiziaria per ottenere l'autorizzazione a proseguire le terapie. Il giudice tutelare attento ai diritti inviolabili e alla pari dignità di ogni uomo dovrebbe richiedere per questa persona, che non può esprimersi, un'indagine sulle sue convinzioni re-

ligiose e culturali, e non un semplice "giudizio obiettivo". C'è poi il punto nevralgico dell'obiezione di coscienza non prevista per il personale sanitario dinanzi a un paziente che abbia sottoscritto la volontà di non ricevere cure.

Nella pur discutibile legge sulle Dat non si rende lecita l'eutanasia. Tuttavia, per la forte pressione in questa direzione, la Corte Costituzionale ha chiesto di cambiare l'articolo 580 del codice penale sull'aiuto al suicidio e/o la stessa legge 219 entro il 24 settembre perché il diritto penale italiano «lascia prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione». Ha dunque invitato il Parlamento a colmare un presunto vuoto normativo, ma non è vero che con quest'articolo del codice penale manca la tutela delle scelte del malato intenzionato al suicidio: a isolare il malato è piuttosto la riduzione di quest'ultimo a peso. Si rischia di aprire una strada dirompente obbligando i medici a uccidere, o ad aiutare a farlo, che stravolgerebbe l'originaria missione di servizio della pratica medica alla vita di chi soffre. Prima di considerare se dare la morte a chi la chiede, si dovrebbero creare le condizioni affinché nessuno la domandi per disperazione e mancanza di aiuto.

Non si può escludere l'esperienza della sofferenza, ma riflettere con piena coscienza sulla morte come limite naturale dell'esistenza terrena aiuta a valorizzare ogni momento della vita. Il modo di intendere l'esistenza umana «che ne esprime la dignità e il valore e sottrae all'uomo il diritto di deciderne la fine» non vede nel termine della vita fisica la fine di tutto, ma un passaggio necessario verso la Risurrezione. Trovare la forza di concentrarsi sui beni ai quali si tiene, non impedire l'adempimento di doveri religiosi e morali e fissare lo sguardo su ciò che è eterno è la via per guardare al compiersi della volontà di Dio nella vita di ogni uomo. ●

L'enciclica *Evangelium Vitae* ricorda a tutti che farsi carico del malato inguaribile costituisce vera carità.