

EUTANASIA E PROFESSIONE MEDICA: LE RAGIONI DEL NO

ANTONIO G. SPAGNOLO

*Professore di Bioetica, Facoltà di Medicina e
chirurgia "A. Gemelli", Università Cattolica
"S. Cuore", Roma*

INTRODUZIONE

L'eutanasia, come deliberata azione (ma anche come omissione di un'azione dovuta) finalizzata ad anticipare la morte di un malato, ha assunto un ben preciso significato nell'odierno quadro culturale riconducibile, sostanzialmente, alla perdita o svuotamento di significato di quel particolare momento proprio della vita dell'uomo che è la fase finale, per cui l'uomo ritiene di doverne diventare l'arbitro, determinando in prima persona, per sé, o per altri di cui è responsabile, il momento della morte.

Alcune ragioni culturali sono alla base di questo atteggiamento, la prima delle quali è il rifiuto del concetto di emergenza-trascendenza della persona umana: la morte ha un senso soltanto se, pur privando l'uomo dei beni terreni, apre la speranza verso una vita più piena. Perciò l'incapacità di dare senso alla morte porta, da un lato, ad ignorarla e a bandirla dalla coscienza e dalla cultura, dall'altro ad escluderla come criterio veritativo e valutativo dell'esistenza quotidiana e ad anticiparla. La morte è perciò rifiutata: lo scientismo razionalista secondo il quale l'uomo sarebbe sorto per caso in un universo nato dal "caso" e dalla "necessità", ritiene immorale accettare la sofferenza quale male inutile e dovrebbe essere perciò evitato nelle società civilizzate, fornendo i mezzi per morire dolcemente e facilmente, in modo rapido e indolore ¹.

Nell'era industriale, poi, la ricerca dell'utilitarismo produttivistico e, conseguentemente, l'etica dell'edonismo, per la quale la morte e il dolore sono elementi di massimo disturbo, hanno determinato il tabù della morte e di tutto ciò che l'accompagna; da qui nasce la richiesta sociale di una medicina che assicuri il pieno benessere fisico, psichico e sociale ed anche la morte indolore.

Ma vi è anche un'altra ragione che ha portato alla richiesta dell'eutanasia, ed è la disumanizzazione-spersonalizzazione dell'assistenza sanitaria che la tecnologia biomedica può aver originato. Oggi, nelle sale di rianimazione e nei reparti di terapia intensiva, il personale medico ed infermieristico è portato, inevitabilmente, a prestare una maggiore attenzione alle apparecchiature a cui è connesso il paziente, piuttosto che al paziente stesso e alla sua umanità. Il paziente, perciò, si sente di fatto isolato, per cui è portato più facilmente a pensare a porre fine al suo stato piuttosto che continuare a ricevere quell'assistenza. La tecnologia medica, d'altra parte, dati i costi elevati,

risente sempre più del criterio costi/benefici, per cui la sua sospensione per motivi economici configura una vera e propria eutanasia sociale.

Di seguito ci soffermeremo principalmente su due aspetti: il primo è se esista mai il cosiddetto diritto a morire; il secondo, e più importante per il medico, è come la professione sanitaria potrebbe modificarsi se l'eutanasia venisse introdotta nella pratica medica.

ESISTE UN DIRITTO A MORIRE?

Gli avvenimenti in ambito internazionale (referendum sull'eutanasia in alcuni stati nord-americani, la proposta di risoluzione del Parlamento Europeo, legge approvata dalla *Lower House* del Parlamento olandese che depenalizza l'eutanasia ed altri ancora) hanno riproposto insistentemente la riflessione sul significato della volontà personale del paziente di chiedere al medico, quasi vi fosse un diritto a morire, l'anticipazione della morte.

Così, da parte di alcuni autori viene sostenuta, alla luce del più assoluto soggettivismo etico, la doverosità di riconoscere all'individuo il diritto "di porre fine ai propri giorni col suicidio o di chiedere di essere aiutato a morire", giustificando questo, paradossalmente, con il rispetto della dignità della persona.

Questo fatto mette in evidenza una certa tendenza attuale di alcuni gruppi sociali nel chiedere ciò che vogliono o di cui abbisognano in forma di diritto. Si è parlato di diritto alla salute o di diritto alle cure, di diritto all'educazione e di diritto al lavoro, di diritto alla *privacy* (comprendendo sotto questo termine gli ambiti più diversi: dal diritto all'aborto al diritto a guardare riviste pornografiche, dal diritto a suicidarsi al diritto ad avere rapporti sessuali contro natura), di diritto ad un ambiente pulito, di diritto a nascere e di diritto a non nascere. L'ultimo dei diritti sostenuti è appunto il "diritto a morire", motivato in parte dalle possibilità attuali della medicina di prolungare la vita.

Leon R. Kass, esaminando la fondazione filosofica e razionale di un tale diritto ne rilevava la contraddizione in questi termini: l'autonomia del soggetto non può arrivare ad annullare la fonte stessa della sua ragione di essere. Il diritto a morire, egli dice, si può giustificare solo all'interno del più assoluto irrazionalismo sostenuto da un soggettivismo etico ².

Sul piano giuridico, questo diritto si scontra con il principio della indisponibilità della vita umana che, se vale per terzi, a maggior ragione vale per la stessa persona. Anche dopo la sentenza della Corte Suprema USA circa il caso di *Nancy Cruzan* – la ragazza vissuta in stato vegetativo persistente per sette anni e lasciata morire dopo che la Corte aveva autorizzato la rimozione della gastrostomia utilizzata per la nutrizione e l'idratazione – siamo molto lontani dal poter ritenere che si sia trattato del riconoscimento del diritto a morire, come i mass-media hanno erroneamente riportato. Da quanto hanno avuto modo di precisare i giudici della Corte Suprema, quella sentenza ha inteso solamente affermare che il principio della “libertà di interesse” (*liberty interest*) nel rifiutare un trattamento medico non voluto, che una persona capace di esprimere un consenso (*competent*) ha costituzionalmente protetto, può essere inferito da sue precedenti disposizioni (la “libertà di interesse” è un termine tecnico che indica una libertà con un minor grado di protezione rispetto ad un “diritto fondamentale”, nel senso che quest'ultimo può essere limitato solo da un obbligo nei confronti di un interesse dello stato, mentre restrizioni del primo possono essere sostenute se esse non gravano indebitamente nell'esercizio di un tale interesse).

Sostenere un “diritto a morire”, conclude perciò Kass, conduce inevitabilmente a tre ordini di pericoli:

1. specialmente come diritto ad essere aiutati a morire o al suicidio assistito o all'eutanasia, tale diritto innesca l'obbligazione da parte di altri ad uccidere o ad aiutare a farlo. E anche se rifiutassimo di imporre un tale dovere, ma semplicemente permettessimo di farlo a coloro che lo condividono e lo accettano volontariamente, altereremmo drasticamente il compito della società, che è quello di difendere la vita di ogni cittadino;
2. vi può non essere più alcuna possibilità di controllare la pratica di coloro che consapevolmente e volontariamente chiedono di morire. La maggior parte delle persone che sono candidate alla morte assistita, affette da malattie, che sono particolarmente onerose in senso economico e personale, non sarà indenne da pressioni circa l'esercizio del loro “diritto”;
3. l'intima essenza della professione medica, che è quella di assistere e curare, ne risulterà permanentemente distrutta e con essa la fiducia del paziente e l'autocontrollo professionale. È questo un caso in cui la richiesta di accedere ad un presunto diritto personale mette in atto una dissoluzione del bene comune.

L'EUTANASIA E LA TRASFORMAZIONE DELLA PROFESSIONE MEDICA

Ma per i medici le ragioni del no all'eutanasia vanno ricercate nell'essenza stessa della professione medica. I recenti avvenimenti in ambito internazionale hanno riproposto insistentemente la riflessione sul ruolo del medico nel determinare la morte del paziente, quando questi lo richieda insistentemente a motivo della grave patologia di

cui sia affetto. Perché mai si richiede che sia un medico ad attuare l'eutanasia? Somministrare un farmaco letale non richiede la laurea in medicina: un infermiere, un familiare potrebbe attuare semplicemente un'azione di questo tipo. Invece, si richiede che sia proprio il medico a fare quest'azione e questo perché la società, come garanzia di tutela delle persone, riconosce giustamente solo al medico il compito di prendere certe decisioni che riguardano interventi sulla vita delle persone.

L'essenza della professione medica, invece, è quella di curare, di dare la vita, non di distribuire la morte; e d'altra parte la morte, come si è detto, non si configura mai come gesto medico. Dovere del medico è, invece, di astenersi da ogni accanimento terapeutico in relazione a trattamenti di comprovata inefficacia, che aumentino la sofferenza e che siano gravemente sproporzionati con i benefici; ugualmente, anche in fase terminale devono essere fornite al paziente tutte quelle cure appropriate (alimentazione, idratazione, cura delle ulcere, ecc.) tali da conservare per quanto possibile la qualità e la dignità della vita che si sta spegnendo: è così che viene salvaguardata la dignità della persona, che altrimenti morirebbe priva di quei conforti materiali, come l'alimentazione e l'idratazione, che possono rendere meno penoso il morire.

Del resto, in tutti i codici di deontologia medica si continua a rifiutare fortemente l'idea di un intervento da parte del medico che affretti intenzionalmente il processo naturale della morte. E lo ha ribadito anche recentemente la risoluzione sull'eutanasia dell'Associazione Medica Mondiale (WMA) adottata dalla 53ª Assemblea Generale di Washington nel 2002, riconfermando la posizione della WMA in materia, già espressa nella Dichiarazione sull'eutanasia adottata dalla sua Assemblea Generale di Madrid nel 1987, e nella Dichiarazione sul suicidio medicalmente assistito adottata dall'Assemblea Generale di Marbella nel 1992.

Nella Dichiarazione di Madrid si affermava che “l'eutanasia, intesa come atto che pone deliberatamente fine alla vita di un paziente, anche se richiesto da lui o dai suoi familiari, non è etica. Questo non impedisce però al medico di rispettare il desiderio del paziente di permettere che il naturale processo della morte segua il suo corso nella fase finale della malattia”. E nella Dichiarazione di Marbella si ribadiva che “il suicidio medicalmente assistito, al pari dell'eutanasia, non è etico e deve essere condannato dalla professione medica. Laddove, infatti, l'assistenza del medico è intenzionalmente e deliberatamente diretta a mettere il paziente nelle condizioni di porre fine alla sua vita, il medico agisce in modo non etico. Tuttavia, il diritto di rifiutare un trattamento medico è un diritto basilare del paziente e il medico, pertanto, non agisce in modo non etico se, rispettando un tale desiderio, ne derivasse la morte del paziente”.

Così nell'ultima Dichiarazione di Washington, avendo la WMA rilevato come la pratica dell'eutanasia attivamente

determinata con l'assistenza medica sia stata introdotta nelle leggi di alcuni stati, si è voluta "riaffermare la ferma convinzione che l'eutanasia sia in conflitto con i principi etici fondamentali della pratica medica". Pertanto la WMA ha voluto incoraggiare fortemente tutte le associazioni mediche nazionali ad astenersi dal partecipare all'eutanasia anche se le leggi nazionali la permettessero o la depenalizzassero ad alcune condizioni. E non si è trattato solo di un invito all'"obiezione di coscienza": la WMA ha meglio precisato in successivi incontri, nel corso del 2003, che è dovere dei medici svolgere un ruolo attivo nell'impedire che legislazioni di questo tipo vengano approvate o nell'abrogarle laddove in vigore.

Dunque, l'anticipazione della morte si configura come un gesto non medico né etico: non esiste nell'armamentario terapeutico l'anticipare la morte come terapia; si tratta piuttosto di una falsa soluzione al problema della sofferenza e del dolore nel malato grave. Eppure, nel recente passato, un decreto di Hitler sull'eutanasia (1939) assegnava "autorità ad alcuni medici, designati per nome, i quali potevano concedere l'eutanasia ai malati che fossero affetti da malattia incurabile, dopo un'accurata diagnosi delle loro condizioni".

È stato rilevato quale sia oggi la tentazione alla quale sono sottoposti i medici che, per la loro specifica professione, dovrebbero curare il malato anche nelle condizioni terminali più penose, e cioè quella di condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla, o peggio ancora di arrogarsi il potere di decidere chi debba vivere e chi debba morire.

Considerando lo svilimento morale a cui va incontro la professione medica quando si accetta la pratica anche di una sola eutanasia, Gonzalo Herranz, professore di deontologia medica alla Facoltà di Medicina dell'Università di Navarra, ha descritto quattro tappe dell'eclissi progressiva del rispetto per la vita e per la persona che avvengono nel medico laddove si abbandoni alla "tentazione" dell'eutanasia³.

Dare la morte all'uomo malato si configura infatti come una passione mortale che avvelena il cervello e il cuore del medico, il quale soccombe a questa fatale tentazione, si lascia trascinare in un vortice di violenza, in cui viene sempre meno il rispetto per la vita. La conseguenza è lo svilimento morale: una volta praticata la prima volta non potrà più cessare, in quanto viene a smarrirsi il senso di ciò che si sta commettendo. Smarrita la ragione viene a prevalere il "sentimento". L'arte medica risulta, così, sconnessa dalle sue virtù professionali (compassione, giustizia, prevenzione del dolore) che agevola ciecamente l'azione di uno "zelo mortale".

Così, una volta smarrite le finalità e le modalità proprie dell'atto terapeutico, ha inizio per il medico una vera e propria eclissi del rispetto per la vita. La prima volta che acconsente, sotto la pressione di un evento eccezionale, una situazione estrema, un paziente che reiteratamente la chiede, egli, timoroso, tremante, può con gran-

de dolore anticipare la morte del suo primo paziente. È in questo momento che comincia a venir meno – dice Herranz – "il suo rispetto massimo, verginale, per la vita". A questo punto, a meno che non recuperi, non senza fatica, la sua vocazione medica, comincerà a giustificarsi di fronte a tale pratica entrando in un vortice da cui non potrà più uscire.

In questa seconda tappa, rinnegata pubblicamente la sua obbligazione nei confronti della vita, egli giunge prima o poi alla considerazione drammatica che, forse, sono numerose altre le vite che non meritano di essere vissute. E così, grazie alle legislazioni permissive, alla giurisprudenza tollerante e all'opinione pubblica sempre più narcotizzata dai mass-media, da evento eccezionale l'eutanasia finisce col diventare un ricorso medico quasi ordinario, un'opzione terapeutica come un'altra, della quale parlare nei congressi medici, per la quale, come nel caso di altri interventi, alcuni medici sono d'accordo e altri no. Per di più, nell'immaginario collettivo l'eutanasia viene presentata come un intervento rapido e indolore, compassionevole, apparente risposta a quanto chiede il malato o i familiari, per di più con un ottimo rapporto costi/benefici, cosa non da poco oggi che si discute tanto anche dei problemi dell'allocazione delle risorse limitate in sanità.

La terza tappa è quella che nasce dalla tendenza paternalistica, sempre presente nel medico: se l'eutanasia è ritenuta un servizio a cui tutti hanno diritto, non potrà essere rifiutata a chi non è in grado di chiederla! In virtù del suo privilegio terapeutico, il medico assume la funzione di interprete del miglior interesse del malato di mente, dell'handicappato, del disabile, del paziente in stato vegetativo permanente, e dunque acquisisce potere discrezionale sulla loro vita.

Ma c'è una quarta, drammatica tappa ed è quella nella quale il medico, che considera l'eutanasia un atto virtuoso, finirà col pensare che il desiderio di alcuni pazienti gravemente malati di continuare a vivere è irrazionale e capriccioso, perché la vita in quelle condizioni è biologicamente detestabile, un peso sociale intollerabile, uno sperpero economico. Se il medico soccombe alla tentazione dell'eutanasia, conclude Herranz, sarà per lui molto difficile smettere di uccidere, in quanto "se è eticamente coerente con se stesso e crede che sta facendo qualcosa di buono, si vedrà obbligato [...] a praticare l'eutanasia a casi sempre più drammatici, a vite considerate prive di qualità".

E c'è una seconda, altrettanto grave conclusione nel discorso dell'autore, ed è che l'eutanasia finisce per essere intesa come una "impresa scientifica" che in realtà frena il progresso scientifico. Se, infatti, i medici si trovano a lavorare in un ambiente in cui sanno che è indifferente sia che curino i pazienti sia che li uccidano, non sono più stimolati a ricercare nuove terapie in numerose aree della medicina: per quali ragioni dovrebbero impegnarsi per approfondire i meccanismi dell'invecchiamen-

to, della degenerazione cerebrale, del cancro, e così via se si può fare l'eutanasia? Si tratta di una riflessione profonda, questa di Herranz, che tutti i medici dovrebbero considerare, indipendentemente dal loro credo religioso o dalla loro ideologia.

È EFFETTIVAMENTE L'EUTANASIA UNA BUONA MORTE?

In conclusione, domandiamoci allora se l'eutanasia possa mai essere considerata una buona morte, come il significato etimologico lascerebbe intendere. Il vero problema che si pone quando un paziente è gravemente malato o in evoluzione cronica della malattia è, in realtà, quello di eliminare le cause che possono portare alla richiesta dell'eutanasia. Di fronte all'alternativa o eutanasia o accanimento terapeutico vi è una terza via che è quella del prendersi cura del paziente. Arrivato ad una fase avanzata della malattia, probabilmente il medico può intervenire solo raramente per giungere ad una guarigione (*to cure*); spesso, però, può intervenire per alleviare le sofferenze (*to relieve*): oggi il controllo del dolore ha raggiunto livelli elevatissimi. Ma il medico può sempre prendersi cura (*to care*) di lui, per cui non si può mai dire che non ci sia più niente da fare: si tratta di trovare la cosa giusta da fare e

in questo consiste l'etica del prendersi cura. Accompagnare il malato con la cura, il sollievo, l'aiuto proporzionato, il conforto spirituale è espressione di solidarietà.

Certamente, può essere molto più facile anticipare la morte del paziente, credendo di rispettare così la sua dignità, mentre è più difficile stargli vicino, impegnare il proprio tempo e la propria responsabilità: un malato che chiede di morire forse vuole solamente chiudere con un mondo che lo ha abbandonato.

Si tratta, dunque, di prevenire la richiesta dell'eutanasia attraverso le cure palliative e la terapia del dolore, attraverso modalità più umane di assistenza come l'*hospice* o l'assistenza domiciliare, attraverso il riferimento ad una carta dei diritti del malato in cui paziente, famiglia ed équipe assistenziale possono ritrovare dei punti fermi e condivisi ⁴.

Bibliografia

- ¹ Monod J. *Il caso e la necessità*. Milano: Mondadori 1970.
- ² Kass LR. *Is there a right to die?* Hastings Center Report 1993;23(1):34-43.
- ³ Herranz G. *Il dramma dell'eutanasia*. L'Osservatore Romano, 30 Aprile 1995.
- ⁴ Spagnolo AG. *Eutanasia: le ragioni del no*. In: Gensabella Furnari M, ed. *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica del morire/2*. Soveria Mannelli (CZ): Rubbettino 2003:83-99.

