

PERCHÉ IL MEDICO DOVREBBE DIRE SÌ ALL'EUTANASIA

Focus on

FRANCO TOSCANI

Direttore Scientifico,
Istituto di Ricerca in Cure Palliative Maestroni,
Cremona

Anche in Italia, così come da tempo sta avvenendo in altri paesi d'Europa e del mondo, sta crescendo il dibattito sull'eutanasia. Questo tema è stato trattato in numerosi convegni, ad esempio quello recentemente tenutosi a Milano e organizzato dal Comitato per l'Etica di Fine Vita presso la Fondazione "Floriani"; su riviste quali *Bioetica*, *Rivista interdisciplinare*, che le ha dedicato un intero numero ¹, spesso compaiono articoli ed interventi di alto livello e le pagine di medicina e cultura di molti quotidiani ospitano articoli e notizie al riguardo. Già da alcuni anni il filosofo Demetrio Neri ha dato alle stampe un interessante ed esauriente volume dal titolo, appunto, *Eutanasia* ², e diversi testi di argomento etico ne presentano un'ampia trattazione ³⁻⁵.

In via preliminare è bene chiarire subito che con "eutanasia" si intende qui la pratica con cui intenzionalmente si accorcia la vita di un malato inguaribile che si trova in fase terminale e che ne fa consapevole richiesta. Quando si parla oggi di eutanasia si intende quindi l'"eutanasia volontaria": il paziente conosce la diagnosi, si rende conto di essere prossimo alla morte e chiede di essere aiutato ad anticiparla, non accettando più che il decorso della malattia devasti la propria vita. Questa definizione esclude, pertanto, la richiesta di morte del depresso, di chi è in preda a smodate emozioni, di chi vuole in questo modo chiedere aiuto o comunicare la propria sofferenza, l'uccisione di persone malate o disabili senza o contro il loro consenso. Un medico che si sia occupato di malati terminali sa che talvolta, sia pure raramente, questa richiesta è lucida, consapevole e pienamente motivata.

Tutti noi, nell'esercizio della medicina, se abbiamo avuto la pazienza di capire e la disponibilità a comunicare col malato, abbiamo incontrato alcuni casi tragici, persone che, nonostante la nostra dedizione e le migliori cure disponibili, rifiutavano i giorni che la malattia concedeva loro di vivere. Forse un tempo queste richieste, per pudore, per rispetto, per timore di essere mal considerati, o forse per ignoranza della propria condizione, erano più rare. Oggi essere informati è un diritto riconosciuto ai malati non solo dalla legge, ma anche da ogni codice morale, compreso quello Deontologico ⁶ della nostra professione, e nascondere ciò che concerne salute e vita è atto illecito, moralmente e giuridicamente (si pensi all'obbligatorietà del cosiddetto "consenso informato" per gli

atti medico-diagnostici). Probabilmente è in crescita il numero di chi, conoscendo la diagnosi e la prognosi, manifesta tale volontà e forse è per questo che solo oggi ci si interroga sulla legalizzazione dell'eutanasia.

Alcuni sostengono che quello dell'eutanasia sia un falso problema: le cure palliative sono spesso in grado di controllare la maggior parte delle sofferenze di un malato alla fine della vita e quindi il paziente ben palliato non avrebbe motivo di avanzare la richiesta di anticipare la morte. Le cure palliative svuoterebbero dall'interno la pratica dell'eutanasia e la renderebbero di fatto inutile.

Ho dedicato l'intera mia vita professionale alla palliazione e sono certo che le cure palliative rappresentano un grande progresso della medicina, non solo a livello etico e sociale, ma anche scientifico. Esse sono infatti riuscite a sviluppare efficaci mezzi per controllare il dolore fisico ed i sintomi, e una équipe multidisciplinare di cure palliative riesce spesso a mitigare anche altri tipi di sofferenza e mi unisco a chi chiede con forza la loro implementazione.

Tuttavia, esse non sono assolutamente in grado di azzerrare il problema dell'eutanasia. E questo per almeno due ragioni: innanzitutto non sempre è possibile alleviare il dolore terminale e molti sintomi fisici non rispondono alle terapie; e perché altre forme di sofferenza (psicologica, sociale, spirituale) spesso, per loro natura indissolubilmente legate alla personalità, alla storia, al carattere della persona, non sono affatto dominabili neppure con la miglior assistenza e sollecitudine. Recenti ricerche empiriche, infatti, confermano che anche tra chi è assistito dai migliori servizi di cure palliative, continuano ad essere avanzate richieste di eutanasia ⁷. Anzi, forse perché la palliazione tende a mettere il paziente a proprio agio e presta grande attenzione alle sue richieste, il malato si sente più libero di esprimersi e di chiedere che la sua morte possa essere anticipata.

Le cure palliative non sono alternative all'eutanasia, e l'eutanasia non è la negazione di esse. Non si deve pensare che al malato debba essere posta l'*aut-aut* "o le cure palliative o l'eutanasia": questa dovrebbe essere una delle possibili opzioni, certamente tra le più gravi e delicate, ma in ogni modo una possibilità non demonizzata né ostracizzata ⁸. Se le cure palliative hanno successo, certamente il malato non si sognerà di chiedere di mori-

re, ma se per qualsiasi motivo la sua vita fosse per lui inaccettabile, allora l'opzione eutanasi dovrebbe essergli disponibile.

Recentemente l'*European Association for Palliative Care* ha stimolato un vasto dibattito su questo argomento ed alcune voci hanno cominciato a levarsi a difesa di questa tesi⁹.

Può darsi, come qualcuno insiste ad osservare nonostante i risultati di ogni ricerca al riguardo, che quando ogni persona potrà accedere a cure di alta qualità, i casi di richiesta di eutanasia saranno così pochi da essere pressoché irrilevanti.

Ma irrilevanti per chi? Non certo per l'interessato. D'altra parte, molte patologie sono ancor più rare della richiesta di eutanasia, ma nessuno si sognerebbe di affermare che, essendo poche, non si debbano prendere in considerazione e non curarle! L'eventuale liceità o illiceità morale dell'eutanasia è indipendente dal numero di casi e prescinde dal numero di richieste. Se quello di morire con dignità è un "diritto" di ciascuno, esso va rispettato anche se la richiesta fosse una soltanto.

La violazione di un diritto proprio della persona è sempre un fatto gravissimo e non deve mai essere sottovalutata. Certamente quando avviene nei confronti di un gran numero di individui, essa aumenta in gravità, tanto da diventare, in certi casi, crimine contro l'umanità; ma anche una singola violazione resta un crimine inaccettabile.

Il problema è a monte: la possibilità o meno di soddisfare la richiesta di anticipare la morte non dipende dalla "rarietà" con cui si presenta il caso, ma dall'essere l'eutanasia moralmente lecita oppure no.

Al riguardo ci sono posizioni profondamente diverse.

Il magistero della chiesa cattolica, in accordo con la tradizione ebraica¹⁰ ed islamica (anche se né i testi sacri ebraici né i cristiani contengono giudizi espliciti al riguardo)^{11 12}, afferma che non è *mai* lecito interrompere il processo vitale perché la vita è sacra, l'uomo l'ha ricevuta da Dio in una sorte di "usufrutto" e non ha la facoltà di disporne¹³.

In verità, questa posizione non è condivisa da tutti i cristiani: alcuni cattolici¹⁴ e molti protestanti¹⁵ sostengono che Dio abbia affidato all'uomo il pieno possesso (e la responsabilità) anche della vita biologica, per cui, in alcune circostanze tragiche, può essere lecito anticipare la morte. Non tutte le prospettive religiose, quindi, portano necessariamente a vietare l'eutanasia e lo scontro tra le diverse posizioni non avviene tra laici e credenti, o, quantomeno, tra laici e cattolici. La divergenza è radicata altrove e riguarda i diversi modi di interpretare il ruolo dell'uomo nel mondo.

In ogni modo, certamente per chi, come me, ha una prospettiva "secolare" e non religiosa dell'esistenza, non vedo perché dovrebbe continuare a vivere anche quando la vita avesse definitivamente perso ogni gusto. Gli argomenti a favore della liceità dell'eutanasia sono pochi e semplici: la vita è di chi la vive e, se e quando egli ritenesse che

vivere fosse peggio che non vivere, è suo diritto interromperla. E, ove non fosse, per qualsiasi motivo, capace di suicidarsi, gli sia concesso di farsi aiutare da qualcuno che accetti di farlo, possibilmente il suo medico, qualcuno che sappia come farlo morire dolcemente, senza che questi debba finire in galera!

Ciò che di nuovo è avvenuto negli ultimi decenni e che sta cambiando il giudizio etico sui problemi concernenti il morire, che una lunga tradizione aveva dato per immutabile, è, in gran parte, il progresso della medicina.

Infatti, oggi possiamo disporre sia di diagnosi ragionevolmente sicure, che ci permettono di prevedere quale sarà il decorso della malattia, sia "sostenere" più efficacemente il processo vitale. I farmaci e gli interventi dei quali oggi disponiamo, però, se da un lato ci permettono di prolungare il decorso di molte malattie e di cronicizzare patologie altrimenti rapidamente letali, sono anche in grado, in certe situazioni, di prolungare ad oltranza l'agonia, di mantenere i malati in una vita che più nulla ha di desiderabile e che chiunque vorrebbe ad ogni costo evitare, qualcuno anche chiedendo l'anticipazione della morte. Consideriamo ad esempio la sclerosi laterale amiotrofica (SLA): è certo che il malato andrà incontro a paralisi respiratoria completa e morirà per soffocamento dopo una lunga e tremenda agonia. La ventilazione meccanica potrà rimandare questa morte per qualche tempo, ma a costo di ulteriori sofferenze e disagi, certamente non migliorando, bensì peggiorando, la qualità della vita del malato.

Le cure palliative, nel tentativo di restare equidistanti dall'accelerare o ritardare la morte, hanno proposto la sedazione farmacologica profonda, in modo da risparmiare al malato la morte per soffocamento. Questa tecnica, nonostante probabilmente anticipi il decesso, è ben accettata dai medici e dai moralisti avversi all'eutanasia, in quanto consentirebbe al malato di morire in modo "naturale". In questo caso sarebbe la malattia ad uccidere (è la natura che "agisce"), non il medico (che si limita a "lasciare accadere"). Tuttavia, come affermano alcuni, in realtà la morte "naturale" non esiste più: essa avviene sempre attraverso decisioni, per lo più mediche, e quindi è "decisa". Carlo Alberto Defanti ha sostenuto che la sedazione terminale sia una forma di eutanasia mascherata¹⁶, e credo che su questo abbia ragione. Senza volere entrare nella questione specifica della distinzione tra fare e non fare (se l'usare il corso previsto della natura non sia una forma di "fare"), resta il fatto che sapendo il decorso tragico non si dovrebbe negare al malato di decidere quanto sopportare e fin quando. Un malato di SLA, ad esempio, potrebbe accettare di vivere sino a che permangono determinate condizioni minime, ma ove queste cessassero di esistere, dovrebbe avere la possibilità di scegliere di morire.

Quanti sostengono l'illiceità dell'eutanasia, in ogni modo, hanno ben presente l'orrore dell'accanimento terapeutico, e nel tentativo di mantenere l'una senza ammettere

l'altro, hanno riproposto alcuni strumenti etici tradizionali, quali la distinzione tra mezzi ordinari/proporzionati e straordinari/sproporzionati, ed il cosiddetto "principio del duplice effetto".

Non voglio entrare nella confutazione specifica di questi argomenti, che altri hanno fatto meglio di quanto potrei fare io¹⁷⁻¹⁹: anche questi non sono privi di gravi debolezze intrinseche e a molti, in certi casi, possono perfino apparire dei sofismi.

Un argomento apparentemente più convincente è il seguente: ammesso pure che l'eutanasia sia giusta in sé, non è cosa che riguarda il medico il cui compito è quello di aiutare la vita e non dare la morte.

Ma è proprio vero che il compito del medico sia solo aiutare la vita biologica? Non è invece quello di fare il bene della persona malata, intervenendo (usando la sua specifica preparazione professionale) sulla sua componente biologica? Forse che il medico deve aiutare (e mantenere) la vita senza considerare le scelte della persona? Io credo invece che dovere del medico sia cercare di ottenere una salute basata sulla qualità della vita che il malato riconosce come tale e quindi rispettare la soggettività delle persone che si affidano a lui. E se il suo malato, prossimo alla morte, inguaribile e sofferente, vuole concludere la propria vita con dignità, quale altro modo può avere per aiutare il suo "progetto di vita" se non accontentandolo?²⁰

Alcuni temono che aprire all'eutanasia porterebbe ad una generale perdita di fiducia nei confronti della classe medica. Al contrario, io penso che i pazienti, invece, acquisterebbero maggiore fiducia sapendo che non perderebbero mai il controllo sulla propria vita. In quest'ottica, forse i suicidi sono da considerarsi come un fallimento della nostra azione sanitaria, come scrisse prima di morire Percy Briggman, premio Nobel per la fisica nel 1946; colpito da malattia incurabile, si tolse la vita nel '69 biasimando il sistema sanitario ed i medici che, negandogli la possibilità di ottenere la morte quando lo avesse ritenuto opportuno, lo costringevano ad un atto duro e prematuro, da compiersi intanto che ne aveva ancora la capacità fisica.

Contro l'eutanasia, infine, è stato sostenuto che il renderla lecita in casi giustificati avrebbe portato a renderla lecita anche in casi ingiustificati, ad esempio per chi non l'avesse richiesta o non fosse stato in condizioni terminali.

A mio avviso, si tratta di profeti di sventura. Ogni volta infatti che avviene un importante cambiamento negli usi e costumi tradizionali, si levano questi tipi di profezie: lo è stato per l'abolizione della schiavitù, per la dichiarazione dei diritti dell'uomo, per i diritti delle donne, per il divorzio e per l'aborto. Questo *slippery slope*, questo piano inclinato scivoloso non ha alcun motivo di realiz-

zarsi, se non, forse, quando una società civile e democratica non definisce regole chiare e certe²¹.

Non esistendo argomenti contro l'eutanasia né sul piano etico generale né su quello della morale medica, ritengo che sia opportuna e necessaria una legge in proposito, per garantire alle persone l'esercizio dei diritti fondamentali di autodeterminazione, e per salvaguardare il medico dalle sanzioni penali che di fatto oggi rischia ogni volta che aiuta il malato a morire, anche solo e semplicemente "astenendosi" dall'accanimento terapeutico.

Come dovrebbe essere questa legge, è materia di diritto e di politica, e potrebbe essere argomento di ulteriore dibattito.

Bibliografia

- Bioetica: Rivista Interdisciplinare. Vol. 11, n. 2. Zadig: giugno 2003.
- Neri D. *Eutanasia. Valori, scelte morali e dignità delle persone*. Roma-Bari: Laterza 1995.
- Lecaldano E. *La fine della vita umana ed il riconoscimento di un diritto a morire*. In: Lecaldano E, ed. *Bioetica: le scelte morali*. Roma-Bari: Laterza 1999;Cap II:49-132.
- Mori M. *Sulla distinzione tra eutanasia e sospensione delle terapie*. In: Savoldi V, ed. *Oltre l'eutanasia e l'accanimento. Politica, scienza e morale*. Bologna: Edizioni Dehoniane 1991:125-81.
- Borsellino P. *Bioetica tra autonomia e diritto*. Milano: Zadig 1999:71-89.
- F.N.O.M.C.e.O. (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri). *Codice di Deontologia Medica*. Approvato dal Comitato Centrale il 3 ottobre 1998. Pubblicazione a cura degli Ordini Provinciali dei Medici, 1998.
- Seale C, Addington-Hall J. *Euthanasia: the role of good care*. *Soc Sci Med* 1995;40(5):581-7.
- Mori M. *Bioetica. 10 temi per capire e discutere*. Milano: Bruno Mondadori 2002.
- Mori M. *From Italy*. *Palliative Medicine* 2003;2:117-8.
- Jakovovits I. *Jewish medical ethics*. New York: Philosophical Library 1959:123-5.
- Stoffel B. *Voluntary euthanasia, suicide and physician-assisted suicide*. In: Khuse H, Singer P, eds. *A companion to bioethics*. Oxford: Oxford University Press 2001:272-9.
- Daube D. *The linguistic of suicide*. *Philosophy and Public Affairs* 1972;1/4:387-473.
- Pocar V. *Perché i cattolici italiani sono contro la Carta dell'autodeterminazione? Risposta ad alcune critiche*. *Bioetica* 2000;2:319-29.
- Küng H. *Della dignità del morire*. Milano: Rizzoli 1996.
- Chiesa Evangelica Valdese. *L'eutanasia ed il suicidio assistito*. Documento n. 3. Riforma, 1998; n. 16 (17 aprile).
- Defanti CA. *Vivo o morto? La storia della morte nella medicina moderna*. Milano: Zadig 1999.
- Rachels J. *Alla fine della vita*. Torino: Sonda Ed. 1986.
- Ewin RE. *What is wrong with killing people?* *Philosophical Quarterly* 1972;22:126-39.
- Khuse E. *The sanctity-of-life doctrine in medicine: A critique*. Oxford: Oxford University Press 1987.
- Mori M. *Dal vitalismo medico alla moralità dell'eutanasia*. *Bioetica. Rivista interdisciplinare* 1999;1:109-23.
- Walton D. *Slippery slope arguments*. Oxford: Oxford University Press 1992.