

## PARTE LA CAMPAGNA PER “LA MORTE A RICHIESTA”

Il 20 aprile l'Associazione Luca Coscioni ha depositato presso la Cassazione un quesito referendario per legalizzare l'eutanasia nel nostro Paese con l'abrogazione dell'articolo 580 del Codice Penale («Istigazione o aiuto al suicidio»). Se il quesito fosse ritenuto ammissibile, partirebbe la raccolta delle firme per giungere a una consultazione popolare sulla “dolce morte”.

Di fronte a questa iniziativa **che condanna a morte i “più fragili della società”** (cfr. esperienza olandese), essendo l'eutanasia una formidabile pressione sulle persone vulnerabili, essendo il malato o l'anziano o il grave portatore di handicap libero solo formalmente poiché vive condizioni di totale debolezza psicologica, emotiva ed esistenziale, **chi ama l'uomo** ha il dovere di divenire “ambasciatore della vita” approfondendo l'argomento.

Il punto di riferimento per la nostra riflessione sarà la Lettera “Samaritanus bonus”.

### **Samaritanus bonus**

“Samaritanus bonus” è un Documento della Congregazione per la Dottrina della Fede, pubblicato lo scorso settembre. Riguarda, come attesta il sottotitolo, la “cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita”. Esamineremo il primo e il quinto punto lasciando a ciascuno di voi l'impegno di leggere il testo integrale della Lettera.

### **Prendersi cura del prossimo**

La Lettera indica nel Buon Samaritano evangelico il modello esemplare per chi assiste o accompagna un malato in fase terminale. E, qui, è opportuno, per assumere comportamenti idonei chiarire due concetti. *Il malato terminale è “inguaribile”*; cosa significa? Vuol dire che è affetto da una patologia cronico-degenerativa che nessuna terapia è in grado arrestare; di conseguenza la sua prognosi di vita è limitata nel tempo. *Ma pur inguaribile, non è un “incurabile”*. Pertanto va curato, cioè assistito e accudito, essendo “la cura” l'insieme dei provvedimenti di ordine medico, psicologico, assistenziale e anche affettivo che custodiscono la situazione psicofisica del sofferente nella condizione migliore fino alla morte. In altre parole, possiamo definire questo accompagnamento, il “farsi carico” globalmente del malato come fece il buon

samaritano con lo sventurato che soccorre. Ciò richiede di sostenere il malato con una presenza rassicurante: ascoltandolo e consentendogli di esprimere le emozioni e l'angoscia per l'avvicinarsi della morte e infine consolarlo, evitando però parole falsamente rassicuranti. Molti che assistono questi sofferenti, affermano che quando si attua questa tipologia di accompagnamento, nessuno chiede più di morire; anzi nasce un maggiore attaccamento alla vita. Ebbene, accompagnare l'ammalato nell'ultimo tratto dell'esistenza, alleviandogli il dolore, comunicandogli che si desidera la sua presenza fino all'ultimo, pronti a lottare insieme è un atto raffinatamente umano e sociale.

Nella "cura" rientrano sia l'alimentazione che l'idratazione per via enterale o parenterale da provvedere anche ai pazienti che versano in condizioni molto gravi. La nutrizione e l'idratazione sono "sostegni vitali" sia per il sano che per il malato, dunque atti dovuti eticamente, deontologicamente e giuridicamente, che non smarriscono tale qualifica in base al mezzo utilizzato per assumerli. Se questi fossero sospesi, il paziente morirebbe non a causa della malattia ma per la sottrazione, appunto, dei mezzi di ordinaria sussistenza. Emblematica fu la vicenda della giovane lecchese Eluana Englaro, malata in stato vegetativo, cui il Tribunale su sollecitazione del padre, staccò il sondino naso-gastrico che la nutriva. Tutto ciò va attuato con un'attenzione: sospendere le sostanze nutrienti e i liquidi fisiologici quando non producono giovamento al paziente poiché il suo organismo non è più in grado di assorbire e di metabolizzare. Il prosieguo di questi atti si tramuterebbe in accanimento terapeutico, vale a dire il voler posticipare la morte mediante interventi inutili, penosi e sproporzionati in relazione all'obiettivo.

### **L'insegnamento del Magistero**

La Lettera condanna al punto 5 sia "l'eutanasia" che il "suicidio assistito". La prima è l'azione o l'omissione che per sua natura, o nelle intenzioni, procura la morte. E' "attiva" quando si somministrano sostanze che causano il decesso; è "passiva" quando sono negate terapie ordinarie e proporzionate alla situazione. Il secondo, cioè il suicidio assistito, è l'azione che pone termine alla propria esistenza mediante l'auto-somministrazione di dosi letali di farmaci. L'unica differenziazione tra i due atti riguarda chi lo compie: nell'eutanasia è l'operatore sanitario; nel suicidio assistito è il malato con l'aiuto offerto da medici o infermieri. A livello etico la valutazione è equivalente essendo quella

del sanitario sempre una collaborazione. Pertanto il suicidio assistito differisce solo formalmente dall'eutanasia, dato che in entrambi i casi la finalità e l'esito sono identici. Nei Paesi che hanno ratificato l'eutanasia, la prima tappa fu il suicidio assistito per poi giungere, con il trascorrere del tempo, a legiferare sulla "dolce morte".

La tipologia d'intervento che consente di "morire con dignità", ricorda la Lettera, sono le **Cure Palliative**. Facendo propria la visione olistica della medicina che accosta la persona nella sua totalità unificata di spirito e di corpo, le cure palliative offrono al malato terminale una terapia globale (total care) con risultati sorprendenti, essendo un ottimo ausilio per reggere l'oppressione delle sofferenze nelle fasi pre-terminali e terminali della vita. Il vocabolo "palliativo", deriva dal termine latino "pallium" che indica il mantello di lana indossato dai pastori coprendoli totalmente. Le cure palliative sono "un mantello" che avvolge il malato e la sua famiglia. Un eloquente esempio è offerto da san Martino di Tours, vescovo del IV secolo, che di fronte a un povero tremante per il freddo, non avendo nulla da offrirgli, tagliò in due con la spada il mantello che indossava, donandone la metà all'indigente. Metaforicamente l'episodio suggerisce gli obiettivi delle cure palliative: il santo, pur non avendo eliminato la causa del disagio, cioè la povertà, coprendo quell'uomo lo protesse, mitigando il suo malessere. Anche le cure palliative non estinguono la patologia, cioè la causa della situazione di sofferenza, ma leniscono efficacemente il dolore, migliorano la qualità della vita, curano la persona interamente e totalmente, la liberano dallo scoraggiamento, dall'isolamento, dalla chiusura affinché attenda serenamente il naturale decorso della malattia. Si ritiene che ogni anno, in Italia, 250mila persone dovrebbero essere accompagnate da un approccio palliativo, ma la maggioranza della popolazione ignora queste cure o non sa come accedervi. L'augurio e l'auspicio è che si possa, nonostante le risorse limitate, ampliare gli interventi palliativi, poiché l'autentico dramma dell'ammalato in fase terminale è che questa cura, nel nostro Paese, è notevolmente inadeguata e spesso assente.

## **Due conclusioni e una domanda**

1. L'Associazione Coscioni ha denominato questa nuova campagna: "Se anche tu vuoi essere libero fino alla fine". Ma, l'eutanasia e il suicidio assistito, non riguardano unicamente e primariamente la libertà dell'individuo trattandosi di

eventi sociali, dal momento che l'omicidio di una persona ha conseguenze anche sulla vita degli altri e la morte assistita può spingere altri a richiederla. Infine, l'offerta dell'eutanasia, crea una domanda inarrestabile come è avvenuto e sta avvenendo in Olanda.

2. Pare davvero, come sostenne Oriana Fallaci, che l'Occidente sia più innamorato della morte che della vita e quindi più della tolleranza individualista che del sacrificio caritatevole; per questo il nostro è un chiaro "no" all'eutanasia e alla cultura di morte.

È più semplice legiferare sulle DAT, sul suicidio assistito, sull'eutanasia o "spaccarsi la schiena" affinché neppure un malato nella fase terminale della vita sia trascurato e nessuna famiglia abbandonata?

Don Gian Maria Comolli