

Io, Welby e la morte

Carlo Maria Martini

Il Sole 24 Ore

21 gennaio 2007

Con la festa dell'Epifania 2007 sono entrato nel ventisettesimo anno di episcopato e sto per entrare, a Dio piacendo, anche nell'ottantesimo anno di età. Pur essendo vissuto in un periodo storico tanto travagliato (si pensi alla Seconda guerra mondiale, al Concilio e postconcilio, al terrorismo eccetera), non posso non guardare con gratitudine a tutti questi anni e a quanti mi hanno aiutato a viverli con sufficiente serenità e fiducia. Tra di essi debbo annoverare anche i medici e gli infermieri di cui, soprattutto a partire da un certo tempo, ho avuto bisogno per reggere alla fatica quotidiana e per prevenire malanni debilitanti. Di questi medici e infermieri ho sempre apprezzato la dedizione, la competenza e lo spirito di sacrificio. Mi rendo conto però, con qualche vergogna e imbarazzo, che non a tutti è stata concessa la stessa prontezza e completezza nelle cure. Mentre si parla giustamente di evitare ogni forma di "accanimento terapeutico", mi pare che in Italia siamo ancora non di rado al contrario, cioè a una sorta di "negligenza terapeutica" e di "troppo lunga attesa terapeutica". Si tratta in particolare di quei casi in cui le persone devono attendere troppo a lungo prima di avere un esame che pure sarebbe necessario o abbastanza urgente, oppure di altri casi in cui le persone non vengono accolte negli ospedali per mancanza di posto o vengono comunque trascurate. È un aspetto specifico di quella che viene talvolta definita come "malasanità" e che segnala una discriminazione nell'accesso ai servizi sanitari che per legge devono essere a disposizione di tutti allo stesso modo.

Poiché, come ho detto sopra, infermieri e medici fanno spesso il loro dovere con grande dedizione e cortesia, si tratta perciò probabilmente di problemi di struttura e di sistemi organizzativi. Sarebbe quindi importante trovare assetti anche istituzionali, svincolati dalle sole dinamiche del mercato, che spingono la sanità a privilegiare gli interventi medici più remunerativi e non quelli più necessari per i pazienti, che consentano di accelerare le azioni terapeutiche come pure l'esecuzione degli esami necessari.

Tutto questo ci aiuta a orientarci rispetto a recenti casi di cronaca che hanno attirato la nostra attenzione sulla crescente difficoltà che accompagna le decisioni da prendere al termine di una malattia grave. Il recente caso di P.G. Welby, che con lucidità ha chiesto la sospensione delle terapie di sostegno respiratorio, costituite negli ultimi nove anni da una tracheotomia e da un ventilatore automatico, senza alcuna possibilità di miglioramento, ha avuto una particolare risonanza. Questo in particolare per l'evidente intenzione di alcune parti politiche di esercitare una pressione in vista di una legge a favore dell'eutanasia. Ma situazioni simili saranno sempre più frequenti e la Chiesa stessa dovrà darvi più attenta considerazione anche pastorale.

La crescente capacità terapeutica della medicina consente di protrarre la vita pure in condizioni un tempo impensabili. Senz'altro il progresso medico è assai positivo. Ma nello stesso tempo le nuove tecnologie che permettono interventi sempre più efficaci sul corpo umano richiedono un supplemento di saggezza per non prolungare i trattamenti quando ormai non giovano più alla persona.

È di grandissima importanza in questo contesto distinguere tra eutanasia e astensione dall'accanimento terapeutico, due termini spesso confusi. La prima si riferisce a un gesto che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte; la seconda consiste nella «rinuncia ... all'utilizzo di procedure mediche sproporzionate e senza ragionevole speranza di esito positivo» (Compendio Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 471). Evitando l'accanimento terapeutico «non si vuole ... procurare la morte: si accetta di non poterla impedire» (Catechismo della Chiesa Cattolica, n.2.278) assumendo così i limiti propri della condizione umana mortale.

Il punto delicato è che per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare a una regola generale quasi matematica, da cui dedurre il comportamento adeguato, ma occorre un attento discernimento

essere trascurata la volontà del malato, in quanto a lui compete — anche dal punto di vista giuridico, salvo eccezioni ben definite — di valutare se le cure che gli vengono proposte, in tali casi di eccezionale gravità, sono effettivamente proporzionate.

Del resto questo non deve equivalere a lasciare il malato in condizione di isolamento nelle sue valutazioni e nelle sue decisioni, secondo una concezione del principio di autonomia che tende erroneamente a considerarla come assoluta. Anzi è responsabilità di tutti accompagnare chi soffre, soprattutto quando il momento della morte si avvicina. Forse sarebbe più corretto parlare non di «sospensione dei trattamenti» (e ancor meno di «staccare la spina»), ma di limitazione dei trattamenti. Risulterebbe così più chiaro che l'assistenza deve continuare, commisurandosi alle effettive esigenze della persona, assicurando per esempio la sedazione del dolore e le cure infermieristiche. Proprio in questa linea si muove la medicina palliativa, che riveste quindi una grande importanza.

Dal punto di vista giuridico, rimane aperta l'esigenza di elaborare una normativa che, da una parte, consenta di riconoscere la possibilità del rifiuto (informato) delle cure — in quanto ritenute sproporzionate dal paziente — , dall'altra protegga il medico da eventuali accuse (come omicidio del consenziente o aiuto al suicidio), senza che questo implichi in alcun modo la legalizzazione dell'eutanasia. Un'impresa difficile, ma non impossibile: mi dicono che ad esempio la recente legge francese in questa materia sembri aver trovato un equilibrio se non perfetto, almeno capace di realizzare un sufficiente consenso in una società pluralista.

L'insistenza sull'accanimento da evitare e su temi affini (che hanno un alto impatto emotivo anche perché riguardano la grande questione di come vivere in modo umano la morte) non deve però lasciare nell'ombra il primo problema che ho voluto sottolineare, anche in riferimento alla mia personale esperienza. È soltanto guardando più in alto e più oltre che è possibile valutare l'insieme della nostra esistenza e di giudicarla alla luce non di criteri puramente terreni, bensì sotto il mistero della misericordia di Dio e della promessa della vita eterna.

Si dà la morte anche omettendo le cure

La replica del vescovo presidente della Pontificia Accademia per la Vita all'articolo del cardinale Carlo Maria Martini su "Il Sole 24 Ore" del 21 gennaio 2007. Dal "Corriere della Sera" del 23 gennaio 2007

di Elio Sgreccia

Leggere gli scritti del cardinale Carlo Maria Martini è stata per me sempre un'attrattiva e, nel caso dei commenti alla Bibbia, l'ho sentito come un dovere ripagato sempre da una soddisfazione spirituale. Lo scritto che ho letto sul Sole 24 Ore di domenica scorsa mi obbliga a un commento nell'intento di continuare il dialogo.

Un dialogo a partire, come suggerisce in sostanza il cardinale Martini, dal bene del paziente, al quale dobbiamo guardare tutti con impegno, senza «negligenze terapeutiche» e con «un supplemento di saggezza», quando si tratta di giudicare l'appropriatezza e accettabilità delle terapie.

Proprio in questo spirito di «attento discernimento» occorrerebbe, a mio avviso, distanziarsi dal caso Welby, che non ha consentito un dibattito improntato alla serenità, né al dialogo positivo tra medico e paziente, a motivo di quella politicizzazione forzata e ideologicamente condizionata che è stata imposta.

È meglio parlare in generale del paziente in condizioni gravi e di terapie appropriate nella fase critica. In questo contesto vorrei fare, anzitutto, una precisazione sullo scritto del cardinale Martini a proposito della definizione di eutanasia. Il cardinale propone una definizione in questi termini: «Un gesto che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte». Ora questa definizione risulta, secondo il mio parere, insufficiente, perché riguarda soltanto la cosiddetta eutanasia attiva; mentre è eutanasia anche la «omissione» di una terapia efficace e dovuta, la cui privazione causa intenzionalmente la morte. In questo senso si realizza appunto l'eutanasia omissiva (non è appropriato chiamarla «passiva», con un termine eticamente debole e neutro). I documenti principali del Magistero, sia la Dichiarazione sulla eutanasia che l'"*Evangelium Vitae*", definiscono eutanasia «un'azione o un'omissione che per natura sua e nell'intenzione di chi la compie provoca la morte con l'intenzione di alleviare il dolore» (E.V., n. 65). Si sa anche che la gravità morale dell'eutanasia omissiva è uguale rispetto a quella dell'azione «positiva» di intervento o gesto che causa la morte: l'una equivale all'altra dal momento che provocano lo stesso effetto e procedono dalla stessa intenzione. Si tratta sempre di morte provocata intenzionalmente.

Se accettassimo che l'eutanasia si configura soltanto quando è il risultato di un gesto che causa positivamente la morte, vorrebbe dire che tutto ciò che mira a causare la morte per sottrazione di intervento (per esempio: sottrazione di cibo o una intenzionale mancata rianimazione) non sarebbe eutanasia e, così anche, il rifiuto intenzionale delle terapie valide non costituirebbe un problema morale. Il che non credo possa corrispondere alla mente del cardinale Martini e, certamente, non corrisponde ai testi del Magistero e della dottrina cattolica.

Un'ulteriore precisazione va data sui concetti di «accanimento terapeutico» e «proporzionalità-sproporzionalità» delle terapie: le due nozioni sono collegate, perché per accanimento terapeutico si intende in sostanza l'impiego di terapie o procedure mediche di carattere sproporzionato. Queste terapie, come dice il Catechismo della Chiesa cattolica, non presentano una ragionevole speranza di esito positivo e pertanto ad esse non solo si può, ma si deve rinunciare, poiché l'accanimento terapeutico, risultante dalla sproporzionalità e inutilità degli interventi o procedure mediche, è illecito sempre, in quanto offende la dignità del morente. Altra cosa è l'insistenza terapeutica, quando esiste una ragionevole speranza del recupero del paziente.

Ma il giudizio sulla proporzionalità-sproporzionalità è un giudizio di adeguatezza o meno del tipo di intervento e/o del mezzo terapeutico usati in ordine al raggiungimento di un determinato obiettivo medico prefissato: pertanto, questo giudizio richiede una valutazione che va fatta dal medico, sul piano squisitamente tecnico-scientifico e alla luce dei dati di esperienza.

L'esigenza del tener conto della volontà e del parere del paziente, esigenza sentita nella dottrina tradizionale della morale cattolica, è collegata al concetto di ordinarietà-straordinarietà che assumono le terapie in relazione alle condizioni fisiche, psicologiche, sociali ed economiche del paziente considerato nella sua situazione concreta. In questo ambito va certamente ascoltato il parere del paziente e va tenuta in conto la sua volontà. Ciò risulta dall'insegnamento valido dai tempi di Pio XII (cfr. Discorso del 24-11-1957) ad oggi. Ci può essere una terapia che in sé stessa risulta proporzionata dal punto di vista medico, ma che il singolo paziente giudica come straordinaria e non appropriata alle sue condizioni. E, si badi bene, ciò che è straordinario, non è moralmente proibito, bensì soltanto non obbligatorio.

Si può dare il caso di un intervento costoso oppure rischioso per un determinato soggetto, che pur essendo medicalmente proporzionato, non è sopportabile da quel soggetto, o non lo è più ad un certo momento, per situazioni di carattere personale.

Tali condizioni, peraltro, pur nascendo in relazione ad un soggetto, hanno un'oggettività e una rilevanza in base alle quali il soggetto stesso può dare il consenso oppure può chiedere legittimamente di rinunciarvi.

In sintesi sono due i criteri che vanno coniugati: quando si tratta di terapie proporzionate (dal punto di vista medico) e ordinarie (dal punto di vista del paziente), c'è l'obbligo morale di offrirle e di accettarle (a parte la possibilità giuridica di rifiutarle); circa le terapie sproporzionate (ordinarie o straordinarie che siano), sussiste il dovere etico di rifiutarle, ordinariamente; per quanto riguarda poi le terapie medicalmente proporzionate, ma che risultassero straordinarie per il paziente, egli non sarà moralmente obbligato a sottoporvisi, ma potrà lecitamente farlo se lo decide: l'offerta e l'accettazione dipendono dalla matura e prudente scelta del paziente.

Su questa dottrina si può leggere con frutto il lavoro recente di M. Calipari dal titolo: "Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico" (Ed. S. Paolo 2006).

Infine, quando si parla del «rifiuto delle terapie» da parte del paziente, il medico, pur avendo il dovere di ascoltare il paziente, non può essere ritenuto un semplice esecutore dei suoi voleri: se riconosce la consistenza dei motivi del rifiuto, dovrà rispettare la volontà del paziente; se invece vi scorge un rifiuto immotivato, è tenuto a proporre la sua posizione di coscienza e, se del caso, proporre il ricorso all'autorità competente, ed eventualmente, dimettere il paziente che gli è stato affidato come responsabilità.

L'automatismo instaurato dalla legge francese (art. 6), legge citata dal cardinale Martini nel suo articolo, secondo la quale qualunque rifiuto delle cure da parte del paziente deve essere accolto ed eseguito dal medico (dopo aver spiegato al paziente gli effetti del rifiuto), può configurare un'eutanasia omissiva sia da parte del paziente sia da parte del medico.

Per questo non vedo come il modello francese, citato dal cardinale Martini ma anche suggerito da altri, possa rappresentare un criterio moralmente valido. Io personalmente non mi auguro la stessa cosa per l'Italia.

Condividiamo tutti il richiamo del cardinale circa l'impiego delle cure palliative, che comprendono anzitutto la sedazione del dolore, e circa l'obbligatorietà delle cure ordinarie (distinte dalle terapie!), quali l'alimentazione, l'idratazione e la cura del corpo, che rimangono obbligatorie sempre, anche qualora si tratti di pazienti in stato vegetativo persistente.

Circa eventuali ulteriori interventi legislativi per garantire la legittimità del rifiuto delle terapie, non so se ciò sia necessario; semmai dovrebbe avvenire per garantire anche la coscienza del medico ed evitare anche l'introduzione surrettizia dell'eutanasia omissiva alla maniera francese.

Rimane, invece, da chiedere tutto lo sforzo dello Stato e della comunità per l'adeguatezza dell'assistenza terapeutica, palliativa e umana specialmente nell'attuale clima di difficoltà nelle strutture sottoposte a restrizioni di spese e di personale, e specialmente quando si tratta di malati anziani e non autosufficienti. Rimane anche urgente il discorso di una formazione etico-deontologica del personale medico-assistenziale di fronte alla complessità dei problemi ed anche di fronte alla non chiarezza di alcune tendenze culturali favorevoli all'eutanasia, mascherata di rivendicazione di autonomia e afflitta dalla solitudine morale. L'autonomia vera, cui allude lo scritto del cardinale, quando invita a guardare in Alto, si determina con l'accettazione consapevole del dono di sé anche nel momento di una morte accolta ed offerta, offerta che dovrebbe compiere in pienezza il dono di sé, fatto durante i tempi della salute e dell'impegno lavorativo.