

Raffaello Martinelli

Sacerdote della diocesi di Bergamo, dopo aver conseguito il dottorato in Sacra Teologia con specializzazione in pastorale catechistica presso l'Università Lateranense di Roma e la laurea in Pedagogia all'Università Cattolica di Milano, è stato, dal 1980 al 2009, a servizio della Congregazione per la Dottrina della Fede, dove per oltre 23 anni ha collaborato con l'Em. Card. Joseph Ratzinger, poi Papa Benedetto XVI.

In tale Congregazione, ha coordinato i lavori di preparazione del *Catechismo della Chiesa Cattolica*, ed è stato poi impegnato, come redattore e coordinatore della segreteria, nella elaborazione del *Compendio del Catechismo della Chiesa Cattolica*.

Dal 1987 fino al 2010, è stato anche Rettore del Collegio Ecclesiastico Internazionale San Carlo e Primicerio della Basilica dei Santi Ambrogio e Carlo al Corso, a Roma.

È stato nominato Prelato d'onore di Sua Santità nel 1999.

Il 2 luglio 2009 Benedetto XVI lo ha nominato Vescovo di Frascati, e il 12 settembre dello stesso anno è stato consacrato Vescovo dallo stesso Santo Padre nella Basilica di San Pietro in Roma. Il 13 settembre 2009 ha iniziato il suo ministero pastorale nella diocesi di Frascati, fino alle dimissioni nel novembre 2023, per limiti di età.

Di lui, Papa Benedetto XVI ha detto:

«È stato per più di venti anni per me un fedelissimo e molto capace collaboratore nella Congregazione per la Dottrina della Fede, dove ha lavorato soprattutto nel settore del catechismo e della catechesi con grande silenzio e discrezione: ha contribuito al *Catechismo della Chiesa Cattolica* e al *Compendio del Catechismo*.

In questa grande sinfonia della Fede anche la sua voce è molto presente» (*Omelia, Celebrazione Eucaristica a Frascati*, 15 luglio 2012).

Il Vescovo può essere contattato tramite:

- e-mail: mrtraffaello@pcn.net
- sito web: <https://www.ve-raffaellomartinelli.it>
- canale YouTube: <https://bit.ly/YoutubeVERaffaelloMartinelli>



CODICE: 8988 € 12,00



Raffaello Martinelli

BIOETICA: FINE VITA E ALTRI ASPETTI

Raffaello Martinelli



Bioetica

I Fine vita II Altri aspetti



Collana:
Catechesi in immagini - IX° volume

Pubblicazioni dell'autore:

- 1 Ha pubblicato diverse opere catechistiche, tra cui: *Note di pastorale catechistica; Missione inculturata; Incontro al Catechismo della Chiesa Cattolica e al suo Compendio; Frammenti di sintesi teologica-schemi catechistici; 58 Argomenti di attualità;*
 - 2 Ha realizzato varie pubblicazioni, riunite nella collana: **Catechesi dialogica in immagini: arte e fede:**
 - *Il Battesimo - magnifico dono della SS.ma Trinità;*
 - *La Confessione - Il sacramento dell'Amore misericordioso di Dio Padre;*
 - *L'Eucaristia: pane di vita eterna;*
 - *La Cresima: dono speciale dello Spirito Santo.*
 - Vari libri catechistici sulle opere architettoniche e artistiche della Basilica di san Carlo al Corso in Roma:
 - *Gli affreschi della Basilica di San Carlo a Roma*
 - “ *dell'Oratorio presso la Basilica di San Carlo a Roma*
 - “ *della Cappella auxilium christianorum*
 - *Le virtù in simboli della Basilica di San Carlo a Roma:*
 - integrale
 - estratto
 - *Le lapidi di San Carlo al Corso*
 - *Gli arredi della Basilica di San Carlo a Roma*
 - *I quadri di San Carlo al Corso*
 - *Le statue di San Carlo al Corso*
 - Ha pubblicato:
 - *Cenni storici e catechistici:*
 - *della Cattedrale di Frascati*
 - *del Palazzo vescovile di Frascati*
 - *Santa Messa in Latino*
 - *In Chiesa: vademecum*
 - *Sulla strada di Emmaus: l'Eucaristia, fonte – modello – culmine della vita cristiana e paradigma di sinodalità, Percorso pastorale quadriennale (2019-2023).*
 - Ha realizzato:
 - *il video-catechismo della Chiesa Cattolica: www.catechesi.online/it/cts/compendio*
 - *vari video catechistici, pubblicati su: <https://bit.ly/YoutubeVERaffaelloMartinelli>*
 - 3 Ha pubblicato vari documenti nella collana Magistero del Vescovo:
 - 1) *Disposizioni pastorali circa la celebrazione dei Sacramenti di iniziazione cristiana*
 - 2) *Percorso catechistico pre-matrimoniale*
 - 3) *Pastorale vocazionale sacerdotale*
 - 4) *Alcuni adempimenti amministrativi*
 - 5) *Disposizioni pastorali per la celebrazione delle esequie*
 - 6) *Corso di catechesi per cresimandi adolescenti-giovani*
 - 7) *La santificazione della domenica*
 - 8) *La direzione spirituale.*
 - 4 Attua varie iniziative catechistiche via internet-streaming. Si vedano:

SitoWEB: <https://www.ve-raffaellomartinelli.it>

YouTube: <https://bit.ly/YoutubeVERaffaelloMartinelli>

Twitter/X: <https://bit.ly/TwitterRaffaelloMartinelli>

Facebook: <https://bit.ly/FacebookRaffaelloMartinelli>

È in attuazione anche la collana: *Catechesi in immagini:*

 - I volume: *L'ecologia nella visione cristiana*
 - II volume: *Il Pane e il Vino Eucaristici*
 - III volume: *La S. Messa: dono insuperabile*
 - IV volume: *Le Virtù in Simboli*
 - V volume: *La migliore carità cristiana: spezzare il pane della Parola di Dio*
 - VI volume: *Amore di Dio: infinita peculiarità*
 - VII volume: *La Madonna Vergine e Madre*
 - VIII volume: *Bioetica: principi generali e vita-inizio-sviluppo*
 - IX volume: *Bioetica: fine vita e altri aspetti*
 - X volume: *La Domenica: come la santifico?*

BIOETICA:
I Fine vita
II Altri aspetti

Raffaello Martinelli

Collana: Catechesi in immagini - IX° volume

© Editrice Shalom s.r.l. - 01.11.2024 Solennità di tutti i Santi
ISBN **979 12 5639 182 0**



SHALOM
editrice

Via Galvani, 1
60020 Camerata Picena (AN)

Per ordinare citare il codice 8988:

www.editriceshalom.it
ordina@editriceshalom.it

Tel. 071 74 50 440
dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00

Whatsapp 36 66 06 16 00 (solo messaggi)

Fax 071 74 50 140
in qualsiasi ora del giorno e della notte

L'editrice Shalom non concede diritti d'autore (né patrimoniali né morali) all'Autore del presente libro e si riserva di utilizzare ogni parte di questo testo per altre sue pubblicazioni.



PRESENTAZIONE

(di S.E.R. Mons. Raffaello Martinelli)

Il *Fine vita*, la morte, comune ad ogni essere umano, ci pone l'enigma più emblematico: perché? Da dove viene? E, soprattutto, dopo di essa, che c'è?

Da sempre l'uomo ha cercato di darsi una risposta.

Dio stesso, nel Suo Figlio che "si è fatto obbediente fino alla morte e alla morte di croce" (*Fil 2,8*), ha voluto dividerne l'esperienza.

La Fede cristiana offre *una* risposta, per molti *la* risposta.

Si vedano ad esempio, alcuni annunci sorprendenti dei vari Prefazi della Liturgia dei defunti, nel "Nuovo Messale Romano", che sintetizzano egregiamente pilastri centrali del messaggio cristiano circa la morte:

- «In (Cristo) rifulge a noi la speranza della beata risurrezione e, se ci rattrista la certezza di dover morire, ci consola la promessa dell'immortalità futura. Ai tuoi fedeli, o Signore, la vita non è tolta, ma trasformata; e mentre si distrugge la dimora di questo esilio terreno, viene preparata un'abitazione eterna nel cielo...
- Egli (Cristo), prendendo su di sé la nostra morte, ci ha liberati dalla morte e, sacrificando la sua vita, ci ha aperto il passaggio alla vita immortale...
- Egli (Cristo) è la salvezza del mondo, la vita degli uomini, la risurrezione dei morti...
- Sei tu, Signore, che ci dai la vita e ci sostieni con la tua provvidenza; e se a causa del peccato il nostro corpo ritorna alla terra, dalla quale lo hai formato, per la morte redentrice del tuo Figlio la tua potenza ci risveglia alla gloria della risurrezione...
- La morte è comune eredità di tutti gli uomini, ma, per un dono misterioso del tuo amore, Cristo con la sua vittoria ci redime dalla morte e ci richiama con sé a vita nuova».

Nel preparare questo 9° volume della Collana *Catechesi in immagini*, dedicato in particolare alla Bioetica-fine vita e realizzato con le *slides del power point*, mi sono avvalso anche dell'esperienza maturata, per oltre un decennio, nell'insegnamento di due corsi accademici, l'uno sulla bioetica e l'altro sull'antropologia, agli studenti dell'Università degli Studi di Roma Tor Vergata - Divisione Grottaferrata, mentre ero Vescovo della Diocesi di Frascati.

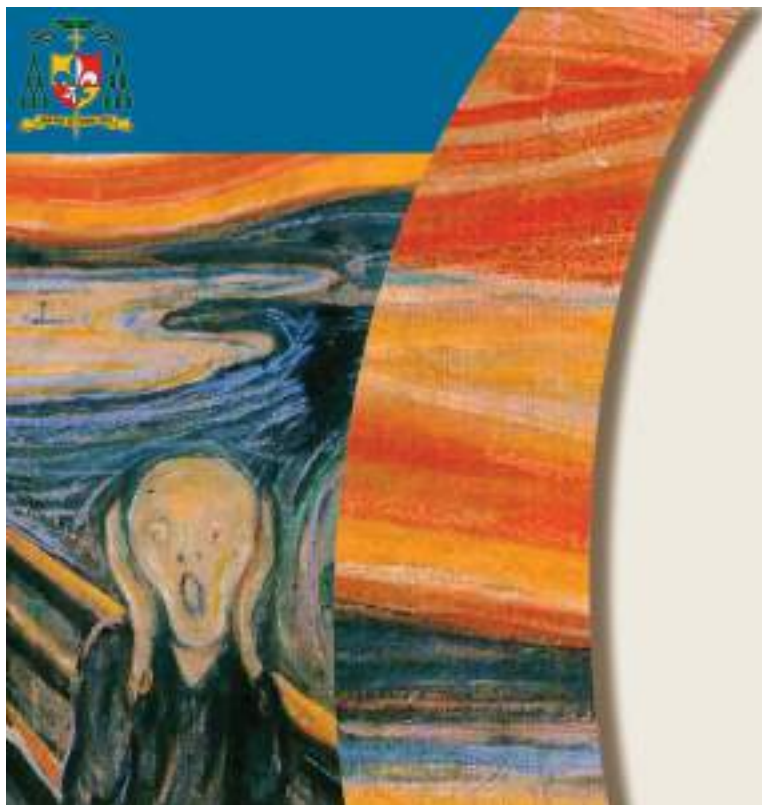
Metto ora ben volentieri a disposizione di quanti possono essere interessati, questi spunti di riflessione e stimoli di approfondimento, legati a questa fase importante finale della nostra vita.

2 Novembre 2024, Commemorazione di tutti i fedeli defunti

✠ Raffaello Martinelli

PARTE PRIMA: Fine vita

Capitolo I



EUTANASIA: PUNTI FONDAMENTALI



Che cosa significa “eutanasia”?
 È una parola con notevole variabilità storica, con significati diversi a seconda dell’uso che se ne fa.
 Può significare:

- ‘morte buona’ o ‘senza sofferenze’ gestita dal medico per ridurre il dolore;
- azione od omissione che procura la morte allo scopo di eliminare il dolore in un assistito senza più speranze di guarigione;

1



potrebbe esserci anche un’eutanasia omissiva come nel caso della sospensione della nutrizione e dell’idratazione, per cui il malato potrebbe dire:
“Mi stanno lasciando morire di fame e di sete”.

- ‘suicidio su richiesta’ del paziente (suicidio assistito).

* E, comunque la si vuol chiamare e intendere, l’eutanasia comporta il dare la morte a chi è ancora vivo,

2



magari talvolta mascherandola sotto un velo di umana pietà. Una morte per di più programmata dal medico che, per vocazione e professione, è ministro della vita.
 *«Per un corretto giudizio morale sull’eutanasia, occorre innanzitutto chiaramente definirla.

./.

3



./.
 Per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un’azione o un’omissione che,
 di natura sua e nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore”
 (SAN GIOVANNI PAOLO II, enciclica *Evangelium vitae*, n. 65).

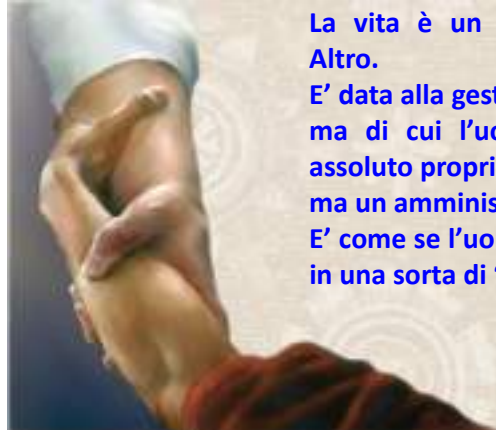
4



L’eutanasia è chiaramente ben diversa dalla decisione di rinunciare al cosiddetto accanimento terapeutico.
Quale valutazione morale va data sull’eutanasia?
 Vari principi morali sono coinvolti nella pratica dell’eutanasia.

- 1) L’eutanasia contraddice il principio fondamentale di indisponibilità del diritto alla vita, diritto che spetta solo a Dio.

5



La vita è un dono, ricevuta da un Altro.
 E’ data alla gestione dell’uomo, ma di cui l’uomo stesso non ne è assoluto proprietario, ma un amministratore.
 E’ come se l’uomo avesse avuto la vita in una sorta di “comodato d’uso”.

6





La vita è un bene inalienabile e indisponibile, in quanto è un dono di Dio, non soggetto alla determinazione e alla decisione di alcuno, inclusa la stessa persona malata, la quale mantiene tutta la sua piena dignità per tutto il corso della sua vita,

fino alla sua naturale conclusione.

7



3) La logica effettiva dell'eutanasia è essenzialmente egoistica e individualistica e, in quanto tale, contraddice la logica solidale e la fiducia reciproca su cui poggia ogni forma di convivenza.

4) Non esiste nell'individuo il diritto a decidere della propria morte:

non esiste il diritto a una scelta tra la vita e la morte.

10



2) La vita umana, solo in riferimento al bene più alto, che è Dio stesso, può essere valutata come un bene relativo e quindi essere sacrificata (come ad es. l'accettare il martirio). Mentre, rispetto agli altri beni umani, non può essere considerata uno strumento,

8



5) Si deve parlare invece di un diritto di morire bene, serenamente, evitando cioè sofferenze inutili.

Esso coincide con il diritto di essere curato e assistito con tutti i mezzi ordinari disponibili (ad esempio:

- ricambio metabolico,
- alimentazione e idratazione,
- terapia del dolore ...),

11



essendo essa il loro fondamento: infatti ogni altro bene umano non ci sarebbe, se non ci fosse l'essere vivente.

Così pure non ci può essere una gradualità di dignità all'interno della vita, per cui,

in certi casi, potrebbe essere valutata meno degna, e quindi sopprimibile.

9



senza ricorrere a cure pericolose o troppo onerose e con l'esclusione di ogni accanimento terapeutico.

Il diritto di morire con dignità non coincide affatto con il supposto diritto all'eutanasia, la quale è invece un comportamento essenzialmente individualistico e di ribellione.

Il sì detto alla vita richiede il rifiuto

12



sia dell'accanimento terapeutico e sia della eutanasia.
E questo vale per tutte e due le dimensioni:

- questo vale per l'accanimento terapeutico, che vuole dire: "ho il potere di allontanare la morte"
- e vale per l'eutanasia che vuol dire: "ho il potere di anticipare la morte".

Nessuno di questi due entra in una logica corretta,

13



perché tutti e due entrano nella prospettiva del:
"io possiedo la vita, e sono io che decido quando deve continuare o quando finisce ...".

6) Bisogna anche tener presente che da un punto di vista morale una cosa è l'omettere di iniziare delle cure, e un'altra è il compiere un'azione positiva per interromperle.

14



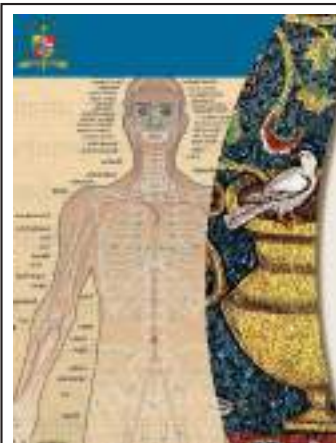
7) L'eutanasia nasce da un'ideologia che rivendica all'uomo pieno potere sulla vita e quindi sulla morte; un'ideologia che affida assurdamente a un essere umano il potere di decidere chi e fino a quando deve vivere e chi no
(eugenetica).

15



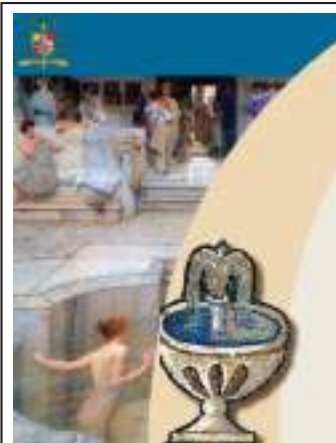
8) Essa è estrema via di fuga di fronte all'angoscia della morte (vista come inutile, un non-senso ...).
E' una scorciatoia che non dà senso alcuno al morire, né conferisce dignità al morente; è una strategia di rimozione; l'uomo è caduto vittima della paura ed invoca la morte pur sapendo che è una sconfitta ed un atto di estrema debolezza.

16



9) È vista talvolta anche come un modo per contenere i costi, soprattutto nei confronti di malati terminali, dementi, anziani macilenti e improduttivi ... peso morto: per se stessi, per i familiari, per gli ospedali, per la società Spesso l'eutanasia è voluta non per l'interesse del paziente, ma "di terzi".

17



10) Chi vuole morire lascia una macchia anche su di noi, perché la sua rinuncia a vivere è anche colpa nostra.
11) A qualcuno che ti dice: *se una persona vuole farsi del male perché impedirglielo?*
Tu puoi e devi rispondere:

- perché la sua vita e la sua salute sono un bene non solo per lui, ma anche per tutta la collettività;

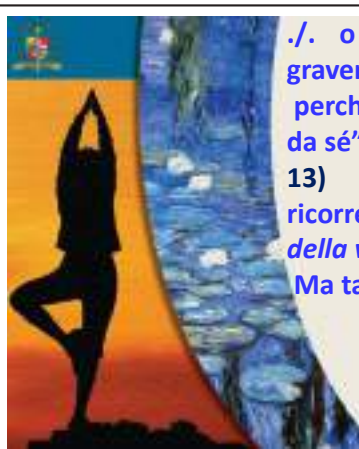
18



- io non posso fare come Caino, che rispose a Dio che gli chiedeva conto di suo fratello Abele:
“Sono forse io il guardiano di mio fratello?” (Gen 4,9);
- Dio stesso chiederà conto anche a te della morte (fisica e spirituale) di un tuo fratello (cfr. Ez 3,17-18).

12) “C’è da temere che un giorno possa essere esercitata una pressione non dichiarata ./.

19



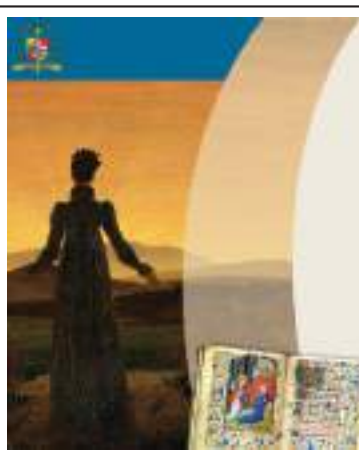
./.

o anche esplicita sulle persone gravemente malate o anziane, perché chiedano la morte o se la diano da sé” (BENEDETTO XVI, *Discorso* del 7-9-2007).

13) Alcuni invocano l’eutanasia ricorrendo al principio della *qualità della vita*.

Ma tale principio pone vari problemi:
con quale criterio si misura
e da chi viene stabilita la *qualità*?
Tale criterio è poi valido e uguale per tutti?

20



14) Quanto al pensiero, tutto cattolico, che anche un minuto in più sia importante, si pensi a quante volte l’ultimo minuto ha capovolto il senso di tutta l’esistenza.

Succede alla vita dei re come a quella dei contadini.

Può perfino capitare che sia l’unico momento dotato di un senso.

21



Per questo vivere in una società dove tutti fanno di tutto per aiutarti a vivere è meglio che vivere in una società dove sai che ti lasci andare e tutti ti lasciano andare.

22



15) L’eutanasia suscita poi una serie di interrogativi angosciosi, ai quali nessuno riuscirebbe mai a dare risposta, qualora l’eutanasia fosse legalizzata.

Eccone alcuni.

- In base a quale criterio un soggetto può essere ritenuto ‘distrutto dal dolore’?
- Come può lo Stato determinare l’intensità della sofferenza che si richiede per

23



legittimare l’eutanasia?

- E chi è autorizzato a decidere per il sì o per il no: il medico o anche un amico o un familiare?
- Come valutare l’eventuale atto deliberato di un medico intervenuto per assecondare la volontà di morire di un paziente?
- Chi garantisce che la ‘morte dolce’ venga decisa effettivamente

24



per porre fine a una sofferenza ritenuta intollerabile e non per qualche altra ragione, magari per interessi (anche economici) inconfessabili?

- Escluso il caso di accanimento terapeutico, esiste poi veramente un diritto umano a rifiutare o a sospendere le cure o a non curare

affatto un malato?

La stessa Costituzione Italiana all'art. 32 garantisce un diritto alla cura ...

25



Che cosa fare contro la cultura della morte?

È necessario:

- unire gli sforzi di tutti coloro che credono alla inviolabilità della vita umana, anche di quella terminale;
- resistere a ogni tentazione di porre fine alla vita di un paziente mediante un atto di omissione deliberato o attraverso un intervento attivo;
- potenziare le strutture di accoglienza;

26



- rendere più efficienti le forme di assistenza e solidarietà familiare, civile e religiosa;
 - assicurare un'assistenza che includa forme di trattamento efficaci e accessibili, sollievo dal dolore e forme di sostegno comuni.
- Occorre evitare un trattamento inefficace o che aggravi la sofferenza, ma anche l'imposizione di metodi terapeutici insoliti e non ordinari;

27



- è di fondamentale importanza il sostegno umano, di cui può disporre la persona morente, poiché la domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto supremo con la sofferenza e la morte,

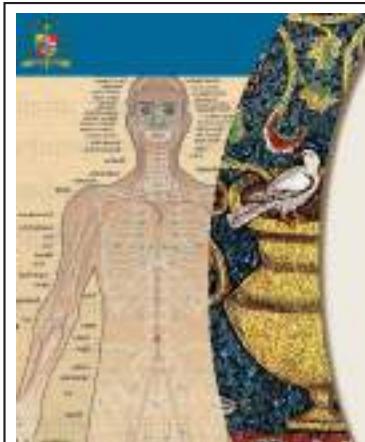
specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi di annientarsi in essa, è soprattutto domanda di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova;

28



- occorre destinare più risorse alla cura di malati incurabili;
- promuovere una formazione etica, psicologica, sociale e tecnica degli operatori sanitari;
- morire con dignità umana richiede in particolare una "buona assistenza palliativa e una buona ospedalizzazione";
- è necessario promuovere, in tutti i modi, il principio secondo cui la morte

29



non è né può essere nella disponibilità dello Stato o della scienza e neppure dell'individuo. Il tentativo di eliminare la malattia e la sofferenza estrema dall'orizzonte della nostra vita, con la scorciatoia dell'eutanasia, è un rischio dalle conseguenze imprevedibili;

- occorre tener presente il pronunciamento della S. Sede,

30





attraverso la Congregazione per la Dottrina della Fede, secondo il quale “nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita,

senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi”.

31



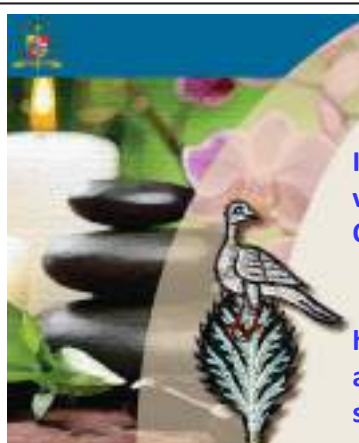
• Occorre soprattutto presentare la concezione cristiana del soffrire-morire.

Qual è la concezione cristiana del soffrire-morire?

1) La vita è un dono di Dio: l'uomo non è il padrone della propria vita, in quanto non è lui il creatore di se stesso.

Egli la riceve in dono, come un dono prezioso è ogni istante della sua vita. L'uomo amministra la propria vita

32

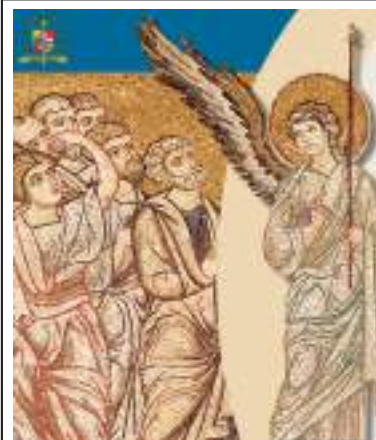


e deve risponderne responsabilmente a Colui che gli ha donato l'esistere.

Il porre fine pertanto alla propria vita non spetta all'uomo.

Ogni istante della sua vita, anche quando è segnato dalla sofferenza, dalla malattia, ha un senso, è un valore da apprezzare e da far fruttificare per sé e per gli altri.

33



2) Certo, è giusto lottare contro la malattia, perché la salute è un dono di Dio.

Ma è importante anche saper leggere il disegno di Dio quando la sofferenza bussa alla nostra porta.

La “chiave” di tale lettura è costituita dalla Croce di Cristo.

Il Verbo incarnato si è fatto incontro alla nostra debolezza assumendola su di sé nel mistero della Croce.

34



Da allora ogni sofferenza ha acquistato una possibilità di senso, che la rende singolarmente preziosa, se unita alla sofferenza di Cristo.

3) La sofferenza, conseguenza del peccato originale, assume, grazie a Cristo, un nuovo significato:

diviene partecipazione all'opera salvifica di Gesù Cristo.

35



Unita a quella di Cristo, l'umana sofferenza diventa mezzo di salvezza per sé e per gli altri.

Attraverso la sofferenza sulla Croce, Cristo ha prevalso sul male e permette anche a noi di vincerlo.

4) Anche la concezione della stessa morte da un punto di vista cristiano è qualcosa di nuovo e consolante.

Una vita che sta terminando non è meno preziosa

36



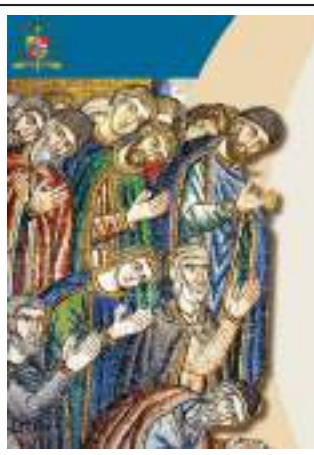
di una vita che sta iniziando.

È per questa ragione che la persona che sta morendo merita il massimo rispetto e le cure più amorevoli.

5) La morte, nella Fede cristiana, è un esodo, un passaggio, non la fine di tutto.

Con la morte, la vita non è tolta, ma trasformata.
Per colui che muore senza peccato mortale, la morte

37



è entrare nella comunione d'amore di Dio, la pienezza della Vita e della Felicità,

è vedere il Suo volto, che è la sorgente della luce e dell'amore, proprio come un bambino, una volta nato, vede i volti dei propri genitori.

Per questa ragione la Chiesa parla della morte del santo come di una seconda nascita:
quella definitiva ed eterna al paradiso.

38



6) La vittoria definitiva e completa di Cristo sul male, la sofferenza e la morte

sarà attuata e manifestata alla fine del mondo, allorquando Dio creerà nuovi cieli e nuova terra, e sarà "tutto in tutti"

(1Cor 15,28).

39

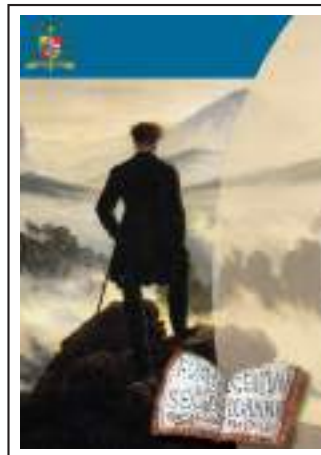


Che fare, da parte delle Istituzioni pubbliche, per evitare l'Eutanasia?

Le prospettive di fine vita richiedono:

maggiori investimenti nell'assistenza territoriale e domiciliare;
migliori politiche attive e consistenti aiuti economici

40



per quelle persone che hanno familiari non autosufficienti a carico; e che una società opulenta come la nostra debba sentire come obbligatoria la necessità di dare una risposta ai bisogni degli anziani, soprattutto se poveri, soli e non autosufficienti.

Anziché riproporre leggi eutanasiche si dia
un immediato reale potenziamento

41



all'assistenza dei pazienti con le più gravi, croniche e progressive patologie, idoneo sostegno alle famiglie, piena fruibilità di cure palliative in ogni età e ovunque

Occorre comprendere le urgenze e creare nuove opportunità di apertura al mondo della sofferenza

42



Cosa dice Papa Francesco circa l'EUTANASIA?

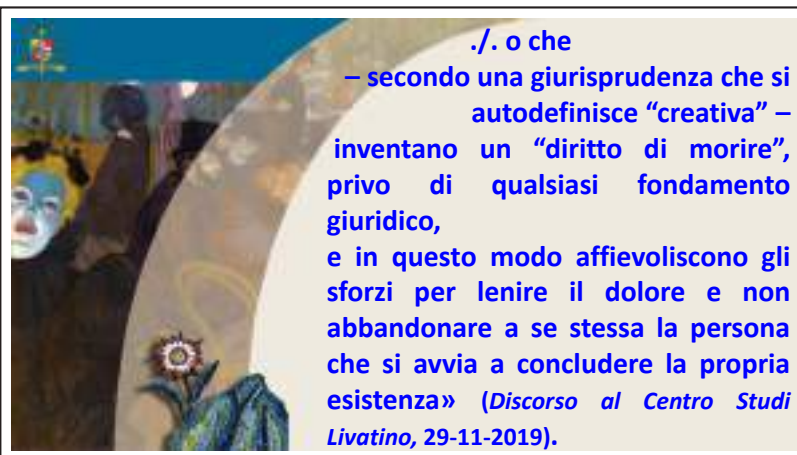
43



Papa Francesco mette in guardia contro «sentenze che, in tema di diritto alla vita, vengono talora pronunciate nelle aule di giustizia, in Italia e in tanti ordinamenti democratici.

Pronunce per le quali l'interesse principale di una persona disabile o anziana sarebbe quello di morire e non di essere curato; ./.

44



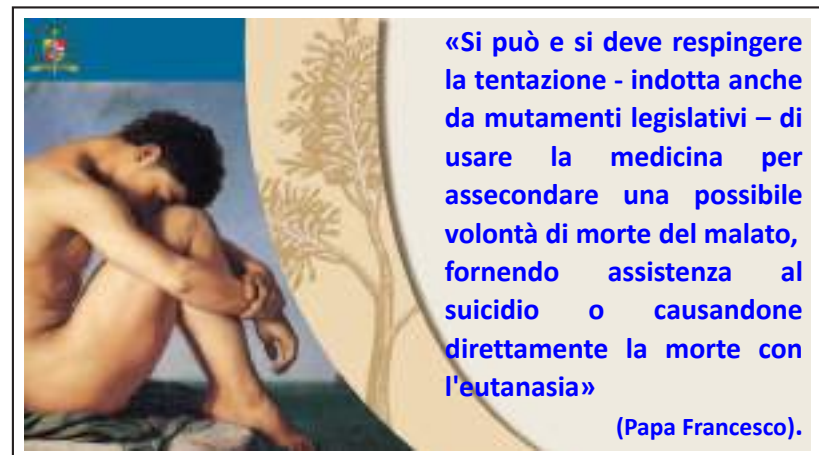
./.. o che
– secondo una giurisprudenza che si autodefinisce “creativa” – inventano un “diritto di morire”, privo di qualsiasi fondamento giuridico, e in questo modo affievoliscono gli sforzi per lenire il dolore e non abbandonare a se stessa la persona che si avvia a concludere la propria esistenza» (*Discorso al Centro Studi Livatino, 29-11-2019*).

45



Non è alla fede che il Papa ha fatto riferimento, ma alla ragione. Il riferimento di Papa Francesco alla legge naturale colloca l'eutanasia in uno spazio in cui credenti e non credenti possono facilmente convergere e restituisce al diritto positivo l'obbligo di legiferare in sintonia con il diritto naturale che lo precede e lo presuppone.

46



«Si può e si deve respingere la tentazione - indotta anche da mutamenti legislativi – di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia»

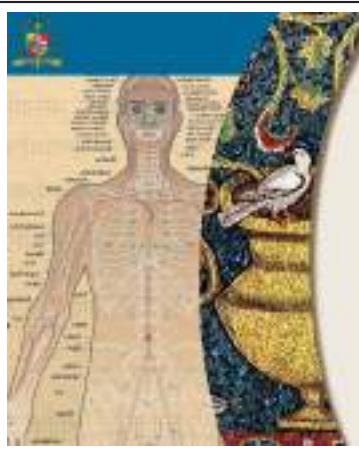
(Papa Francesco).

47



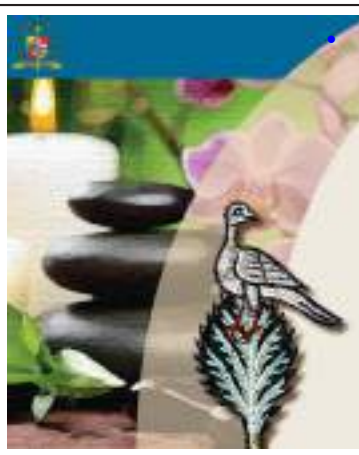
- Una delle chiavi di lettura del pensiero di Francesco, è nei ripetuti appelli contro «la cultura dello scarto».
- Per la fede cristiana dare la morte o aiutare a raggiungerla sono due strade «sbrigative» di fronte a scelte «che non sono espressione di libertà,
 - quando includono lo scarto del malato come possibilità»,
 - o una «falsa compassione» di fronte alla richiesta «di essere aiutati ad anticipare la morte».

48



- una delle strade da percorrere è il rafforzamento dell'efficacia e della diffusione delle «cure palliative»;
- tra suicidio assistito ed eutanasia non c'è alcuna differenza, come precisato opportunamente dal Cardinale Bassetti nell'incontro dell'11 settembre 2019;

49



- la difesa della vita deve essere integrale, perché:
 - se è vero che «non è pienamente corrispondente al Vangelo mettere in atto campagne, giuste e necessarie, come quella contro l'aborto ma senza pensare anche ad altre situazioni in cui si attenta all'esistenza: popoli affamati, bambini soldato, guerre»

50



- è altrettanto vero che l'impegno per l'eliminazione delle guerre, per la difesa del creato e dell'ambiente (ecologia) ... vanno insieme anche alla lotta contro l'aborto, l'eutanasia;
- no a una cultura della morte, no alla soppressione di chi *non serve*, no alla *deriva mortifera*, no alla *implicita istigazione al suicidio*;

51



- necessari alcuni paletti, quali:
 - a) la garanzia della libertà di obiezione di coscienza, che non è un mettersi in cattedra né abbandonare il paziente, ma continuare ad accompagnarlo pur prendendo le distanze da richieste che non si possono condividere: «Il medico esiste per curare le vite, non per interromperle».

52



- b) positivo il ruolo attribuito ai comitati etici territorialmente competenti, cui compete la valutazione delle condizioni richieste e la verifica di condizioni e modalità alle strutture pubbliche del Ssn;
- c) in molte situazioni la richiesta del paziente di non proseguire più i trattamenti si può configurare come

53



- eticamente giustificabile se riferita a trattamenti sproporzionati (accanimento terapeutico) e che causano ulteriore sofferenza;
- distinguere con chiarezza tra la doverosa sospensione di un accanimento e il procurare direttamente la morte, aiutando l'esecuzione del suicidio».

54

Capitolo II



EUTANASIA:



**Alcuni
aspetti**



INDICE



A) EUTANASIA - FINE VITA : DOCUMENTI MAGISTERIALI

B) ALCUNI ELEMENTI FONDAMENTALI

C) NOVE ARGOMENTI GIURIDICI PER DIRE NO ALLA
EUTANASIA

D) LE SCELTE DI VIVERE O DI MORIRE SI EQUIVALGANO?

E) EUTANASIA: QUESTIONE ANTROPOLOGICA

2

55



A) EUTANASIA -FINE VITA :
DOCUMENTI MAGISTERIALI



3

56



In ordine cronologico:

Pio XII, Disc. Risposte ad alcuni importanti quesiti sulla "rianimazione", Congresso di anesthesiologia (24-11-1957); Congregazione per la Dottrina della Fede, Istruz. Iura et Bona (1980), parte IV; Pontificio Consiglio "Cor unum", Dans le cadre.



4

57



Questioni etiche relative ai malati gravi e morenti (27-6-1981), n. 2.4, 7.2-3; Giovanni Paolo II, Discorso ai partecipanti ad un corso internazionale di aggiornamento sulle preleucemie umane, (15-11-1985), n.5

5

58



Giovanni Paolo II, Catechismo della Chiesa Cattolica (1992), n. 2278; Giovanni Paolo II, Enc. Evangelium Vitae (1995), n. 65; Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari,



6

59



Carta degli Operatori Sanitari (1995), nn. 63-65; 119-121; Giovanni Paolo II, Disc. ai partecipanti al Congresso Internazionale sullo stato vegetativo (2004), n. 4; Congregazione per la Dottrina della Fede, Risposte a quesiti della conferenza episcopale statunitense circa l'alimentazione e l'idratazione artificiali, con Nota di commento (2007).



7

60





PUNTI FERMI CATTOLICI
(Fine-vita: valori e punti fermi del magistero cattolico, SIR, 20 gennaio 2017, Maurizio Calipari)



8

61



Collegati alla fase del fine-vita temi particolarmente "sensibili" dal punto di vista etico: proporzionalità delle cure, accanimento terapeutico, direttive anticipate di trattamento, eutanasia ed altri.



9

62



Ecco alcuni punti fermi:

- L'essere in vita, per la persona umana, costituisce un bene primario, essendo condizione di possibilità per il pieno sviluppo di tutti gli altri beni personali. Un tale bene, dunque, merita di essere tutelato e promosso prima di tutti gli altri.

10

63



- Ma al tempo stesso va ricordato che la vita fisica non è un bene "assoluto", essendo anch'essa subordinata alla finalità ultima della persona: la pienezza della vita eterna.



11

64



- In questo quadro, l'essere in buona salute ovviamente rappresenta per la persona una condizione generalmente favorevole alla sua realizzazione e, in quanto tale, un bene utile, anch'esso orientato alla finalità ultima dell'essere umano.



12

65



- Ne deriva, sul piano etico, che ogni persona (e chiunque ha il compito di prendersene cura) ha il diritto/dovere, soprattutto in caso di malattia grave, di intraprendere le cure necessarie per conservare, nei limiti del possibile, vita e salute. Tale dovere sussiste verso se stessi, verso Dio, verso la comunità umana, verso determinate persone (es. familiari).

13

66





• Ma questo dovere non obbliga, generalmente, che all'impiego dei "mezzi ordinari" (secondo le circostanze di persone, di luoghi, di tempi, di cultura), vale a dire dei mezzi che non comportano alcun carico straordinario per se stessi o per gli altri. "Un obbligo più severo sarebbe troppo pesante per la maggior parte degli uomini, e renderebbe troppo difficile il raggiungimento di beni superiori più importanti" (Pio XII).



67



• In una data situazione clinica, dunque, ciascuno ha il dovere etico di conservare la propria vita e salute mediante interventi clinicamente appropriati (o "tecnicamente proporzionati", in base al giudizio medico del personale sanitario). Tali interventi, per il paziente (secondo il suo stesso prudente



68



giudizio), devono anche risultare "ordinari", cioè non comportare per lui un pesante aggravio fisico o psicologico.

69



• La nutrizione e idratazione artificiali – se clinicamente appropriate – in linea di principio sono presidi moralmente obbligatori; ma non si può escludere in assoluto che, nella data situazione clinica, esse risultino inefficaci nella loro funzione propria (nutrire ed idratare) oppure di pesante aggravio psico-fisico per il paziente. In tal caso, cessano la loro obbligatorietà morale.

17

70



• Resta invece costante e netta la condanna morale di ogni atto propriamente eutanasi (che si configura come tale per la contemporanea presenza di due fattori: uso di un mezzo atto a provocare la morte, intenzione diretta di provocare anticipatamente la morte) e di ogni forma di suicidio assistito.

18

71



B) ALCUNI ELEMENTI FONDAMENTALI:

1) CIRCA L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO E L'EUTANASIA:

Deve essere chiaro il rifiuto dell'accanimento terapeutico e dell'eutanasia:



72





- è moralmente lecito, anzi doveroso, sospendere tutti quegli atti diagnostici o/e terapeutici che si configurano come accanimento ostinato;
- il no all'accanimento non deve diventare pretesto (esso sì, ipocrita) per l'abbandono dei pazienti terminali;
non si può far passare per terapia del dolore la soppressione eutanassica del malato;
attraverso un testamento biologico non si possono avallare surrettiziamente richieste di eutanasia.

73



• Non iniziare o sospendere un autentico accanimento terapeutico è sempre doveroso, anche se la famiglia, in ipotesi, si opponesse:
è il medico che, in scienza e coscienza, deve assumersi questa dura responsabilità.

- Le motivazioni addotte a favore del testamento biologico giocano su un'ambiguità:
per evitare l'accanimento terapeutico si propone il testamento biologico, cioè la generica e vaga rinuncia a terapie.



74



- Inoltre, l'eutanasia e il testamento biologico operano almeno due forme di riduzionismo:
 - riducono la morte a una meccanica prassi burocratica e standardizzano casi clinici, ognuno dei quali ha una sua tipicità del tutto singolare;
 - riducono impercettibilmente il medico da professionista che si obbliga nei confronti del malato a impiegare determinati mezzi al mero operatore che si obbliga a ottenere precisi risultati.



75



- Il diritto di morire con serenità e dignità umana e cristiana è difeso dalla fede cristiana, senza che ciò significhi la ricerca volontaria della propria morte.
- La terminologia relativa ai mezzi ordinari e straordinari è superata, e al suo posto si usa una nuova categoria concettuale, quella dei mezzi proporzionati e sproporzionati.



76



- L'obiettivo di questa nuova terminologia è valutare il carattere di un mezzo terapeutico:
grado di beneficio, rischi ulteriori, costi, possibilità di applicazione quanto alla risposta e alle condizioni fisiche e morali del malato.
Il cambiamento di termini vuole considerare con maggior chiarezza le circostanze, variabili nel tempo, che coinvolgono ogni malato in quel processo dinamico che si attua contro la malattia e la sofferenza.



77



- La persona ha il dovere/diritto di fare uso di mezzi terapeutici proporzionati/ordinari, non sproporzionati/straordinari.
Alla base di questo principio sta precisamente l'intuizione che la salute non è il bene sommo, e che essa può anche essere sacrificata per i beni ad essa superiori.



78



- Il testamento biologico da strumento pensato per proteggere dall'accanimento terapeutico finisce in molti casi per diventare veicolo di abbandono terapeutico.
- Vi è una serie di studi che indicano un atteggiamento dei medici volto all'omissione di terapie essenziali quando si trovano di fronte a pazienti portatori di varie forme di testamento biologico.



79



- che le persone abbiano delle preferenze che si mantengono stabili nel tempo è una generalizzazione inaccettabile.
- purtroppo spessissimo i testamenti biologici vengono sottoscritti senza avere alcuna informazione o sulla base di informazioni erronee.



80



- si deve fare prevalere la certezza dell'appropriatezza e della proporzionalità delle cure.
- ogni azione libera e responsabile deve nascere da una decisione del soggetto;
tutte le azioni moralmente rilevanti nascono da questa fonte,
ma l'azione che decide di togliere la vita non può essere moralmente giustificata, perché è soppressiva della stessa fonte dell'autonomia.



81



- Della vita, inoltre, non abbiamo il dominio, quello che chiamiamo la *disponibilità*.
La vita non ci appartiene e non dipende da una nostra scelta:
questo vale per tutti, laici e credenti.



82



- Chi pretende di esaltare l'autonomia con una deliberazione di morte compie un assurdo ed un atto d'indebito arbitrio.
E' proprio grazie alla vita, che possiamo essere autonomi nelle scelte, si spera, responsabili.
- l'aiuto è nel restituire significato alla vita e nel dare solidarietà per rompere la solitudine e nel presentare una ulteriorità trascendente.

83



2) CIRCA IL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE:



- Occorre rispettare l'alleanza terapeutica fra medico e paziente rifiutando situazioni in cui il medico esegua passivamente ciò che gli ordina il paziente.
Altrimenti il medico non fa più il medico.
Se esegue soltanto gli ordini del malato, il medico non ha più una scienza da apportare e una coscienza da esercitare nel complesso processo diagnostico- terapeutico, dinamico ed interattivo, che ha iniziato con il suo paziente, in uno specifico contesto familiare e sociale.

84





- La medicina e il dovere del medico sono di proteggere la salute, guarire le malattie, alleviare le sofferenze, confortare nel rispetto della libertà la dignità della persona:
un impegno a favore della vita contro la morte.



85



“Lo stesso principio costituzionale in base al quale nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario” non esime il medico – e con lui tutti coloro che sono vicini alla persona sofferente – dal dovere di motivare il paziente, attraverso strumenti non coercitivi, alla tutela della propria salute, con tutti i mezzi proporzionati. Si eviterà così l'accanimento terapeutico, ma si deve anche e anzitutto evitare qualsiasi forma aperta o mascherata di eutanasia.”(Card. RUINI, *intervista su Avvenire* 25-9-08)



86



IL MEDICO:

- deve informare adeguatamente il paziente in modo non neutrale, non impersonale e non sbrigativo;
- non deve recepire in modo passivo le scelte del paziente;



87



- è chiamato a colloquiare con il paziente, a consigliarlo di accettare le terapie e ad accogliere l'eventuale rifiuto delle cure solo dopo avere accertato la effettiva consapevolezza del paziente, quale 'ipotesi estrema';



88



- il medico deve ascoltare la voce del paziente e verificare la sussistenza di un ipotetico accanimento clinico anche attraverso un dialogo, valutando caso per caso.
- deve valorizzare l'alleanza tra medico e paziente, evitando l'abbandono terapeutico, e sottolineando l'importanza delle cure palliative.



89



3) CIRCA LA QUALITA' DELLA VITA:

- Quando si parla di “qualità di vita”, che cosa si intende?
Quali condizioni/caratteristiche sarebbero da ritenersi sufficienti per una degna, soddisfacente, buona *qualità di vita*?



90



- Rientra in una accettabile *qualità di vita* quella del paziente terminale, dell'anziano demente, del gravemente disabile, del paziente psichico, del paziente gravemente depresso, del paziente in stato vegetativo, del bambino o del neonato con disabilità o malformazioni, della ragazzina anoressica o bulimica?

91



- Che significa essere 'perfetti'? Un tempo coincideva con specifici tratti "razziali"; ora, più genericamente, viene identificato con aspetti estetici e/o fisici alla "moda".
- Chi può esprimere un giudizio sulla qualità della vita di una altra persona? Sono in grado io di stabilire per una altra persona che non ha capacità di decidere e di volere, se la sua "qualità di vita" renda meritevole proseguire l'esistenza o se è meglio morire?
Quali criteri devono essere utilizzati, ed accettati unanimemente, per stabilire un livello minimo, al di sotto del quale la qualità della vita non è da considerare degna di essere vissuta?

92



- E' fuorviante contrapporre il principio della sacralità della vita al concetto di qualità di vita.
- La dignità umana non è una qualità che si aggiunge all'esistenza umana ma è ad essa inerente.
Quindi non si perde la dignità umana per il solo fatto di essere malati o in coma.
La dignità e il diritto alla vita è indipendente tanto dal grado di salute, autonomia e capacità di intendere e volere del soggetto interessato, quanto dalla concezione di altre persone, della gente, dello stato...

dignità

93



- Circa il concetto di dignità della persona: indica il modo di essere proprio della persona in quanto dotato di una posizione eminente nei gradi dell'essere: essere qualcuno è più che essere qualcosa.
Ma non solo.
Dignità indica anche esigenza di essere riconosciuta nella sua eccellenza e superiorità.
L'etica e il diritto sono le scienze di questo riconoscimento: di ciò che esso implica e comporta.

94



- Il concetto di uguaglianza viene tradito se l'uguaglianza non è legata al semplice fatto di essere individui viventi appartenenti alla specie umana (e quindi tutte le persone hanno eguale diritto ad essere curate):
in tal caso si introduce sia un elemento gravemente discriminatorio, fondato su un concetto del tutto arbitrario di qualità della vita, sia un criterio di valutazione della persona in senso utilitaristico, basato sulla condizione psicofisica e sulle capacità della persona.

95



4) CIRCA IL FIDUCIARIO - TUTORE:

- Chi potrà e come si potrà controllare che la volontà del fiduciario corrisponda al miglior interesse del malato?
- Il nostro diritto giuridico conosce la figura della rappresentanza solo per l'esercizio di diritti disponibili e, invece, la vita è giuridicamente "indisponibile".
Poi, e soprattutto, perché il diritto serve a tutelare le persone, qui, invece, viene strumentalmente utilizzato per eliminarle.



96





- tende a svilire il significato della persona ed ad assoggettarlo all'arbitrio del volere di altri.
Ci si appella ad una presunta volontà del malato che qui è solo riportata e quindi si conferisce potere di vita e di morte ad un tutore



97



- No all'autodeterminazione assoluta che di fatto mira:
 - a estromettere il medico e la famiglia dall'orizzonte del fine vita

100



- perché l'atto di chi impedisce il suicidio di un giovane sano che ha deciso di terminare la propria vita deve essere considerato meritorio
se poi un padre ed una madre possono essere liberi di lasciar morire di fame la figlia?

98



- a rendere la vita un bene disponibile: La volontà del malato, attuale o anticipata o espressa attraverso un suo fiduciario scelto liberamente, e quella dei suoi familiari, non possono avere per oggetto la decisione di togliere la vita al malato stesso:
la vita è un dono e 'Si deve valere sino al minuto in cui si muore e godere ogni minuto del miracolo di essere vivi' (Rita Levi di Montalcini)



101



5) CIRCA L'AUTO-DETERMINAZIONE:

- E se lo chiede o decide lui, il malato? Che valore dobbiamo dare al principio di autodeterminazione?
Quale valore può avere una decisione presa in un contesto (di efficienza fisica, età, conoscenze scientifiche etc) diverso da quello nel cui contesto si è poi verificato l'evento grave?

99



- a estromettere l'Autore della vita, Dio, dall'esistenza della persona,
la quale si arroga il diritto di decidere liberamente quando e come dare fine alla propria vita

102





○ quando si afferma: “non spetta alla persona decidere”, non si vuole negare la libertà della coscienza, ma l'autosufficienza.

“Non si può confondere la libertà di coscienza con la possibilità di fare quello che ci pare.

Anche se ragionassi in termini puramente laici, non potrei giustificare un assassinio dicendo che l'ho fatto per rivendicare la mia libertà di coscienza.



103



La legge che punisce l'omicidio non elimina la libertà di coscienza: anzi la piena libertà dell'assassino è il primo presupposto della condanna (...)

La coscienza è la sede della nostra scelta, è il luogo dove decidiamo, ma non è il criterio della scelta.

Il criterio non ce lo diamo da soli: ce lo dona Dio, che è Amore” (S.E. BETORI, in *Avvenire*, 3-10-08).



104



○ “Da una parte, è innegabile che si debba rispettare l'autodeterminazione del paziente, senza dimenticare però che l'esaltazione individualistica dell'autonomia finisce per portare ad una lettura non realistica, e certamente impoverita, della realtà umana...



105



Dall'altra, la responsabilità professionale del medico deve portarlo a proporre un trattamento che miri al vero bene del paziente, nella consapevolezza che la sua specifica competenza lo mette in grado in genere di valutare la situazione meglio che non il paziente stesso” (BENEDETTO XVI, *Discorso ai partecipanti a un congresso della società italiana di chirurgia*, 20 -10-08)..



106



- Le volontà del paziente devono essere espresse all'interno dell'alleanza terapeutica e non sono vincolanti. E dunque, l'ultima parola spetta al medico.
- Occorre ricordarsi che la richiesta di eutanasia da parte del malato non deve essere considerata espressione della vera volontà del malato.

107



- Risulta un'evidente forzatura attribuire una rilevanza decisiva a una volontà pregressa, indirettamente ricostruita, non univoca, per sospendere trattamenti ordinari.
- Si va facendo strada oggi l'idea che l'unica nobilitazione della morte è di attribuirle pienamente all'autodeterminazione del singolo, sia attuale [suicidio puro e semplice] sia anticipata [suicidio assistito].

108





- La richiesta di morire manifesta spesso:
 - ☐ il desiderio angoscioso di affetto e assistenza
 - ☐ un disagio costante percepito dal paziente in sé e nell'ambiente circostante
 - ☐ lo stress emotivo vissuto dal malato

109



- ☐ un disturbo depressivo: la grave deflessione dell'umore, la perdita di fiducia in sé e negli altri e l'abbandono minano l'autonomia e la libertà! Non c'è persona meno libera di chi vive una esperienza di depressione e di solitudine
- ☐ il timore o la reale perdita di valore della propria persona all'interno dei rapporti con amici e familiari



110



- Si deve sempre presumere - quando il malato non sia competente - la sua volontà di essere curato, ovviamente senza attivare pratiche inaccettabili di accanimento.
- La reale volontà del malato, che, per essere libera, deve essere attuale, circostanziata e contestualizzata. E' umanamente drammatico e sbagliato retrodattarla perché si finisce per farsi strumento di un arbitrio, in base ad una presunta volontà altrui.



111



- Occorre tener presente i diversi e specifici contesti nei quali sono il più delle volte protagonisti soggetti incapaci, come i minori, gli anziani in stato di confusione mentale, i malati di mente o soggetti, sconvolti psicologicamente dalla malattia che li ha aggrediti, divenuti all'improvviso (spesso in modo imprevedibile) fragili, suggestionabili, dalla volontà debole, incerta e mutevolissima.



112



- E comunque quando la volontà del paziente appaia palesemente inesistente, immatura o gravemente alterata, l'unico criterio a cui ricorrere è il classico e insuperato principio ippocratico, che impone al medico di impegnarsi sempre e comunque nella difesa della vita e della salute del paziente.



113



6) LE DICHIARAZIONI ANTICIPATE

Possono essere uno strumento per escludere l'accanimento terapeutico.

Ma l'accanimento è già concordemente condannato.

Perciò che utilità hanno le dichiarazioni?

Inoltre, non si può prevedere a tavolino in astratto un quadro clinico futuro e fissare dei limiti oltre i quali ci sarebbe accanimento.



114



- Cosa dire in merito al contenuto di un testamento biologico?

Innanzitutto la prudenza che nasce dall'esperienza della vita concreta può fare tre obiezioni.



115



- ❖1- Nessuna persona sana e nel pieno possesso delle facoltà mentali può sapere cosa si prova quando si è colpiti da una malattia incurabile e si è entrati nella fase avanzata di essa.

Chi scrive il testamento è estraneo al vissuto della malattia.

Perciò, invocare il principio del consenso informato per giustificare le dichiarazioni anticipate di trattamento rischia di essere fuorviante.



116



- ❖2- Nessuno può prevedere con certezza quali saranno i progressi scientifici e medici nella diagnosi e nella cura di una particolare malattia.

Terapie oggi penose per il malato, domani grazie ai progressi della tecnica potrebbero essere praticate con minori oneri.

Perciò, il testamento reso oggi per un futuro prossimo o remoto potrebbe diventare impreciso o fuori luogo.



117



- ❖3- Non è detto che le volontà che io oggi esprimo corrispondano esattamente a ciò che io desidererò quando sarò colpito da una malattia grave.

Potrei aver cambiato idea e non aver avuto il tempo di manifestarlo.

Posti tutti questi dubbi circa un bene fondamentale, com'è quello della vita, è doveroso astenersi da qualsiasi atto che possa pregiudicarla.



118



7) CIRCA L'IDrataZIONE E L'alIMENTAZIONE:

È necessario distinguere nettamente fra terapia e cura della persona [idratazione, alimentazione, pulizia ...].

- La cura della persona è sempre dovuta, e la sua omissione avrebbe eticamente il profilo dell'omicidio.

119



- La terapia invece è dovuta fatte però le necessarie distinzioni.

Non è mai lecito omettere di idratare e alimentare, perché idratare e alimentare non sono terapie.

Se lo fossero, allora tutte le volte che ci sediamo a tavola ci sottoporremo a una terapia?

120





- Lo stato vegetativo non è mai irreversibile

IL CIBO E LE BEVANDE:

- sono gli elementi essenziali e non dei mezzi occasionali e sproporzionati per consentire la vita; queste azioni non sono assimilabili a 'trattamenti terapeutici', né tanto meno ad accanimento terapeutico;



121



- non sono un trattamento sanitario eccezionale, dato che il sondino naso-gastrico viene utilizzato, nei decorsi operatori di un certo livello, anche con pazienti non in pericolo di vita. Come possono i due trattamenti essere considerati qualitativamente diversi?

- Non sono terapie, ma cura della persona.



122



- Sono un sostentamento vitale ineliminabile, e non un trattamento sanitario. Sono necessari al sostentamento dell'ammalato, non alla sua guarigione.

- la loro sospensione equivale ad un atto di vera eutanasia.



123



- La morte per fame e per sete può essere preceduta da una lunga agonia (anche più di 15 giorni),
- A un ammalato, che è in imminente pericolo di vita ed è in un reparto di terapia intensiva, certamente saranno offerte le cure ordinarie e proporzionate come la sedazione e l'analgesia, gli atti ordinari di assistenza, come l'idratazione, la ventilazione e la prevenzione delle piaghe da decubito.

124



“Chi dice che la nutrizione artificiale è un atto invasivo per via del sondino naso-gastrico, dovrebbe spiegare allora che differenza c'è fra quel sondino ed il cucchiaino con cui si imbecca ad esempio un malato di Alzheimer, o un disabile mentale grave, anch'egli totalmente inconsapevole di quanto avviene intorno.



125



E chi ritiene invece che la nutrizione artificiale è una terapia perché implica atti medici, allora dovrebbe ad esempio non definire più 'naturale' un parto che avviene con il monitoraggio cardiaco del feto, e con interventi più o meno invasivi del ginecologo.



126



Alimentazione ed idratazione sono di per sé misure di sostegno vitale, indipendentemente dai mezzi utilizzati (sondino, cucchiaino o Peg), perché da sole non bastano a sostenere un corpo compromesso da una malattia, così come girare un malato nel letto per evitare le piaghe non è sufficiente a tenerlo in vita se ha una patologia grave, ma è necessario per non causargli complicazioni anche mortali” (Assuntina Morresi, "Avvenire" del 16 novembre 2008).



127



• si tratta per alcuni di un mantenimento in vita artificiale, che ancora qualche decina di anni fa non sarebbe stato possibile.
Tale situazione è provocata da un intervento della scienza – cioè un tentativo di rianimazione che in molti casi riesce, ma in altri casi è andato male – e che quindi anche la disabilità, con conseguente intervento del sondino, sta al di fuori della sfera naturale.
Se la scienza l’ha ridotta in quello stato, insomma, alla scienza spetta il dovere di decidere di sospenderlo.

128



8) CIRCA LO STATO VEGETATIVO PERMANENTE:

- è diverso rispetto al coma profondo
- non esiste certezza medica che sia irreversibile
- non è esclusa una pur piccola capacità di coscienza



129



- il non rilevare da parte nostra, una seppur minima presenza di coscienza nel soggetto in stato vegetativo, non può forse dipendere dalla nostra incapacità di rilevare tale presenza?
Non è forse dovuto al nostro non poter finora disporre di strumenti idonei di percezione di tale coscienza?



130



- neppure è da escludere una pur minima possibilità di recupero maggiore della coscienza e di un ritorno a una vita fatta anche di percezione del mondo esterno.
Non è sufficientemente provata “l’assenza di funzioni cerebrali superiori, che escluderebbe non solo la comunicazione verbale e mimica, ma anche ogni forma di percezione del dolore, memoria, emozione o intenzionali.
Una sorta di condizione botanica cui maldestramente il termine "vegetativo" allude e che li collocherebbe in un "limbo" tassonomico.

131



Sebbene non sia possibile applicare loro dei test psicofisiologici diretti, è ancora una volta la scienza sperimentale a offrirci preziose indicazioni che non consentono di escludere, con quella apodittica certezza che caratterizza talune affermazioni in proposito, la presenza di una coscienza di sé, nella forma di una consapevolezza, incomunicabile e intermittente, dell’esistere, delle relazioni spazio-temporali e delle sensazioni interne ed esterne, incluse quelle neuro-ricettive.

132





- Indicazioni come quelle di uno studio apparso su "Lancet Neurology" (novembre 2008), che ha coinvolto, tra gli altri soggetti, quindici pazienti in "stato vegetativo" di etcompresa tra i 19 e i 75 anni. Attraverso le immagini ottenute con la tecnica PET è stato possibile studiare la risposta di aree della corteccia cerebrale alla stimolazione elettrica (dolorosa) del nervo mediano.

THE LANCET
Neurology

133



Sebbene tali risposte siano inferiori al normale, gli autori belgi concludono che "l'evidenza non è sufficiente per decidere di non trattare [con analgesici] condizioni potenzialmente dolorose nei pazienti" in "stato vegetativo".

THE LANCET
Neurology

134



Ancor più significativo è lo studio di Adrian Owen e collaboratori apparso su "Science" nel 2006, nel quale gli autori britannici, con la tecnica fMR, hanno osservato, in una paziente in "stato vegetativo", l'attivazione di aree corticali in risposta alla domanda di "immaginare di giocare a tennis" o di "muoversi nella propria casa" (don ROBERTO COLOMBO, "Avvenire" del 16 novembre 2008)



135



- è comunque pur sempre una forma di vita umana (e che ogni Costituzione civile, ogni Servizio sanitario nazionale deve tutelare, e aiutare soprattutto i più deboli)



136



- gioca molte volte il meccanismo del caso pietoso: in questa circostanza non del dolore dell'ammalato – i medici giurano che non sente più niente, e che non si accorgerà di morire di fame e di sete! – ma di suoi parenti. Come se questi, con la morte del loro congiunto, cessassero di soffrire: è questo il paradosso davanti al quale, però, nessuno sa obiettare.

137



9) DIFFERENZA TRA:
COMA - STATO VEGETATIVO - MORTE CEREBRALE:

Occorre fare chiarezza fra i tre

138



COMA – E' una condizione clinica che deriva da un'alterazione del regolare funzionamento del cervello. Lo stato di coscienza è compromesso.

Anche nei casi più gravi di coma le cellule cerebrali sono vive ed emettono un segnale elettrico che viene rilevato dall'elettroencefalogramma e altre metodiche.

Esistono diversi stadi di coma, un processo dinamico che può regredire o progredire, e che dalla fase acuta può prolungarsi fino allo stato vegetativo.

Siamo in presenza di pazienti vivi che devono ricevere ogni cura.

139



STATO VEGETATIVO – Le cellule cerebrali sono vive e mandano segnali elettrici evidenziati dall'elettroencefalogramma.

Il paziente può respirare in modo autonomo, mantiene vivacità circolatoria, respiratoria e metabolica.

Lo stato vegetativo non è mai irreversibile.

140



MORTE CEREBRALE – Le cellule cerebrali sono morte, non mandano segnale elettrico e l'elettroencefalogramma risulta piatto.

Nella morte cerebrale il paziente perde in modo irreversibile la capacità di respirare e tutte le funzioni cerebrali, quindi non ha controllo delle funzioni vegetative (temperatura corporea, pressione arteriosa, diuresi)..

Questa condizione coincide con la morte della persona.



141



10) CIRCA I MALATI TERMINALI:

E' necessario garantire ai malati terminali le condizioni per affrontare in maniera dignitosa le malattie incurabili e la morte, come ad esempio:

142



- garantire una efficace rete di tutela dei soggetti più deboli perché inguaribili, terminali, morenti, ancor più se divenuti incapaci
- lasciar morire senza dolore: è dovere stringente di ogni medico di alleviare le sofferenze dei malati terminali

143



- promuovere giuste politiche sociali in grado di aiutare a eliminare le cause di molte malattie
- dedicare maggiori risorse al fine di assicurare una morte dignitosa e senza sofferenze

144





- procurare una assistenza maggiore per le persone morenti e per coloro per i quali non esiste nessun rimedio medico:
nei momenti estremi della sofferenza si ha il diritto di avere la solidale vicinanza di quanti amano davvero la vita e se ne prendono cura,
non di chi pensa di servire le persone procurando loro la morte

145



- assicurare il necessario sostegno vitale attraverso l'alimentazione e l'idratazione
- creare maggiori centri di cure palliative che forniscono cure integrali
- offrire ai malati l'assistenza umana e l'accompagnamento spirituale di cui hanno bisogno
- evitare l'emarginazione delle persone con gravi patologie invalidanti



146



- una reale presa in carico del malato, la corretta informazione sulla malattia e sulle sue problematiche, la comunicazione personalizzata con la condivisione familiare
- dare assistenza domiciliare qualificata, supporto adeguato alla famiglia, reti di servizi sociali e sanitari organizzati, solidarietà

147



- ricordarsi che il dolore possiede un valore cristiano....
 - E a chi pone la domanda: "ma a chi serve una vita così"?
- Si può rispondere: "Serve a te, perché tu ti possa chiedere che cosa tu stesso sai fare per loro".



148



11) "DIGNITÀ NEL MORIRE"

(Cfr. Card. CAFFARRA, *Discorso pronunciato nell'intervento il 15 novembre 2008 a Bologna durante il convegno organizzato dall'Associazione Medici Cattolici Italiani*).



149



MORTE DEGNA

- È una morte degna quella di chi ha assicurata la cura della propria persona e le terapie proporzionate.
 - È una morte degna quella di chi può godere delle cosiddette "cure palliative", destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia.
- Anche mediante il ricorso a tipi di analgesici e sedativi che hanno collateralmente l'effetto di abbreviare la vita e perdita di coscienza.

150





- È una morte degna quella di chi è accompagnato dall'attenzione amorosa e costante di altre persone.
- È una morte degna quella di chi "muore per il Signore": vive la propria morte come atto di fiducioso abbandono nel Signore.

151



MORTE INDEGNA



- È una morte indegna quella di chi viene privato delle terapie proporzionate e della cura della sua persona o viene sottoposto ad accanimento terapeutico.
- È una morte indegna quella di chi viene privato di cure palliative.

152



- È una morte indegna quella di chi viene abbandonato nella sua solitudine di fronte alla morte.
- È una morte indegna quella di chi credente nel Cristo, non unisce le sue sofferenze a quelle di Gesù per la salvezza dell'umanità.

153



12) CIRCA LA COMPETENZA DI UN GIUDICE O DI UNA ISTITUZIONE GIUDIZIARIA:

- in Italia, il compito di un giudice è di applicare (e non di fare) le leggi: fare le leggi spetta al Parlamento;
- compito di un giudice è di tutelare la parte più debole, e non di favorire l'etica, la vittoria del più forte sul più debole, con l'ausilio del diritto.

154



- la moderna dottrina dei diritti umani riconosce nel diritto la forza per difendere i deboli non la forza per togliere loro la vita.
- E' mai possibile che un cittadino italiano possa essere condannato da un giudice di uno Stato civile e democratico a morire di fame e di sete?
Si avrebbe un omicidio perpetrato per via legale, ottenuto cioè con l'autorizzazione dei giudici...
Non è di competenza dei giudici: non si può morire per effetto di una sentenza della magistratura.

155



- Da una decisione di un giudice non può arrivare un'interpretazione riduttiva della vita, quale non degna di essere vissuta.
E soprattutto l'idea che la vita umana sia disponibile. Ovvero, che ciascuno di noi possa esercitare addirittura un diritto di morire con il corrispettivo dovere di uccidere (perché qualcuno deve pure eseguire la sentenza).
E' inaccettabile una sentenza che ha come presupposto ed effetto quello di discriminare tra vite umane più o meno degne di vivere.



156





- Il Diritto di morire non è contemplato nella Costituzione (che un giudice dovrebbe applicare ai casi concreti) e sfida il criterio umanistico del *favor vitae* a cui essa si ispira (cfr. in particolare l'articolo 32 della Costituzione).

Il nucleo della Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo è che ogni individuo conta non in funzione del giudizio sulle sue condizioni esistenziali ma in quanto esistente.



157



- La decisione di un giudice mette in pericolo le altre migliaia di Eluane accudite amorosamente dai congiunti, le migliaia e migliaia di vite di persone gravemente handicappate che dipendono dalla capacità di accoglienza da parte dell'intera società.

In definitiva mette in pericolo tutti noi quando diventiamo marginali ed inutili. Era questa la logica sottesa, "adottata durante la Seconda Guerra Mondiale" in cui "si eliminano i più deboli e gli indifesi".



158



Da oggi nel nostro Paese si potrà uccidere - quando si vorrà - malati stabili, cronici, inguaribili: pazienti in stato vegetativo, pazienti in condizioni terminali, anziani non più utili alla società, insomma chiunque abbia 'presumibilmente' chiesto di poter morire e in condizioni di non poter più cambiare idea o di chiedere aiuto, mediante la sospensione di acqua e cibo, magari dopo aver consultato un giudice.



159



- Se una legislazione civile rinunciassero al principio che la vita umana è un bene che non è a disposizione di nessuno, legittimando il suicidio assistito o l'abbandono terapeutico, toglierebbe uno dei pilastri, anzi la colonna portante di tutto l'edificio spirituale costruito sulla base del riconoscimento della dignità della persona.



160



13) CIRCA I COSTI:

alcuni si domandano: è giusto sostenere costi notevoli per mantenere in vita malati terminali?

A questi tali si può rispondere: pensate quanto in occidente dobbiamo spendere per effettuare cure dimagranti e per non ingrassare!

Inoltre si è davanti ad un'analisi fondata sullo schema costi-benefici e non sulla reale salvaguardia della libertà della persona.



161



Il malato in stato vegetativo finisce per essere considerato un "peso" sociale, che, per quanto umanamente drammatico, non potrà mai ridurre il valore della persona-soggetto di diritto ad un bene disponibile come se fosse una cosa.



162



14) ALCUNE ULTERIORI CONSIDERAZIONI CIRCA IL RAPPORTO TRA MEDIO E PAZIENTE

Entrando maggiormente nel merito, noteremo che il testamento biologico stravolge il rapporto medico-paziente. Infatti, esso rappresenta una delle estreme esasperazioni dell'autonomia del paziente.



163



Rifiutando in modo deciso il modello paternalistico viene adottato il modello autonomistico o contrattualistico sulla base di una presunta parità fra i contraenti del rapporto, cioè tra medico e paziente.

Ma tutto ciò altera l'identità delle due figure in gioco. Il medico, da professionista che agisce nell'interesse e nel bene della salute del paziente, è degradato ad essere un esecutore delle volontà del paziente.



164



- In questo modello il medico potrà essere anche abilissimo tecnicamente, ma sarà sempre incompetente dal punto di vista decisionale.

Il paziente, invece, diventa un puro cliente che può chiedere tutto al medico.

In realtà, la parità tra i due contraenti non esiste, perché il medico "sa", mentre il paziente, anche quando è perfettamente informato delle sue condizioni e delle possibilità terapeutiche, non è libero di sfuggire alla malattia e spesso è incapace di un confronto obiettivo con istanze morali e scientifiche.



165



Il rapporto medico-paziente è un rapporto strutturalmente asimmetrico. Il medico, se non vuole essere ridotto a semplice erogatore di servizi, deve conservare la sua autonomia professionale e la sua dignità etica per cui, avendo di mira il bene e la vita del paziente, valuterà sempre se le richieste del paziente o il trattamento terapeutico adottato siano adeguati al caso concreto.

Inoltre, se il medico non potesse fare riferimento al bene del paziente (ricerca della salute o eliminazione progressiva del dolore), non potrebbe sorgere l'alleanza solidaristica tra medico e paziente.



166



- Nel modello dell'alleanza terapeutica il medico terrà conto delle dichiarazioni espresse dal paziente, ma le potrà disattendere sulla base delle conoscenze e dei progressi della medicina e interpreterà le intenzioni del paziente all'interno del contesto in cui il paziente le ha manifestate.



167



Inoltre, dobbiamo riconoscere che l'autonomia del paziente non può essere esasperata fino a farne un assoluto, perché spesso il paziente non è in grado di valutare appieno la sua malattia e lo sviluppo della scienza e dell'arte medica.

Piuttosto è fondamentale che il medico si faccia carico dello stato complessivo del paziente suo interlocutore, creando tutte le condizioni perché il paziente, mediante il dialogo, l'informazione e l'incoraggiamento, possa orientarsi verso la scelta migliore per la sua persona.



168





- Perciò, il testamento biologico, mentre sembra esaltare la libera scelta del malato, in realtà ne lede gravemente la dignità, perché il valore di un individuo umano, per quanto malato, non dipende dalla più o meno normale vita di relazione, che è in grado di vivere.



169



15) CIRCA L'AUTODETERMINAZIONE:

- Di fronte a "visioni" che fanno della persona "il soggetto di una autodeterminazione pretesa assoluta e incondizionata, tale da guidarne non solo la condotta durante, ma anche il trattamento all'inizio e alla fine dell'esistenza", si profilano "rischi enormi", come "la legittimazione della logica del più forte" o l'eventualità di "un progressivo logoramento morale o di una identità e di un legame sociale sempre più evanescenti".



170



- Lo ha detto mons. MARIANO CROCIATA, segretario generale della Cei, intervenendo al Convegno promosso all'inizio di marzo 2009 a Loppiano (Firenze) dalla sezione Ucid (Unione cristiana imprenditori dirigenti) di Milano, sul tema "Imprenditorialità, solidarietà e sussidiarietà. Gli imprenditori cristiani d'Europa per il bene comune".
- Si leggano anche le mie schede sulla sofferenza; sull'eutanasia; sulla morte.



171



16) Kung e il diritto a scegliere, con la mia responsabilità, quando e come morire...



In un saggio intitolato: *Morire Felici? Lasciare la vita senza paura* (Rizzoli 2015, 158 pagine, 16 euro), il teologo reclama aperture teologiche, rivendicando il suo essere cattolico e cristiano.

Assicura che il dogma della sacralità della persona resta un caposaldo della cultura cattolica nonostante il diritto alla dolce morte.

172



Non si tratta di principi antitetici, né di una contraddizione.

«Proprio alla luce di questa fede nella vita, posso scegliere con la mia responsabilità quando e come morire.

Se mi venisse concesso, vorrei spegnermi in modo consapevole e dire addio ai miei cari con dignità».

A suo dire un atteggiamento del genere «si fonda sulla speranza di una vita eterna».



173



Insomma l' eutanasia «non ha nulla a che vedere con un auto-assassinio arbitrario ed empio».

La legalizzazione della «morte consapevole» è in grado di interpretare in maniera più profonda il valore della sacralità della persona?

Le domande di Küng si accavallano; perché non accettare la possibilità di restituire gentilmente il dono della vita?



174



«È parte del mio modo di concepire la vita, ed è legata alla mia fede nella Vita Eterna, la scelta di non protrarre a tempo indeterminato la vita terrena».

Ancora: «È conseguenza del principio della dignità umana il principio del diritto all'autodeterminazione, anche per l'ultima tappa. Dal diritto alla vita non deriva in nessun caso il dovere di continuare a vivere in ogni circostanza. L'aiuto a morire va inteso come estremo aiuto a vivere».



175



17) Alcuni punti (rielaborazione mia personale di un articolo del 1 luglio 2017 da: *Il Cammino dei Tre Sentieri*)

- Il sostegno vitale *alimentazione e idratazione* non può mai essere tolto, altrimenti si pratica un'eutanasia passiva.
- sproporzionate alla gravità della patologia. Non è eutanasia, invece, rinunciare all'*accanimento terapeutico*. L'*accanimento terapeutico*, però, si verifica quando le terapie (terapie, non sostegno vitale!) risultano essere oggettivamente

176



- Nel *sostegno vitale* è inclusa anche la *ventilazione artificiale*, ma questa, a differenza dell'*alimentazione* e dell'*idratazione*, può essere tolta in caso di morte imminente.



177



18) Domande:

- è giusto evitare alla persona sofferenze inutili? Si se sono inutili.
- Far saltare la sofferenza quando non c'è speranza di guarigione, in nome di un'autodeterminazione *libertaria-individualista*?

178



Esiste il diritto di non soffrire?

- Circa il dovere-diritto di vivere: non ci si accorge che quando si nega il *dovere di vivere*, si va a negare anche il *diritto di vivere*?
- Non bisogna far precedere, in nome dell'ideologia liberale e individualista, i *diritti ai doveri*.



179



- Se non c'è più il *dovere di vivere*, non c'è nemmeno il *diritto di vivere*.

Rimane solo il *diritto di non-soffrire*.

Se si è adulti e non si hanno capacità d'intendere, si può decidere da sé.

Se si è invece infanti o anziani con demenza o malati in coma, devono decidere altri o lo Stato.



180





- Il caso del piccolo Charlie è inoltre emblematico per un'altra questione:

la relativizzazione della volontà dei genitori.

Nel caso specifico la Famiglia non solo è stata relativizzata, ma in un certo qual modo anche "accusata" e "condannata".



128

181



- I giudici inglesi e della Corte Europea hanno deciso che il bambino non può continuare a soffrire inutilmente.

Pertanto, di converso, i giudici sono convinti che i genitori avrebbero deciso di farlo soffrire inutilmente e quindi sarebbe giusto togliere loro la patria-potestà.



129

182



Il messaggio che passa è che amare i figli, volere che vivano, tentare di fare di tutto, credere in una concezione della vita non conforme ai canoni dell'*individualismo autodeterministico* significherebbe non essere "bravi genitori".



130

183



C) NOVE ARGOMENTI GIURIDICI PER DIRE NO ALLA EUTANASIA



Il commento del professor Spataro, docente di Filosofia del Diritto

131

184



ROMA, martedì, 24 gennaio 2006 La proposta di legge per la legalizzazione dell'eutanasia, presentata dalla formazione radical-socialista "Rosa nel Pugno", e la proiezione di un filmato in un liceo di Torino sulla "dolce morte" attuata in una clinica svizzera, hanno riaperto il dibattito sulle pratiche del cosiddetto "suicidio assistito".

132

185



Dato l'interesse per il tema, ZENIT ha voluto ascoltare il parere del professor MARIO PALMARO, docente di Filosofia del Diritto all'Università Europea di Roma, il quale ha presentato le ragioni per cui l'eutanasia non deve essere legalizzata da uno Stato laico.

133

186





“Lasciando da parte gli argomenti che sono legati alle convinzioni religiose o all’insegnamento di una Chiesa – ha esordito il professor Palmaro –, argomenti tutt’altro che disprezzabili, ma che potrebbero essere ritenuti insignificanti in un’ottica laica e secolarizzata. Parliamo invece dei motivi che sono validi da un punto di vista giuridico”.



134

187



1) “Il primo e più importante motivo è quello alla vita che è un diritto indisponibile, anzi il più importante fra tutti i diritti indisponibili – ha sottolineato –. Ciò significa che non solo non si può decidere della vita di un altro uomo innocente, ma che nemmeno è lecito disporre arbitrariamente della propria”.

135

188



ILLECITI



“Perfino il suicidio rappresenta giuridicamente parlando un atto illecito, anche se ovviamente non è punito dal codice penale – ha affermato –. E’ però sanzionata l’istigazione al suicidio, con cui il legislatore rivela il suo sfavore per chi si toglie la vita”.

136

189



LIBERTÀ

“Anche la libertà appartiene a questa categoria di diritti specialissimi: se una persona volesse liberamente diventare schiava di un’altra, l’eventuale contratto fra le parti sarebbe nullo”, ha quindi aggiunto il docente.



190



“Con ciò si dimostra che non è vero che l’autonomia decisionale del singolo gli permette di fare qualsiasi cosa.

Non si può rinunciare ad essere liberi, come non si può rinunciare alla vita”, ha osservato.

138

191



2) “Secondo argomento: l’eutanasia – sia quando è frutto di un’azione (un’iniezione velenosa) sia quando è frutto di un’omissione dolosa e colpevole (sospensione dell’alimentazione) comporta sempre il coinvolgimento di una terza persona, che liberamente si offre di togliere la vita a un’altra”.

139

192





“Dunque, anche in presenza del consenso del malato, siamo sempre di fronte all’uccisione di un essere innocente – ha quindi sottolineato il professor Spataro –.

La legalizzazione dell’omicidio del consenziente è un trauma giuridico che sconvolge radicalmente l’intera impalcatura dello stato di diritto”.

140

193



3) “Terzo argomento: la richiesta del paziente è solo apparentemente il fondamento dell’atto eutanasi.

Infatti, o si decide che qualsiasi richiesta di eutanasi deve essere assecondata, e in tal caso anche una persona sana avrebbe diritto a ottenerla – ma si coglie subito l’esito paradossale di una simile soluzione –, oppure lo Stato elabora dei criteri in base ai quali si può ottenere la morte pietosa”.



141

194



“Ma così facendo – ha precisato –, si noterà che il vero discrimine è rappresentato da un giudizio sulla qualità della vita, operato dalle strutture dello Stato.

Dunque, il fondamento dell’eutanasi è sempre e comunque un giudizio esterno al malato, sul fatto che quella sia una vita che merita o non merita di essere vissuta”.

142

195



QUALITÀ DELLA VITA

“Chi o che cosa tratterà l’esile linea di demarcazione fra un paziente che merita di essere terminato e un altro che non lo merita?”, si è poi domandato.

143

196



4) “Quarto argomento: la decisione del paziente è assolutamente inattendibile – ha continuato –. Se è formulata prima della malattia, rimane il dubbio che essa sia ancora valida quando il soggetto ha perso conoscenza; se invece è contestuale alla sofferenza, nessuno può garantire che essa sia lucida e libera, proprio per la morsa che la sofferenza stringe intorno alla psiche del sofferente”.

144

197



5) “Quinto argomento: la legalizzazione non è un elemento neutro della normazione, ma ha un indubitabile effetto incentivante.

Essa mette alle strette tutti i malati deboli – anziani, disabili, abbandonati dalla famiglia, persone sole – costringendoli a interrogarsi se non sia una forma di egoismo sottrarsi a una soluzione percorribile, che altri seguono.

Insomma: si suggerisce alla gente qual è la via moderna e pulita per togliere il disturbo”.

145

198





6) **“Sesto argomento:** la legalizzazione trasformerebbe radicalmente la missione del medico.
Oggi, ogni paziente sa che con ogni buon medico si instaura un’alleanza terapeutica, che ha lo scopo non già di guarire (spesso non è possibile) ma di curare sempre.
Il paziente si aspetta che un giorno il medico possa dichiararsi impotente a guarire, ma sa anche che il suo compito non è dare la morte”.

146

199



“Con la legalizzazione, il medico assumerebbe – al di là delle ipocrisie pietose dell’antilingua – il compito di funzionario statale addetto alla terminazione di alcuni pazienti.
Il nostro rapporto con il medico, il suo sguardo su di noi, cambierebbe radicalmente.
In peggio!”, ha poi commentato.

147

200



7) **Settimo argomento:** il cosiddetto pendio scivoloso.
In tutti i Paesi dove si è legalizzata l’eutanasia solo su richiesta del paziente, ci si è presto accorti che spesso essa veniva praticata anche in assenza di qualsiasi domanda del malato”.



148

201



DIAT

“Questo è molto ovvio e persino logico: poiché l’eutanasia è invocata per porre fine a ‘sofferenze insopportabili’, spesso sono pazienti incapaci di intendere e di volere a subirla (non si sa quanto consapevolmente) e il vero dramma è di coloro che li circondano: ma se uccidere per pietà è ritenuto ‘il’ bene del paziente, non si vede perché mai fermarsi di fronte alla mancanza del suo parere”.

149

202



8) **“Ottavo argomento:** i malati cronici costano.
Dunque, in un ordinamento in cui fosse accolto il principio che uccidere un innocente è lecito se fatto per motivi pietosi, sarebbe perfettamente coerente attendersi che si ponga fine alle vite ritenute insignificanti ma costose per la società.
Ovviamente, in nome del supremo interesse della scienza e della medicina, e della necessità di usare le poche risorse a favore di pazienti con una qualità di vita migliore”, ha aggiunto.



203



9) **“Nono e ultimo argomento:** il precedente nazista.
Adolf Hitler è stato il primo e il più convinto sostenitore dell’eutanasia per motivi pietosi.
Le camere a gas naziste sono state inaugurate da tedeschi di pura razza ariana, nient’affatto ostili al regime, ma considerati portatori di ‘vite senza valore’”.



151

204





LETTERA HITLER

“Ci sono lettere riservate del Führer al suo medico personale, in cui Hitler spiega le ragioni filantropiche per cui è meglio eliminare handicappati, scemi, storpi, reduci della prima guerra mondiale.

Non ne parla con odio o disprezzo,
ma con sincera pietà.

Proprio come accade oggi ai fautori dell'eutanasia liberale e democratica”.

152

205



“Per rivivere certi orrori non è affatto necessario far rivivere le camice bruno e le svastiche – ha commentato Spataro –.

Basta lasciare spazio alla cultura che fu alla base di quell'orrore”.

153

206



interesse

“Chissà se la modernità avrà il coraggio di ammettere che i mostri che si agitano nelle parti più segrete del nostro cuore non sono morti con il nazismo,
ma sono sempre pronti a riemergere, dietro la faccia pulita e rispettabile della pietà interessata”, ha poi concluso.

154

207



D) Le scelte di vivere o di morire si equivalgono?

(cfr. articolo di: Assunta Morresi, *per solidarietà, non per morte*, Avvenire 12-8-2021)

155

208



La richiesta di legalizzazione dell'eutanasia si basa su un assunto di fondo:

tutte le decisioni sulla propria persona,
purché rispettose delle libertà altrui,
hanno lo stesso valore e vanno tutelate,
a partire da come vivere e morire.

Il che, applicato alla legalizzazione dell'eutanasia, implica che le scelte di vivere o di morire si equivalgono

e per questo vadano egualmente legittimate dalle istituzioni,
che dovrebbero parimenti garantire adeguate cure a tutti

e l'accesso alla morte medicalmente assistita.



209



Sono, però, da valutare le conseguenze.
Se vivere e morire hanno lo stesso valore:

A) Vengono spontanee alcune domande, quali ad es.:

Perché impedire a qualcuno di suicidarsi?

E perché sorvegliare chi è sopravvissuto a un tentativo di suicidio,
perché non sia recidivo?

Quale volontà è più lucida e inequivocabile di chi tenta consapevolmente di togliersi da solo la vita?

Perché sostenere, ad esempio, la vita delle persone molto anziane, che chiedono lucidamente di morire perché i loro cari se ne sono tutti andati,
e si sentono irrimediabilmente sole?



157

210





Prolungarne la vita non sembra una crudeltà?

B) Regolamentare l'eutanasia, dice chi la sostiene, significa anche:

- a. impedire gli abusi delle morti procurate;
- b. Porre fine all'esistenza di una sofferenza che rende la vita uno strazio intollerabile, una tortura.

C) Circa la sofferenza e l'eutanasia:

1-le cure palliative e il trattamento del dolore cronico, sono un presidio riconosciuto efficace contro il dolore fisico. In Italia abbiamo un'ottima legge che le consente



211



e che andrebbe sempre più implementata;

2- con la parola "sofferenza" si indica qualcosa di più ampio del dolore fisico, ad es.:

paralizzati, completamente dipendenti dalle cure altrui, o anche privati improvvisamente di una persona amata: un figlio, un marito, una moglie.



212



E chi può stabilire se si patisce di più immobili su un letto o se si perde un figlio?

Come può una legge disegnare con giustizia i confini della sofferenza?

Questa è un sentimento esclusivamente soggettivo,

e se è usato per decidere quando si ha il "diritto a morire" allora l'eutanasia non può che diventare *on demand*:

solo ognuno di noi sa dire quando è arrivato al limite di sopportabilità.

È per questo che nei Paesi con leggi sulla morte assistita i "paletti" vengono via via eliminati, nel tempo:



213



c'è sempre qualche persona sofferente che si sente ingiustamente esclusa da una morte liberatoria.

3- Ma la principale conseguenza della morte, che diventa un diritto, è lo sminuirsi della solidarietà umana, cioè della responsabilità e del farsi carico del prossimo, specie di chi è più fragile, e quindi la perdita della pervicacia creativa che fa escogitare soluzioni a problemi apparentemente insolubili, scovare vie d'uscita dentro a un vicolo cieco.



214



a. Quella solidarietà che fa crescere la consapevolezza di appartenere alla medesima comunità umana e per questo si fa carico di prevenire i suicidi, di costruire opere per le persone anziane, per quelle sole, per chi ha perso consapevolezza di sé, per chi "non c'è più niente da fare" se non aspettare la morte.

b. È la solidarietà umana il senso ultimo anche delle cure palliative, specie in fine vita: quell'accompagnamento fino al respiro finale che rende dignitoso ogni morire perché non lascia soli e consente di controllare il dolore fisico.



215



C- Gli hospice sono nati sul sentimento profondo della solidarietà reciproca.

D- È la stessa solidarietà che ha fatto la differenza in pandemia, per cui tanti operatori sanitari e comuni cittadini si sono prodigati per far fronte all'emergenza, fino a rischiare la propria vita.

E- Quella stessa solidarietà necessaria per la tutela della salute pubblica, che porta a chiedere a tutti rispetto per le misure che possono contrastare il contagio, compresi i vaccini.



216





E) EUTANASIA: questione antropologica

164

217



1) La domanda di eutanasia non è una questione medica, ma antropologica:

- è la richiesta di decidere quando e come morire, secondo il proprio orizzonte valoriale individuale,
- Dove i malati vengono assistiti in modo adeguato insieme alle loro famiglie, non c'è richiesta di morte.
- Occorre evitare che la cultura dello scarto, di cui ci parla tanto Papa Francesco,

ci renda accettabile l'idea che alcune vite valgano di meno, solo perché piagate dalla malattia o dalla disabilità;

165

218



- si sta parlando di diritto a morire, con la consapevolezza della richiesta come unica condizione:

l'omicidio del consenziente, insomma.

È evidente che di fronte a questa situazione,

le cure palliative non possono essere una risposta efficace,

perché la richiesta non è di sollievo alla sofferenza fisica di una malattia, ma di avere il diritto a morire con assistenza medica.

166

219



- Va riscoperta la dimensione solidale del nostro viver comune, per farlo dobbiamo partire dalle conseguenze di questo tipo di leggi.

Nei Paesi in cui la morte assistita è legale, le richieste aumentano sempre, costantemente, ovunque.

E allora iniziamo a domandarci:

pensiamo sia un risultato positivo che sempre più persone preferiscano morire, piuttosto che vivere?

È questo l'obiettivo che vogliamo raggiungere, legalizzando l'eutanasia?

167

220



2) In alternativa e in contrasto all'eutanasia,

oggi in Italia ci si può avvalere di:

- terapie del dolore
- cure palliative,
- percorso di morte possibile con la legge 219/2017 (quella sulle Dat e la sospensione dei trattamenti);

Papa Francesco ha stroncato senza mezzi termini il fine vita, promuovendo le cure palliative.

“Non c'è diritto a uccidere, la morte va accolta e non provocata”.

168

221



- sentenza 242 del 2019, che ha stabilito che l'assistenza al suicidio non può essere punita quando il malato che la chiede:

- è tenuto in vita da presidi di sostegno vitale, ovvero, strumentazione medica che tiene in vita il paziente ad esempio consentendogli di respirare o alimentarsi;
- è affetto da una patologia irreversibile che sia fonte di sofferenze fisiche e psichiche da lui ritenute intollerabili;
- è in grado di prendere decisioni libere e consapevoli,
- già è stato inserito in un ciclo di cure palliative.

In presenza di tali condizioni, la Corte Costituzionale decise che aiutare altri a suicidarsi non è un reato.

169

222



3) Dai tribunali alle leggi parlamentari: La storia mostra che per ottenere i cosiddetti “nuovi diritti individuali” si inizia, su casi singoli “pietosi”, dai tribunali per arrivare poi al Parlamento: una volta creato il precedente, su quello si consolida una giurisprudenza che, dopo qualche anno, viene ratificata da leggi parlamentari. Il tentativo è andare verso la liberalizzazione della morte medicalmente assistita.

170

223



4) L'obiettivo di alcuni (es. dott. Cappato) è fare in modo che chiunque lo voglia possa uccidersi o essere ucciso *a prescindere dallo stato o dall'entità della malattia*, e anzi anche *a prescindere dall'esistenza stessa di una malattia*. È il cosiddetto “diritto assoluto di morire” come, quando e perché si preferisce. *Se, per qualsiasi motivo, io non voglio più vivere, lo Stato deve garantirmi il diritto di uccidermi o di essere ucciso in modo “degno”, cioè secondo certi protocolli medico-sanitari.*

171

224



Se vincerà la “cultura dello scarto”, la mentalità eutanassica si trasformerà in un vero e proprio buco nero capace di divorare ogni forma di sofferenza, depressione o ‘stanchezza’ di vivere. Per non parlare di chi userà il suicidio assistito o l'eutanasia per terminare una vita considerata ‘fallita’ dal punto di vista affettivo, familiare, lavorativo, economico...

172

225



5) Quello in corso è uno scontro di civiltà.

- Da una parte la civiltà dell'amore, della vita, della solidarietà, dell'accoglienza e dell'accompagnamento della persona anche nella sofferenza.
- Dall'altra la civiltà del cinismo, dello scarto, della morte, della soppressione brutale di una vita umana, della falsa “pietà” e di una falsa “dignità”.

173

226



6) Papa Francesco ha denunciato quella che ha chiamato **“eutanasia progressiva”** per gli anziani “che devono prendere quattro o cinque medicine e soltanto riescono ad averne due: questa è un'eutanasia progressiva, perché non si dà loro quello che può portare loro la cura... Ci sono persone che per scarsità di mezzi non riescono a curarsi, per le quali anche il pagamento di un ticket è un problema... Nel settore della sanità la cultura dello scarto può mostrare più che altrove, a volte in modo evidente, le sue dolorose conseguenze. Quando infatti la persona malata non è messa al centro e considerata nella sua dignità, si ingenerano atteggiamenti che possono portare addirittura a speculare sulle disgrazie altrui, e questo deve renderci vigilanti» (discorso a Istituti Socio-Sanitari, 13-4-2023).

227



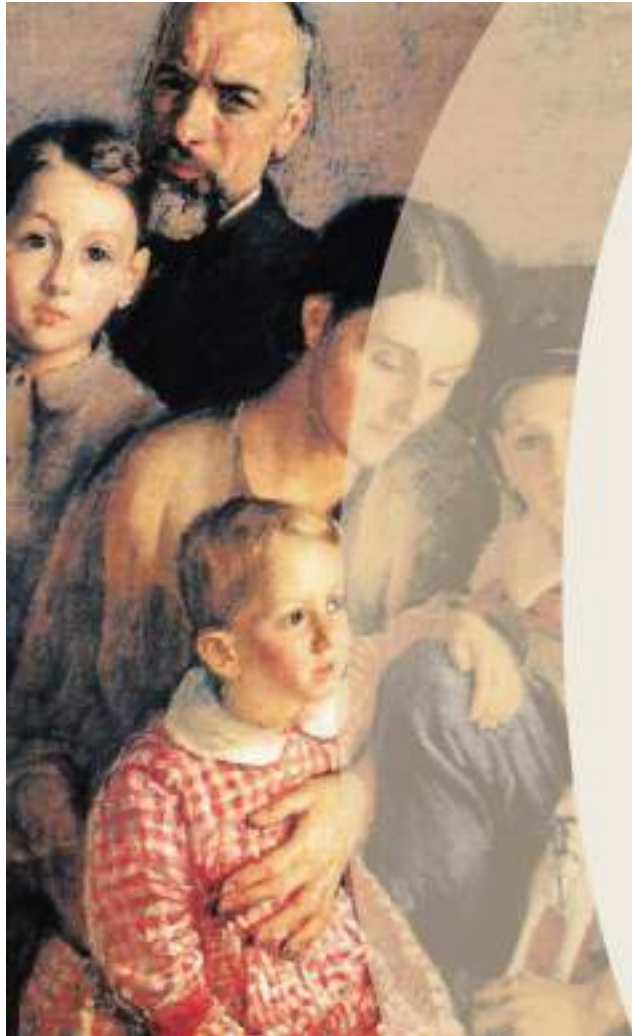
Via libera all'eutanasia per i bambini piagati da malattie incurabili, in condizioni di sofferenza acuta e su richiesta dei genitori. Si tratta di bambini, solitamente affetti da anomalie congenite del cervello, dei polmoni o del cuore, nell'età compresa tra uno e dodici anni: questo quanto sancito in Olanda al termine del Consiglio dei ministri (14-4-2023). L'Olanda diventa il secondo Paese – dopo il Belgio – a consentire l'assistenza alla morte ai bambini di ogni età.

175

228



Capitolo III



**ACCANIMENTO TERAPEUTICO:
Che cosa dice
la Fede cristiana?**



VARIE TIPOLOGIE DI ACCANIMENTO

Per **accanimento** si intende una insistenza cocciuta, da "*ad canem*", cioè, "alla stregua di un animale".

Il termine "**accanimento terapeutico**" è una contraddizione in termini, un ossimoro: terapia è se cura; accanirsi, quando non si cura, non serve o addirittura fa male: è un **accanimento attivo**.

E' un **accanimento buono** invece quando ci si accanisce contro una malattia per scoprirne le cause, per salvare una persona.

229



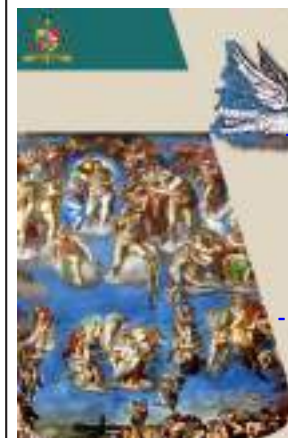
- C'è anche **l'accanimento diagnostico**, cioè l'eccesso in accertamenti e ricoveri, talora inutili, fatti al fine di preservarsi da alcun rischio di accuse di trascuratezza anche quando si è nella certezza che il paziente abbia necessità solo di un ben determinato percorso;
- **l'accanimento terapeutico**: sottopone un malato a terapie sproporzionate e controproducenti;
- **l'accanimento mediatico**: chi si ostina a parlare di un argomento senza motivazioni e fondamenti;

230



- **l'accanimento sportivo**: chi sottopone una persona ad allenamenti estenuanti ben sapendo che non raggiungerà mai i risultati attesi...
- **l'accanimento eugenetico**: ricerca del più sano e del senza difetti, trattando gli altri – quelli malati, difettosi – come materiali di scarto. La selezione di embrioni alla ricerca di quell'unico embrione, che non sia affetto dalla malattia genetica:

231



ha varie conseguenze:

- elimina i soggetti più deboli, considerandoli difettosi, fa maturare il diritto a vivere solo il più forte,
- è una modalità antica con cui ci si difende
 - dalla paura di soffrire e di far soffrire.
- Poiché non voglio che tu soffra, allora decido di non farti neppure nascere...
- è un atto d'arbitrio di una persona su un'altra, contro un'altra
- si propone di migliorare le caratteristiche di individui umani "normali e sani",

232



- per renderli sempre più potenti;
 - è contrario
- * sia all'etica della cura, autentica forma di *pietas* umana, che si è sviluppata lungo i secoli col desiderio di curare;
- * sia alla ricerca scientifica che, proprio partendo dai difetti, si industria per cercare rimedi di cura e farmaci adatti.

233



DOCUMENTI ECCLESIALI sull'accanimento terapeutico:

La riflessione della Chiesa su tale argomento è molto antica.

Risale a **Francisco de Vitoria** (1483-1546), teologo morale che i più conoscono per quanto egli ha scritto sul diritto internazionale.

Nel testo *Relectiones Theologicae*, pubblicato postumo (Lugduni, 1586), riferendosi alla *Summa Theologiae* di San Tommaso, sostenne l'obbligo morale d'offrire al malato un'adeguata alimentazione e idratazione fino a quando l'assunzione di cibi e bevande è possibile senza eccessivo sforzo.

234





Precisò inoltre che non vige l'obbligo morale di cercare tutti i mezzi medicinali; ci si può lecitamente accontentare di quelli comuni astenendosi dal dilapidare il patrimonio per sottoporsi a una terapia esosa. Affermazioni analoghe sono presenti nei seguenti documenti:

- Pio XII, Allocuzione, 24.XI.1957;
- Iura et bona, 1980 (IV parte);
- Pontificio Consiglio *Cor Unum*, 1981 (II parte);
- Catechismo della Chiesa Cattolica (par. 2278).

235



Il Papa Pio XII, in un memorabile discorso rivolto 60 anni fa ad anestesisti e rianimatori, affermò che non c'è obbligo di impiegare sempre tutti i mezzi terapeutici potenzialmente disponibili e che, in casi ben determinati, è lecito astenersene (cfr *Acta Apostolicae Sedis* XLIX [1957], 1027-1033).

Pio XII fa riferimento a quel criterio etico e umanistico che verrà in seguito definito «proporzionalità delle cure».

Tale criterio prende in considerazione «il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali» (CDF, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, IV).

236



Il documento della XIV Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita (25-27 febbraio 2008) offre una nuova comprensione della proporzionalità delle cure.

Invita a considerare tre fasi di elaborazione del giudizio morale:

1) la prima fase ha lo scopo di valutare la proporzionalità/sproporzionalità oggettiva di un determinato intervento;

237



2) la seconda fase invece prevede la valutazione dell'ordinarietà/straordinarietà attenta alla soggettività del paziente;

3) la terza fase offre un quadro sintetico delle prime due. Riunisce le valutazioni del medico (proporzionalità/sproporzionalità) con quelle del paziente (ordinarietà/straordinarietà).

Questo è possibile quando il malato è seniente. Per gli altri casi è necessario considerare attentamente quali sono le sue indicazioni eventualmente espresse in precedenza e interpretate da chi lo ha conosciuto profondamente.

238



Un documento del 1980, redatto dalla Congregazione per la Dottrina della Fede, «*Iura et bona*» (IV parte), afferma:

«È legittimo sospendere i trattamenti anche quando si ravvisa l'approssimarsi imminente della morte e si riconosce che i mezzi usati procurano un prolungamento precario e penoso della vita. Il medico in questo caso è tenuto ad assolvere ancora il suo compito di assistenza offrendo le necessarie cure normali. La morte che apre la via all'immortalità, quando sta per giungere, deve essere accettata con dignità».

In sostanza, la morte deve essere accettata come dimensione del vivere.

239



Il canone 2278 del Catechismo della Chiesa cattolica recita:

"L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi, può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'accanimento terapeutico. ./.

240





./ Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente".

241



La terminologia relativa ai mezzi ordinari e straordinari è superata, e al suo posto si usa una nuova categoria concettuale, quella dei **mezzi proporzionati e sproporzionati**. L'obiettivo di questa nuova terminologia è valutare il carattere di un mezzo terapeutico:

- grado di beneficio,
- rischi ulteriori,
- costi,
- possibilità di applicazione quanto alla risposta e alle condizioni fisiche e morali del malato.

242



Il cambiamento di termini (da *mezzi ordinari e straordinari* a *mezzi proporzionati e sproporzionati*) vuole considerare con maggior chiarezza le circostanze, variabili nel tempo, che coinvolgono ogni malato in quel processo dinamico che si attua contro la malattia e la sofferenza. La persona ha il dovere/diritto di fare uso di mezzi terapeutici proporzionati, non sproporzionati. Alla base di questo principio sta precisamente l'intuizione che la salute non è il bene sommo, e che essa può anche essere sacrificata per i beni ad essa superiori.

243



La differenza tra gli interventi terapeutici adeguati (proporzionati), secondo criteri oggettivi, alla situazione del malato e interventi inutili o dannosi (sproporzionati, tali da configurare un vero e proprio "accanimento terapeutico") è anche descritta nell'enciclica *Evangelium vitae* (n. 64-65) parlando della "decisione di rinunciare al cosiddetto accanimento terapeutico".

244



./, ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati rispetto ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi".

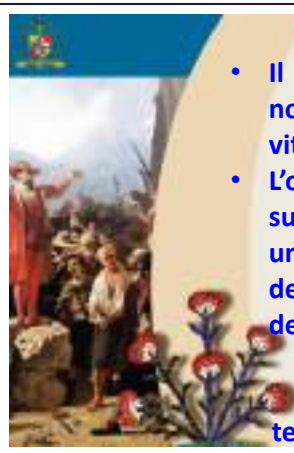
245



La rinuncia a mezzi sproporzionati quindi inutili o dannosi, "non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte" (Dichiarazione *Iura et bona* del 5 maggio 1980). Il problema della morte con dignità non è come affrettarla, ma come vincere dolore e solitudine.

246





La Fede cristiana afferma che:

- Il rifiuto dell'accanimento terapeutico non è un rifiuto del paziente e della sua vita.
- L'oggetto della deliberazione sull'opportunità di iniziare o continuare una pratica terapeutica non è il valore della vita del paziente, ma il valore dell'intervento medico sul paziente.
 - L'eventuale decisione di non intraprendere o di interrompere una terapia è da ritenersi eticamente corretta

247



quando questa:

- risulti inefficace
- o chiaramente sproporzionata ai fini del sostegno della vita o del recupero della salute del paziente.

Il rifiuto dell'accanimento terapeutico pertanto è espressione del rispetto che in ogni istante si deve al paziente.

Non è accanimento terapeutico assicurare all'ammalato, se disponibili, alcune cure quali:

- il ricambio metabolico,
- l'alimentazione e l'idratazione,
- la terapia del dolore.

248



I mezzi di sostegno vitale (ventilazione, alimentazione, idratazione) - finchè sono utili, proporzionati e adeguati alle condizioni cliniche – non fanno parte dell'accanimento terapeutico, e quindi non sono tra le terapie che un paziente può rifiutare.

Il loro rifiuto costituisce atto di eutanasia.

Occorre un'alleanza terapeutica che coinvolge il medico, il paziente, la sua famiglia, tramite un'équipe multidisciplinare

249



che accompagna il malato in ogni stadio della malattia.

Il medico, che rifiuta l'accanimento terapeutico, non somministra terapie inutili per vivere, ma applica la *desistenza terapeutica*, dando cure appropriate come quelle palliative.

E' opportuno dare analgesici o sedativi per combattere il dolore o l'agitazione, anche se, per il cosiddetto 'doppio effetto', gli analgesici somministrati per alleviare il dolore possono comportare l'effetto avverso di accelerare la morte.

250

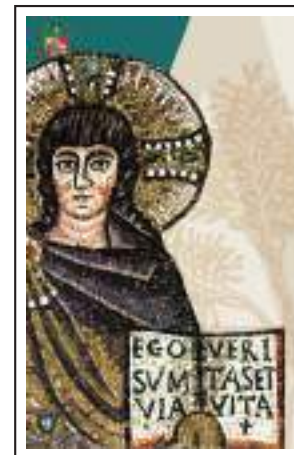


Papa Francesco (Messaggio al Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, sulle questioni del "fine-vita", 16.11.2017:)

«Per stabilire se un intervento medico clinicamente appropriato sia effettivamente proporzionato non è sufficiente applicare in modo meccanico una regola generale.

Occorre un attento discernimento, che consideri l'oggetto morale, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti....».

251



./ La persona malata riveste il ruolo principale.

Lo dice con chiarezza il *Catechismo della Chiesa Cattolica*: «Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità» (2278).

È anzitutto lui che ha titolo, ovviamente in dialogo con i medici, di valutare i trattamenti che gli vengono proposti e giudicare sulla loro effettiva proporzionalità nella situazione concreta, rendendone doverosa la rinuncia qualora tale proporzionalità fosse riconosciuta mancante».

252



Il sì detto alla vita richiede pertanto il rifiuto sia dell'accanimento terapeutico e sia della eutanasia.

E questo vale per tutti e due i casi:

- Questo vale per l'accanimento terapeutico, che vuole dire: ho il potere di allontanare la morte;
 - vale per l'eutanasia che vuol dire: ho il potere di anticipare la morte.
- Nessuno di questi due è accettabile, perché tutti e due entrano nella prospettiva del "io possiedo la vita e sono io che decido quando comincia, quanto dura, quando finisce...".

253



Non va inoltre dimenticato che:

- Nessun esperto potrebbe, allo stato attuale, dichiarare l'irreversibilità della condizione di stato vegetativo, se non in base ad una scelta puramente soggettiva;
- La dichiarazione di un momento non può evidentemente essere presa a parametro per presumere la volontà di una persona, riguardo a scelte come quelle che riguardano la contrarietà o meno ad un trattamento che fra l'altro si pone al limite fra terapia e nutrizione.

254



- Nessuna esistenza è inutile anche se non è più produttiva. Un'idea certo non amata da chi invece predica il culto della vita "degn" solo a certe condizioni di indipendenza e salute.

- L'abbandono dei malati non è un problema di malasanità, ma di disagio culturale di fronte al malato. Insomma, chi sta male dà fastidio: per accudire chi è debole, bisogna infatti essere forti.

E' essenziale per la dignità e la deontologia del medico mantenere sempre il dovere di prendersi cura del paziente,

255



in ogni condizione clinica
E' maggiormente presente il rischio dell'abbandono piuttosto che quello dell'accanimento nella realtà concreta del medico.

Sussiste una abissale differenza tra

l'aiutare a morire – ossia un

Intervento attivo o omissivo

finalizzato a provocare la morte –

e l'aiutare nel morire,

accompagnandolo con la palliazione

fino all'ultimo respiro.

256



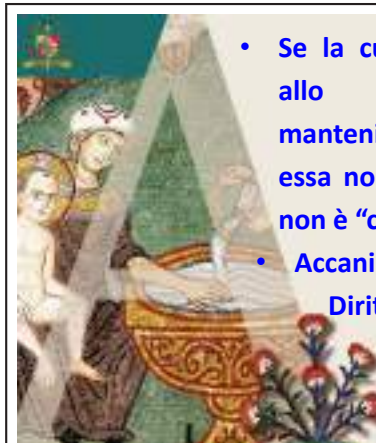
TRE SI':

- alla vita
- alle cure palliative e terapia del dolore
- all'adeguata assistenza agli ammalati e agli anziani.

TRE NO:

- all'eutanasia
- all'accanimento terapeutico
- all'abbandono di chi è più fragile.

257



- Se la cura è proporzionale e adeguata allo scopo (la guarigione, il mantenimento, l'accompagnamento) essa non è mai accanimento; altrimenti non è "cura".

- Accanimento o abbandono terapeutico?

Diritto alla vita o diritto alla morte?...

E lo stato vegetativo alla fine esiste davvero?

258



Non c'è sempre un'ombra di coscienza?

- la persona in stato vegetativo è destinataria di tutti i diritti, tutelata ancora di più perché incapace.

L'omicidio del consenziente è da sempre reato: secondo la Costituzione il vincolo di solidarietà è un dovere: l'omissione di soccorso a soggetto incapace è particolarmente grave;

259



- L'omicidio del consenziente è da sempre reato: secondo la Costituzione il vincolo di solidarietà è un dovere: l'omissione di soccorso a soggetto incapace è particolarmente grave;
 - Quando è possibile rinunciare alle cure? Con quali criteri? La criteriologia dev'essere:
 - clinica,
 - esistenziale: del medico, del paziente e dei suoi familiari;
 - gradualità nella rinuncia ai trattamenti.

260



- Non va neppure dimenticata l'importanza dell'etica delle virtù, in particolare della virtù della prudenza, della sapienza-saggezza, della misericordia.
- La rinuncia all'accanimento terapeutico non vuol dire procurarsi la morte o procurare la morte ad una persona.

Si accetta semplicemente di non poterla impedire. Questo è rispettare la morte. Saperla accogliere quando viene è un atto di grandezza dell'uomo, apre l'uomo alla visione di una verità stupenda: significa consegnare se stessi al Creatore.

261



ACCANIMENTO TERAPEUTICO, PROPORZIONALITA' DELLE CURE E DIGNITA' DELLA PERSONA

Sono moralmente vietati tutti quegli interventi che configurano accanimento terapeutico, compresi gli interventi che potrebbero prolungare per un certo lasso di tempo la vita. Quindi non c'è lavallo a decisioni eutanasiche, volte cioè a sopprimere una persona perché inguaribile, ma sempre curabile.

262



Per evitare l'accanimento terapeutico occorre una corretta definizione di proporzionalità delle cure: occorre di volta in volta ragionare sull'appropriatezza e dunque sull'idoneità della cura, sulla sua efficacia, sulla probabilità di successo, sulla durezza del risultato, sulla sua attuabilità e sulle sue complicità.

263



Una terapia efficace è quella che promette più benefici che danni. All'opposto si configura accanimento clinico quando i danni previsti superano i benefici. Ciò vuol dire che per comprendere se una terapia sarà efficace occorrerà mettere sui piatti della bilancia quanti saranno i danni e gli effetti positivi, quali saranno (quindi la loro importanza, la loro incidenza) e calcolare il grado

264



di probabilità che ciascuno di essi si verifichi. Occorre di volta in volta ragionare sulla efficacia della cura, sulla probabilità di successo, sulla durevolezza del risultato, sulla sua attuabilità e sulle sue complicità.

Occorre giudicare se le terapie sono appropriate o no, sono efficaci o meno, sono adeguate o inadeguate.

265



La dignità naturale di una persona è fondata sul **chi è**, non sul **come è** o su **quello che fa**. In caso contrario avremmo persone di serie A – giovani e in salute – e persone di serie B – anziani e malati.

Se non si adottasse tale visione della dignità, allora la platea di possibili condannati a morte,

268



La risposta è, in molti casi, che sono efficaci perché proporzionate al loro naturale obiettivo: conservare in vita.

Spesso si considerano alcune vite affette da gravi disabilità come oggettivamente non più degne di essere vissute.

266



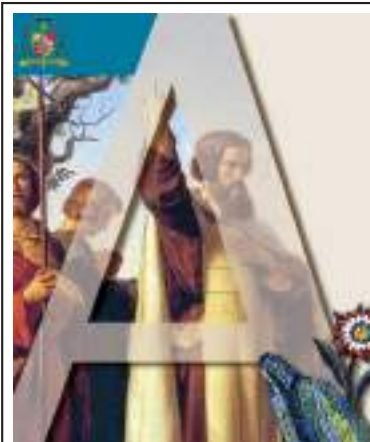
perché soggetti che non raggiungono i requisiti minimi per vivere una vita qualitativamente apprezzabile, si allarga a dismisura: che fare dei pazienti oncologici terminali? E i malati di Alzheimer? I disabili mentali?

269



È la condizione di disabilità in cui versa il paziente ad essere giudicata non più proporzionata ad una qualità minima della vita. Un'esistenza considerata non più consona alla dignità personale.

267



I malati affetti da SLA?

Le persone Down?

Tutte condizioni cliniche severe, ad oggi inguaribili.

E inoltre: chi decide quali sono questi parametri che permettono di accedere a terapie salvavita?

270



Capitolo IV



LE CURE PALLIATIVE

A) Termine e finalità

Cfr. <https://www.palliative.ch/it/cure-palliative/cosa-significa-cure-palliative/>;
https://it.wikipedia.org/wiki/Cure_palliative; Zenit.org (11 Marzo 2013);

Per cure palliative s'intendono tutte le misure utili per lenire le sofferenze di una persona affetta da una malattia cronico-evolutiva ed inguaribile, rendendole così la migliore qualità di vita possibile fino alla fine.

In inglese: "Palliative Care".

La parola inglese "care" significa "cura", ma in un senso più ampio: "I care for you" significa anche "mi occupo di te".

271

E: "tu sei importante per me".

La parola *palliativo* deriva dalla parola latina *pallium*, che significa *mantello*, usato dagli antichi greci e romani per coprire la tonaca sulle spalle.

Con riferimento all'etimologia, il loro significato più appropriato sembra quello di proteggere il paziente, più che di nascondere la malattia. Richiama il mantello di San Martino (festa l'11 novembre), che avvolge tutta la persona e la copre dal freddo, mettendola al caldo.

272

Il malato grave e terminale non soltanto soffre nel corpo per la sua specifica malattia, ma soffre in tutta la persona – solitudine, depressione, senso di abbandono e di inutilità, disperazione – e ha bisogno di essere curato da tutti i punti di vista (*total pain - total care*).

Per cure palliative si intende (Legge n.38/1 Art. 2)

"l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, ./.

273

./ finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici".

Le cure palliative, quindi, sono quell'insieme di cure, non solo farmacologiche, volte a migliorare il più possibile la qualità della vita sia del malato in fase terminale che della sua famiglia.

274

Lo statuto dell'Associazione Europea per le Cure Palliative afferma che queste consistono "nell'assistenza attiva e totale dei pazienti terminali quando la malattia non risponde più alle terapie ed il controllo del dolore, dei sintomi, degli aspetti emotivi e spirituali e dei problemi sociali diventa predominante.

Le cure palliative rispettano la vita e considerano il morire come un processo naturale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di garantire la migliore qualità di vita, sino alla fine".

275

Le cure palliative sono state definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) come:

"...un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e di altre problematiche di natura fisica, psicologica, sociale e spirituale."

276



Esse interessano quindi il paziente in fase terminale, cioè ormai irreversibile, sia esso oncologico, sia esso affetto da altra patologia, che non risponde più alle cure specifiche.

In questa fase quindi si continua a curare il *malato* che ha quella determinata malattia, e non più la malattia che affligge il *malato*.

Infatti, quando non si può più fare niente per guarire la malattia, si può fare ancora molto per curare il *malato*, in particolare lenire il suo dolore fisico,

277



nell'ultimo periodo della vita. È questo il momento in cui ci si deve occupare degli aspetti psicologici, sociali e spirituali del paziente e dare il sostegno alla sua famiglia.

Vista in quest'ottica la medicina palliativa, forse ancora più di quella rivolta alla cura della patologia, presenta un altissimo rispetto della qualità della vita e della persona, che concepisce nella sua totalità.

278



Non si tratta di una medicina estrema o spinta ad oltranza, o di accanimento terapeutico, né tanto meno di eutanasia, ma, al contrario, di una medicina di assistenza, di ascolto, di accoglienza e di accompagnamento per chi, soprattutto, è *curabile*, ma non *guaribile*.

Essa si pone con un approccio multidisciplinare a 360 gradi, che si rivolge a tutte le esigenze della persona in quel particolare momento.

È quello che gli inglesi chiamano il passaggio dal *to cure* al *to care for*,

279



ossia dal *curare* al *prendersi cura* di una persona.

Tutto ciò può avvenire al domicilio del paziente o in ospedale o nell'*hospice*;

E richiede (cfr. CONFERENZA Stato-Regioni: «Obbligatorio assistere», 26-7-2012)

- Integrazione e collaborazione tra struttura sanitaria, organizzazioni no profit, mondo sociale;
- Creazione di équipe multiprofessionali (medici, infermieri, assistenti sociali...);
- Collaborazione con i medici di medicina generale;
- le proposte spirituali e sociali, che sono indispensabili.

280



Circa la *terapia del dolore*, già Papa Pio XII aveva legittimato, distinguendola dall'eutanasia, la somministrazione di analgesici per alleviare dolori insopportabili non altrimenti trattabili, anche qualora, nella fase di morte imminente, fossero causa di un accorciamento della vita

(cfr. *Acta Apostolicae Sedis* XLIX [1957], 129-147).

L'uso di queste procedure richiede sempre un adeguato discernimento e molta prudenza, in quanto sono assai coinvolgenti sia gli ammalati, sia i familiari, sia il personale medico.

281



La *terapia del dolore* è parte fondamentale delle cure palliative, ma non le esaurisce: la terapia del dolore può essere infatti praticata anche per tutte quelle patologie croniche che non abbiano per forza un decorso ben definito verso la fine della vita, con lo scopo di migliorarne in generale la qualità, e ribadire la piena dignità della vita di una persona in ogni momento.

282



Le cure palliative, come complemento delle misure curative e riabilitative, prevengono sofferenze e complicazioni. La loro azione si concentra sul periodo in cui la cura della malattia non è più ritenuta possibile e non costituisce più l'obiettivo primario. Esse comprendono trattamenti medici, interventi infermieristici e sostegno psichico, affettivo, sociale e spirituale.



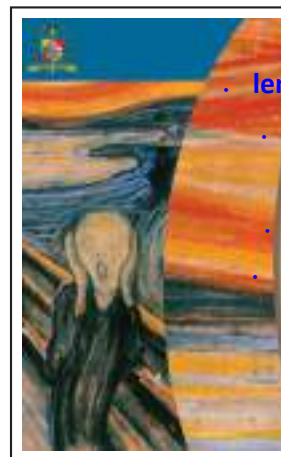
Una cura si definisce palliativa quando non è volta a raggiungere l'obiettivo della guarigione completa da una malattia, ma tende a combattere i sintomi divenuti ormai refrattari ad altri trattamenti clinici. Non si tratta solo di somministrare antidolorifici, ma di prendere in carico il dolore totale del paziente e della sua famiglia,



anche mediante supporto psicologico e spirituale, sia in hospice sia a livello domiciliare. La rete di cure palliative, seppur autonoma, si integra con la rete della terapia del dolore. Una malattia, per quanto inguaribile, non è infatti mai da considerarsi incurabile. Un'adeguata qualità delle prestazioni di cure palliative richiede competenze



professionali specifiche da parte dei professionisti della salute. Le leggi fondamentali per il movimento italiano delle cure palliative sono due: 1) La prima (L 39/99) ha avuto come scopo principale il finanziamento degli hospice per favorirne la nascita e lo sviluppo, effettivamente poi avvenuto negli anni 2000. 2) La seconda legge (L 038/2010) ha invece voluto sancire l'istituzione della rete delle cure palliative, ovvero l'integrazione tra hospice e assistenza domiciliare.



Le Cure Palliative:

- leniscono dolori e altri disturbi opprimenti,
- sostengono il paziente nel restare attivo il più a lungo possibile,
- integrano aspetti psicologici e spirituali,
- affermano la vita e considerano la morte un processo normale,
- non vogliono né accelerare né ritardare la morte,



- sostengono i familiari nell'elaborazione della malattia del paziente e del proprio lutto,
- consistono in un lavoro di gruppo per rispondere al meglio alle esigenze dei pazienti e dei loro famigliari,
- possono essere applicate precocemente nella malattia, in combinazione con le misure che tendono a prolungare la vita, come per esempio la chemio terapia e la radioterapia.



. Comprendono anche la ricerca necessaria per capire e trattare al meglio i disturbi o le complicazioni cliniche.

- Al fine di alleviare la sofferenza e non di uccidere una persona, certi farmaci non solo non abbreviano la vita ma possono anche allungarla, eliminando lo stress fisico e psichico che deriva dalla sofferenza.
- Ruolo importante all'interno delle cure palliative ha il mondo del volontariato. Le principali sigle sono riunite sotto la Federazione Cure Palliative.

283



Aiutare l'ammalato a rivolgere a se stesso:

- lo sguardo della fondatrice dell'hospice, Cicely Saunders che diceva: 'Tu vali in ogni condizione; io ti curo perché sei tu';
- la convinzione che si vale per il solo fatto di essere se stessi.

Questo richiede la presa in carico anche degli aspetti spirituali, psicologici e relazionali nella totalità della dimensione fisica e metafisica dell'ammalato.

284



NB Circa le cure palliative, abbiamo tre decisioni importanti oltre a quella della Consulta:

- 1) Il Comitato nazionale per la bioetica nel suo parere sul suicidio assistito del luglio 2019, che pur riportava opinioni differenziate, auspica in modo unanime la diffusione delle cure palliative e della terapia del dolore.

285



2) La Dichiarazione congiunta delle tre religioni abramitiche sulle questioni di fine vita, firmata in ottobre 2019 in Vaticano alla presenza di papa Francesco, afferma con forza un comune impegno su questo fronte.

3) In Italia poi abbiamo la legge n. 38/2010, che viene considerata molto valida dagli esperti, ma che è ampiamente disattesa e inapplicata».

286



Circa le cure palliative e la terapia del dolore, la legge ital. 15 marzo 2010, n. 38 richiede:

- Rispetto della dignità e dell'autonomia della persona
- Bisogno di salute;
- L'equità nell'accesso all'assistenza;
- La qualità delle cure;
- La loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze.

287



B) La Fede cristiana:

- 1) Riconosce la liceità e la necessità in taluni casi delle cure palliative, le quali sono "destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia e di assicurare al tempo stesso al paziente un adeguato accompagnamento" (GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 65).

288



Esse infatti mirano a lenire, specialmente nel paziente terminale, una vasta gamma di sintomi di sofferenza fisica, psichica e mentale, e richiedono perciò l'intervento di un'équipe di specialisti con competenza medica, psicologica e religiosa, tra loro affiatati per sostenere il paziente nella fase critica.

289



2) Afferma nello stesso tempo la necessità di rispettare la libertà dei pazienti, i quali devono essere posti in grado, nella misura del possibile, "di soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio" (op. cit., n. 65).

290



3) Raccomanda che la somministrazione degli analgesici sia effettivamente proporzionata all'intensità e alla cura del dolore, evitando ogni forma di eutanasia, quale si avrebbe somministrando ingenti dosi di analgesici proprio con lo scopo di provocare la morte.

291



4) Ricorda la teoria del cosiddetto duplice effetto legato all'uso di tali farmaci: essi infatti se da una parte sicuramente attenuano il dolore, dall'altra possono indurre dipendenza o addirittura accelerare l'effetto letale della malattia.
5) Incoraggia la formazione di specialisti delle cure palliative, in particolare con la creazione

292



- sia di strutture didattiche alle quali possono essere interessati anche psicologi e operatori della pastorale;
- sia di case di accoglienza per i malati terminali, ricordando che già nel primo secolo, al tempo del Papa San Cleto – terzo successore di S. Pietro – la Chiesa aveva provveduto alla loro costruzione.

293



Il Catechismo della Chiesa cattolica, al n. 2279, recita:
"L'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile. Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate».

294





Oltre a credere nella vita dopo la morte, la Chiesa e la morale ci insegna anche a credere nella vita *prima della morte*, quando la morte ancora non è presente, ma già prende forma quello che possiamo definire il morire.

Oggi ci sono molte terapie e molti farmaci che aiutano a dare sollievo (la terapia del dolore, appunto) e che lasciano al malato la possibilità di vivere la malattia e gli ultimi mesi o giorni con i propri cari.

295



Scrive il Card. Parolin, Segretario di Stato Vaticano (*lettera al Convegno sulle cure palliative organizzato dalla Pontificia Accademia per la Vita, Roma, 28.02.2018*):

Le cure palliative

- «indicano infatti una riscoperta della vocazione più profonda della medicina, che consiste prima di tutto nel *prendersi cura*: il suo compito è di curare sempre, anche se non sempre è possibile guarire... ./.

298



I Vescovi degli Stati Uniti in un documento sul suicidio medicalmente assistito (21-6-2011) affermano:

“La vera compassione allevia la sofferenza mantenendo allo stesso tempo la solidarietà con quanti soffrono.

Non mette nelle loro mani farmaci letali o li abbandona ai loro impulsi suicidi, o ai motivi egoistici di altri che possono volerli morti.

Aiuta le persone vulnerabili con i loro problemi, anziché trattarle come il problema./.

296



- ./ «mettono l'essere umano a confronto con un limite...», non assecondano la «rinuncia alla sapienza della finitezza...» perché proprio nella finitezza si nasconde «una occasione per maturare un modo più sensato di vivere, sul piano sia personale sia sociale», come ci suggerisce il Salmo: «Insegnaci a contare i nostri giorni e acquisteremo un cuore saggio» (89,12)... «Allora il limite può cambiare significato: ./.

299



./ Il rispetto per la vita non richiede di cercare di prolungarla usando cure mediche inefficaci o indebitamente gravose, né significa che dovremmo privare i pazienti che soffrono delle cure per il dolore, necessarie a causa di una paura fuori luogo o esagerata che possano avere l'effetto collaterale di abbreviare la vita».

297



./ non più luogo di separazione e di solitudine, ma occasione di incontro e di comunione»...;

- «attestano, all'interno della pratica clinica, la consapevolezza che il limite richiede non solo di essere combattuto e spostato, ma anche riconosciuto e accettato.

Questo significa non abbandonare le persone malate, ma anzi stare loro vicino e accompagnarle nella difficile prova che si fa presente alla conclusione della vita. ./.

300



./ . Quando tutte le risorse del “fare” sembrano esaurite, proprio allora emerge l’aspetto più importante nelle relazioni umane che è quello dell’“essere”: essere presenti, essere vicini, essere accoglienti»...;
Con le cure palliative:

- «La logica della cura richiama infatti quella dimensione di *mutua dipendenza d’amore* che emerge certo con particolare evidenza nei momenti di malattia e di sofferenza,./.

301



./ . soprattutto al termine della vita, ma che in realtà attraversa tutte le relazioni umane e anzi ne costituisce la più specifica caratteristica.

«Non siate debitori di nulla a nessuno, se non dell’amore vicendevole; perché chi ama l’altro ha adempiuto la Legge» (Rm 13,8)»...;

- «La morte stessa viene introdotta in un orizzonte simbolico al cui interno può risaltare non tanto come il termine contro cui la vita si infrange e soccombe,

302



./ . quanto piuttosto come il compimento di un’esistenza gratuitamente ricevuta e amorevolmente condivisa»...

- Si manifesta «la *molteplicità di dimensioni* che entrano in gioco nella pratica delle cure palliative.

Un compito che mobilita molte competenze, scientifiche e organizzative, relazionali e comunicative, includendo l’accompagnamento spirituale e la preghiera.

303



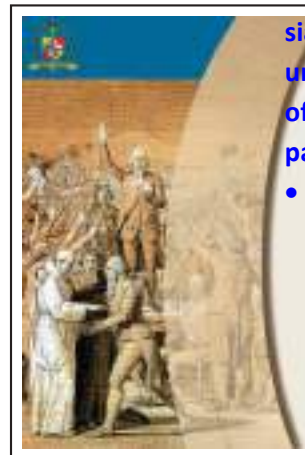
C) ESIGENZE

(mia rielaborazione della Conferenza Stampa di S.E. Mons. VINCENZO PAGLIA, Presidente della Pontificia Accademia per la Vita, circa il Simposio Internazionale *Religione ed Etica Medica: Cure Palliative e la Salute Mentale*, Roma 11-12 dicembre 2019).

Occorre :

- promuovere una «cultura palliativa», sia per rispondere alla tentazione che viene dall’eutanasia e dal suicidio assistito,

304



sia soprattutto per fa maturare una *cultura della cura* che permetta di offrire una compagnia di amore, sino al passaggio della morte;

- evitare la diffusione di una cultura eutanasica, perché malati terminali ed anziani sono considerati da scartare in un mondo centrato su profitto ed economia, e le politiche sanitarie spesso cedono ad una mentalità contabile.

305



Invece sappiamo bene quanto le Cure Palliative siano protagoniste del recupero di un accompagnamento integrale del malato nell’ambito della medicina contemporanea.

E sappiamo che possiamo curare, anche quando non possiamo più guarire, facendo quadrare l’attenzione alla persona con i bilanci economici.

306



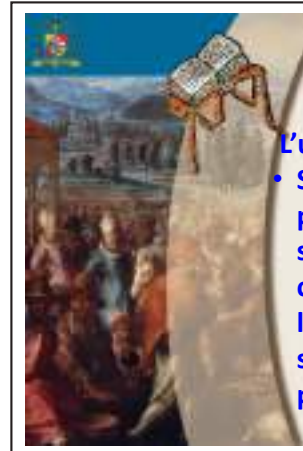
- un ambito delicatissimo e doloroso:
le Cure palliative pediatriche.

Quando la sofferenza colpisce i minori, i bambini, siamo ancora più scossi;

- un accompagnamento che guardi alle dimensioni fisiche, emotive e spirituali, di ogni persona.

Una lettura dell'esistenza umana e della realtà che valorizzi l'esperienza religiosa consente di vedere e affermare

307



Dobbiamo pazientemente restituire evidenza alla dinamica del reciproco legame tra l'io e il noi.

L'umanesimo è costitutivamente solidale.

- Superando l'atteggiamento prevaricatore e predatorio che così spesso pratichiamo, ci viene consegnato il compito di "custodire" l'altro e il creato, senza di cui la vita stessa della famiglia umana viene privata di ciò che la rende possibile.

310



un bene che va al di là della sola misura del calcolo.

Il riconoscimento della costitutiva apertura alla trascendenza della persona consente di affermare che nella vita umana, anche quando è fragile e apparentemente sconfitta dalla malattia, vi è una preziosità intangibile.

A partire dall'incontro con il Creatore, ci è possibile individuare nella finitezza

308



Papa Francesco mette in guardia contro «sentenze che, in tema di diritto alla vita, vengono talora pronunciate nelle aule di giustizia, in Italia e in tanti ordinamenti democratici.

Pronunce per le quali l'interesse principale di una persona disabile o anziana sarebbe quello di morire e non di essere curato; ./.

311



un aspetto della condizione umana che, pur suscitando nell'uomo ribellione e trasgressione, può aprirsi a un'altra lettura: il limite può essere riscoperto come luogo di relazione e di comunione.

E questo vale non solo per l'altro essere umano, ma anche verso la natura e la terra.

L'io trova la sua più compiuta espressione nella relazione, cioè nel noi: due realtà tra loro non disgiungibili.

309



./.

o che – secondo una giurisprudenza che si autodefinisce "creativa" – inventano un "diritto di morire", privo di qualsiasi fondamento giuridico, e in questo modo affievoliscono gli sforzi per lenire il dolore e non abbandonare a sé stessa la persona che si avvia a concludere la propria esistenza».

312

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Capitolo V



La **SEDAZIONE PALLIATIVA :** **non è:**

- **eutanasia**
- **suicidio assistito.**

(cfr. art. di Maurizio Calipari, SIR 15-1-2018)



Che cos'è?

Nel documento, pubblicato nel gennaio 2016, dal Comitato nazionale per la bioetica (Sppc), col titolo *“Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte”* si afferma che

“per l'obiettivo, le procedure e gli esiti, ./.

313



./.. la sedazione è un atto terapeutico, che ha come finalità per il paziente alla fine della vita quella di alleviare o eliminare lo stress e la sofferenza attraverso il controllo dei sintomi refrattari; mentre l'eutanasia, secondo la definizione oggi prevalentemente accolta, consiste nella somministrazione di farmaci, ./..

314



./.. che ha come scopo quello di provocare con il consenso del paziente la sua morte immediata...

La sedazione profonda, quindi, non è indicata come un trattamento che abbrevi la vita, se applicata in modo appropriato, e non può essere ritenuta un atto finalizzato alla morte”.

315



La Sppc ha lo scopo di ridurre o abolire la percezione di un sintomo, altrimenti intollerabile per il paziente.

Come si attua?

La Sppc viene attuata mediante la somministrazione di sostanze sedative (prevalentemente benzodiazepine), e non di oppioidi (es. morfina).

316

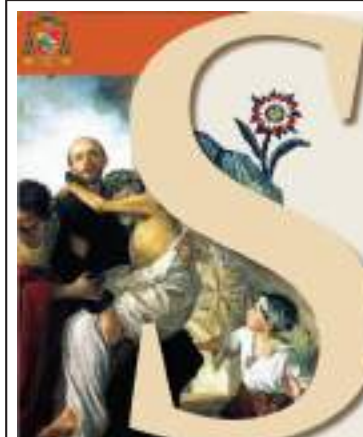


Quando viene attuata?

Quando l'aspettativa di vita del malato viene giudicata compresa tra poche ore e pochi giorni, secondo la valutazione del medico, d'intesa con l'équipe curante

La Sppc, dunque, è una procedura terapeutica che appartiene alle cure palliative,

317



da praticare – se appropriata clinicamente – nelle fasi finali della vita,

quando altri mezzi per il controllo della sofferenza risultino inutili, refrattari.

Tale procedura va possibilmente condivisa dal malato e dalla famiglia.

318



Perché non è eutanasia?

A- Sul piano clinico: sono infatti del tutto differenti:

- l'obiettivo,
- i tipi di farmaci usati,
- i dosaggi,
- e la via di somministrazione impiegati,
- il risultato finale.

319



B- In particolare, l'obiettivo della Sppc è il controllo, con mezzi farmacologici, dei sintomi refrattari:

- l'abolizione della percezione dolorosa e di sofferenza da parte del malato,
- con una riduzione intenzionale della vigilanza, della coscienza variabile, fino alla perdita di coscienza.

320

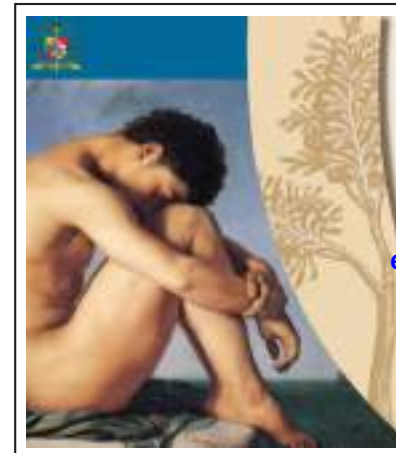


Mentre nell'eutanasia la finalità è l'induzione diretta e intenzionale della morte del malato.

NB: Va qui notato per inciso che, secondo i dati della letteratura, a parità di condizioni cliniche, i pazienti sottoposti a Sppc hanno tassi di sopravvivenza identici (e secondo un recente studio, persino superiori!) dei pazienti che non vi ricorrono.

Dunque, la Sppc non è in alcun modo un mezzo atto a causare la morte.

321



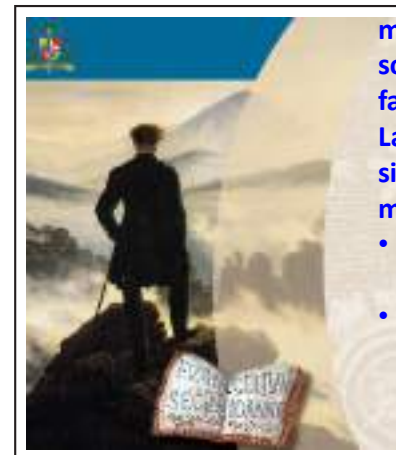
Dunque, con ogni evidenza, possiamo concludere che, laddove indicata clinicamente, la Sppc davvero può rappresentare un valido – ed eticamente corretto – presidio di medicina palliativa, per alleviare le sofferenze (gravi sintomi refrattari) del paziente nelle ultime fasi della sua vita.

322



Ma in nessun modo essa può essere interpretata come: “la via italiana” all'eutanasia/suicidio assistito, che invece è e resta una scelta di morte, iniqua, illegale e immorale, in quanto la persona ritiene di essere padrona della vita, non riconoscendo il primato di Dio Creatore. Quando, invece, la sedazione è usata per sconfiggere lo sconforto morale, non è lecita, perché il rimedio adeguato a quel tipo di sofferenza non è sopire la coscienza,

323



ma dare consigli appropriati, sostegno umano e spirituale, farsi carico del paziente. La sedazione palliativa pertanto si fonda sull'antico principio morale del duplice effetto:

- effetto primario (voluto): alleviare il dolore fisico;
- effetto secondario (collaterale - non voluto): accorciare eventualmente la vita...

324



325



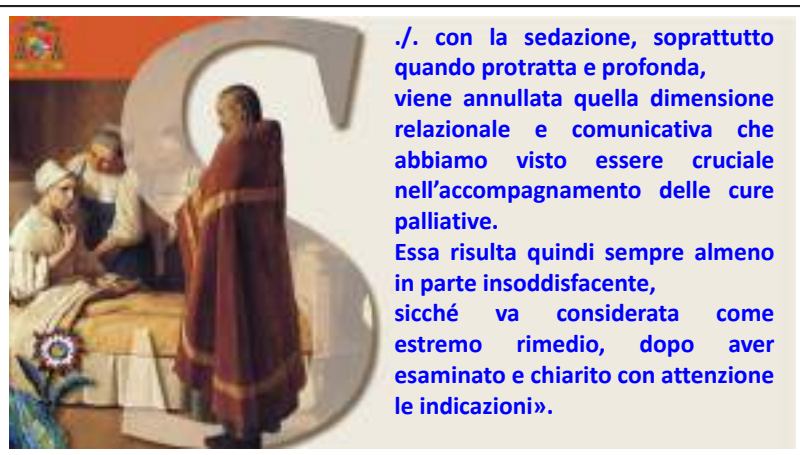
328



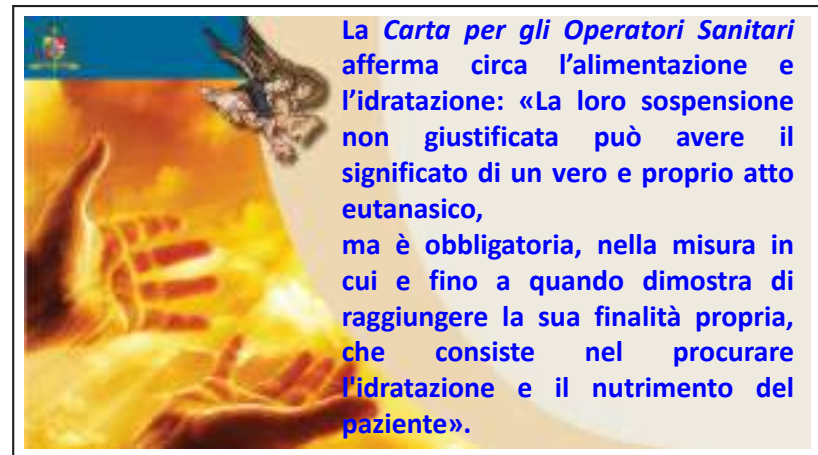
326



329



327



330





Non va inoltre dimenticato che:

- Nessun esperto potrebbe, allo stato attuale, dichiarare l'irreversibilità della condizione di stato vegetativo, se non in base ad una scelta puramente soggettiva;
- La dichiarazione di un momento non può evidentemente essere presa a parametro per presumere la volontà di una persona riguardo a scelte come quelle che riguardano la contrarietà o meno ad un trattamento che fra l'altro si pone al limite fra terapia e nutrizione.

331



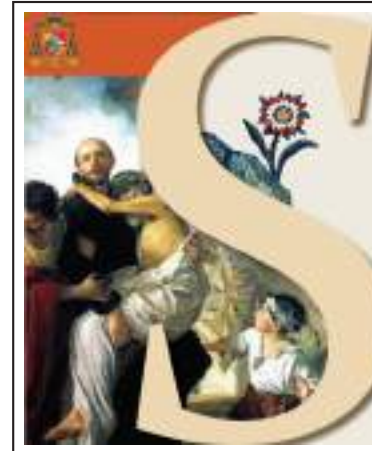
L'idratazione, la nutrizione e la ventilazione assistite e i trattamenti di cura normale (analgesici, antipiretici, antibiotici, disinfezione delle ferite, aspirazione del muco bronchiale, etc.) non sono terapie, e pertanto non sono accanimento terapeutico. Se idratare e alimentare fossero terapie, allora tutte le volte che ci sediamo a tavola ci sottoporremo a una terapia?

332



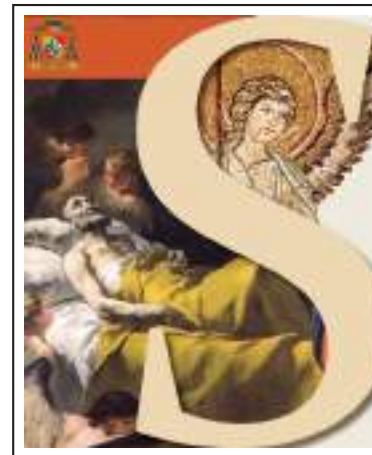
Anche la ventilazione meccanica non è una terapia, bensì un mezzo di sostentamento vitale, perché la fame di ossigeno non è una patologia, ma un'esigenza fisiologica e dunque il respirare non può essere derubricato a terapia. Il respiratore semplicemente aiuta il paziente a soddisfare un bisogno di base.

333



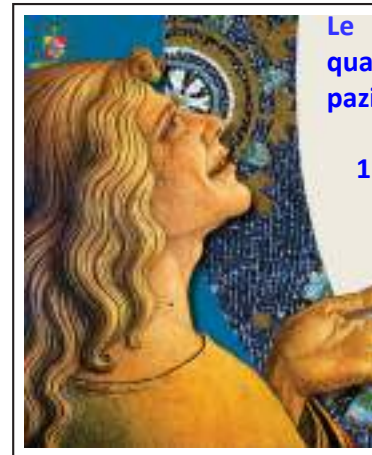
Non insistere in terapie inutili è una buona e legittima scelta dettata dal buon senso e corrisponde a rifiutare l'accanimento terapeutico: il medico si assume la responsabilità tipica del professionista di valutare, insieme al paziente, gli effettivi benefici della cura in quel concreto quadro clinico.

334



C'è il dovere, il fatto morale di accettare e somministrare le terapie adeguate, efficaci e ordinarie. Le terapie sproporzionate che non procurano beneficio, ma al contrario aggravano la situazione, sono proibite, e questo è accanimento terapeutico e la loro sospensione non deve essere chiamata eutanasia.

335

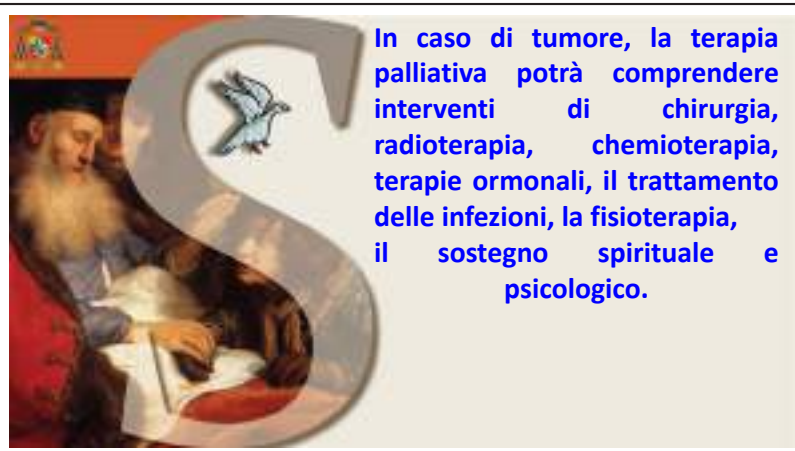


Le cure palliative privilegiano la qualità dell'assistenza fornita al paziente e ai familiari.

I loro obiettivi sono:

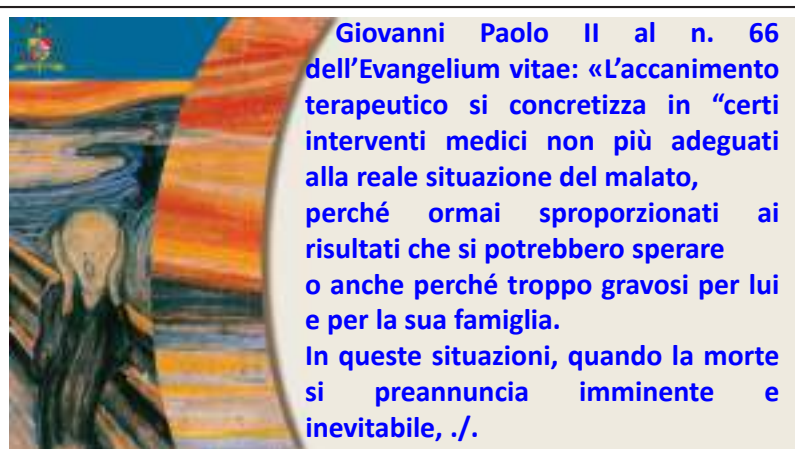
1. alleviare il dolore fisico, sociale, e gli altri sintomi di sconforto;
2. tener conto della sofferenza psichica;
3. favorire un buon rapporto tra il malato e i suoi familiari.

336



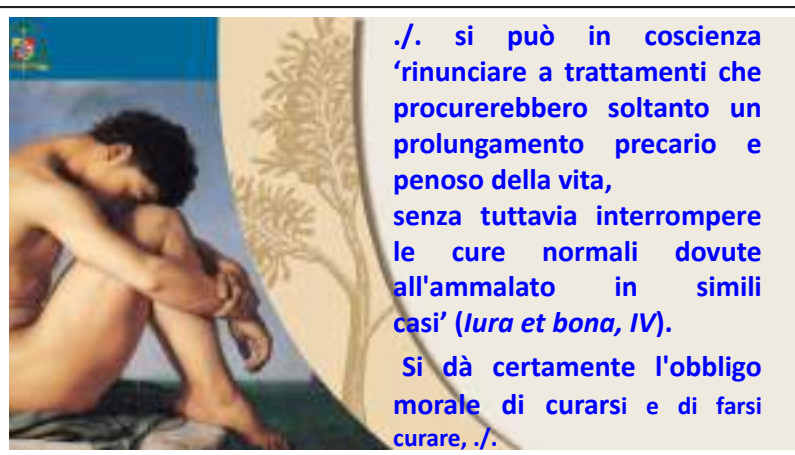
In caso di tumore, la terapia palliativa potrà comprendere interventi di chirurgia, radioterapia, chemioterapia, terapie ormonali, il trattamento delle infezioni, la fisioterapia, il sostegno spirituale e psicologico.

337



Giovanni Paolo II al n. 66 dell'Evangelium vitae: «L'accanimento terapeutico si concretizza in "certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, ./.

338

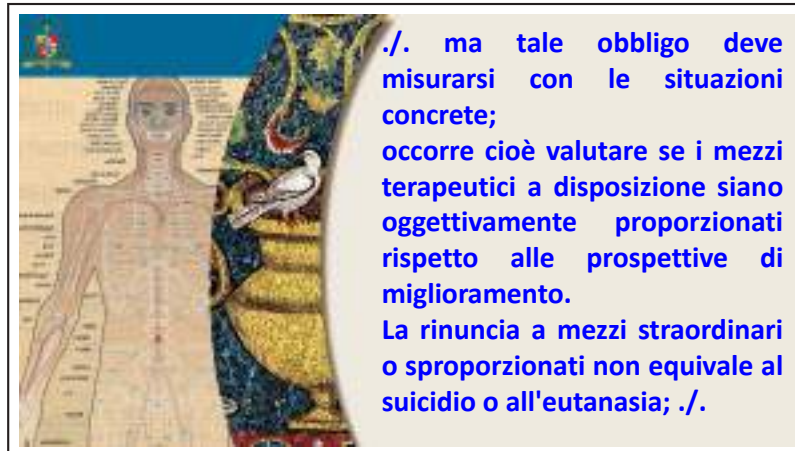


./.

si può in coscienza 'rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi' (*lura et bona*, IV).

Si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e di farsi curare, ./.

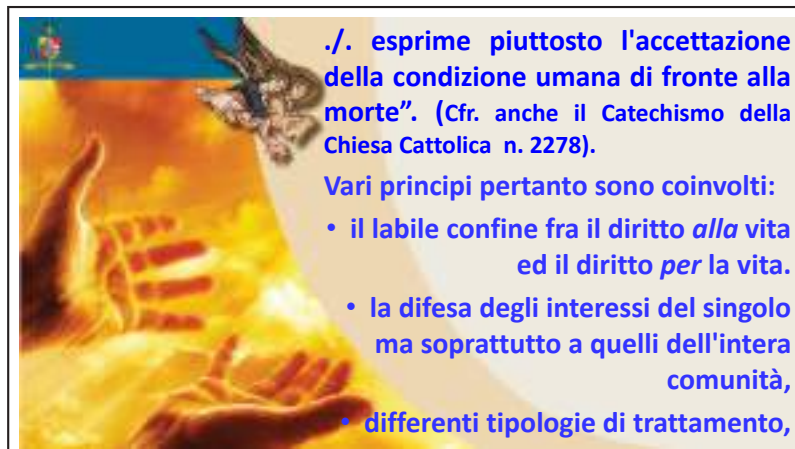
339



./.

ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; ./.

340



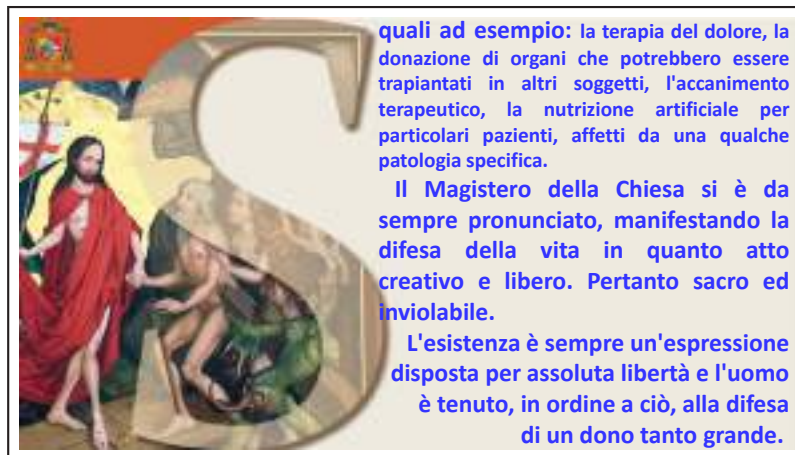
./.

esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte". (Cfr. anche il Catechismo della Chiesa Cattolica n. 2278).

Vari principi pertanto sono coinvolti:

- il labile confine fra il diritto *alla* vita ed il diritto *per* la vita.
- la difesa degli interessi del singolo ma soprattutto a quelli dell'intera comunità,
- differenti tipologie di trattamento,

341



quali ad esempio: la terapia del dolore, la donazione di organi che potrebbero essere trapiantati in altri soggetti, l'accanimento terapeutico, la nutrizione artificiale per particolari pazienti, affetti da una qualche patologia specifica.

Il Magistero della Chiesa si è da sempre pronunciato, manifestando la difesa della vita in quanto atto creativo e libero. Pertanto sacro ed inviolabile.

L'esistenza è sempre un'espressione disposta per assoluta libertà e l'uomo è tenuto, in ordine a ciò, alla difesa di un dono tanto grande.

342

Capitolo VI



**NUTRIZIONE
E IDRATAZIONE
ARTIFICIALI (NIA):
È un trattamento
sanitario?
oppure no?**



Se la NIA viene interpretata come un trattamento sanitario può essere rifiutata al pari di altri; se non lo è, rientra nelle cure ordinarie alle quali non si può rinunciare.

Un paziente può essere alimentato artificialmente mediante la somministrazione di ingredienti proteici, lipidi, sali, vitamine, ecc. in vari modi utilizzando:

343



a) la via endovenosa (periferica o centrale);
b) la via gastroenterica con un sondino nasogastrico;
c) la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG).

SAN GIOVANNI PAOLO II così si è espresso:
"Il suo uso pertanto sarà da considerarsi, in linea di principio, ordinario e proporzionato, ./.

344



./.. e come tale moralmente obbligatorio, nella misura in cui e fino a quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che nella fattispecie consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sofferenze"

(Discorso ai partecipanti al congresso internazionale su "I trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo. Progressi scientifici e dilemmi etici", 17-20 marzo 2004, Augustinianum) .

345



Quando la NIA diventa un trattamento sproporzionato, è corretto rifiutarla.

Anche papa FRANCESCO è sulla stessa linea del suo predecessore:
"Gli interventi sul corpo umano diventano sempre più efficaci, ma non sempre sono risolutivi: possono sostenere funzioni biologiche divenute insufficienti, ./.

346



./.. o addirittura sostituirla, ma questo non equivale a promuovere la salute.

Occorre quindi un supplemento di saggezza, perché oggi è più insidiosa la tentazione di insistere con trattamenti che producono potenti effetti sul corpo, ma talora non giovano al bene integrale della persona"

(Messaggio ai partecipanti al meeting regionale europeo della "World Medical Association" sulle questioni del "fine-vita, 16-17 novembre 2017)

347



In base al dato scientifico, alimentazione e nutrizione

- là dove siano utili, proporzionate e adeguate alle condizioni cliniche – sono atti di sostegno vitale e che, quando interrotti, diventano causa diretta della morte:

il paziente non muore a causa della sua patologia, ma muore di fame e di sete.

348





Occorre precisare che l'alimentazione e l'idratazione non sono terapie, ma funzioni vitali per tutti, sani e malati, corrisponde al buon senso dell'accudimento umano e pongono un limite invalicabile, superato il quale tutto diventa possibile.

La NIA è da considerarsi *accanimento terapeutico*?
No

349



./ Un paziente in "stato vegetativo permanente" è una persona, con la sua dignità umana fondamentale, alla quale sono perciò dovute le cure ordinarie e proporzionate, che comprendono, in linea di principio, la somministrazione di acqua e cibo, anche per vie artificiali. [...]
La NIA può essere sospesa solo quando non ottiene più l'effetto proprio../.

352



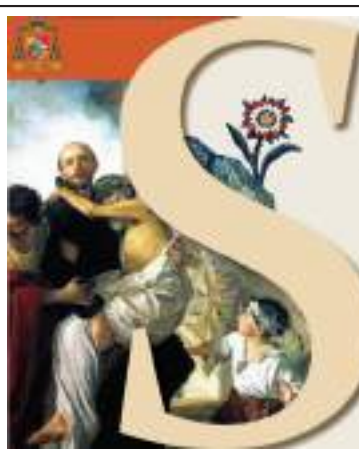
La CDF scrive (*Risposte a quesiti della Conf. Epis.Statunitense circa la NIA, 1-8-2007*):
"La somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione ./.

350



./ Anche quando sussistesse scarsa probabilità di recupero, non si può decretare la morte di queste persone per fame e per sete. Tale scelta sarebbe un deliberato atto d'eutanasia per omissione». *L'eutanasia omissiva* potrebbe essere quella che: «Mi stanno lasciando morire di fame e di sete», per la sospensione della NIA.
In altre parole, il medico potrebbe essere obbligato a lasciar morire il malato di fame e di sete?

353



./ In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione". Tali "cure ordinarie e proporzionate" sono dovute anche a un paziente in "stato vegetativo permanente" (e cioè anche quando medici competenti giudicano con certezza morale che il paziente non recupererà mai la coscienza)./.

351



Tocca a noi agire per difendere la coscienza dei medici e le stesse persone malate o disabili, le quali talvolta durante un periodo di depressione oppure sentendosi sole o di peso, formulano una richiesta di sospendere la NIA nell'ipotesi di una futura incapacità di intendere: tuttavia, qualsiasi persona, davanti alla sofferenza terribile indotta dalla disidratazione, sicuramente cambierebbe le sue precedenti disposizioni e richiederebbe l'acqua per bere!

354



Al comma 5 della legge approvata alla Camera il 12-7-2011, si afferma che alimentazione ed idratazione devono essere mantenute fino al termine della vita, prevedendo un'eccezione nel caso «in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo», ed è stato precisato che tale eccezione può valere solo per i pazienti «in fase terminale».

355



Non è dovere di un medico sospendere l'alimentazione e l'idratazione di una persona che si trova in coma vegetativo, situazione cronica che non sarà la causa della morte. Di fronte a questo, è necessario riconoscere il diritto all'obiezione di coscienza dei professionisti sanitari.

356



La sonda di alimentazione non è un trattamento medico, ma una cura di base, come lo è l'alimentazione di ogni persona; se si smette di alimentarla morirà, e non in modo propriamente degno.

357



L'interruzione della NIA è una pratica eutanassica camuffata da decisioni compassionevoli e di disattenzione nei confronti delle cure palliative, a cui ogni paziente ha diritto. Idratare e alimentare non sono terapie.

358



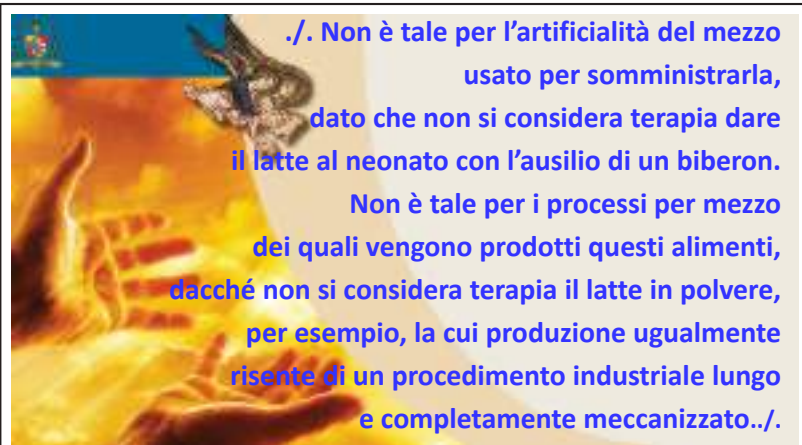
Se lo fossero, allora tutte le volte che ci sediamo a tavola ci sottoporremo a una terapia. Il cibo e le bevande sono gli elementi essenziali e non dei mezzi occasionali e sproporzionati per consentire la vita. A un ammalato, che è in imminente pericolo di vita ed è in un reparto di terapia intensiva, certamente saranno offerte

359

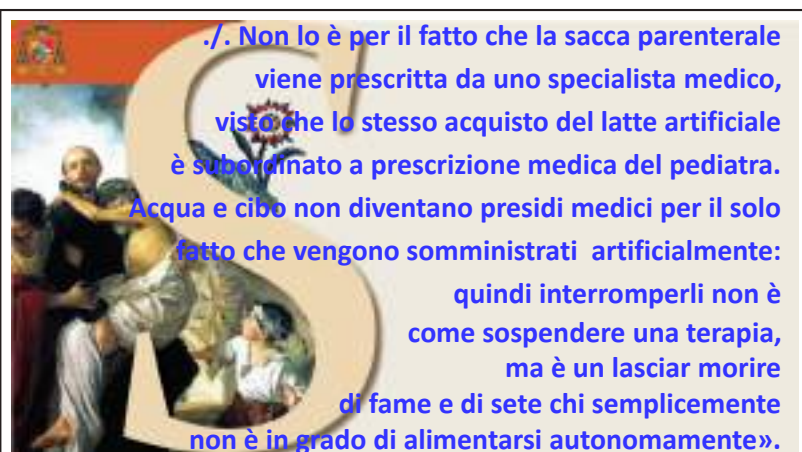


le cure ordinarie e proporzionate come: la sedazione e l'anelgesia, gli atti ordinari di assistenza, come l'idratazione, la ventilazione e la prevenzione delle piaghe da decubito. S.Em. Sgreccia (Presidente emerito della Pontificia Accademia Vita, 5-7-2017) scrive: «L'alimentazione-idratazione artificiali mediante sondino naso-gastrico, in nessun caso potrà considerarsi come terapia. ./.

360



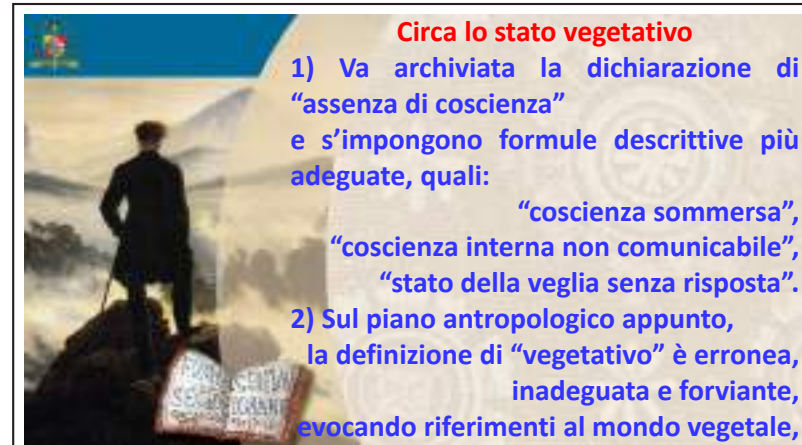
361



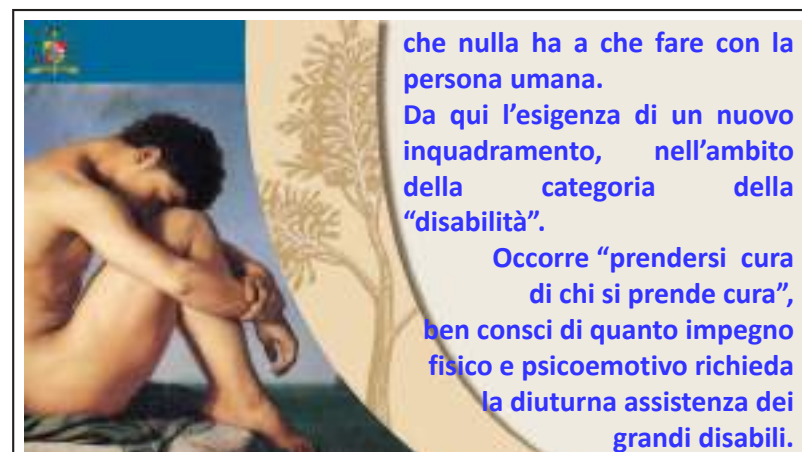
362



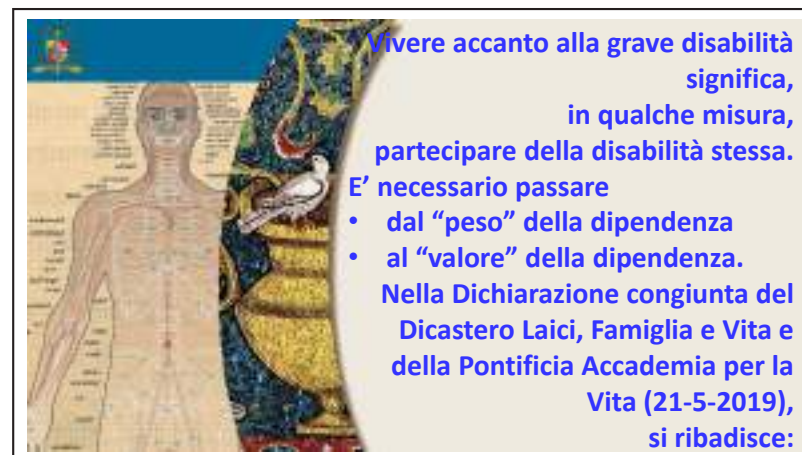
363



364



365



366



«La grave violazione della dignità della persona, che l'interruzione della NIA comportano...
Lo "stato vegetativo", infatti, è stato patologico certamente gravoso, che tuttavia non compromette in alcun modo la dignità delle persone che si trovano in questa condizione, né i loro diritti fondamentali alla vita e alla cura, intesa come continuità dell'assistenza umana di base... ./.

367



./.. L'alimentazione e l'idratazione costituiscono una forma di cura essenziale sempre proporzionata al mantenimento in vita...
Alimentare un ammalato non costituisce mai una forma di irragionevole ostinazione terapeutica, finché l'organismo della persona è in grado di assorbire nutrizione e idratazione, a meno che non provochi sofferenze intollerabili o risulti dannosa per il paziente...
(La sospensione dei sostegni vitali) rappresenta, piuttosto, ./..

368



./.. una forma di abbandono del malato, fondata su un giudizio impietoso sulla sua qualità della vita, espressione di una cultura dello scarto che seleziona le persone più fragili e indifese, senza riconoscerne l'unicità e l'immenso valore».
Nutrizione e idratazione non vanno intesi come scelte terapeutiche, quindi a discrezione del paziente, ma come sostegno vitale (cibo e acqua) da non negare mai.

369



Occorre tener conto di un dato scientifico inequivocabile e cioè che alimentazione e nutrizione - là dove siano utili, proporzionate e adeguate alle condizioni cliniche - sono atti di sostegno vitale.
Anche perché, risulta evidente che, quando interrotte (o non instaurate), diventano esse stesse causa diretta della morte, sostituendosi alla malattia.

370



Anche perché ciò che va sempre garantito ad un ammalato è il sostentamento ordinario di base: la nutrizione e l'idratazione, sia che siano esse fornite per vie naturali che per vie non naturali o artificiali.
Nutrizione e idratazione vanno sempre considerati atti dovuti eticamente (oltre che deontologicamente e giuridicamente) in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere.

371



Anche perché alimentarsi o dissetarsi da soli, o tramite altri, non costituiscono elementi di differenziazione nella valutazione scientifica ed etica.
Inoltre, per la dignità e la deontologia professionale, il medico è sempre tenuto a prendersi cura del paziente, in ogni condizione clinica.

372



Capitolo VII



“PICCOLO LESSICO DEL FINE-VITA”

***PUBBLICATO DALLA SANTA
SEDE, il 2 luglio 2024***

***(presentazione sintetica da parte di
S. E. Mons. Raffaello Martinelli)***



Che cos'è il *Piccolo lessico del fine-vita* e qual è la sua finalità?

E' una specie di dizionario-glossario-vademecum di 88 pagine - e 22 «vocii» -, pubblicato il 2 luglio 2024, dalla Pontificia Accademia per la vita.

Esso tiene conto del contesto pluralista e democratico della società attuale, caratterizzata, sui vari aspetti del fine-vita, da un dibattito, talvolta anche dai toni accesi, soprattutto quando si entra nel campo giuridico.

373



Il *Piccolo lessico* si propone come strumento:

- per affrontare il tema del fine-vita, che è da lungo tempo al centro del dibattito scientifico, bioetico, morale, politico e giuridico, e per avviare un contributo di riflessioni da parte della Santa Sede che possa essere utile anche al dibattito politico;
- per “contribuire, con un linguaggio comprensibile anche ai non addetti ai lavori, a chiarire e a utilizzare in modo corretto termini spesso difficili da interpretare.

./.

374



L'auspicio è di ridurre almeno quella componente di disaccordo che dipende da un uso impreciso delle nozioni implicate nel discorso”;

- per un dibattito onesto e informato contro le “ideologie preconfezionate e di parte”.

Solo così è possibile trovare “soluzione condivise”, da religiosi e non;

375



• per aprire

- afferma S.E. Mons. Paglia Presidente della Pontificia Accademia per la Vita -

uno “spazio per la ricerca di mediazioni sul piano legislativo”, al fine di trovare, in società democratiche e pluraliste, “un punto di mediazione accettabile fra posizioni differenti”, attraverso “una discussione aperta e rispettosa, mediando diverse posizioni ...

La discussione aperta e rispettosa conduce a un dialogo pubblico capace di influenzare positivamente anche le decisioni politiche”.

376



Qual è il *leitmotif* fondamentale di tale vademecum?

E' la necessità improrogabile di promuovere e difendere la vita umana e la dignità della persona,

in ogni fase del suo sviluppo, come il dono di Dio.

Pertanto, alla base di ogni discorso c'è l'assunto, per Mons. Paglia, secondo cui

“la libertà implica sempre l'esigenza di essere responsabili della vita: in me e nell'altro, indissolubilmente.

./.

377



./.. Una prospettiva che certo non collima con una concezione individualista,

che tende a ridurla alla solitudine dell'autodeterminazione assoluta

e cede alla volontà di potenza dell'amore di sé,

senza riguardo per la vulnerabilità alla quale espone gli affetti dell'altro.

Siamo tutti radicalmente relazionati”.

378





Quali **NO** sono ribaditi?

- 1- Il no all'eutanasia,
- 2- il no al suicidio assistito,
- 3- il no all'accanimento terapeutico.

Nello stesso tempo:

- si riafferma il ruolo del medico,

la cui missione è quella di prendersi cura e preservare la vita dei pazienti,

- e si mette in guardia dal violare la libertà delle persone, che potrebbero sentirsi spinte a perseguire l'eutanasia o il suicidio assistito per evitare di essere un peso per la loro famiglia e/o per la società.

379



Che cosa dice circa le cure palliative?

Il documento riafferma e rilancia l'importanza delle cure palliative, mentre afferma che:

- esse "non sono la medicina della rassegnazione";

- la sofferenza può avere, da un punto di vista cristiano, un grande valore per l'ammalato stesso e per tutta l'umanità, anche se non va dimenticato che essa è conseguenza del peccato originale (cfr. Lettera apostolica di San Giovanni Paolo II del 1984: *Salvifici doloris*);

380



- dovere del medico e del cristiano è di impegnarsi ad alleviare la sofferenza, prendendosi cura soprattutto e sempre della *persona* sofferente-malata,

anche quando la malattia è incurabile,

in quanto "il sostantivo *persona*, viene sempre prima dell'aggettivo *malata*" (Papa Francesco, *Messaggio per la XXVIII Giornata Mondiale del Malato*, 11 febbraio 2020).

381



Circa l'alimentazione e l'idratazione (NIA) forzate in un paziente in fine di vita?

L'alimentazione e l'idratazione non sono terapie, ma funzioni vitali per tutti, sani e malati.

Sono da considerarsi atti di sostegno vitale, in quanto, quando interrotti, diventano spesso causa diretta della morte.

Il Dicastero per la Dottrina della Fede scrive.:

"La somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è, in linea di principio, un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. /.

382



./ Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria,

che consiste nel procurare l'idratazione.

In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione"

(Risposte a quesiti della Conf. Epis. Statunitense circa la NIA, 1-8-2007).

383



Il lessico della Pontificia Accademia per la vita:

- parla della possibilità di sospendere le NIA (Nutrizione e Idratazione Artificiali):

"Le società scientifiche principali definiscono unanimemente le NIA come trattamento medico-sanitario a tutti gli effetti", e anche la loro adozione o eventuale sospensione "chiede di essere declinata con discernimento nei casi concreti";

- invita a rispettare il "criterio della proporzionalità dei trattamenti";

384





- sottolinea che occorre superare una «concezione riduttiva della malattia, che viene intesa come alterazione di una particolare funzione dell'organismo, perdendo di vista la globalità della persona».

Bisogna perciò focalizzarsi sul bene complessivo della persona piuttosto che su singole funzioni dell'organismo;

- afferma che "il medico è tenuto a rispettare la volontà del paziente che le rifiuti con una consapevole e informata decisione, anche anticipatamente espressa in previsione dell'eventuale perdita della capacità di esprimersi e di scegliere";

385



- raccomanda l'impegno dei cattolici, perché evitino «la spinta a sottrarsi al compito di partecipare alla maturazione di un ethos condiviso»

e soprattutto offrano il proprio contributo, senza il quale si correrà il pericolo di «un esito più permissivo».

386



Mons. Paglia ha affermato:

«Ricordo che già Pio XII nel 1956 – come si riporta nel Lessico – affermò la liceità della sospensione della ventilazione se ricorrevano alcune gravi condizioni.

E già nel 2007 la stessa Congregazione per la Dottrina della Fede,

dopo aver affermato una presupposizione positiva per il loro utilizzo,

ha riconosciuto che possano essere lecitamente interrotte (o non iniziate) quando comportano «un'eccessiva gravosità o un rilevante disagio fisico».

387



Circa le "disposizioni anticipate di trattamento", il cosiddetto testamento biologico?

La Pontificia Accademia cita nel testo, come esempio positivo, la legge italiana del 2017, che regola le disposizioni anticipate di trattamento,

e inserisce in appendice del volume il modulo per la compilazione delle 'Disposizioni anticipate di trattamento'.

388



Quale disponibilità mostra la Santa Sede?

Scrive Mons. Paglia, nell'introduzione: siamo in una "società pluralista" dove "i diversi linguaggi morali non sono affatto

incomunicabili e in traducibili, come alcuni sostengono; lo sforzo che ciascuno compie per comprendere le ragioni dell'altro e per accettare il dialogo con chi la pensa diversamente, favorisce e, favorisce il confronto e un' almeno parziale condivisione delle ragioni valide in favore dell'una o dell'altra scelta".

389



In tutto ciò, le "mediazioni" fra posizioni diverse "non sono necessariamente destinate ad assumere la figura scadente di un compromesso al ribasso o della negoziazione per uno scambio di favori politici".

390



Capitolo VIII



Alla sera della vita

Riflessioni sulla fase terminale della vita terrena

Documento elaborato dall'Ufficio nazionale
per la Pastorale della Salute CEI e pubblicato il 16-12-2020



Il documento consta di 4 capitoli in cui si affrontano vari argomenti:

- 1) mantenere il dialogo
- 2) tematiche legate al fine vita
- 3) una visione della persona e della vita
- 4) richiesta-offerta di cura e relazione
- 5) circa la morte
- 6) annuncio della speranza della vita eterna
- 7) circa le attuali ultime leggi esistenti
- 8) accompagnamento della persona
- 9) palliazione
- 10) sedazione profonda

391



- 1) si vuole mantenere il dialogo:
- con gli operatori sanitari credenti e non credenti,
 - con coloro ai quali è affidata la cura pastorale,
 - con le famiglie che stanno accanto ai malati nella delicata fase finale della vita
 - con chi affronta la sofferenza in prima persona.

392



- 2) si affrontano le tematiche legate al fine vita:
- = *infondatezza del «diritto a morire»,
 - *relazione medico-paziente;
 - *cure palliative e il trattamento del dolore cronico,
 - *disposizioni anticipate di trattamento e obiezione di coscienza,
 - *senso della sofferenza nella speranza cristiana,
 - *suicidio medicalmente assistito,
 - *autodeterminazione,
 - *sedazione terminale;
 - *dichiarazioni anticipate;

393



- = morte encefalica: è approvata come criterio di accertamento in vista della donazione di organi per i trapianti;
- = nutrizione e idratazione artificiali anche per vie artificiali (queste sono «in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita», quindi obbligatorio nella misura in cui e fino a quando dimostrano di raggiungere le proprie finalità);

394



- = no sia all'accanimento sia all'abbandono terapeutico;
- = importanza delle cure palliative e i compiti degli hospice;
- = estremo rimedio la sedazione palliativa profonda continua, che «non si somministra *on demand* ma seguendo i criteri della proporzionalità clinica».

395



- 3) una visione della persona e della vita:
- = «la persona è un bene in sé e per sé». Tale bene «è coestensivo a quello di individuo umano», si osserva che «nei confronti delle persone non si ha il potere che si esercita sulle cose;
 - = È qui lo snodo antropologico ed etico che sancisce l'impossibilità di ogni diritto a morire: in questo riconoscimento della dignità propria e unica della persona. Senza questa, la vita si risolve in un bene di consumo»;
 - = importante è la qualità della vita.

396





4) Nella malattia-sofferenza, indispensabile è la richiesta-offerta di cura e relazione:
 = «l'assistenza medica, inclusa quella ad alto tasso tecnologico, non è di per sé incompatibile con la dignità del morire»;
 = Curare non significa necessariamente guarire, ma 'prendersi cura della persona' offrendo tutte le opportunità di sostegno e accompagnandola nel rispetto della dignità;
 = «la terapia è servizio e smette di esserlo quando non è più cura della persona malata, ma ostinazione, accanimento, trattamento ingiustificato, sproporzione tra mezzi impiegati e bene integrale della persona»;

397



= Circa il dialogo tra medico e paziente:
 «Non appare adeguata l'impostazione di quanti contrappongono i diritti del paziente ai diritti degli operatori sanitari, descrivendo la relazione clinica come un braccio di ferro tra soggetti animati da opposti interessi».
 = l'obiezione di coscienza, «figlia di un diritto fondamentale e inviolabile di ogni persona, essenziale al bene comune di tutta la società».
 = l'esistenza di una pericolosa "deriva" sul "pendio scivoloso".

398



5) Circa la morte:
 Importante è la qualità della morte, il che comporta:
 = aiutare a vivere questo momento terminale – che fa parte della vita – con una vicinanza interpersonale;
 = togliere per quanto possibile sofferenza e dolore;
 = non arrivare a decidere che una persona ha meno qualità della vita di altri, giungendo a indurre qualcuno a sentirsi di troppo.

399



= Pure importante è la dignità della morte:
 «La morte è condizione universale del vivere terreno e, per i credenti, l'apertura di un nuovo, intramontabile orizzonte, non più terreno.
 In sé, il fatto del morire non è degno né indegno:
 è umano, naturale e necessario, dunque non suscettibile di valutazione»;

400



= contrarietà a soluzioni eutanasiche o alla morte intesa come «diritto» («che configurerebbe un dovere di uccidere, inaccettabile dal punto di vista umano e non solo cristiano);
 eutanasia e suicidio assistito («non sono etici»)
 L'impegno di tutti e di ciascuno è quello di:
prendersi cura, curare...
e, se possibile, far guarire...
non uccidere.

401



6) Indispensabile l'annuncio della speranza della vita eterna, che trasforma un capolinea in un inizio:
 «la ricerca dell'immortalità terrena è fallace e destinata a infrangersi contro la realtà, ma, in quanto credenti, sappiamo che sarebbe un errore ritenere che tutto finisca nel compimento della nostra vita terrena».
 La sensazione di fragilità deve essere accompagnata dalla dignità della vita ricevuta come dono, della vita che ha speranza, della vita che non passa con la morte;

402



= Il tramonto della vita diventa un'alba, perché la nostra vita non finisce con la morte fisica ma continua, nella speranza;
= l'annuncio è quello del Vangelo della vita eterna:

non veniamo dal niente e non siamo destinati al niente
ma veniamo dal disegno d'amore di Dio
e siamo destinati a una vita pienamente felice con Lui.
= Pur nella fragilità del nostro vivere e della tragicità del nostro morire siamo pur sempre importanti
perché veniamo da Dio, dal suo Amore. Siamo figli di Dio.

403



7) *L'accompagnamento della persona* non può essere solo spirituale e sacramentale, ma impegna tutti:

- i familiari,
- gli operatori sanitari,
- coloro che sono attivi nelle reti di accompagnamento sociale e religioso.

404



8) La palliazione è anzitutto un atteggiamento, non è una soluzione tecnica o una prestazione professionale qualsiasi; bensì uno stile di accompagnamento nel quale l'importante non è il guarire ma il prendersi cura.

405



Le cure palliative sono per l'accompagnamento dell'ammalato, un prendersi cura del malato.

Le cure palliative (da *pallium* = mantello – *che ti protegge, ti aiuta...*) sono molteplici e complementari:

- Terapia del dolore
- Supporti: psicologico – affettivo - morale – spirituale...
- Accompagnamento -vicinanza del malato e dei familiari
- Servizi hospice (cfr. legge 38/2010) e/o domiciliari
- Dignità del morire...

53

406



- supporto psicologico
- accompagnamento spirituale
- mantenimento nel proprio ambiente
- umanizzazione delle cure...

Le cure palliative sono il contrario:

- dell'abbandono terapeutico,
- accanimento terapeutico,
- eutanasia...

407



9) Per quanto riguarda la sedazione profonda, i timori non hanno ragione d'essere, nel senso che quando ci sono:

- appropriatezza
- e proporzionalità clinica

sono assolutamente lecite.

408





Circa la sedazione profonda, si distingue tra sedazione palliativa e seduzione terminale:

1) La sedazione palliativa, anche a base di morfina, è un valido aiuto per sollevare il dolore fisico del malato in fase acuta e avanzata, a condizione che non esista altro mezzo per alleviare il suo dolore, che siano state esplorate tutte le altre alternative,⁵⁶

409



e che il malato sia informato e dia il suo consenso.

La sedazione palliativa ha come scopo quello di alleviare il sintomo.

Essa consiste in una procedura che abbassa progressivamente la coscienza per far sentire al malato il minor dolore possibile, la somministrazione va monitorata in base a come il sintomo risponde.

Ha come risultato il sollievo del sintomo del dolore e come effetto collaterale possibile l'accelerazione del processo di morte.⁵⁷

410



E' un trattamento concreto e definito che non può essere considerato come diritto del paziente, ma come indicazione medico-etica; è il medico che propone al paziente l'opzione del trattamento indicato per il suo quadro sintomatico e non il contrario.⁵⁸

411



2) La sedazione terminale, invece, ha lo scopo di uccidere il paziente. Consiste nel somministrare un farmaco litico in dose massiccia. Ha come risultato la morte. Perciò, la prima è eticamente lecita, la seconda è eticamente illecita.⁵⁹

412



Scrivi il Card. Parolin, Segretario di Stato Vaticano (lettera al Convegno sulle cure palliative organizzato dalla Pontificia Accademia per la Vita, Roma, 28.02.2018):



«con la sedazione, soprattutto quando protratta e profonda, viene annullata quella dimensione relazionale e comunicativa che abbiamo visto essere cruciale nell'accompagnamento delle cure palliative.

Essa risulta quindi sempre almeno in parte insoddisfacente, ./.

413



./.. sicché va considerata come estremo rimedio, dopo aver esaminato e chiarito con attenzione le indicazioni».⁶¹

414



10) Circa le attuali ultime leggi esistenti:

= la Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (1997)

chiede di «tenere in considerazione» le volontà anticipate di trattamento, che tuttavia non impegnano il medico qualora contengano affermazioni in contrasto

con il diritto positivo, la deontologia medica o i principi di buona pratica clinica.

415



In Italia, come ovunque tranne Olanda, Belgio e Lussemburgo, l'eutanasia è un reato.

Il Codice Penale prevede due fattispecie:

- **Art. 579, omicidio del consenziente:**
è punito con 6-15 anni di reclusione; se si tratta di minore o infermo di mente, o se il consenso è stato estorto, si applicano le norme sull'omicidio (non meno di 21 anni di reclusione).
- **Art. 580, istigazione o aiuto al suicidio:**
è punito con 5-12 anni di reclusione, aumentati se si tratta di minore o infermo di mente; se minore di 14 anni si applicano le norme sull'omicidio.



416



= Circa la legge italiana 219/2017:

- «anche se non in maniera esplicita, si intravede l'inizio di un cammino su un pendio scivoloso verso una deriva eutanasica»
- perché «interamente costruita intorno al principio di autodeterminazione», che consente di interrompere anche idratazione e alimentazione artificiali: «Così si introduce surrettiziamente la possibilità di opzioni eutanasiche».

417



«NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO» (Legge 22 dicembre 2017, n. 219):

Il comma 2 dell'art.1 recita:
«È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato, nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico».

418



Circa il consenso informato, premesso che l'autodeterminazione terapeutica è un diritto personalissimo del paziente,

occorre secondo la legge vigente italiana:

- L'Esaustiva informazione da parte del medico
- il consenso informato del paziente capace di intendere e di volere.
- Se il paziente non è capace allora il suo rappresentante legale che può essere:
 - Il tutore o
 - Il curatore o
 - L'amministratore di sostegno.



419



= La Corte costituzionale con legge 22 dicembre 2017 n. 219, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio (aiuto al suicidio medicalmente assistito), autonomamente e liberamente formatosi, di una persona:
(1) affetta da una patologia irreversibile,
(2) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputa assolutamente intollerabili,
(3) tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, ./.

420





(4) ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

E' necessario che sempre queste 4 condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate

- da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale,
- previo parere del comitato etico territorialmente competente



68

421



A proposito della sentenza della Corte Costituzionale
che ha stabilito, in presenza di alcune precise condizioni, la non punibilità dell'aiuto al suicidio medicalmente assistito, il documento CEI osserva che presenta «pochi punti coerenti con l'ottica relazionale medico-paziente».

422



= Quanto alla legge italiana sulle disposizioni anticipate di trattamento,
il documento CEI osserva: «il medico non ha diritto a esercitare la propria professionalità secondo scienza e coscienza».

La vita non è un bene disponibile: non si può chiedere di essere aiutati a porre fine alla propria esistenza.

423



SINTESI: Alcuni punti fermi:

- Serve una salda, continua alleanza tra operatore sanitario, paziente, familiari.
- E' indispensabile *morire nella tenerezza* fra sostegno familiare e cure.
- L'abbandono terapeutico che conduce all'eutanasia è un reato.
- Il paziente non può pretendere che il medico compia atti contrari alla legge.
- Due criteri fondamentali: il beneficio della persona e la proporzionalità delle cure.
- Come sancito dalla Costituzione e dall'art. 5 del Codice Civile, la vita è un bene indisponibile.



71

424



Il Papa S. Giovanni Paolo II così si è espresso: "Il suo uso ... sarà da considerarsi, in linea di principio, ordinario e proporzionato, e come tale moralmente obbligatorio, nella misura in cui e fino a quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che nella fattispecie consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sofferenze".

(Giovanni Paolo II, Discorso ai partecipanti al congresso internazionale su "I trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo. Progressi scientifici e dilemmi etici". (17-20 marzo 2004, Augustinianum) Sabato, 20 marzo 2004.

425



Albert Einstein (1879 – 1955)

426



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Capitolo IX

1



PASTORALE CRISTIANA verso l'ammalato: il Rispetto della persona del malato





2

Centrale è
l'attenzione alla
persona del malato
più che alla sua
malattia.

Tutto questo si attua
in vari modi:



427



3

- l'umanizzazione delle cure, cioè del dovuto pieno rispetto verso la persona malata, della sua identità e del suo vissuto;
- importanza delle cure palliative;
- la previsione di alimentazione e idratazione come sostegni vitali;
- il rifiuto di ogni accanimento sproporzionato;



428



4



- l'alleanza terapeutica tra medico e paziente;
- l'accompagnamento del malato, anziché la sua soppressione, che è il segno doloroso dell'emarginazione del singolo e della resa a una *società dello scarto*;
- diritto del malato ad essere informato opportunamente e continuamente;

429



5

- unità inseparabile di corpo e spirito.

Il tema della cura del corpo secondo l'etica cattolica non va disgiunto dalla cura dell'anima.

La persona è una: corpo e anima: promozione della *salute integrale personale*.



430



6



In una concezione moderna, le due dimensioni di corpo e spirito devono trovare una nuova integrazione: azione sanitaria olistica;

431



7

PIU' DEBOLI!

- rispetto della distinzione fondamentale tra "curare" e "guarire":
"Curare sempre, guarire se è possibile";
- la tutela dei più deboli e indifesi:
 - * dagli abusi del sistema
 - * e da interessi economici e/o ideologici, e o di parte;

432





8



- l'incremento delle risorse per la ricerca scientifica e il sostegno alle famiglie;
- dare voce anche ai malati, alle famiglie e alle associazioni e a tutti coloro che in varie forme, negli ospedali e nel servizio di assistenza domiciliare;

433



9



- prendersi cura dei pazienti, bisognosi di sostegno e di rispetto;
- l'impegno di tutto il personale medico e paramedico;

434



10



- l'intervento e la presenza dei sacerdoti e dei volontari
- il rispetto della dignità del malato, della sua esperienza e dei suoi diritti...

435



La dignità della persona:

rispetto assoluto della dignità della persona:
la dignità umana non è una qualità che si aggiunge all'esistenza umana, ma è ad essa inerente.

Quindi non si perde la dignità umana per il solo fatto di essere malati o di vivere in una situazione inguaribile

436



La dignità della persona e il diritto alla vita è indipendente:

- tanto dal grado di salute, autonomia e capacità di intendere e volere del soggetto interessato,
- quanto dalla concezione di altre persone, della gente, dello Stato...

437



Qualità- dignità-uguaglianza

Il concetto di uguaglianza viene tradito se l'uguaglianza non è legata al semplice fatto di essere individui viventi, appartenenti alla specie umana

438





14



(e quindi tutte le persone hanno eguale diritto ad essere curate).
Se non venisse rispettata tale dignità e uguaglianza di ogni persona, si introdurrebbe:
* sia un elemento gravemente discriminatorio, fondato su un concetto del tutto arbitrario di qualità della vita,

439



* sia un criterio di valutazione della persona in senso utilitaristico, basato sulla condizione psicofisica e sulle capacità della persona.

440



16

Il mondo della salute non può sottrarsi alle regole morali che devono governarlo, affinché non diventi disumano.

L'immagine divina impressa nel nostro fratello fonda l'altissima dignità di ogni persona e suscita in ciascuno l'esigenza:

- del rispetto,
- della cura
- e del servizio



441



17

LIBERI PER VIVERE



La vera libertà per tutti, credenti e non credenti, è quella di scegliere a favore della vita perché solo così è possibile costruire il vero bene della persona e della società.
Per questo sentiamo di dover dire con chiarezza

442



18

Tre grandi SI



SI alla VITA
SI alla medicina palliativa
SI ad accrescere ed umanizzare l'assistenza ai malati ed agli anziani.

443



19

Tre grandi NO



NO ALLA EUTANASIA
NO all'accanimento terapeutico
NO all'abbandono di chi è più fragile

444





20

Occorre:

- o lo sforzo congiunto di tutti
- o soprattutto una profonda conversione dello sguardo interiore:

come lo sguardo del Creatore:

- * che è sguardo d'amore,
- * che promuove il bene integrale di ogni persona e di tutta la persona;



445



21



- o l'adozione di un modello di sviluppo fondato sulla:

- * centralità dell'essere umano,
- * promozione e condivisione del bene comune,
- * responsabilità di tutti e di ciascuno;

446



22



- o il diritto alla salute sia reso effettivo, favorendo l'accesso, per tutti, alle cure sanitarie primarie;
- o importante instaurare una vera giustizia distributiva che garantisca a tutti, sulla base dei bisogni oggettivi, cure adeguate;
- o la giustizia sanitaria deve essere fra le priorità nell'agenda dei Governi e delle Istituzioni internazionali...

447



23

Testimonianza di un'ammalata...

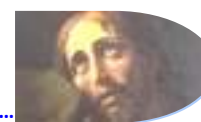
Un'ammalata di sclerosi multipla di nome Graziella ha testimoniato:

"la cura della patologia fisica...non dovrebbe essere mai scissa dalla considerazione che corpo e anima sono un tutt'uno
e non si può curare o tentare di curare l'uno senza prendersi cura anche dell'altra....considerare anche l'altra... ./.

448



24



./.. Oggi la mia scala di valori si è completamente "ribaltata"... al primo posto viene DIO..... poi la mia famiglia e poi.....il mio lavoro.

Oggi ho imparato a delegare, non penso più di essere insostituibile, e quindi non penso più che debbo fare tutto io "ammazzandomi di lavoro ./.

449



25



./.. ma soprattutto...

HO IMPARATO AD AMARE DIO che costituisce la mia forza primaria.

Quando mi dicono: *ma...sei forte...*, rispondo:

"LA MIA FORZA SI CHIAMA DIO"

e grazie a LUI riesco a sorridere...

riesco ad essere felice...

nonostante i miei cicli di cure".

450



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Capitolo X



Il Suicidio assistito differisce

- **dall' eutanasia**
- **e dalla sedazione profonda**



Suicidio assistito, eutanasia e sedazione profonda sono termini spesso usati come sinonimi, ma in realtà a livello medico e giuridico si tratta di operazioni ben distinte e che non vanno confuse. Concretamente:

1) Il suicidio assistito che cos'è?

è l'aiuto medico e amministrativo portato a un soggetto che ha deciso di morire tramite suicidio.

E' l'atto del porre fine alla propria esistenza in modo consapevole mediante l'autosomministrazione di dosi letali di farmaci con l'assistenza di un medico o di un'altra persona.



2

451



Avviene in luoghi protetti dove soggetti terzi si occupano di assistere la persona per tutti gli aspetti correlati all'evento morte

(ricovero, preparazione delle sostanze, gestione tecnica e legale *post mortem*).

In Italia è stato reso legale dalla sentenza della Corte costituzionale del 25 settembre 2019, prot. N.242/2019 sul caso Cappato-Antoniani.

Il 15 giugno 2022 il primo caso, Federico Carboni.

Non con una legge del Parlamento, ma con una sentenza della Corte Costituzionale.



3

452



«La Corte – si leggeva in un comunicato diffuso all'epoca – ha ritenuto non punibile ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche, che egli reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli».



4

453



Ricapitolando, la Corte ha stabilito che può avere il via libera per il suicidio medicalmente assistito il paziente che:

- 1) è tenuto in vita da trattamento di sostegno vitali;
- 2) è affetto da una patologia irreversibile;
- 3) ha una patologia che è «fonte di sofferenze intollerabili»;
- 4) è pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.



5

454



Coerentemente poi con la stessa pronuncia, la Corte subordina la possibilità di ricorrere al suicidio assistito a 4 precondizioni:

1. «al rispetto delle modalità previste sul consenso informato sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua»;
2. «alla verifica delle condizioni richieste»;
3. «alla verifica delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale»;
4. «al parere del comitato etico territorialmente competente».



6

455



Queste ultime condizioni, precisa la Consulta, si sono rese necessarie «per evitare rischi di abuso nei confronti di persone specialmente vulnerabili, come già sottolineato nell'ordinanza 207 del 2018».

2) Il suicidio assistito differisce dall'eutanasia, nella quale è invece il medico a somministrare il farmaci letali, dopo che il paziente ha richiesto questa procedura.

L'eutanasia differisce dal suicidio assistito per il fatto che, nel suicidio assistito, l'atto finale di togliersi la vita, somministrandosi le sostanze necessarie in modo autonomo e volontario, è compiuto interamente dal soggetto stesso



7

456





e non da soggetti terzi, che si occupano di assistere la persona per gli altri aspetti: ricovero, preparazione delle sostanze e gestione tecnica/legale post mortem. L'eutanasia, che non è consentita dalla legge, è invece l'atto di procurare la morte di una persona che ne faccia esplicita richiesta.

La Federazione Cure Palliative la definisce: "l'uccisione di un soggetto consenziente in grado di esprimere la volontà di morire".

8

457



Ci sono dunque almeno due sostanziali differenze tra eutanasia e suicidio assistito:

A- Il suicidio assistito prevede che sia la persona interessata ad assumere il farmaco letale (richiede la partecipazione attiva del soggetto).



L'eutanasia invece, non necessita della partecipazione attiva del soggetto che comunque però deve aver espresso, in un momento della vita, la propria volontà di morire.

B- L'eutanasia richiede un'azione diretta di un medico, che somministra un farmaco di regola per via endovenosa, mentre il suicidio assistito prevede che il ruolo del sanitario si limiti alla preparazione del farmaco, che poi il paziente assumerà per conto proprio.

9

458



3) Il Suicidio assistito differisce dalla sedazione palliativa, la quale è la riduzione intenzionale dei farmaci, fino alla perdita di coscienza, allo scopo di ridurre o abolire la percezione del dolore, altrimenti intollerabile per il paziente.

Questa procedura si distingue dalla morte medicalmente assistita soprattutto per il tempo che intercorre tra la somministrazione del farmaco e il decesso:

pochi minuti nel caso dell'eutanasia, massimo mezz'ora nel suicidio assistito, alcuni giorni nel caso della sedazione palliativa profonda.¹⁰

459



Un'altra differenza sono i farmaci utilizzati:

- nella sedazione palliativa si impiegano benzodiazepine e neurolettici, spesso con oppioidi;
- in caso di morte assistita si usano invece i barbiturici ad alte dosi.



11

460



I Vescovi del Triveneto così scrivono, in una nota del 28 ottobre 2023, a riguardo del suicidio assistito:

"Il suicidio assistito, come ogni forma di eutanasia, si rivela una scorciatoia: il malato è indotto a percepirsi come un peso a causa della sua malattia e la collettività finisce per giustificare il disinvestimento e il disimpegno nell'accompagnare il malato terminale.

Primo compito della comunità civile e del sistema sanitario è assistere e curare, non anticipare la morte".¹²

12

461



"La deriva a cui ci si espone, in un contesto fortemente tecnologizzato – osservano i Vescovi veneti - è dimenticarsi che lo sforzo terapeutico non può avere come unico obiettivo il superamento della malattia quanto, piuttosto, il prendersi cura della persona malata... E' essenziale porre l'accento sul tema della dignità della persona malata e sul dovere inderogabile di cura che grava su ogni persona ed in particolare su chi opera nel settore socio-sanitario chiamando in causa l'etica, la scienza medica e la deontologia professionale".

La nota infine auspica la creazione di "uno spazio etico nel dibattito pubblico" e la promozione di "una coraggiosa cultura della vita".¹³

13

462



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

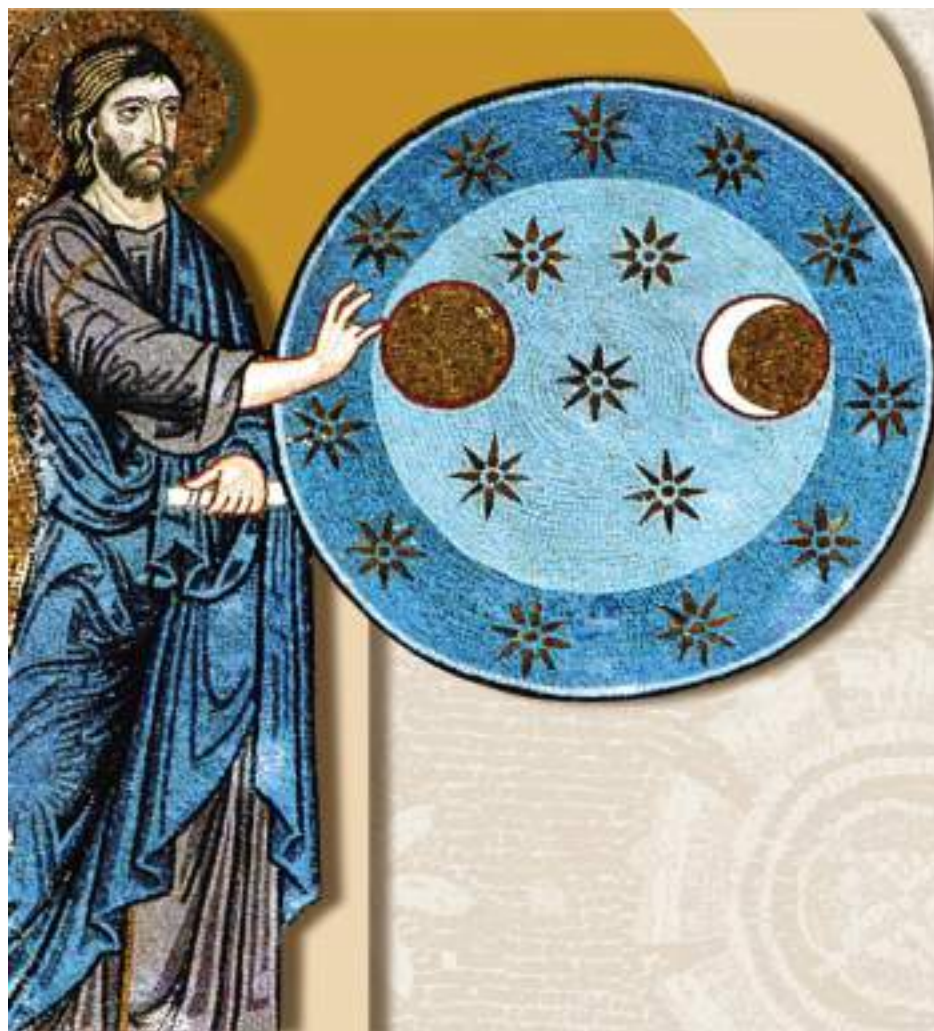
.....

.....

.....



Capitolo XI



MORTE:
alcuni
principi
cristiani



Da dove ha origine la morte?
 “Dio non ha creato la morte”
 (Sap. 1,13)
 così come noi la subiamo oggi.
 Essa è entrata nel mondo come conseguenza del primo peccato dei nostri progenitori, Adamo ed Eva.
 Essa è dunque il “salario del peccato” (Rm 6,23).
 Inoltre, “la morte è entrata nel mondo per invidia del diavolo »
 (Sap 2,24).

463



- un richiamo alla saggezza del vivere bene il tempo a nostra disposizione;
- un rimedio ai guai prodotti dal peccato originale, perché pone fine ad essi;
- un modo di attuare una fondamentale uguaglianza fra tutti, al di là di appartenenze sociali, condizioni economiche, capacità culturali;
- **ADDIO o ARRIVEDERCI?**

466



Parlare della morte: sì o no?
 Oggi si tende a censurare e a rimuovere tale realtà della vita umana. Il solo pensiero della morte procura angoscia. Non pensandoci, si ritiene di allontanarla o vincerla. In realtà essa, inesorabile, viene, e può venire in ogni momento, a qualunque età della persona, in qualunque condizione ci si trovi.

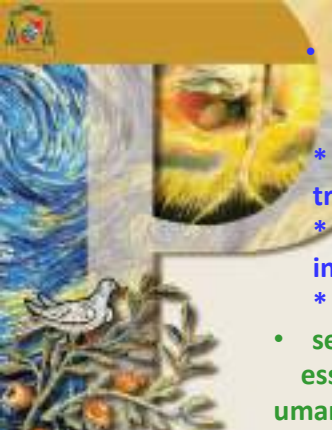
464



Per i credenti, comunque essa avvenga, la morte:

- è sempre illuminata dalla speranza dell’immortalità
- una porta che chiude un modo di vivere e che apre un altro modo di vivere:
- **Mors est ianua vitae.**
- “La vita non è tolta ma trasformata” (prefazio)
- La vita quaggiù: un pellegrinaggio verso la vita eterna,
- è compimento ultimo che dà senso e pienezza al nostro cammino terreno.

467



La morte:

- è la fine del pellegrinaggio terreno dell'uomo,
- evento, fatto tragico:
- * momento umanamente carico di tristezza e di sconforto
- * «è un enigma carico di inquietudini»
- * doloroso il distacco dai propri cari,
- segno del nostro essere uomini; essa appartiene alla condizione umana;

465



- una continua vigile attesa dell’incontro con il Signore
- È proprio per questa visione cristiana della morte che San Francesco d’Assisi poteva esclamare nel Cantico delle Creature: “*Laudato sii, mi Signore, per sora nostra morte corporale*” (FONTI FRANCESCANE, 263);
- è la fine del tempo della grazia e della misericordia, che Dio gli offre per realizzare la sua vita terrena secondo il disegno divino e per decidere il suo destino ultimo.

468

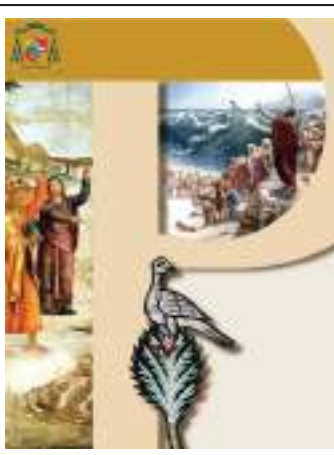




Se la nostra morte viene **unita a quella di Cristo**, allora diventa:

- un affidarsi a Dio: “ Nelle tue mani affido l’anima mia...”;
- un’offerta gradita a Dio, accettando la Sua volontà;
- un mezzo salvifico per sé e per gli altri;
- Cristo ha vinto la morte con la Sua risurrezione;

469



Come Cristo ha vinto la morte?

Distruggendo la causa della morte, cioè il peccato, con la Sua Morte in croce e con la Sua Risurrezione. E Cristo ha vinto la morte perché Egli ha vinto il peccato lavandolo con il Suo sangue.

470



san Paolo: «Quando questo corpo corruttibile si sarà vestito d'incorruttibilità e questo corpo mortale d'immortalità, si compirà la parola della Scrittura: La morte è stata ingoiata per la vittoria (Is 25, 8).
Dov'è, o morte, la tua vittoria?
Dov'è, o morte, il tuo pungiglione? (Os 13, 14).
Il pungiglione della morte è il peccato e la forza del peccato è la legge.
Siano rese grazie a Dio che ci dà la vittoria per mezzo del Signore nostro Gesù Cristo! » (1 Cor 15, 54-57).

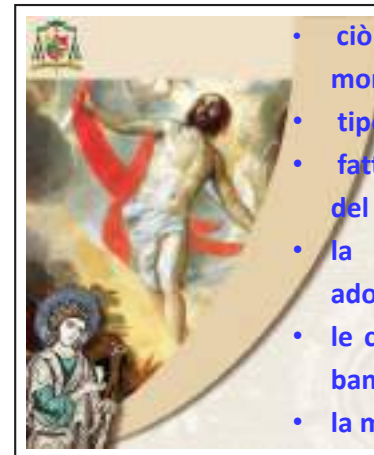
471



Circa la morte, ecco alcune **tematiche di particolare attualità:**

- difficoltà e stress nei cambiamenti nella vita e resilienza;
- fattori di rischio e fattori protettivi di eventuali traumi;

472



- ciò che i minori pensano della morte;
- tipologie di morti e relative reazioni;
- fattori che influenzano il processo del lutto;
- la religiosità dei bambini e degli adolescenti di fronte la morte;
- le caratteristiche della religiosità del bambino e dell'adolescente;
- la morte nelle varie religioni;

473



- perdite e lutto infantile;
- perdite nella vita;
- le reazioni e le domande spirituali;
- strategie e abilità di aiuto e sostegno dei bambini e degli adolescenti;
- strumenti operativi per colloqui individuali e per l'animazione di gruppi di auto-mutuo aiuto.

474



Oggi non è più una novità ricordare che la società contemporanea è caratterizzata da un acuto rifiuto della morte, sempre di più allontanata dalla scena della vita e resa asettica e guardata con ostilità e come qualcosa di profondamente ingiusto, da sconfiggere in quanto privo del ruolo di evento centrale nella formazione della cultura.

475



- E' importante dare dignità alla morte, renderla familiare, avvicinare le persone all'evento che pone fine alla vita - sia che lo si subisca direttamente o indirettamente sia come superstiti, in quanto parenti o amici del defunto —.
- Mostrare come il genio greco fosse riuscito a porre il culto della morte al centro delle ritualità arcaiche mediterranee e mediorientali

476



Il filone dell'arte funeraria, costituito da tombe, mausolei, sarcofagi, steli, urne cinerarie, cippi, lapidi, cappelle, pietre tombali, epitaffi marmorei e monumenti, deve evidenziare la fede cristiana, e non soltanto gli aspetti umani-affettivi.

477

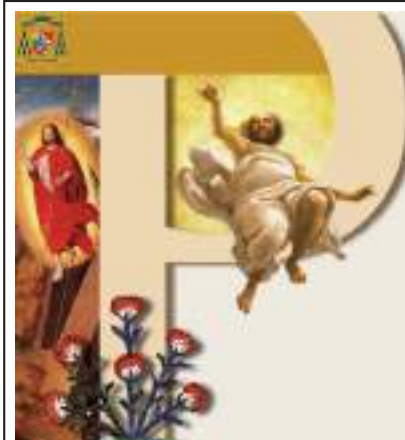


Attenzione

a) ai monumenti funebri: se cristiani, essi svolgono:

- non solo il compito di *pietas* nei confronti del defunto,
- ma di carità nei confronti dei vivi che ad esso guardano con rispetto
- di annuncio della verità cristiana della morte.

478



b) ai manifesti funebri:

Immagini:

- sì a Cristo morto, meglio: risorto
- No a: Madonna, Santi...

Scritte:

- No a: scomparso, venuto a mancare, dipartito da questo mondo...
- Sì: è tornato al Padre, chiamato da Dio, si è addormentato nel Signore...

479



c) Non guardare la morte in faccia.

Le campagne a favore della pillola abortiva e dell'eutanasia vogliono in realtà vendere un'opzione culturale sulla morte.

La prima punta a far sembrare la morte banale come bere un bicchiere d'acqua

480





(che infatti nell'immaginario accompagna l'assunzione di ogni pillola);
la seconda punta a "gestirla", nell'illusione di provocarla all'improvviso cancellandone così la visione.
Ma entrambe nascondono l'errore di non guardare la morte in faccia,

481



e di chiamarla con un altro nome, in un'operazione psicologicamente rischiosissima di rimozione mentale.
Chi gestisce queste campagne gioca sull'ansia e la alimenta.
L'ansia è un tratto fondante la società postmoderna,

482



dove si succedono incalzanti annunci di improbabili catastrofi apocalittiche e dove la paura, l'ansia di controllo per non andare incontro a imprevisti hanno la meglio sulla voglia di progettare il futuro.

483



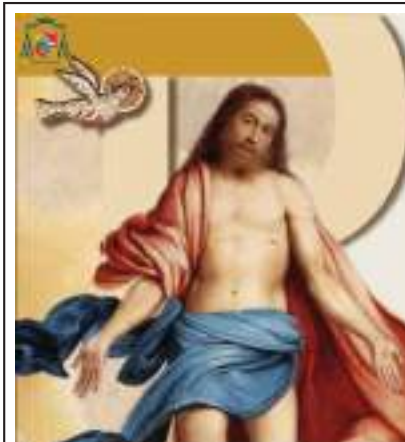
• Il pensiero della morte ci aiuta a:
–mantenere fisso lo sguardo verso la nostra patria : il cielo, che ci attende
–restare pronti per accogliere il Signore quando arriva e bussa;
• “Con la morte, la scelta di vita fatta dall'uomo diventa definitiva: questa sua vita sta davanti al Giudice” (BENEDETTO XVI, *Spe salvi*, 45).

484



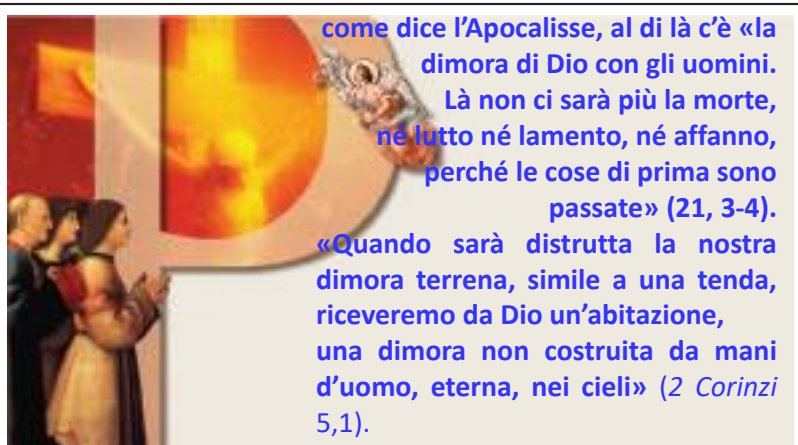
• il senso cristiano del trapasso è anzitutto un atto positivo: il riconoscimento di essere creature e non proprietari della propria vita che è un dono, anzi il dono per eccellenza di Dio, e va riconosciuto e dato a Colui che ci è Padre.
• Cristo ha fatto balenare davanti ai nostri occhi l'altra faccia della morte: quella illuminata dalla luce della fede.

485



• Certo, con ciò non si dissolve del tutto la faccia tenebrosa che parla di solitudine, di lacerazione,
• che grida persino verso un dio ritenuto troppo distante e assente.
• Ma ai piedi della croce il velo si squarcia e si intuisce l'oltrevita:

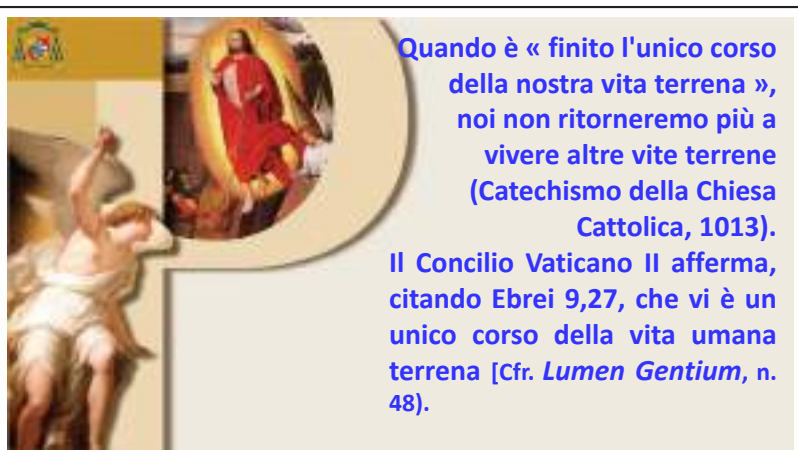
486



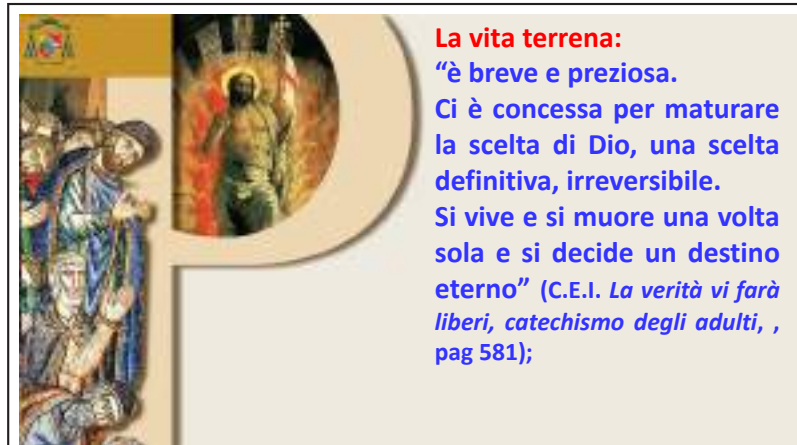
487



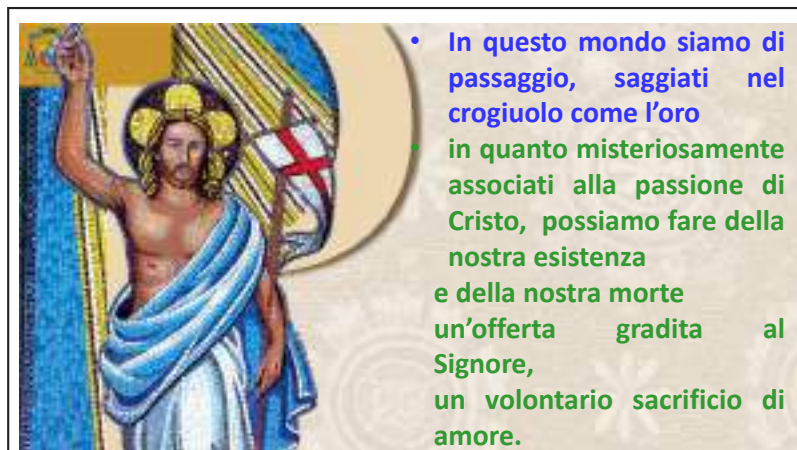
488



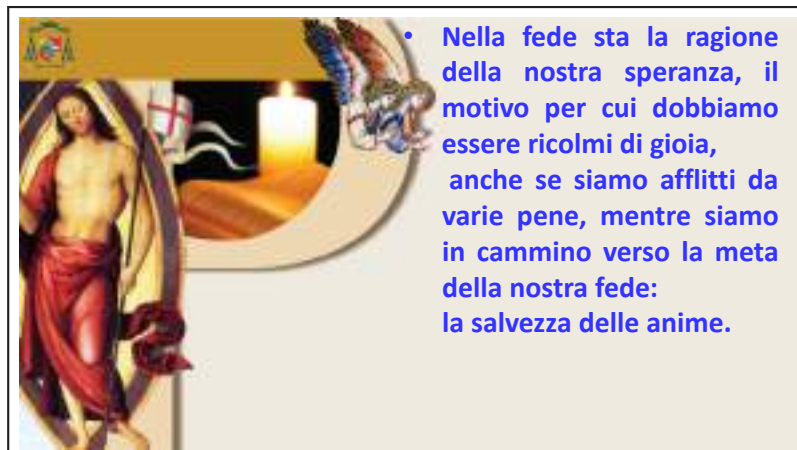
489



490



491



492





Che cosa significa morire in grazia di Dio?
 Significa morire con la consapevolezza di non avere il peccato mortale sull'anima. Significa morire in pace con Dio e con il prossimo.
 "Certa è questa parola: se moriamo con Lui, vivremo anche con Lui" (2Tim 2,11).

493



Come descrivere le condizioni dell'uomo dopo la morte?
 La S. Scrittura ci parla:

- del Paradiso con alcune immagini: vita, luce, pace, banchetto di nozze, casa del Padre, Gerusalemme celeste...
- dell'inferno con altre immagini: **"fuoco eterno preparato per il diavolo e per i suoi angeli" (Mt 25), una 'fornace ardente dove è pianto e stridore di denti' (Mt 13,42) o come 'lo stagno di fuoco' (Ap 20,13) senza possibilità di ritorno (Lc.16,19-3)...**

496



Come è possibile morire con Cristo?
 È possibile:

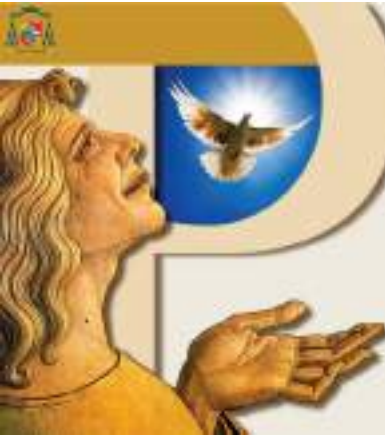
- vivendo da figli di Dio durante la nostra vita terrena;
- chiedendo frequentemente perdono a Dio dei nostri peccati mediante il Sacramento della Riconciliazione (Confessione);
- usufruendo, se possibile, dei due Sacramenti istituiti da Cristo per gli ammalati gravi

494



«Bisogna evitare rappresentazioni immaginarie e arbitrarie che invece di aiutare approfondiscono le difficoltà della Fede cristiana. Le immagini impiegate dalla S. Scrittura meritano tuttavia rispetto. Bisogna ricercarne il senso profondo, evitando il rischio di attenuarle troppo, svuotando della loro sostanza le realtà che esse manifestano»
 (CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, Lettera su alcune questioni riguardanti l'Escatologia).

497



e per quanti stanno per passare da questa vita all'altra:
 il Sacramento dell'Eucaristia come Viatico
 e il Sacramento dell'Unzione dei malati,
 che fa bene al corpo e all'anima,
 e che aiuta nel passaggio da questa vita all'altra.

495



Che cosa avviene dopo la morte?
 L'anima, separata dal corpo, viene giudicata da Dio in rapporto alla Fede e alle opere compiute. È questo il giudizio particolare, con il quale viene data a ciascuno l'immediata retribuzione per la sua vita terrena.

- Tale retribuzione consiste nell'accedere:
 - * o alla gioia eterna del Paradiso:
 - subito dopo la morte;
 - oppure dopo un'adeguata purificazione (Purgatorio);
 - * o alla dannazione eterna dell'Inferno.

498





Dove si fonda la nostra Fede circa la risurrezione del nostro corpo?

Si fonda:

- sulla Fede in Dio che “non è un Dio dei morti, ma dei viventi” (Mc 12,27);
- su Gesù Cristo, il quale:
 - ha detto “Io sono la Risurrezione e la Vita” (Gv 11,25);

499



- ha liberamente subito la morte, e la morte di croce, per la nostra salvezza: con la sua morte ha vinto la morte, per sé e per tutti noi;
- è risorto Lui stesso con il suo proprio corpo, trasformato e glorificato: “Se Cristo non è risuscitato [...] è vana anche la vostra Fede” (1 Cor 15,14);

502



- ha operato alcune ‘risurrezioni’ durante la sua vita terrena: di Lazzaro, del figlio della vedova di Nain, e della figlia di Giairo.

Tali ‘risurrezioni’:

- erano un ritornare alla vita precedente,
- erano segno:
 - del suo essere “la Risurrezione”,
 - e prefigurazione del suo risorgere;

500



- è principio, fondamento e certezza anche della nostra risurrezione: Lui è “il primogenito di coloro che risuscitano dai morti” (Col 1, 18); “Dio, che ha risuscitato il Signore, risusciterà anche noi con la sua potenza” (1 Cor 6,13).

503



- ha fatto questa solenne promessa prima di morire: “Io vado a prepararvi un posto; quando sarò andato e vi avrò preparato un posto, ritornerò e vi prenderò con me, perché siate anche voi dove sono io” (Gv 14, 2-3);

501



Come avverrà la risurrezione dei nostri corpi?

Conoscere il modo come avviene la risurrezione supera le possibilità del nostro intelletto. È accessibile solo nella Fede. «Perché gli uomini stentano a credere che un giorno vivranno con Dio, quando già si è verificato un fatto molto più incredibile, quello di un Dio morto per gli uomini?» (SANT'AGOSTINO, *Disc. Guelf.*, 3).

504





La morte: attesa e sorpresa

Papa Francesco (*omelia a S. Pietro, 3-11-2022*):

«Il Vangelo spiega come vivere l'attesa: si va incontro a Dio amando perché Egli è amore.

E, nel giorno del nostro congedo, la sorpresa sarà lieta se adesso ci lasciamo sorprendere dalla presenza di Dio, che ci aspetta tra i poveri e i feriti del mondo.

Non abbiamo paura di questa sorpresa: andiamo avanti nelle cose che il Vangelo ci dice, per essere giudicati giusti alla fine.

Dio attende di essere accarezzato non a parole, ma con i fatti».



505



● La sua morte ha salvato il mondo perché ha fatto di questo atto, comune a tutti gli uomini, un atto di amore totale, definitivo, che

esprime, sintetizza e realizza perfettamente

tutta la sua vita, che è stata un vivere per Dio e per gli altri.

● La sua morte costituisce anche la fonte del fatto che anche la ma passare un modo di donazione libera e totale a Dio e motivo anche di partecipazione alla salvezza del mondo.

508



Morte

La morte per il cristiano non è solo un fatto biologico, comune a tutti gli esseri umani,

ma è un avvenimento salvifico:

momento, occasione di salvezza per sé e per gli altri.

E questo perché la nostra morte, grazie al battesimo, partecipa della morte di Cristo:

immersi nella sua morte con l'acqua battesimale.



506



OGGI

• C'è la tendenza a voler censurare l'argomento;

- la vita umana sarebbe grossolanamente amputata se fosse ristretta solo alla prospettiva terrena, senza l'apertura alla vita ultraterrena;
- è errato immaginare che l'aldilà sia una sorta di copia della realtà terrena;

509



Quali sono le caratteristiche della morte di Cristo?

● Cristo ha fatto della sua morte un atto di amore-donazione a Dio e agli uomini.

● Dio nella morte del suo figlio dimostra quanto ama gli uomini.

● Cristo nella sua morte accetta la missione affidatagli dal Padre e ridona se stesso a Dio:

nelle tue mani affido il mio spirito;

e all'umanità:

non c'è un amore più grande di colui che dona la vita.



507



- è sbagliato ridurre l'uomo esclusivamente alla sua dimensione orizzontale, a ciò che si può percepire empiricamente" perché ciò fa sì che la vita perde il suo senso profondo;
- Occorre tenere lo sguardo fisso su Gesù;
- l'uomo è spiegabile solamente se c'è Dio



510





MORTE: PUNTI ESSENZIALI DA ANNUNCIARE

511



Oggi ...

Oggi si tende a censurare e a rimuovere il pensiero della morte, che procura angoscia. In realtà essa, inesorabile, viene, e può venire in ogni momento, a qualunque età della persona, in qualunque condizione ci si trovi. Occorre presentare la morte come evento umano, naturale, di cui non si debba aver paura.

512



Provenienza della morte

“Dio non ha creato la morte” (Sap. 1,13) così come noi la subiamo oggi.

Essa è entrata nel mondo come conseguenza del primo peccato dei nostri progenitori, Adamo ed Eva.

Essa è dunque il “salario del peccato” (Rm 6,23). “La morte è entrata nel mondo per invidia del diavolo » (Sap 2,24).

513



Da dove dunque deriva la morte?

Perché la morte?

Essa è entrata nel mondo:

- 1) Quale effetto del peccato: Dio rispetta le scelte umane;
- 2) per invidia del diavolo;
- 3) Rimedio alle sofferenze/dolori/avversità/cataclismi umani.

514



La morte: un rimedio

Sant'Ambrogio, vescovo (*Sulla morte del fratello Satiro*, [Lib. 2, 40. 41. 46. 47. 132. 133; CSEL 73, 270-274, 323-324]):

«A dire il vero, la morte non era insita nella natura, ma divenne connaturale solo dopo. Dio infatti non ha stabilito la morte da principio, ma la diede come rimedio. Fu per la condanna del primo peccato che cominciò ./.

515



./.. la condizione miseranda del genere umano nella fatica continua, fra dolori e avversità.

Ma si doveva porre fine a questi mali perché la morte restituisse quello che la vita aveva perduto, altrimenti, senza la grazia, l'immortalità sarebbe stata più di peso che di vantaggio. L'anima nostra dovrà uscire dalle strettezze di questa vita, liberarsi delle pesantezze della materia e muovere verso le assemblee eterne».

516





Annuncio cristiano ...

La morte:

- è illuminata dalla morte di Cristo:
“Certa è questa parola: se moriamo con Lui, vivremo anche con Lui” (2Tim 2,11).
- è vinta dalla Sua risurrezione: per Lui e per noi
“Io sono la Risurrezione e la Vita” (Gv 11,25);

517



La Chiesa prega così nel prefazio circa la morte:
«la vita non è tolta ma trasformata...
Se ci rattrista la certezza di dover morire,
ci consola la promessa dell'immortalità futura».

Al centro della nostra fede c'è la Pasqua,
cioè l'esperienza che la sofferenza e la morte
non sono l'ultima parola,
ma sono trasfigurate
dalla risurrezione di Gesù.

518



Davanti al mistero della morte,
il cristiano è sollecitato
alla professione di fede
in Cristo:
«Tu sei la risurrezione e la vita.
Chi crede in te, anche se muore, vivrà;
chiunque vive e crede in te, non morirà in eterno» (Gv 11,25-26).
La morte va intesa non come un
atterraggio, ma come un decollo.

519



Nella chiesa i morti non sono morti,
perché nella Comunione dei santi la
Chiesa supera il presente.
Nella *Lettera ai Romani* di sant'Ignazio
di Antiochia è scritta la meravigliosa
frase:
«È bello tramontare al mondo per il
Signore e risorgere in lui, risorgere
nell'aurora di Dio» (II, 2).

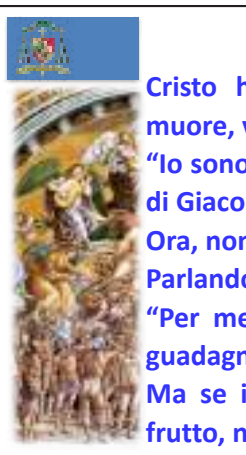
520



Cristo,

- morendo:
 - * diede alla morte, un valore di servizio, di oblazione, di donazione a Lui e agli altri: valore redentivo
- risorgendo:
 - * rese la morte corporale, da eterna, temporanea;
 - * trasformò la morte in vita eterna di risurrezione.

521



Citazioni N. T.:

Cristo ha detto: «Chi crede in me, anche se muore, vivrà» (Gv 11, 25).
“Io sono il Dio di Abramo e il Dio di Isacco e il Dio di Giacobbe?
Ora, non è Dio dei morti, ma dei vivi» (Mt 22, 32).
Parlando di se stesso l'Apostolo Paolo afferma:
“Per me infatti il vivere è Cristo e il morire un guadagno.
Ma se il vivere nel corpo significa lavorare con frutto, non so davvero che cosa debba scegliere../.

522



./ Sono messo alle strette infatti tra queste due cose:
da una parte il desiderio di essere sciolto dal corpo per
essere con Cristo, il che sarebbe assai meglio" (*Fil 1, 21-23*).
Ed ancora: «Finché abitiamo nel corpo siamo in esilio
lontano dal Signore, camminiamo nella fede e non ancora in
visione» (*2 Cor 5, 6*).

523



"Se abbiamo sperato in Cristo per
questa vita soltanto, noi siamo i
più miserabili di tutti gli uomini.
Ma ora Cristo è risuscitato dai
morti, primizia di quelli che
dormono.
Infatti, poiché per mezzo d'un
uomo è venuta la morte,
così anche per mezzo d'un uomo è
venuta la risurrezione dei morti"
(*1 Cor 15, 19-21*).

524



Prefazio dei defunti I:

- «In Cristo tuo Figlio, nostro salvatore, rifugge
in noi la speranza della beata risurrezione.
- E se ci rattrista la certezza di dover morire,
ci consola la promessa dell'immortalità
futura.
- Ai tuoi fedeli, o Signore,
la vita non è tolta, ma trasformata;
- e mentre si distrugge la dimora di questo
esilio terreno,
viene preparata un'abitazione eterna nel
cielo».



525



Papa Francesco nell'omelia di S.
Marta (6-2-2014) ha trasformato
le sue riflessioni sulla morte, in
preghiera di invocazione.
Ha infatti così pregato:
Dio "conceda a tutti noi queste
tre grazie:
1) morire a casa e cioè morire
nella Chiesa (in pace con Dio e
con il prossimo); ./.

526



./.
2) morire in speranza, con
speranza, e cioè affidandosi a
Dio (in grazia di Dio, e quindi
con la speranza di godere la
visione di Dio faccia a faccia);
3) lasciare una bella eredità,
un'eredità umana, un'eredità
fatta della testimonianza della
nostra vita cristiana".

527



La migliore eredità

Papa Francesco ci esorta a
lasciare ai nostri cari, alla fine del
nostro percorso terreno:
"come migliore eredità, la fede:
la fede in questo Dio fedele,
questo Dio che è accanto a noi
sempre, questo Dio che è Padre
e non delude mai" (*omelia, a Santa
Marta, 4-2-2016*).

528





«Un'eredità di bene e non soltanto di beni.

Quando si pensa all'eredità, alle volte pensiamo ai *beni*, e non al *bene* che si è fatto... e che è stato seminato, quel *bene* che è la migliore eredità che noi possiamo lasciare...»
(Papa Francesco, *Catechesi del mercoledì*, 11-5-2022)

529



Dopo la morte, ci attende un nuovo modo di vivere: stare con il Signore: «E così per sempre saremo con il Signore!» (1Ts 4,17).

Questa è la ferma volontà di Dio: per questo ha inviato il Suo Figlio Gesù.

Ma Dio non obbliga la persona, la quale è chiamata a far propria questa volontà di Dio con le opere-scelte concrete quotidiane.

532



Dopo la morte ...



L'anima, separata dal corpo, entra nel giudizio particolare, con il quale ciascuno riceve l'immediata retribuzione per le scelte fatte durante la sua vita terrena.

Il Catechismo, ricordando che Gesù non è venuto per giudicare, ma per salvare, afferma:

“È per il rifiuto della grazia nella vita presente che ognuno si giudica da se stesso, riceve secondo le sue opere e può anche condannarsi per l'eternità” (679).

530



Differenza tra la risurrezione del corpo e la reincarnazione

Esiste fra le due un'enorme differenza, in quanto:

- la risurrezione non è un ritornare alla vita precedente, ma è un vivere nuovo con un corpo completamente trasformato;
- ogni vita è unica e irripetibile;
- “è stabilito che gli uomini muoiano una sola volta” (Eb 9,27).

533



Tale retribuzione consiste nell'accedere:

- o alla gioia eterna del Paradiso:
 - * subito dopo la morte;
 - * oppure dopo un'adeguata purificazione (Purgatorio: una specie di tempo supplementare che Dio concede);
- o alla dannazione eterna dell'Inferno.

531



Nel suo libro “*Illustrissimi*”, il Card. Luciani scrive all'Ignoto pittore del Castello.

Ecco le sue parole: «... la nostra vita è un viaggio con un punto di partenza e uno di arrivo: il nostro 20° , 50° , 60° anno non è che un tratto intermedio tra quei due estremi.

Ma ecco: mentre conosciamo la distanza precisa dal punto di partenza, ci è completamente ignota la distanza dal punto di arrivo.

Quanti anni ancora? ./.

534



./.

Noi conosciamo molte brave persone; sanno disegno e meccanica, inglese e trigonometria; ma questa piccola nozione, questo dettaglio insignificante degli anni che ci restano, nessuno lo sa.

L'animo si sente sfiorato da un brivido ed emette un proposito:

"Gli anni possono essere pochissimi, può trattarsi solo di mesi o di giorni.

./.

535



./.

Signore, non butterò via neppure un minuto!".

C'è un problema ancora più preoccupante.

I porti di approdo son due: Paradiso e Inferno; il primo solo è desiderabile, rappresenta la fortuna delle fortune.

Ci arriveremo? Ecco il problema.

./.

536



./.

Tutti gli altri, al confronto di questo, sono niente.

"Sono stato ricco, sono stato famoso, ho fatto una magnifica carriera".

Tutto ciò non è che un disastro, se non ci arrivo.

Intendo a quel primo, benedetto porto"!».

(A. Luciani, *Illustrissimi*, Edizioni Messaggero Padova, 2006, pagg. 186-187)

537



Papa Francesco: «Non si tratta di ricominciare daccapo a nascere, di ripetere la nostra venuta al mondo, sperando che una nuova reincarnazione riapra la nostra possibilità di una vita migliore.

Questa ripetizione è priva di senso.

Anzi, essa svuoterebbe di ogni significato la vita vissuta, cancellandola come fosse un esperimento fallito, un valore scaduto, un vuoto a perdere» (*Catechesi del mercoledì*, 8-6-2022).

538



Testo

IL PENSIERO DELLA MORTE

E' bene ricordare che senza consapevolezza della morte, non c'è consapevolezza della vita.

Oggi abbiamo completamente dimenticato quest'arte, eppure autorevoli studi scientifici confermano che ignorare la morte non ne allontana l'angoscia, semmai ne aumenta il terrore.

539



"Coloro che ci hanno lasciati non sono degli assenti, sono solo degli invisibili: tengono i loro occhi pieni di gloria puntati nei nostri pieni di lacrime"

(Sant'Agostino).

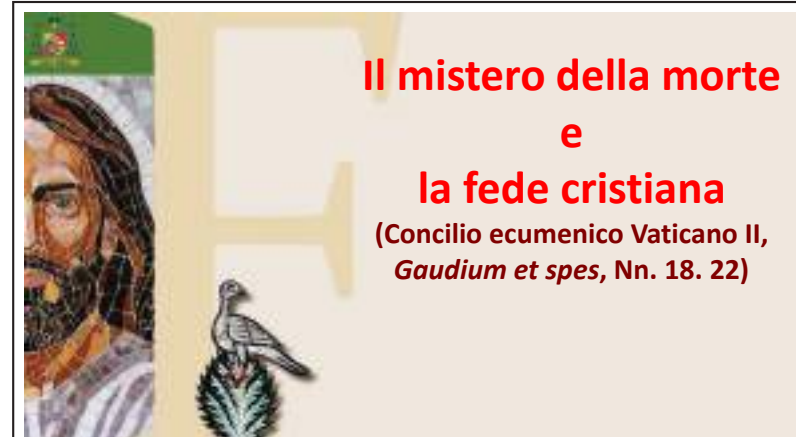
540





Si tratta della constatazione delle scelte fatte liberamente e consapevolmente da ciascuno, nel tempo disteso della vita. Circa l'auto-valutazione, essa sarà fatta dall'individuo alla fine della propria vita (giudizio particolare).

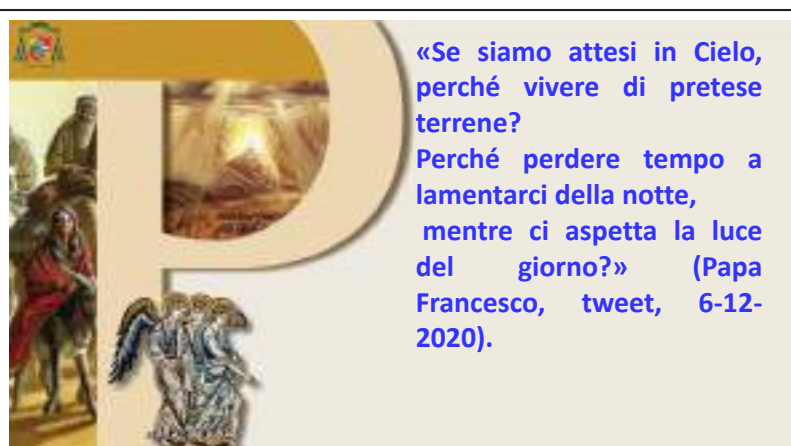
541



Il mistero della morte e la fede cristiana

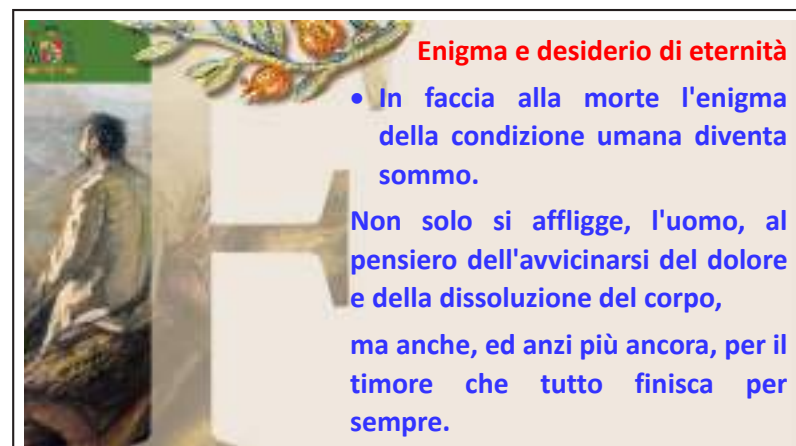
(Concilio ecumenico Vaticano II,
Gaudium et spes, Nn. 18. 22)

544



«Se siamo attesi in Cielo, perché vivere di pretese terrene? Perché perdere tempo a lamentarci della notte, mentre ci aspetta la luce del giorno?» (Papa Francesco, tweet, 6-12-2020).

542

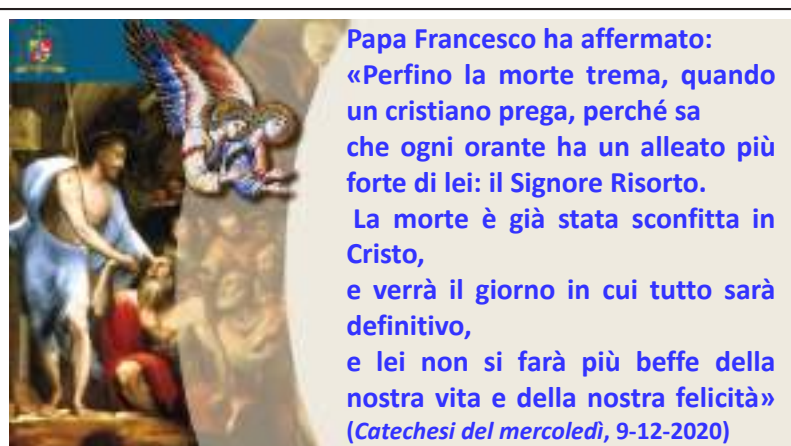


Enigma e desiderio di eternità

- In faccia alla morte l'enigma della condizione umana diventa sommo.

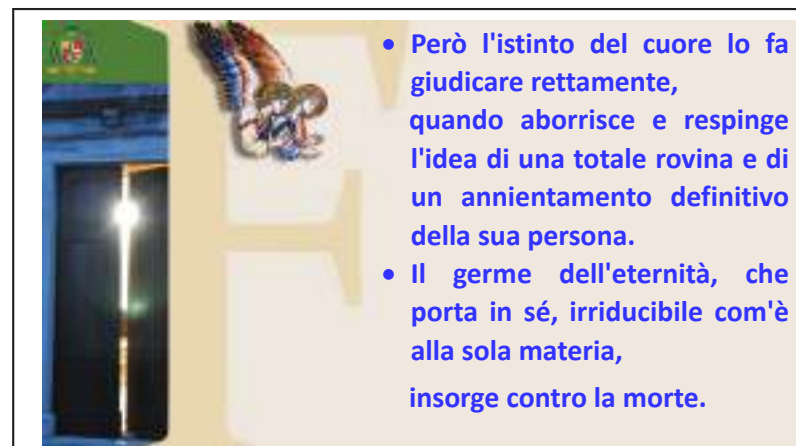
Non solo si affligge, l'uomo, al pensiero dell'avvicinarsi del dolore e della dissoluzione del corpo, ma anche, ed anzi più ancora, per il timore che tutto finisca per sempre.

545



Papa Francesco ha affermato: «Perfino la morte trema, quando un cristiano prega, perché sa che ogni orante ha un alleato più forte di lei: il Signore Risorto. La morte è già stata sconfitta in Cristo, e verrà il giorno in cui tutto sarà definitivo, e lei non si farà più beffe della nostra vita e della nostra felicità» (*Catechesi del mercoledì*, 9-12-2020)

543



- Però l'istinto del cuore lo fa giudicare rettamente, quando aborrisce e respinge l'idea di una totale rovina e di un annientamento definitivo della sua persona.
- Il germe dell'eternità, che porta in sé, irriducibile com'è alla sola materia, insorge contro la morte.

546



- Tutti i tentativi della tecnica, per quanto utilissimi, non riescono a calmare le ansietà dell'uomo.
- Il prolungamento della longevità biologica non può soddisfare quel desiderio di vita ulteriore che sta dentro invincibile nel suo cuore.

547



- Questa vittoria l'ha conquistata il Cristo risorgendo alla vita, dopo aver liberato l'uomo dalla morte mediante la sua morte.
- La rivelazione, offrendosi con solidi argomenti a chiunque voglia riflettere, dà una risposta alle sue ansietà circa la sorte futura.

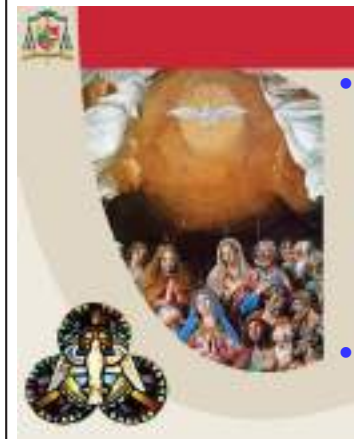
550



Annuncio cristiano

- Se qualsiasi immaginazione vien meno di fronte alla morte, la Chiesa, invece, istruita dalla rivelazione divina, afferma che l'uomo è stato creato da Dio per un fine di felicità oltre i confini della miseria terrena.
- Dalla morte corporale l'uomo sarebbe stato esentato se non avesse peccato.

548



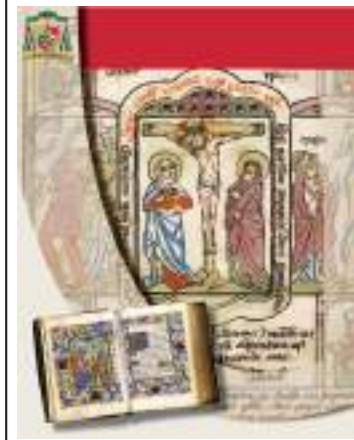
- Al tempo stesso dà la possibilità di comunicare in Cristo con i propri cari già strappati dalla morte. Nutre, infatti, la speranza che essi abbiano già raggiunto la vera vita presso Dio.
- Il cristiano certamente è assillato dalla necessità e dal dovere di combattere contro il male

551



- La morte sarà vinta, quando l'uomo sarà restituito allo stato perduto per il peccato dall'onnipotenza e dalla misericordia del Salvatore.
- Dio infatti ha chiamato e chiama l'uomo a stringersi a lui con tutta intera la sua natura in una comunione perpetua con la incorruttibile vita divina.

549



- attraverso molte tribolazioni e di subire la morte.
- Ma associato al mistero pasquale e assimilato alla morte di Cristo, andrà incontro alla risurrezione, confortato dalla speranza.

552





- Ciò non vale solamente per i cristiani, ma anche per tutti gli uomini di buona volontà, nel cui cuore lavora invisibilmente la grazia. Cristo, infatti, è morto per tutti; e la vocazione ultima dell'uomo è effettivamente una sola, quella divina,

553



Morte: Papa Francesco: *vari discorsi*



556



- perciò dobbiamo ritenere che lo Spirito Santo dia a tutti la possibilità di venire a contatto, nel modo che Dio conosce, col mistero pasquale.
- Tale e così grande è il mistero dell'uomo che si manifesta agli occhi dei credenti attraverso la rivelazione cristiana!

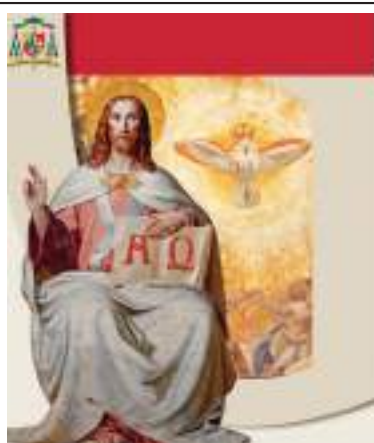
554



1) Papa Francesco (Catechesi del mercoledì, 9-2-2022) La porta oscura

«Papa Benedetto diceva, alcuni giorni fa, parlando di sé stesso che “è davanti alla porta oscura della morte”. È bello ringraziare il Papa Benedetto che a 95 anni ha la lucidità di dirci questo: “Io sono davanti all’oscurità della morte, alla porta oscura della morte”. Un bel consiglio che ci ha dato!

557



- Per Cristo e in Cristo riceve luce quell'enigma del dolore e della morte, che senza il suo Vangelo sarebbe insopportabile.
- Cristo è risorto, distruggendo la morte con la sua morte,
- e ci ha donato la vita, perché, figli nel Figlio, esclamiamo nello Spirito: Abbà, Padre!

555



La cosiddetta cultura del “benessere” cerca di rimuovere la realtà della morte, ma in maniera drammatica la pandemia del coronavirus l’ha rimessa in evidenza. È stato terribile: la morte era dappertutto, e tanti fratelli e sorelle hanno perduto persone care senza poter stare vicino a loro, e questo ha reso la morte ancora più dura da accettare e da elaborare.

558



Mi diceva una infermiera che una nonna con il covid stava morendo e le disse: "Io vorrei salutare i miei, prima di andarmene".
E l'infermiera, coraggiosa, ha preso il telefonino e l'ha collegata.

La tenerezza di quel congedo...
Nonostante ciò,
si cerca in tutti i modi
di allontanare
il pensiero
della nostra finitudine,

559



./ Ma se Cristo non è risuscitato, allora è vana la nostra predicazione ed è vana anche la vostra fede» (1 Cor 15,12-14).
C'è una certezza:
Cristo è resuscitato,
Cristo è risorto,
Cristo è vivo tra noi.

562



illudendosi così di togliere alla morte il suo potere e scacciare il timore.

Ma la fede cristiana non è un modo per esorcizzare la paura della morte, piuttosto ci aiuta ad affrontarla.

Prima o poi, tutti noi andremo per quella porta.

560



E questa è la luce che ci aspetta dietro quella porta oscura della morte.

Cari fratelli e sorelle,
solo dalla fede nella risurrezione noi possiamo affacciarci sull'abisso della morte senza essere sopraffatti dalla paura.

Non solo:
possiamo riconsegnare alla morte un ruolo positivo.

563



La vera luce che illumina il mistero della morte viene dalla risurrezione di Cristo.

Ecco la luce.

E scrive San Paolo: «Ora, se si predica che Cristo è risuscitato dai morti, come possono dire alcuni tra voi che non esiste risurrezione dei morti?

Se non esiste risurrezione dai morti, neanche Cristo è risuscitato!

561



Infatti, pensare alla morte, illuminata dal mistero di Cristo, aiuta a guardare con occhi nuovi tutta la vita.

Non ho mai visto, dietro un carro funebre, un camion di traslochi!

Dietro a un carro funebre: non l'ho visto mai.

Ci andremo soli, senza niente nelle tasche del sudario: niente.

564



Perché il sudario non ha tasche.
Questa solitudine della morte:
è vero, non ho mai visto
dietro un carro funebre
un camion di traslochi.
Non ha senso accumulare
se un giorno moriremo.
Ciò che dobbiamo accumulare
è la carità,
è la capacità di condividere,
la capacità di non restare indifferenti
davanti ai bisogni degli altri.

565



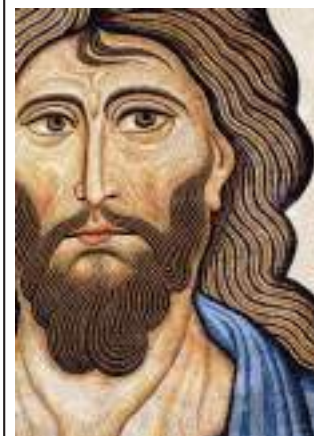
Oppure, che senso ha litigare
con un fratello o con una
sorella, con un amico,
con un familiare,
o con un fratello
o una sorella nella fede se poi
un giorno moriremo?
A che serve arrabbiarsi,
arrabbiarsi con gli altri?
Davanti alla morte tante
questioni si ridimensionano.

566



È bene morire riconciliati,
senza lasciare rancori e senza
rimpianti!
Io vorrei dire una verità:
tutti noi siamo in cammino verso
quella porta, tutti.
Il Vangelo ci dice che la morte
arriva come un ladro,
così dice Gesù:
arriva come un ladro,
e per quanto noi tentiamo di
voler tenere sotto controllo

567



il suo arrivo, magari programmando
la nostra stessa morte,
essa rimane un evento con cui
dobbiamo fare i conti
e davanti a cui fare anche delle
scelte.
Due considerazioni per noi cristiani
rimangono in piedi.
1) La prima: **non possiamo evitare
la morte**, e proprio per questo,
dopo aver fatto tutto quanto è
umanamente possibile per curare

568



la persona malata, risulta
immorale l'accanimento
terapeutico (cfr Catechismo della
Chiesa Cattolica, n. 2278).
Quella frase del popolo
fedele di Dio, della gente
semplice:
“Lascialo morire in pace”, “aiutalo a morire in
pace”: quanta saggezza!
2) La seconda considerazione riguarda invece
la **qualità della morte stessa**,
la qualità del dolore, della sofferenza.

569



Infatti, dobbiamo essere grati
per tutto l'aiuto che la medicina
si sta sforzando di dare,
affinché attraverso
le cosiddette “cure palliative”,
ogni persona che si appresta a
vivere l'ultimo tratto di strada
della propria vita,
possa farlo nella maniera più
umana possibile.
Dobbiamo però stare attenti a
non confondere questo aiuto

570



con derive anch'esse inaccettabili
che portano a uccidere.

Dobbiamo accompagnare
alla morte,
ma non provocare la morte
o aiutare qualsiasi forma di suicidio.
Ricordo che va sempre privilegiato
il diritto alla cura
e alla cura per tutti,
affinché i più deboli,
in particolare gli anziani e i malati,
non siano mai scartati.

571



La vita è un diritto,
non la morte,
la quale va accolta,
non somministrata.
E questo principio etico
riguarda tutti,
non solo i cristiani o i credenti.
Ma io vorrei sottolineare qui un problema
sociale, ma reale.
Quel "pianificare" – non so se sia la parola
giusta – ma accelerare la morte degli anziani.
Tante volte si vede in un certo ceto sociale

572



che agli anziani, perché non hanno
i mezzi, si danno meno medicine
rispetto a quelle
di cui avrebbero bisogno,
e questo è disumano:
questo non è aiutarli, questo è
spingerli più presto verso la morte.

E questo non è umano né cristiano.
Gli anziani vanno curati come un tesoro
dell'umanità: sono la nostra saggezza.
Anche se non parlano, e se sono senza senso,
sono tuttavia il simbolo della saggezza umana.

573



Sono coloro che hanno fatto la strada
prima di noi e ci hanno lasciato tante
cose belle, tanti ricordi,
tanta saggezza.

Per favore, non isolare gli anziani,
non accelerare la morte degli anziani.
Accarezzare un anziano ha la stessa
speranza che accarezzare un
bambino, perché l'inizio della vita e la
fine è un mistero sempre,
un mistero che va rispettato,
accompagnato, curato, amato.

574



Possa San Giuseppe aiutarci a vivere
il mistero della morte nel miglior
modo possibile.

Per un cristiano la buona morte
è un'esperienza della misericordia di
Dio, che si fa vicina a noi anche
in quell'ultimo momento della nostra
vita.

Anche nella preghiera dell'Ave Maria,
noi preghiamo chiedendo alla
Madonna di esserci vicini
"nell'ora della nostra morte"».

575



2) La migliore eredità

Papa Francesco ci esorta a
lasciare ai nostri cari, alla fine del
nostro percorso terreno:

"come migliore eredità, la fede:
la fede in questo Dio fedele,
questo Dio che è accanto a noi
sempre, questo Dio che è Padre
e non delude mai" (omelia, a Santa
Marta, 4-2-2016).

576





«Un'eredità di bene e non soltanto di beni.

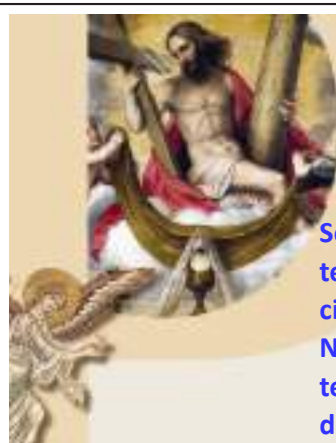
Quando si pensa all'eredità, alle volte pensiamo ai *beni*, e non al *bene* che si è fatto... e che è stato seminato, quel *bene* che è la migliore eredità che noi possiamo lasciare...»
(Papa Francesco, *Catechesi del mercoledì*, 11-5-2022)

577



./.. non perde la sua umanità, il suo vissuto, e neppure la sua corporeità, no, perché senza di essa non sarebbe più Lui, non sarebbe Gesù: cioè, con la sua umanità, con il suo vissuto...
• Ai suoi amici ha promesso:
• «Quando sarò andato e vi avrò preparato un posto verrò di nuovo e vi prenderò con me, perché dove sono io siate anche voi» (Gv 14,3)... ./..

580



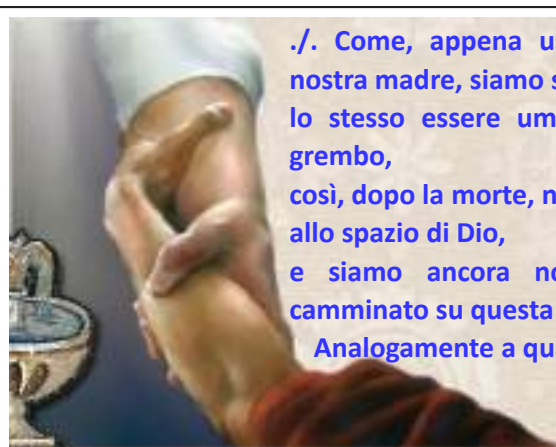
3) Papa Francesco
(catechesi del mercoledì, 24-8-2022):
La morte: alcuni aspetti
• La morte "è un po' come una seconda nascita (cfr Gv 3,3-8). Se la prima è stata una nascita sulla terra, questa seconda è la nascita al cielo.
Non a caso l'Apostolo Paolo, nel testo che è stato letto all'inizio, parla delle doglie del parto (cfr Rm 8,22). ./..

578



./.. la morte è un po' il passo all'incontro con Gesù che mi sta aspettando per portarmi da Lui...
• Noi non possiamo immaginare questa trasfigurazione della nostra corporeità mortale, ma siamo certi che essa manterrà riconoscibili i nostri volti e ci consentirà di rimanere umani nel cielo di Dio. ./..

581



./.. Come, appena usciti dal seno di nostra madre, siamo sempre noi, lo stesso essere umano che era nel grembo, così, dopo la morte, nasciamo al cielo, allo spazio di Dio, e siamo ancora noi che abbiamo camminato su questa terra.
Analogamente a quanto è accaduto a Gesù: il Risorto è sempre Gesù:./..

579



./.. Ci consentirà di partecipare, con sublime emozione, all'infinita e felice esuberanza dell'atto creatore di Dio, di cui vivremo in prima persona tutte le interminabili avventure".

582

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Capitolo XII



LA MORTE: due questioni





1) Definizione di morte



una persona è morta quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e di coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo.

- Da una parte gli esperimenti effettuati rivelano che la resistenza del cervello all'assenza di circolazione celebraire può permettere dei recuperi altrimenti ritenuti impossibili.

583



Per essere certi-tramite elettroencefalogramma-che il cervello è diventato piatto, vale a dire che non presenta più attività elettrica, è necessario che l'esame sia effettuato almeno due volte a distanza di sei ore.

586



- D'altra parte si è riscontrato che quando la totalità del cervello ha subito un danno irreversibile (morte e celebraire) ogni possibilità di vita sensitiva e cognitiva è definitivamente annullata, mentre una breve sopravvivenza vegetativa può essere mantenuta dal prolungamento artificiale della respirazione della circolazione.

La morte sopravviene quando le funzioni spontanee cardiache respiratorie sono definitivamente cessate o si è verificato un accesso azione irreversibile di ogni funzione cerebrale.

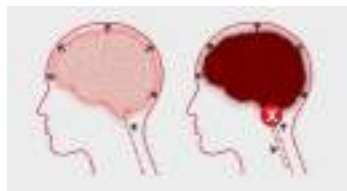
584



Regole di comportamento medico

- se il paziente è in coma permanente irreversibile, per quanto sia possibile prevederlo, non si richiede un trattamento, ma devono essergli prodigate le cure, ivi compresa l'alimentazione e l'idratazione;
- se è clinicamente stabilito che esiste una possibilità di recupero, si richiede il trattamento;
- se il trattamento non può portare alcun beneficio al paziente, può essere interrotto, continuando le cure.

587



Pertanto la morte celebraire è il vero criterio della morte, giacché l'arresto definitivo delle funzioni cardiocircolatorie conduce molto rapidamente alla morte celebraire. Esistono diversi metodi clinici e strumentali che permettono di constatare questo arresto irreversibile delle funzioni cerebrali.

585



Per cure si intende l'aiuto ordinario dovuto ai pazienti infermi, come pure la compassione il sostegno affettivo e spirituale dovuti ad ogni essere umano in pericolo.

588





Prolungamento artificiale delle funzioni vegetative

In caso di morte celebrale, la respirazione artificiale prolunga la funzione cardiaca per un tempo limitato.

Questa sopravvivenza indotta degli organi è indicata quando si prevede un prelevamento in vista di un trapianto.

589



Questa eventualità è possibile solo in caso di lesione cerebrale totale e irreversibile sopravvenuta in un soggetto giovane, essenzialmente dopo un trauma brutale.

Prendendo in considerazione gli importanti progressi delle tecniche chirurgiche e dei mezzi per aumentare la tolleranza degli innesti,

590



si ritiene che i trapianti di organo meritano il sostegno della professione medica, della legislazione e della popolazione in genere.

La donazione di organi deve in tutte le circostanze rispettare le ultime volontà del donatore o il consenso della famiglia ove essa sia presente.

591



2) La morte e l'ambiente digitale

592



*Le nuove forme
di
gestione,
commemorazione
ed
elaborazione del lutto
adottate dalle
piattaforme tecnologiche*

593



La tecnologia ha ormai invaso non solo il nostro modo di vivere, ma anche il nostro modo di morire.

Dai funerali in streaming alla morte in diretta, dagli ologrammi del defunto

al *Qr code* sulla tomba per conoscerne la biografia online, dai medaglioni con le videoregistrazioni del caro estinto alla stampa su vinile delle sue ceneri fino ad arrivare ai *griefbot*, la copia virtuale della persona che ci ha lasciato.

L'argomento è delicato e vastissimo, ma una domanda sorge spontanea: è possibile conciliare questi nuovi modi di gestione del lutto con la tradizione cristiana?

594



I social network: la gestione della morte

Per ogni esistenza fisica che finisce ce n'è una virtuale che continua,
una vita digitale parallela che rimane operativa per un tempo infinito.

I social network, creati per aiutare le persone a interagire, stanno diventando enormi cimiteri digitali, tanto che gli utenti Facebook deceduti superano ormai i cinquanta milioni.
Come gestire il profilo di un utente deceduto?

595



Le soluzioni tecnologiche adottate dai grandi operatori per amministrare questi aspetti della morte sono sempre in costante aggiornamento.

Facebook, attraverso il "contatto erede", consente di anticipare le volontà scegliendo un mandatario *post mortem*: una persona cui impartire istruzioni e consegnare il proprio profilo social quando verrà il momento.

596



Instagram e Twitter, invece, garantiscono un percorso di "cremazione digitale" dei propri dati personali.

Back Up Your Life, per esempio, è una società americana che si occupa di preparare le persone a gestire le proprie vite digitali in previsione della morte, aiutandole a scegliere che cosa fare dei propri account.

597



La necessità di una pianificazione del genere è evidente e decidere che cosa fare della nostra vita social in caso di morte, se far sì che i nostri dati sopravvivano o vengano eliminati, è sicuramente raccomandabile.

598



L'elaborazione del lutto

Se c'è una cosa positiva che va riconosciuta ai social network è proprio quella di poter aiutare le persone in un momento difficile,

riuscendo a creare una rete di solidarietà intorno a chi è stato colpito dal lutto.

Alcuni studi hanno addirittura evidenziato l'utilità di Facebook nel creare reti di sicurezza tra coloro che hanno subito una perdita, le quali sembrano attribuire un nuovo significato collettivo al lutto, stimolando una compassione maggiore anche nei confronti di persone sconosciute.

599



Nella gestione di un grande dolore, infatti, si cerca di fare qualsiasi cosa per star meglio, e le tecnologie odierne, mettendo in contatto persone e permettendo una "socializzazione del lutto" tra chi ha vissuto un'esperienza simile, soddisfano questo intento grazie alla condivisione del dolore.

600





Persone lontane, magari impossibilitate a raggiungere il luogo del funerale possono comunque stringersi intorno alla famiglia del caro estinto, possono mettersi in contatto e “rimanere vicini”

grazie ai social network o ai funerali in streaming, pratica che ha suscitato molti dubbi.

601



Si tratta di una sorta di immortalità delle sue buone azioni, e questa mi sembra una cosa bellissima.

Esattamente come andiamo a deporre i fiori sulla tomba per commemorare una persona che ci ha lasciati, così le rendiamo omaggio scrivendole una frase o un augurio sulla bacheca di Facebook, per condividere il nostro pensiero con chi le era vicino e dimostrare il nostro affetto.

604



Tuttavia c'è da dire che, se da una parte non partecipare al servizio funebre può togliere ai parenti il calore dei familiari e degli amici annullando il rito basilare delle condoglianze, dall'altra può essere utile a chi non può partecipare in presenza

(soprattutto in epoca di pandemia), ma vuole comunque “viverlo” in qualche modo.

602



Grazie al digitale la possibilità di commemorare, che prima era relegata in determinati ambiti quali il cimitero, la camera ardente o la cappella dell'ospedale, entra in rete e inizia a far parte del web e della vita sociale online,

rendendo la morte sempre meno nascosta e sempre più pubblica, più quotidiana, e alleviando l'impatto catastrofico che ha su di noi.

605



La commemorazione del defunto

La prima dinamica dei social è quella di condividere.

In questa situazione si tratta di condividere non con il soggetto (il defunto) ma con gli amici e con le persone che lo conoscevano e che gli volevano bene.

Condividere l'amore per quella persona.

Sebbene possa riaprire la ferita in quanti la amavano, vedere che dopo anni si continuano a fare gli auguri sul diario di una persona deceduta non può non far pensare al buon ricordo che ha lasciato di sé.

603



Ormai scrivere i propri sentimenti su una bacheca pubblica è diventata un'abitudine

e per molti lo è anche rendere pubblico il proprio dolore, ecco perché appare così “normale” manifestare il proprio cordoglio sui social network.

606



I più giovani sono stati i primi a rendersi conto che l'ambito dei social media, anche se ritenuto da molti un "mezzo freddo",

può diventare invece un luogo

di diffusione di messaggi sinceri,

di iniziative positive

che possono affiancare le modalità tradizionali

di celebrazione della sofferenza.

607



Il pericolo di togliere significato alla morte

Chi vive nella cultura digitale del Web 3.0 ha sviluppato una modalità digitale 3.0 di elaborare il lutto,

con nuovi modi di commemorazione come

funerali sui social network

o cerimonie funebri digitali

che si affiancano a quelle tradizionali.

608



L'era dei social network ha rivoluzionato il ruolo estraneo alla vita che doveva avere il lutto, esponendolo, rendendolo social, condiviso e contribuendo a diluirne la potenza e la gravità del suo impatto sull'essere umano.

Questo però non significa che ci si dimentichi di prendere sul serio la morte.

609



Oggi l'esposizione della morte non è più, come in passato, un tabù e si tenta di combattere il senso di vuoto e la paura che ci lascia anche grazie alla nuove tecnologie.

E in questo

(se trascuriamo qualche deriva estrema e patologica che cerca di far rivivere

in una vera vita sociale digitale il caro estinto)

non c'è niente di male.

610



Per quanto ci manchino le persone che se ne sono andate, dobbiamo avere il coraggio di affrontare il dolore della morte perché ci ricorda sempre che abbiamo amato, e che dobbiamo essere grati per ciò che ora ci è stato tolto ma che,

in quanto cristiani, non ci è stato tolto per sempre.

611



Non dimentichiamoci mai che la disperazione per la perdita di una persona cara può trasformarsi,

attraverso la preghiera e,

perché no,

oggi giorno anche

attraverso la tecnologia,

in un prezioso cammino di fede.

612



PARTE SECONDA: Altri aspetti

Capitolo I



Donare sangue



(da un articolo di: Luigi Ripamonti, Corriere della sera, 13-7-2014)



Il donare sangue non migliora solo il sistema sanitario, ma anche la qualità della vita dei donatori, il benessere e l'autostima



2

613



Un secondo aspetto da considerare attiene invece all'impatto indiretto che la donazione di sangue ha sul piano individuale e collettivo.

Pensare alla donazione solo come a un gesto che esaurisce la propria funzione subito dopo che la «sacca» è stata stoccata dal centro trasfusionale sarebbe un grave errore,

5

616



C'è sempre bisogno di sangue, ora più che mai.

La crisi delle donazioni di sangue a Milano è un fenomeno che non deve essere sottovalutato, perché il suo significato va molto oltre la carenza netta di «sacche» negli ospedali milanesi.

Il primo motivo è, ovviamente, quello squisitamente tecnico-sanitario: di sangue c'è molto bisogno perché la richiesta non cessa mai, sostenuta com'è

3

614



migliorare

di giudizio e di strategia.

Chi dona il sangue fa molto di più: migliora la qualità della propria esistenza, influenzando positivamente anche quella degli altri

(e non solo di quelli che riceveranno il suo sangue).

Questo perché la donazione induce una disciplina nell'alimentazione, nei consumi, nei controlli sanitari e quindi comporta un vantaggio sulla propria salute;

6

617



solo per fare qualche esempio, dall'aumento dell'età media della popolazione (col relativo corredo di patologie), dall'incremento del numero di trapianti e di altri interventi chirurgici importanti (che possono facilmente richiedere trasfusioni), dagli incidenti stradali eccetera.

La raccolta di sangue riveste quindi un ruolo cardinale per l'efficienza di un sistema sanitario.

4

615



inoltre la donazione è «una bella cosa», che aumenta l'autostima.

E proprio in forza di questo accresciuto benessere individuale, fisico e psicologico, per una comunità avere molti donatori non significa solo poter far fronte prima e meglio alle richieste di «unità rosse» delle proprie strutture sanitarie,

7

618





ma pure poter contare su molti cittadini dalla «vita migliore»

e quindi disporre di una massa critica di salute che fa sentire il suo peso sull'intero sistema sanitario, anche sotto il mero profilo economico.



8

619



LA CIVILTÀ

Un terzo aspetto da considerare è di carattere sociale e culturale.

Il nostro è uno dei Paesi dove il sangue non si compra: può essere dato e ricevuto solo gratuitamente (plasma compreso, a differenza di alcuni Stati europei).

Si tratta di un segno e di un patrimonio di civiltà da conservare e proteggere, con un senso civico che ne sia all'altezza.

9

620



Sarebbe triste e pericoloso che Milano, come spesso accade, rappresentasse l'avanguardia di una tendenza destinata a contagiare altre aree del Paese. Perché in fondo alla discesa ci sarebbero ad aspettarci le «leggi del mercato».



10

621



E in questo caso sarebbe meglio, molto meglio, non invitarle a nessun vampiresco banchetto.

Per prevenire questa deriva può fare molto l'impegno delle associazioni che si occupano della raccolta di sangue e della promozione della donazione.

11

622



Ma quello che funziona di più è l'esempio, soprattutto per i giovani, cioè la fetta di popolazione che più manca all'appello della donazione.

Conoscere un donatore conta più di mille parole.

È il modo migliore per capire che donare sangue è un vero affare, che conviene a tutti.

12

623



Donare il sangue, segno di civiltà I motivi della crisi a Milano

Chi dona il sangue non migliora solo il sistema sanitario, ma anche la qualità della vita dei donatori, il benessere e l'autostima

13

624



La crisi delle donazioni di sangue a Milano è un fenomeno che non deve essere sottovalutato, perché il suo significato va molto oltre la carenza netta di «sacche» negli ospedali milanesi.



14

625



Il primo motivo è, ovviamente, quello squisitamente tecnico-sanitario: di sangue c'è molto bisogno perché la richiesta non cessa mai, sostenuta com'è, solo per fare qualche esempio, dall'aumento dell'età media della popolazione (col relativo corredo di patologie),



15

626



dall'incremento del numero di trapianti e di altri interventi chirurgici importanti (che possono facilmente richiedere trasfusioni), dagli incidenti stradali eccetera. La raccolta di sangue riveste quindi un ruolo cardinale per l'efficienza di un sistema sanitario.

16

627



Un secondo aspetto da considerare attiene invece all'impatto indiretto che la donazione di sangue ha sul piano individuale e collettivo.

Pensare alla donazione solo come a un gesto che esaurisce la propria funzione subito dopo che la «sacca» è stata stoccata dal centro trasfusionale sarebbe un grave errore, di giudizio e di strategia.

17

628



Chi dona il sangue fa molto di più: migliora la qualità della propria esistenza, influenzando positivamente anche quella degli altri (e non solo di quelli che riceveranno il suo sangue).

18

629



Questo perché la donazione induce una disciplina nell'alimentazione, nei consumi, nei controlli sanitari e quindi comporta un vantaggio sulla propria salute; inoltre la donazione è «una bella cosa», che aumenta l'autostima.

19

630





E proprio in forza di questo accresciuto benessere individuale, fisico e psicologico, per una comunità avere molti donatori non significa solo poter far fronte prima e meglio alle richieste di «unità rosse» delle proprie strutture sanitarie,

20

631



ma pure poter contare su molti cittadini dalla «vita migliore» e quindi disporre di una massa critica di salute che fa sentire il suo peso sull'intero sistema sanitario, anche sotto il mero profilo economico.

21

632



Un terzo aspetto da considerare è di carattere sociale e culturale.

Il nostro è uno dei Paesi dove il sangue non si compra: può essere dato e ricevuto solo gratuitamente (plasma compreso, a differenza di alcuni Stati europei).

Si tratta di un segno e di un patrimonio di civiltà da conservare e proteggere, con un senso civico che ne sia all'altezza.

22

633



Sarebbe triste e pericoloso che Milano, come spesso accade, rappresentasse l'avanguardia di una tendenza destinata a contagiare altre aree del Paese.

Perché in fondo alla discesa ci sarebbero ad aspettarci le «leggi del mercato».



23

634



E in questo caso sarebbe meglio, molto meglio, non invitarle a nessun vampiresco banchetto.

Per prevenire questa deriva può fare molto l'impegno delle associazioni che si occupano della raccolta di sangue e della promozione della donazione.



24

635



Ma quello che funziona di più è l'esempio, soprattutto per i giovani, cioè la fetta di popolazione che più manca all'appello della donazione.

Conoscere un donatore conta più di mille parole.

È il modo migliore per capire che donare sangue è un vero affare, che conviene a tutti.

25

636



.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Capitolo II



CELLULE STAMINALI



CELLULE STAMINALI: E' CONSENTITO IL LORO USO TERAPEUTICO?

(da: CDF, *Dignitas personae. Su alcune questioni di bioetica*, 2008, nn-31-32)



«Le cellule staminali sono cellule indifferenziate che possiedono due caratteristiche fondamentali:

- a) la capacità prolungata di moltiplicarsi senza differenziarsi;
- b) la capacità di dare origine a cellule progenitrici di transito, dalle quali discendono cellule altamente differenziate, per esempio, nervose, muscolari, ematiche.

637



Da quando si è verificato sperimentalmente che le cellule staminali, se trapiantate in un tessuto danneggiato, tendono a favorire la ripopolazione di cellule e la rigenerazione di tale tessuto, si sono aperte nuove prospettive per la medicina rigenerativa, che hanno suscitato grande interesse tra i ricercatori di tutto il mondo».

638



CELLULE STAMINALI EMBRIONALI ?



no, perché si dice SI' al rispetto dell'essere umano, che è l'embrione della scienza.

La ricerca sull'embrione umano non ha dato i risultati positivi, che invece ha dato la ricerche sulle cellule staminali:

adulte, midollari, ombelicali

PER LA VALUTAZIONE ETICA OCCORRE CONSIDERARE SOPRATTUTTO I METODI IMPIEGATI PER LA RACCOLTA DELLE CELLULE STAMINALI.

«Sono da considerarsi lecite quelle metodiche che non procurano un grave danno al soggetto da cui si estraggono le cellule staminali. ./.

639



./.. Tale condizione si verifica, generalmente, nel caso di prelievo:

- a) dai tessuti di un organismo adulto;
- b) dal sangue del cordone ombelicale, al momento del parto;
- c) dai tessuti di feti morti di morte naturale...

Il prelievo di cellule staminali dall'embrione umano vivente... causa inevitabilmente la sua distruzione, risultando di conseguenza gravemente illecito.

In questo caso la ricerca... non si pone veramente a servizio dell'umanità. ./.



640



./.. Passa infatti attraverso la soppressione di vite umane che hanno uguale dignità rispetto agli altri individui umani e agli stessi ricercatori...

L'utilizzo di cellule staminali embrionali, o cellule differenziate da esse derivate, eventualmente fornite da altri ricercatori, sopprimendo embrioni, o reperibili in commercio, pone seri problemi dal punto di vista della cooperazione al male e dello scandalo».

641



Si rileva comunque che numerosi studi tendono ad accreditare alle cellule staminali adulte dei risultati più positivi se confrontati con quelle embrionali.

Il sano e giusto principio terapeutico:

cura e rispetta l'integrità fisica, sostenendo il bene corporale insieme al bene spirituale.

642



Capitolo III



BIOETICA *e* TRAPIANTO *di* ORGANI



A un "Convegno Internazionale" sulla "donazione di organi", 9 novembre 2008, **Benedetto XVI*** ha riassunto con fermezza la "dottrina" della Chiesa in materia, ormai da tempo consolidata. La "donazione di organi" non solo è moralmente lecita, ma ammirevole, perché in essa si esprime una genuina testimonianza di carità, capace di incrementare la cultura del dono e della gratuità.

643



Donare un organo, così come riceverlo in dono, testimonia come l'universale "fraternità" tra gli esseri umani non sia solo un nobilissimo "postulato" teorico, ma una vera e propria esperienza umana, assolutamente estrema e nello stesso tempo concretamente reale.

646



Un dono, quello che si esprime attraverso il trapianto di organo, straordinario e singolarissimo, perché va ben oltre il beneficio terapeutico che ne ricava il ricevente. Se infatti in una prospettiva strettamente chirurgica ciò che viene trapiantato è un organo,

644



Con molta *delicatezza* il Papa insiste sulla necessità di rispettare le numerose condizioni che legittimano la "donazione di organi": condizioni sulle quali la "bioetica" ha ragionato a lungo e sulle quali si sono ormai raggiunte posizioni generalmente condivise:

647



in una prospettiva "antropologica" più ampia, in specie nelle donazioni da "cadavere", l'organo non è riducibile a mero "oggetto", né può essere assimilato a semplice "materiale terapeutico", perché è l'intera persona del "donante", sintesi inscindibile di corpo e di spirito, che entra in questione.

645



1) la donazione deve essere assolutamente gratuita,
2) l'"illiceità" di qualsiasi "coercizione" nel prelievo,
3) come pure l'illiceità di ogni forma di "commercializzazione" e soprattutto di criminale "traffico di organi":
ipotesi, queste, che il Papa non esita a definire "abominevoli" e alle quali egli associa la commercializzazione e il traffico di "embrioni" (anche se compiuti a scopo terapeutico), con la loro conseguente inevitabile distruzione

648

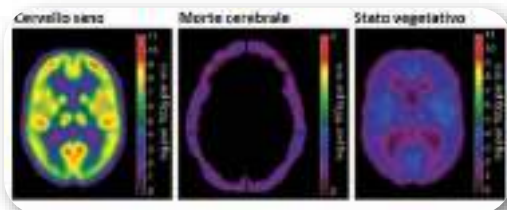




4) Nel caso della donazione da "cadavere" è indispensabile, insiste il Papa, che la morte del "donante" sia accertata scientificamente in modo assolutamente rigoroso, per eliminare "il minimo sospetto di arbitrio".

Di fronte ad ogni, sia pur minimo, dubbio sull'effettivo decesso del donatore bisogna ricorrere nel modo più drastico al principio di "precauzione", che esclude ovviamente che si possa procedere in tali casi a qualsiasi "espianto" di organi.

649



Il Papa non fa alcun cenno a quali criteri di accertamento della morte del "donante" vadano ritenuti legittimi, né mostra quindi alcuna perplessità sulla possibilità di ricorrere alle metodiche di accertamento della "morte cerebrale":
è questione, questa, di evidente ed esclusivo carattere scientifico.

650



LA DISCIPLINA
GIURIDICA
DEI TRAPIANTI
LEGGE 1° APRILE 1999 N. 91

Coordinamento
Pasquale Stanzione



Dott. A. Giuffrè Editore - Milano
1999

Consapevole però di come la tematica dei trapianti attivi complesse questioni "antropologiche", sociali, "etiche", giuridiche, egli esorta scienziati e ricercatori a incrementare la loro ricerca,
• per fugare nell'opinione pubblica "pregiudizi e malintesi",
• per dissipare "diffidenze e paure"
• e per sostituirle con "certezze e garanzie".

651



Sono parole estremamente "soppesate", quelle del Papa, che inducono ad una duplice riflessione.

1) Da una parte è evidente che con questo "Discorso" il Papa ha voluto ribadire come le tecniche di "trapianto di organi" vadano ritenute un'autentica conquista della scienza, capace di aprire orizzonti di speranza per tanti malati:

una conquista che non può essere messa in ombra dai "rischi morali", pur non trascurabili, che ad essa si riconnettono e che vanno fermamente controllati e denunciati.

652



2) Dall'altra va rilevato in questo "Discorso" il consueto, chiarissimo, "garbato" (e spesso intenzionalmente "sottovalutato") omaggio del Papa alla scienza e agli scienziati che operano per il "bene umano":

nei limiti in cui la morte è un processo biologico di cui bisogna accertare il definitivo "compimento" (e questo è l'ovvio presupposto dell'espianto di organi), è esclusivamente alla specifica competenza degli uomini di scienza, dei ricercatori, dei medici che ci si deve rivolgere.

653



Papa Francesco parla così ai 400 volontari dell'Associazione Italiana Donatori di Organi, l'Aido, accolti nella Sala Clementina del Palazzo apostolico, il 13 apr. 2019

(cfr. Presentazione di Alessandro Di Bussolo, VaticanNews.va).

Questi rappresentano, di «migliaia di persone che hanno scelto di testimoniare e diffondere i valori della condivisione e della donazione, senza nulla chiedere in cambio».

654



1) Donare gli organi è una necessità sociale

Dopo il saluto della presidente Aido Flavia Petrin, il Pontefice ricorda che

“gli sviluppi della medicina dei trapianti hanno reso possibile donare dopo la morte, e in certi casi anche in vita (come ad esempio nel caso del rene), degli organi per salvare altre vite umane”.

Purtroppo spesso volte si pratica il traffico di organi, che è una forma illegale di schiavitù umana e un crimine contro l'umanità.

655



Ma anche, sottolinea il Papa “per conservare, recuperare e migliorare lo stato di salute di tante persone malate che non hanno altra alternativa”.

Quindi, la donazione degli organi “risponde ad una necessità sociale perché, nonostante lo sviluppo di molte cure mediche, il fabbisogno di organi rimane ancora grande”.

656



2) Esperienza profondamente umana e carica di amore

Non si tratta però solo di un gesto “utile”, ma, chiarisce Francesco, “di esperienze profondamente umane e cariche di amore e di altruismo”.

La donazione significa guardare e andare oltre sé stessi, oltre i bisogni individuali e aprirsi con generosità verso un bene più ampio. In questa prospettiva, la donazione di organi si pone non solo come atto di responsabilità sociale, bensì quale espressione della fraternità universale che lega tra loro tutti gli uomini e le donne.

657



3) Il Catechismo: "atto di generosa solidarietà da incoraggiare"

Quindi Papa Francesco cita il Catechismo della Chiesa Cattolica, quando sottolinea che

“La donazione di organi dopo la morte è un atto nobile e meritorio ed è da incoraggiare come manifestazione di generosa solidarietà”.

L'uomo vive di relazioni, spiega il Papa, e quindi

“ciascuno di noi realizza sé stesso anche attraverso la partecipazione alla realizzazione del bene altrui”.

658



4) Atto gratuito e non retribuito: il corpo non è merce

Francesco ricorda quindi che San Giovanni Paolo II, nella enciclica “Evangelium vitae”, chiarisce che tra i gesti che concorrono ad alimentare un'autentica cultura della vita ‘merita un particolare apprezzamento la donazione di organi compiuta in forme eticamente accettabili

– questo va sottolineato – per offrire una possibilità di salute e perfino di vita a malati talvolta privi di speranza”.

659



E' importante mantenere la donazione degli organi come atto gratuito non retribuito.

Infatti, ogni forma di mercificazione del corpo o di una sua parte è contraria alla dignità umana.

Nel donare il sangue o un organo del corpo, è necessario rispettare la prospettiva etica e religiosa.

660





5) I credenti vivano la donazione come un'offerta al Signore



Per quanti non hanno una fede religiosa,
sottolinea ancora il Pontefice, il gesto verso i fratelli bisognosi è compiuto “sulla base di un ideale di disinteressata solidarietà umana”.

661



I credenti sono chiamati a viverlo come un'offerta al Signore, il quale si è identificato con quanti soffrono a causa della malattia, di incidenti stradali o di infortuni sul lavoro.

È bello,
per i discepoli di Gesù,
offrire i propri organi,
nei termini consentiti dalla legge e dalla morale,
perché si tratta di un dono fatto al Signore sofferente.

662



6) Promuovere una cultura della donazione

Gesù infatti ha detto, ricorda Papa Francesco, “che ogni cosa che abbiamo fatto a un fratello nel bisogno l'abbiamo fatta a Lui”.
È importante, quindi, conclude il Papa “promuovere una cultura della donazione che, attraverso l'informazione, la sensibilizzazione e il vostro costante e apprezzato impegno, ./.

663



./ favorisca questa offerta di una parte del proprio corpo,
senza rischio o conseguenze sproporzionate, nella donazione da vivente, e di tutti gli organi dopo la propria morte”.
Dalla nostra stessa morte e dal nostro dono possono sorgere vita e salute di altri, malati e sofferenti,
contribuendo a rafforzare una cultura dell'aiuto, del dono, della speranza, della vita.

664



Di fronte alle minacce contro la vita,
cui dobbiamo purtroppo assistere quasi quotidianamente, come nel caso dell'aborto e dell'eutanasia
- per menzionare soltanto l'inizio e la fine della vita -,
la società ha bisogno di questi gesti concreti di solidarietà e di amore generoso, per fare capire che la vita è una cosa sacra.

665



7) Continuare a difendere e promuovere la vita
Prima di congedarsi, Papa Francesco incoraggia tutti a proseguire nei loro sforzi “di difendere e promuovere la vita, attraverso i mezzi meravigliosi della donazione degli organi”. E conclude con le parole di Gesù:

“Date e vi sarà dato: una buona misura, pigiata, colma e traboccante vi sarà versata nel grembo” (Lc 6, 38).
Riceveremo la nostra ricompensa da Dio, commenta il Pontefice, “secondo l'amore sincero e concreto che abbiamo mostrato verso il nostro prossimo”.

666

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



Capitolo IV



La sperimentazione clinica

The background of the title is a collage of medical and scientific imagery. It includes a stethoscope, a hand pointing, a globe, a map of Europe with location pins, and various medical icons like a cross, a pill, and a person with a cross. There are also some text elements like 'Medical', 'Pharmaceutical', 'Human', 'First Aid', 'Surgeon', and 'Emergency'.



E' la metodologia con cui si valuta l'efficacia e la sicurezza di un nuovo farmaco o strategia terapeutica rispetto a quello già in uso.

(cfr.: <https://www.orpha.net> > [www > cgi-bin](http://www.cgi-bin) > Education_EducationTools > sta...)

667



Quattro punti chiave sulle sperimentazioni cliniche

1) Lo scopo di una sperimentazione clinica è, da un lato, accertarsi della *sicurezza del trattamento* che si desidera testare, e dall'altro, dimostrare *l'efficacia terapeutica* di un'indicazione precisa.

670



La sperimentazione clinica è uno studio medico effettuato per testare gli effetti

di un nuovo farmaco
o di un farmaco già esistente,
di una cura biologica
o di un dispositivo medicale
in grado di curare o limitare
una malattia già identificata.

668



2) I farmaci sono testati sugli esseri umani

solo dopo
che siano state effettuate
sperimentazioni pre-cliniche
(realizzate in vitro e su modelli
animali),
che costituiscono prerequisiti necessari
per studiare la farmacologia
(studio degli effetti terapeutici)
e la tossicologia del principio attivo.

671



L'obiettivo principale di una sperimentazione clinica consiste nel confrontare
2 o più gruppi di soggetti,
utilizzando

2 o più cure
al fine di determinare l'efficacia di un farmaco
o di una cura biologica.

Gli studi clinici devono essere svolti
con accuratezza e nel rispetto dei codici etici,
al fine di proteggere i pazienti da inutili effetti secondari e
consentire un'analisi precisa delle informazioni sulla malattia.

669



3) Prima di scegliere di partecipare ad una sperimentazione clinica, bisogna essere bene informati sullo studio, compresi gli

effetti secondari e i benefici
che la persona può trarre dalla ricerca. Il medico, responsabile della ricerca, ha il compito
• di spiegare il protocollo,
• di soddisfare tutte le richieste,
• e di raccogliere il 'consenso informato' dei partecipanti.

672





4) Il paziente può

rifiutarsi
di partecipare alla
sperimentazione oppure
abbandonarla in qualsiasi
momento, senza nuocere in alcun
modo al rapporto
medico/paziente

I due obiettivi principali di una sperimentazione clinica
consistono nel determinare
la sicurezza, la tolleranza
e poi l'efficacia di un farmaco

673



Che cos'è l'effetto placebo ?

È la differenza tra
il cambiamento constatato
(effetto terapeutico globale,
 clinicamente misurabile)
e quello imputabile all'azione
farmacologica della cura
(effetto specifico o farmacodinamico
nel caso del farmaco).

676



Che cos'è un placebo ?

In una sperimentazione
terapeutica
il placebo (dal latino: io piacerò)
è una sostanza che assomiglia al
farmaco da testare, ma che non
contiene principio attivo.
Il suo potenziale effetto è quindi
indipendente dal principio attivo
che si vuole testare.

674



Che cos'è un consenso informato ?

Prima di dare avvio ad una
sperimentazione clinica
lo sponsor deve ottenere il
consenso informato da tutti i
partecipanti.

Tale procedura ha lo scopo
di garantire a tutti
un livello di informazione sufficiente
per scegliere di partecipare
alla sperimentazione clinica in assoluta libertà.

677



Durante la sperimentazione,
il farmaco testato deve
essere confrontato con
un'altra cura.

Quando non esiste alcuna
cura di riferimento,
efficace o disponibile,
per la malattia considerata,

si confronta il farmaco da testare con il placebo.
Un gruppo di soggetti riceve il farmaco da testare
mentre l'altro gruppo riceve il placebo.

675



Per dare il proprio consenso le
persone devono essere state
informate almeno su :

- gli obiettivi della ricerca e la sua metodologia;
- la durata prevista dello studio;
- i benefici attesi, i rischi prevedibili e gli effetti indesiderati che possono capitare nel corso dello studio, ivi compresa una sospensione prematura della sperimentazione;

678



- 679



**Inoltre un medico
è sempre presente agli incontri
per rispondere
a tutte le domande.**

680



(cfr. <http://www.gianmariacomolli.it/wp-content/uploads/2019/08/CAP-16-INTRODUZIONE-ALLE-SPERIMENTAZIONI-CLINICHE.pdf>)

681



682



- la chiarezza dell'interrogazione,
- l'esplicitazione dell'obiettivo,
- la razionalità dell'ipotesi scientifica,
- la rilevanza clinica del prodotto da sperimentare,
- la correttezza metodologica del programma di ricerca,
- la significatività statistica,

683



- 684



“Quando si effettua una sperimentazione su esseri umani vengono ad essere coinvolte diverse esigenze:

- * Sviluppare il progresso scientifico.
- * Non violare la dignità della persona.
- * Promuovere il bene della collettività. ./.



685



I Principi etici di riferimento

PRINCIPIO DI AUTONOMIA (O DI RISPETTO DELLA PERSONA).



Il principio di autonomia esige dal Comitato Etico un esame metodico della scheda informativa e del modulo di consenso informato, oltre le procedure previste dallo sperimentatore per comunicare con l'arruolato.

688



* ./.. Rispettare l'autonomia dei soggetti interessati.
Il comportamento etico più corretto è quello che riesce a salvaguardare tutte queste esigenze.
Su questa linea deve tendere il lavoro del Comitato etico”

(A. ANZANI, “Il compito formativo dei Comitati etici e la formazione dei suoi componenti”, Intervento al 1° Corso interdisciplinare di aggiornamento per i membri dei Comitati etici organizzato dall'associazione “Società Umanizzata” di Milano, Sesto san Giovanni (Mi) 3-6-2009).

686



E', dunque, incombenza del Comitato Etico, verificare la qualità e la comprensibilità dell'informazione, oltre che salvaguardare la libertà decisionale dell'arruolato, rammentando che nessuno è tenuto a aderire a una sperimentazione clinica se non per libera scelta, consapevole dei rischi che si assume, senza coartazioni psicologiche.

689



Ricordava san Giovanni Paolo II: “La persona è misura e criterio di bontà o di colpa in ogni manifestazione umana. Il progresso scientifico, pertanto non può pretendere di situarsi in un una sorte di terreno neutro”

(S. Giovanni Paolo II, Ai partecipanti a due congressi di medicina e chirurgia, in Insegnamenti di Giovanni Paolo II, ed. Vaticana, 1980, vol. II/2, pg. 1005).

“La sperimentazione si giustifica ‘in primis’ con l'interesse del singolo, non con quello della collettività”

(S. Giovanni Paolo II, Ai partecipanti a due congressi di medicina e chirurgia, op. cit., pg. 1008).

687



PRINCIPIO DI BENEFICENZA (O BENEFICIALITÀ).

L'obbligo di promuovere “il bene del paziente” esige un' adeguato rapporto rischi-benefici o meglio, gli ipotizzati benefici devono prevalere rispetto ai probabili rischi o danni.

Quindi, dallo studio sperimentale, si devono sempre attendere ragionevoli possibilità di successo terapeutico.

Per questo è essenziale, ad esempio, il costante monitoraggio delle sperimentazioni per intervenire tempestivamente ed interrompere la ricerca di fronte a reazioni e eventi avversi gravi.

690





PRINCIPIO DI NON MALEFICENZA.
La “maleficenza” si manifesta con la negligenza, l'imprudenza e l'imperizia.
Si agisce con “negligenza”, quando non osservando un comportamento di prassi, si commettere un danno per disattenzione, per trascuratezza o per carenza di sollecitudine.

691



Ci si comporta con “imperizia”, quando è inadeguata la preparazione professionale e la competenza tecnica.
Nel settore sperimentale ciò avviene, ad esempio, quando sono assenti nell'organismo di controllo e di verifica specifiche competenze esaminando sperimentazioni cliniche attuate con metodologie innovative o rivolte ai soggetti “più vulnerabili”.

694



Nel settore sperimentale questo avviene, ad esempio, per l'eccessiva rapidità, e a volte superficialità, nella valutazione di uno studio clinico, oppure approvando un protocollo scarsamente scientifico o non accorgendosi della inadeguatezza della copertura assicurativa ...

692



PRINCIPIO DI TOTALITÀ (O TERAPEUTICO).
Nel settore sperimentale è inevitabile e giustificabile un “minimo rischio” se si attendono dal trattamento conseguenze favorevoli; è il cosiddetto “rischio calcolato”.

Vanno evitate invece le ricerche che potrebbero compromettere alcune funzioni vitali dell'organismo o provocare menomazioni sostanziali.

695



Si procede con “imprudenza” non praticando la dovuta cautela e non assumendo idonee misure precauzionali ad esempio nel rapporto rischi/benefici, oppure non verificando l'idoneità della struttura ospedaliera sede dello studio, o le qualifiche professionali dello sperimentatore.

693



PRINCIPIO DI PRUDENZA.
Il principio di prudenza esige che ogni qualvolta si ravvisi il rischio che da uno studio potrebbero conseguire danni permanenti agli arruolati per la carenza di dati scientifici o per le tecniche di randomizzazione, la sperimentazione non può essere approvata.

696





PRINCIPI DI SOLIDARIETÀ E DI GIUSTIZIA.



Il principio di solidarietà con quello di giustizia stanno alla base di alcune normative internazionali quando asseriscono che una ricerca è legittimata eticamente unicamente se la popolazione

oggetto di studio potrà usufruire degli eventuali benefici della sperimentazione.

697



È un esplicito richiamo ai Paesi più ricchi ad astenersi dallo sfruttamento delle Nazioni più povere,

testando su queste, magari senza idonee garanzie di sicurezza,

farmaci che saranno disponibili unicamente a chi possiede il denaro per acquistarli.

698



Inoltre, il principio di giustizia, esige come sollecitato dal Consiglio Internazionale delle Organizzazioni delle Scienze Mediche (CIOMS),

che ogni sperimentazione clinica sia autorizzata unicamente dopo che "le competenti autorità del Paese ospitante hanno raggiunto la convinzione

che il progetto soddisfi le esigenze etiche fondamentali"
(CONSIGLIO INTERNAZIONALE DELLE ORGANIZZAZIONI DELLE SCIENZE MEDICHE, Direttiva 15) ...

699



Come conclusione poniamo all'attenzione del lettore una motivazione particolare che la persona potrebbe far propria accettando di partecipare ad una sperimentazione clinica, anche nella Fase I.

E' la scelta della prossimità, interpretata come aspetto concreto della solidarietà "di tutti verso tutti", e atto di evidente disponibilità per "l'altro sofferente", che potrebbe, in futuro, essere vantaggiato da un nuovo farmaco.

700



E' l'aiuto al prossimo sconosciuto, poichè sappiamo unicamente che il probabile beneficiario sarà una persona malata.

E' l'autentica concretizzazione del vincolo che unisce gli uomini, infatti, "l'uomo come persona,

ha una profonda ed essenziale dimensione relazionale: l'uomopersona, è un 'io' aperto al 'tu', un essere 'con' e 'per' l'altro"

(D. TETTAMANZI, Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo, Piemme, Casale Monferrato 2000, pg. 342) .

701



E' la risposta all'appello di solidarietà di tutti i malati, conosciuti o sconosciuti, per i quali la scienza e la medicina ricercano e verificano innovativi approcci diagnostici e terapeutici. La prossimità, anche nel settore sperimentale, è senz'altro la motivazione più

trasparente e maggiormente ricca di valori e di virtù, testimoniando l'eccellenza del dono.

702



E la gratuità oltrepassa una quotidianità che fonda anche le relazioni più intime su rapporti di reciprocità, almeno a parità di benefici, o sulla tentazione di sopraffare l'altro per aprirsi alla “solidarietà universale”, anche nei riguardi delle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo.

703



Accanto alla gratuità e alla solidarietà va posta la sollecitudine delle industrie farmaceutiche e degli sperimentatori a recuperare l'etica della ricerca con comportamenti schietti e trasparenti.

Occorre, come ricordava G. Maccarano, scienziato e medico, “sperimentare per l'uomo e con l'uomo e non unicamente sull'uomo”

704



QUANDO I FARMACI SONO INUTILI E DANNOSI

(cfr. Paola Rinaldi, in *Famiglia cristiana*, 3-1-2018)

I medicinali sono importantissimi per migliorare la qualità di vita dei pazienti, ma nessuno di essi è davvero innocuo.

91 sostanze

autorizzate nell'Unione europea

e appartenenti a diverse categorie, secondo uno studio, possono compromettere lo stato di salute con effetti indesiderati gravi o gravissimi

705



Spesso inutili, talvolta dannosi. Per molti farmaci, il rapporto tra rischio e beneficio potrebbe essere sbilanciato a favore del primo, soprattutto quando l'uso viene fatto in maniera incauta, impropria, senza una reale necessità.

A condannare un medicinale può essere il monitoraggio continuo sulla sua sicurezza, che comporta sempre una possibile

706



eliminazione dal mercato qualora emergano effetti indesiderati gravi prima sconosciuti,

ma anche studi e ricerche – sovente condotti da professionisti e ricercatori indipendenti –

da cui, periodicamente, emergono verdeti severi.

707



... Non a caso, esiste una petizione internazionale (da sottoscrivere sul sito www.alltrials.net e supportata da numerose organizzazioni sanitarie a livello mondiale),

che chiede a gran voce la registrazione di qualsiasi sperimentazione clinica (*trial*) presso un ente pubblico indipendente, riportando integralmente metodi e risultati. Una richiesta più che lecita, tenendo conto che solo ad aprile 2017 la percentuale di *trial* non pubblicati risultava pari al 45,2 per cento.

708





Ma allora, curarsi è peggio della malattia stessa?

«Non esistono farmaci innocui, perché ciascuno di essi comporta la possibilità di sviluppare effetti collaterali più o meno marcati, più o meno gravi, più o meno conosciuti:

in un certo senso, è il prezzo che accettiamo di pagare per ottenere un beneficio, di norma superiore al rischio»,

spiega il professor Silvio Garattini,

direttore dell'Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri" di Milano (www.marionegri.it) e collaboratore di *BenEssere*.

709



Ovviamente, a seconda di numerosi parametri personali, come età, peso, altezza, composizione corporea e metabolismo, ogni preparato può esercitare azioni diverse sui vari individui, risultando ben tollerato in alcuni soggetti e determinando invece qualche problema in altri.

«Gli inglesi parlano di *expected side effects* quando gli effetti avversi sono noti e indicati sul foglietto illustrativo, mentre gli *unexpected side effects* sono le reazioni inaspettate, non sempre facili da correlare all'assunzione».

710



Di fatto, non è così semplice dimostrare la tossicità di un farmaco, perché durante un trattamento medico possono verificarsi eventi avversi che non necessariamente hanno una correlazione di causa-effetto.

Come dire che, se dopo aver ingerito una statina compare un brutto mal di denti, è complicato provarne il legame, perché l'odontalgia potrebbe essere indipendente dal farmaco.

711



ATTENZIONE AI MIX

A tutto questo, si aggiunge un altro problema.

Solo in Italia, quasi un milione e mezzo di anziani assume ogni giorno dieci o più farmaci

e qualche migliaio di over 75

(trattati per ipertensione, iperlipidemia o diabete)

ha sperimentato almeno un episodio di doppia prescrizione, involontaria, di due sostanze identiche consigliate da due medici diversi, con il risultato di un sovradosaggio.

712



«La politerapia, ovvero l'assunzione concomitante di più farmaci della stessa o di diverse aree terapeutiche,

rappresenta un altro pericolo

da non sottovalutare,

perché tra i vari principi attivi si possono creare interazioni capaci di determinare una risposta clinica diversa da quella attesa»,

riferisce il professor Garattini.

713



«Così, soprattutto nei pazienti più fragili, l'azione dei singoli medicinali può risultare ridotta, amplificata oppure si verifica una reazione nuova e inaspettata.

Per non parlare dell'aumentato rischio di confusione tra pastiglie e pastiglette, con il risultato di una mancata aderenza alla terapia».

714



Un'indagine condotta presso l'University of Illinois at Chicago (Stati Uniti) e pubblicata sulla rivista *Jama internal medicine* ha definito questo mix "potenzialmente fatale", mentre un altro studio, pubblicato sul *Journal of american geriatrics society*, ha mostrato come la politerapia possa determinare nel sistema nervoso centrale cambiamenti tali da influenzare addirittura la capacità di camminare del paziente, che diminuisce e rallenta.

715



FILTRARE LE NOTIZIE

In definitiva, nessun farmaco è completamente sicuro, anche se sostenuto da risultati incoraggianti e da un utilizzo consolidato. In fondo, gli studi che precedono la sua immissione in commercio si focalizzano soprattutto sui benefici nei confronti di una determinata patologia, più che sull'identificazione degli effetti collaterali (eccetto quelli più frequenti).

716



Per il resto, ogni nuovo medicinale porta con sé una quota di azzardo che si gioca sulla pelle dei pazienti: a dimostrarlo è la cosiddetta farmacovigilanza, cioè l'osservazione degli effetti a lungo termine che viene fatta sui medicinali già in commercio e che talvolta può condurre al loro ritiro dal mercato per motivi di sicurezza o inefficacia.

717



«Al momento, gli effetti collaterali non vengono individuati da ricerche specifiche, ma sono raccolti sulla base di segnalazioni spontanee, effettuate da cittadini e operatori sanitari che si trovano di fronte a un evento avverso», chiarisce Garattini.

«A mio parere, sarebbe utile una farmacovigilanza diversa, attiva, continua e gestita a livello centrale, per ricercare e valutare la tossicità dei medicinali con gli stessi principi scientifici con cui se ne valutano i benefici».

718



E allo stesso modo, a parere del professore, sarebbe utile una revisione del Prontuario farmaceutico nazionale, l'elenco

dei medicinali commercializzati in Italia che consente a medici e farmacisti di prescrivere o dispensare le terapie in maniera informata, con l'indicazione di quelli rimborsabili (oggi circa novemila) e quelli a carico del cittadino (circa settemila).

719



«L'ultimo aggiornamento risale al 1993», illustra Garattini. «Nel frattempo, sono stati introdotti nuovi farmaci e altri sono usciti dal prontuario:

forse varrebbe la pena ristabilire quali possono essere dispensati dal Servizio sanitario nazionale e quali no, perché dimostrare la sicurezza dei medicinali rimborsabili è una responsabilità dell'Agenzia italiana del farmaco, l'autorità nazionale competente in questo settore».

720





Nel frattempo, che cosa fare?
Ovviamente, il paziente non ha le competenze necessarie per destreggiarsi nel settore e rischia di cadere in falsi allarmismi o, al contrario, di sottovalutare il rischio.

Ad esempio, un recente allarme – lanciato da una meta-analisi condotta su oltre 446 mila individui e pubblicata sul *British medical journal* – sostiene che

721



gli antinfiammatori non steroidei (Fans) aumentano il rischio di infarto miocardico, stimato in
+24 per cento per il celecoxib,
+48 per cento per l'ibuprofene,
+50 per cento per il diclofenac,
+53 per cento per il naprossene e
+58 per cento per il rofecoxib,
quest'ultimo ritirato dal commercio in Italia dal settembre 2004.

Quindi, come comportarsi?
Il pericolo vale per tutti?
Con quali cure sostituire quelle sospette?

722



LE REGOLE DA SEGUIRE

«Il medico di fiducia deve essere il primo referente quando si decide di assumere un farmaco, anche se da banco», consiglia Garattini.

«Se i possibili effetti collaterali sono inferiori e più blandi in caso di medicinali per cui non occorre una prescrizione, per qualsiasi cura è consigliabile la supervisione di uno specialista, l'unico autorizzato a valutare se il beneficio è superiore al rischio, considerate anche le condizioni fisiche e di salute individuali».

723



Quindi, le regole d'oro per un uso corretto e sicuro dei farmaci sono:

- non recarsi dal medico con l'idea di ricevere per forza una cura; non sempre uno specialista che prescrive molti medicinali è migliore rispetto a chi è "parsimonioso", spesso vale il contrario, perché dimostra di rispettare un antico precetto,

724



attribuito al medico e filosofo greco Galeno,

primum non nocere
("per prima cosa, non nuocere"),
che in sostanza chiede agli operatori sanitari di vagliare di volta in volta la possibilità che la terapia possa compromettere la salute più di quanto non faccia il male stesso; meglio dunque

non pressare per ricevere cure, spesso non necessarie;

725



- cambiare lo stile di vita; spesso si ricorre al medico per problemi che potrebbero essere risolti con una correzione delle abitudini quotidiane, mangiare in maniera sana e praticare una regolare attività fisica incidono sui principali parametri vitali e prevengono molte patologie dell'epoca moderna;

726



► riferire gli eventuali disturbi apparsi durante la terapia. Oltre che al proprio medico curante,

il quale potrà provvedere alla sostituzione con un altro medicinale, gli effetti collaterali vanno segnalati all'Agenzia italiana del farmaco, tramite il sito www.vigifarmaco.it.

727



«È logico che, trattandosi di una sostanza chimica, il medicinale non vada a colpire solamente un bersaglio, ma si distribuisca nei vari tessuti con la possibilità di determinare un danno», conclude Garattini.

«Solo una stretta collaborazione fra pazienti e operatori della salute potrà condurre in futuro alla messa in commercio di terapie sempre più efficaci e sicure».

728



QUALI SONO LE FASI PER FAR ENTRARE UN FARMACO IN COMMERCIO

Prima di entrare in commercio, ogni farmaco deve subire una lunga serie di studi, che talvolta possono durare oltre dieci anni.

Dopo una fase preclinica svolta in laboratorio e puramente teorica, che deve stabilire sicurezza e tollerabilità (almeno ipotetiche)

mediante test in vitro su cellule e poi in vivo sugli animali, si passa a quella clinica sull'uomo.

729



►FASE 1. Il prodotto viene somministrato a circa 60-80 volontari sani, informati e rigorosamente seguiti dai medici, per verificare la sicurezza del medicinale e l'assenza di effetti collaterali gravi.

►FASE 2. In specifici centri ospedalieri, il prodotto viene somministrato a un gruppo di soggetti malati informati, per avere una prima idea sulla sua efficacia.

730



►FASE 3. Confermata la sicurezza del prodotto, viene coinvolto un numero sempre maggiore di pazienti informati, nell'ordine di qualche migliaio, presso centri e ospedali specializzati.

Così, si valutano la *posologia* (quantità di prodotto da somministrare), le varie *formulazioni*

(pillole, supposte, sciroppi, iniezioni o altro), le possibili *reazioni* avverse e soprattutto

la *comparazione* con altri farmaci aventi la stessa indicazione.

731



►FASE 4. Il prodotto arriva nelle farmacie, ma continua a essere monitorato.

Dal 2002, il ministero della Salute ha attivato la cosiddetta

farmacovigilanza, cioè l'osservazione degli effetti a lungo termine, quando i medicinali sono già in commercio.

732



Handwriting practice lines consisting of 15 horizontal dotted lines.



INDICE GENERALE

PARTE PRIMA - Fine vita

Capitolo I

Eutanasia: principi fondamentali..... pag. 5

Capitolo II

Eutanasia: alcuni aspetti..... pag. 15

Capitolo III

Accanimento terapeutico..... pag. 45

Capitolo IV

Cure palliative..... pag. 53

Capitolo V

Sedazione palliativa..... pag. 63

Capitolo VI

Nutrizione e idratazione artificiale..... pag. 69

Capitolo VII

Piccolo lessico..... pag. 75

Capitolo VIII

Sera della vita..... pag. 79

Capitolo IX

Pastorale cristiana dell'ammalato..... pag. 87

Capitolo X

Suicidio assistito..... pag. 93

Capitolo XI

Morte: alcuni principi cristiani..... pag. 97

Capitolo XII

Morte: due questioni..... pag. 119

PARTE SECONDA - Altri aspetti

Capitolo I

Sangue: donazione..... pag. 125

Capitolo II

Cellule staminali..... pag. 131

Capitolo III

Trapianto..... pag. 133

Capitolo IV

Sperimentazione clinica..... pag. 139

