

Aiuto medico al morire (riflessioni di un medico di famiglia)*

Loreta Rocchetti

Già Medico di famiglia

La medicina ippocratica antica, in presenza di una morte imminente, prescriveva al medico di ritirarsi e lasciare posto al sacerdote, oggi, si chiede al medico di stare vicino al paziente fino alla fine. Il medico, quando ha esaurito la possibilità di perseguirne la guarigione, può egualmente aiutare il paziente nel momento ultimo della sua vita in diversi modi:

- **aiuto a morire serenamente:** togliere il dolore, sedare per quanto possibile l'angoscia e gli altri sintomi, confrontarsi con l'equipe dei curanti, stare vicino e/o organizzare persone preparate e qualificate a farlo, sostenere i familiari. Questo è compito medico fino alla se-

dazione palliativa terminale, atto dovuto per il controllo di sintomi intollerabili e refrattari (la prassi delle cure palliative lo testimonia);

- **sospendere** (o non introdurre) interventi, anche salva vita, se il paziente consapevolmente e coscientemente non li desidera e assisterlo comunque. È rispetto della volontà del paziente e sollievo dalla sofferenza che eventualmente ne deriva ed è dovere, medico riconosciuto;
- sul **suicidio assistito** si hanno notizie in particolare di quanto avviene nella vicina Svizzera dove è definito "*atto medico in contesto assolutamente medico*". Per come si legge avviene al di fuori di una relazione di cura e talora in solitudine lontani dal proprio contesto di vita e di affetti, si impone la domanda su cosa si intenda per "atto medico". La nota vicenda di Ramon Sampetro ha testimoniato che può esserci aiuto al suicidio anche senza il medico con l'affettuosa vicinanza degli amici. Ci sono oggi i sostenitori del "fai da te". Lo psichiatra Boudewijn Chabot dice "*Siamo diventati troppo dipendenti dai medici. È sbagliato e non c'è bisogno. Nella mia guida elenco alcuni metodi fai-da-te: (per primo l'elio, che ha il vantaggio di trovarsi in commercio, poi barbiturici, oppiacei e cloroquina)*". Il vantaggio è anche quello di escludere dementi e malati psichici. (Da internet).

* La riflessione sull'argomento ha accompagnato la mia professione fin dal suo inizio, assieme alla ricerca del senso della professione stessa. Un motivo di sollievo al momento del pensionamento è stato prendere atto che le richieste di accorciare la loro sofferenza fattemi da pazienti affetti da patologia inguaribile – non ancora giunta alla fase terminale – sono infine giustificatamente rientrate. Non so come avrei reagito se fossero state mantenute e comprese da me: avrei avuto il coraggio di fare "obiezione di coscienza" a quanto previsto da legge e deontologia? Ma, più importante, come ne sarei uscita emotivamente e moralmente? Avrei potuto continuare in serenità a fare il mio lavoro? Quindi sollievo da un possibile atto di trasgressione e da un atto di coraggio che per fortuna non mi è stato richiesto. In questo scritto il mio sguardo sarà posato sull'impegno del medico.

Personalmente penso che si possa definire “atto medico” solo all'interno di una vera consolidata relazione terapeutica, non compito di un medico purchessia;

- **eutanasia** = somministrazione di un farmaco che cagiona la morte al paziente, su sua richiesta. Qui si apre una profonda e multiforme riflessione:

- quale è il ruolo della medicina nella nostra società, oggi? *Nostra* e *oggi* sono le due parole chiave. Nei paesi “poveri” questi problemi non si pongono. Ciò dimostra che non è in discussione la “natura” ma la cultura,
- da dove origina la resistenza dei medici ad essere i “ministri” dell'eutanasia? Quale peso può-deve avere nelle scelte pubbliche questa resistenza e come tenerne conto anche nell'ottica sociale,
- cosa si può fare, o prevedere, perché la società non passi direttamente dal tabù alla banalizzazione della morte? Come trovare un giusto equilibrio?

Nel tentativo di risposta non esauriente a quest'ultima domanda, credo che le scelte sociali che saranno fatte dovrebbero avere alcune caratteristiche tra le quali:

- non generare “guerre di religione” nella società e tra i curanti e conseguente “obiezione” massiccia con vanificazione dell'eventuale diritto;
- non intaccare la fiducia dei cittadini nella medicina e quindi indebolire la possibilità di curare con efficacia;
- essere sostenibili, economicamente, legalmente ma anche deontologicamente ed emotivamente;
- rispettare la dignità e la libertà di tutte le persone coinvolte (pazienti, famiglia, curanti).

Il tabù della morte per mano medica

- *in primis* il medico è un essere umano e non gli si può chiedere di agire con la freddezza e razionalità di un computer e nello stesso tempo di prendersi cura con compassione di chi soffre mettendo in gioco tutta la sua umanità.

Goethe dice che la medicina deve assorbire la totalità dell'essere del medico, perché il suo oggetto è la totalità dell'organismo umano (Ceronetti, *Il silenzio del*

corpo, p. 111). Il buon medico non deve fermarsi al Bene come Vita e Salute e al Male come Morte e Malattia, perché in questo orizzonte troppo professionale la sua vita morale resta soffocata. Se la sua vita morale non è sufficientemente larga, non potrà veramente capire vita-salute-morte-malattia, e non consolerà mai in modo adeguato i suoi malati. Nell'azione dovrà sempre restare dentro quello schema; ma averlo nel pensiero rotto e mescolato, perché l'azione sia morbida e leggera, non monotona e non servile. (idem, p. 141)

- il medico può trovarsi tra due fuochi: il **divieto di dare la morte** stampato nel suo DNA e ancora tantissimo¹ e il **dovere**, altrettanto antico, **di alleviare la sofferenza** di chi si affida alle sue cure. La scelta è talora molto impegnativa,
- per il medico, dare la morte è infrangere un tabù. Dai miti del mondo classico si può intuire quanto ciò costi caro. Il Filottete di Sofocle è emblematico di ciò.

Dal Vocabolario: tabù = una forte proibizione (o interdizione), relativa ad una certa area di comportamenti e consuetudini, dichiarata “sacra e proibita”. Vietata per il pericolo che rappresenta. I tabù possono avere varie funzioni e spesso accade che essi rimangano in attività anche quando i motivi originali che li avevano ispirati non sussistono più.

Due riflessioni fondamentali:

¹ Riferimenti:

- *Sceglierò il regime per il bene dei malati secondo le mie forze e il mio giudizio, e mi asterrò dal recar danno e offesa. Non somministrerò a nessuno, neppure se richiesto, alcun farmaco mortale, e non prenderò mai un'iniziativa del genere; e neppure fornirò mai a una donna un mezzo per procurare l'aborto. (400 AC)*

Giuro (...) - di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona (...); - di non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte; (Deontologia 2014).

- art. 17 Codice di deontologia medica, *“Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte”.*

Definizioni ufficiali **delle cure palliative**:

- affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale,

- non accelerano né ritardano la morte;

- i precetti della Chiesa Cattolica e di altre confessioni.

La società con **la legge** dà ulteriore peso a questo (vedi artt. 579 e 580 c.p.).

1. Ha ancora un *sensu* oggi questo “tabu” nato in un’epoca in cui la vita umana aveva un valore diverso e, soprattutto, l’efficacia dell’intervento medico era molto limitata? Siamo sicuri di essere arrivati al punto in cui “i motivi originali che li avevano ispirati non sussistono più”. C’è stata o è in corso una mutazione nel DNA della medicina?

Nella nostra realtà probabilmente il “tabu” non è più così potente:

- il rapporto dell’uomo con la propria morte è cambiato: la morte “naturale” non esiste praticamente più, siamo in un mondo fortemente medicalizzato, la medicina è efficace e può essere concausa di numerose lunghe sopravvivenze un tempo impensate e a volte estremamente dolorose, talora artificiali; la vita è diventata meno “faticosa” e quindi si fa fatica a lasciarla...;
- il valore attribuito all’autonomia individuale è grande e tutelato: non è più accettabile intervenire senza il consenso del paziente che è padrone del suo progetto di vita;
- è dichiarato (in Italia, art. 32 Costituzione) il dovere dello Stato di tutelare la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività che sottende il diritto dei cittadini di contare su una medicina efficace ed efficiente alla quale rivolgersi con fiducia.

Esiste qualche altro aspetto per cui il tabù ha resistito così tanto?

Nei paesi occidentali si va inevitabilmente verso la soppressione del tabù. Con qualche episodio inquietante da monitorare e sorvegliare con attenzione.

Anche l’atteggiamento dei singoli verso la medicina è cambiato pur restando entro un amplissimo ventaglio di possibilità: dalla massima fiducia alla massima sfiducia e sospettosità. È una realtà complessa ma ne va tenuto conto perché non c’è vera relazione di cura senza fiducia reciproca. Se la medicina sarà caricata del compito di intervento attivo nel procurare la morte, diventa contestualmente indispensabile che la società con parole corrette e non manipolatorie e con i fatti, rassicuri che non si tratta della “soppressione dei più fragili” come alcuni pubblicamente affermano, e che

il livello di guardia perché ciò non avvenga sia tenuto alto soprattutto dai curanti.

2. Di fronte alla somministrazione di un farmaco eutanasi, come può sentirsi un medico?

Senza avere una conoscenza diretta, sono stata particolarmente colpita da quello che nel 2015 ha scritto Gabriel Ringlet, sacerdote già vicerettore dell’Università Cattolica di Lovanio in Belgio (dove l’eutanasi è legale). nonché assistente spirituale in un hospice, dove segue anche le persone che chiedono l’eutanasi: dalla richiesta, al momento dell’atto e poi nei riti del dopo e le famiglie. Riporto uno stralcio:

Quali emozioni si prova di fronte all’atto di eutanasi? risponde: *Sono emozioni terribilmente forti, per tutti. Non ho mai visto un medico compiere un’eutanasi senza esserne profondamente sconvolto.*

E lei? Anche io. (Ma) in queste condizioni... C’è tutta una serie di cose da fare perché l’atto non sia ridotto a sola tecnica medica ma un momento di addio che si vive insieme, con il paziente lucido.

Scrivo anche: *“Non sono assolutamente a favore dell’eutanasi. Ma dico che ci sono delle situazioni di sofferenza, talmente estreme, che non v’è altra soluzione. (...) la difesa della vita... non mi autorizza a passare sotto silenzio le situazioni senza via di uscita. La prima esigenza etica consiste nel riconoscerle. Certo, succede che una muraglia sia insuperabile e che allora, in coscienza, sia confrontato alla questione dell’eutanasi. (...) non può trattarsi, per me, che di un ultimo ricorso, un atto posto, oso dire, in stato di legittima difesa (...)”* (Gabriel Ringlet, *“Vous me coucherez nu sur la terre nue” L’accompagnement spirituel jusqu’à l’eutanasi*, Ed. Albin Michel, 2015).

Per quanto tempo un medico profondamente sconvolto può continuare serenamente il suo lavoro? C’è un punto in cui può diventare un’abitudine?

Trovo in un articolo su Repubblica del novembre 2021, una affermazione del gerontologo olandese Bert Keizer: *“Che effetto mi fa? La prima volta fu devastante. Poi, gioco forza, ti abitui”.*

Se è un atto così estremo per il paziente, impegnativo per un medico, sociologicamente e antropologicamente importante, possiamo chiederci:

- 1) quali le condizioni perché il ricorso all’eutanasi si verifichi il meno possibile e soprattutto non intervenga in persone che avrebbero ancora spazio per trovare un senso alla loro vita?

Una risposta può ricercarsi nel potenziare l'accesso alle cure palliative, vegliando che la loro filosofia e pratica non vengano snaturate da ritmi imposti da esigenze aziendali. Le Cure palliative sono utili, necessarie ma **non esaurienti**. Ritenere di poter risolvere tutte le situazioni è delirio di onnipotenza. L'esperienza dimostra che le richieste di eutanasia diminuiscono criticamente nelle persone seguite in quell'ambito, ma non si annullano del tutto.

2) Diritto del cittadino versus dovere del medico! Ha senso che il "dovere" corrispondente al "diritto di eutanasia" sia in carico alla medicina? Probabilmente nell'ottica della società un razionale c'è, non solo per le "conoscenze e competenze" tecniche, ma perché tra tutte le categorie professionali quella medica è l'unica che dovrebbe essere in grado di garantire un approccio corretto e onesto alla questione (gli infermieri hanno lo stesso spirito ma diverse competenze) perché per scelta si occupa della vita, della sofferenza e della morte dei propri simili, perché tende ad un rapporto di relazione, perché parte da un patto di fiducia con le persone che richiedono le cure, sa relazionarsi con il malato, sa come deliberare e scegliere in situazioni spinose ed è vincolata dal giuramento di "non nuocere".

Può non essere sempre così: l'organizzazione della sanità potrebbe ostacolare la maturazione di un tale rapporto, tuttavia la categoria, forte anche della sua deontologia, è in grado di sorvegliare che la medicina resti fedele alla sua missione. Questo devono aver pensato i legislatori negli Stati dove si è legiferato sull'aiuto dei medici all'atto del morire.

Ma la medicina, i medici oggi, sono pronti a inserire – senza danno (a sé e agli altri) e facendo tesoro di quanto successo in altri Paesi – questo aspetto nella pratica di cura? Dipenderà anche dal modo in cui dovessero venir richiesti di questo ulteriore compito.

Senza una preparazione non solo tecnica ma in tutti gli ambiti del vivere umano (le *medical humanities* o all'interno dell'insegnamento delle cure palliative) e inseriti in un ritmo di lavoro basato sulla perenne urgenza senza il tempo per la riflessione e il rapporto profondo con il paziente, sarà difficile che possano effettuare delle scelte

davvero rispettose della dignità, della verità, della libertà del paziente ma anche del medico stesso richiesto del coinvolgimento in un atto quasi "contro natura" per la professione. Sia che si posizionino su un no incondizionato che su un sì indiscriminato.

La preparazione auspicata dovrebbe essere inserita nel curriculum di studi universitario: un insegnamento non previsto afferma una non pertinenza alla professione. Legge e deontologia dovrebbero prevedere contestualmente, quanto meno per chi ha scelto la professione medica prima della modifica della legge e del codice deontologico, la possibilità dell'"obiezione di coscienza" dei medici all'atto eutanasi.

Parlo di "obiezione di coscienza" perché la fattispecie esiste già nel nostro ordinamento. Trovo molto interessante l'idea di una prospettiva diversa la disponibilità di coscienza *non data a priori, astrattamente, sulle azioni (che sono dei mezzi), ma focalizzata all'interno della relazione, in quello specifico contesto, in quella storia con quella persona (cioè sul fine)*. Questo approccio, inoltre, aiuterebbe ad uscire dal malinteso che esista una coscienza solo quando questa obietta, mentre i non obiettori non si pongano mai problemi di coscienza (Zamperetti).

Trovo citata in uno scritto di Benciolini del 2020, le "scelte di coscienza". Afferma: È necessario che il medico si interroghi se, con riguardo alla situazione concreta che è chiamato ad affrontare, dubbi e perplessità siano realmente espressione della coscienza personale o non piuttosto dell'inevitabile (e pur giustificato) coinvolgimento emotivo ("*Testamento biologico*": *tra questioni giuridiche, deontologia e scelte in coscienza*", *TICA per le professioni*, 2019).

Non so come ciò possa trovare espressione "concreta" in un dispositivo di legge, mi auguro che la trovi, per evitare, se si vuole affermare un diritto dei cittadini pazienti, che si ripeta ciò che è successo per la legge n. 194/1978: un diritto "negato" per mancanza di chi avrebbe avuto il dovere corrispondente, la frustrazione e l'abbandono della disponibilità da parte di medici condannati ad una unica pratica per essere rimasti soli a praticarla.

Se l'intenzione è quella di affermare il diritto ad avere "aiuto medico al morire" la legge dovrebbe

contestualmente prevedere la formazione continua (effettiva!), dentro e fuori le università, il sostegno e l'aiuto alla riflessione (non è automatico districarsi tra coscienza, coinvolgimento emotivo, razionalità, credenze religiose, imposizioni organizzative...) dei curanti (medici, infermieri e OSS che comunque sarebbero partecipi anche se non responsabili legalmente delle scelte). Se si vuole che i curanti curino bene bisogna "curare i curanti".

Resta il fatto che obiettare ad una legge, se sarà prevista una "obiezione di coscienza" è una **ferita all'ordine civile**. Come ripararvi? Utile sarebbe l'impegno – di tutti non solo dei possibili "obiettori" – ad una riflessione profonda sui "perché", su quale è, se esiste, il limite che giustifica l'eutanasia, nonché il servizio (stage o tirocinio) in una équipe di cure palliative. Molto può aiutare la filosofia e pratica delle stesse ma anche di una cosa sono sicura: se li sai ascoltare i pazienti sono degli ottimi maestri².

² Ho aperto con una riflessione personale e così anche chiudo: col pensionamento sono passata dalla parte del curante a quella del... potenziale paziente. Se mi trovassi (dio non voglia) nella necessità-desiderio-bisogno di chiedere (come "legittima difesa") un aiuto "attivo" per la conclusione della mia vita, vicino a me vorrei una persona amica, meglio se è un medico amico, animato da quella "amicizia medica" teorizzata Pedro Lain Entralgo.

