

A PROPOSITO DI EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO

LUIGI PAVAN

Riassunto: E' urgente una riflessione sui temi del suicidio assistito e sull'eutanasia. Sono intervenuti grandi cambiamenti , culturali, demografici, tecnici. Vi è confusione fra l'aiutare a "morire", con l'aiuto "nel morire". Non vi sono facili risposte: è necessario che il dibattito maturi, che il legislatore esprima nuove regole trovando equilibri più adeguati fra diritto positivo e diritto all'autodeterminazione. Nel frattempo il medico si impegni, nel rispetto delle leggi attuali, ad accompagnare il paziente facendo sì che la morte sia meno solitaria e meno dolorosa.

Summary: There is an urgent need to reflect on the subjects of assisted suicide and euthanasia. Major cultural, demographic and technical changes have taken place. There is confusion between assisting "to die" and assisting "in dying". There are no easy answers: the debate must move forward and new legislation must be introduced which sets a more suitable balance between positive rights and the right to self-determination. In the meantime, physicians should undertake, in observance of current legislation, to accompany patients and ensure that death is less lonely and less painful.

Parole chiave: Suicidio assistito, eutanasia.

Key words: Assisted suicide, euthanasia.

E' sempre più urgente una riflessione sui temi del suicidio assistito e sull'eutanasia in quanto l'opinione pubblica internazionale sembra vada accettando l'idea che il diritto di morire sia non solo e non tanto del soggetto passivo terminale o che sopravvive solo in funzione di mezzi artificiali, ma vada estesa come scelta attiva a chi lo chiede in quanto affetto da malattie ritenute inguaribili e causa di sofferenza insopportabile.

E' opportuno ricordare che in questi ultimi decenni sono intervenuti profondi cambiamenti a più livelli che inevitabilmente influiscono sul modo di sentire comune e chiedono nuovi orientamenti.

Vi sono stati cambiamenti sociali quali l'aumento della popolazione e la modificazione della struttura demografica (aumento dei vecchi e delle persone sole).

Aspetti nuovi nell'etica quale l'affermarsi dell'equità al posto dell'eguaglianza, i conflitti fra solidarietà e non ingerenza, modificazioni dei limiti della tolleranza.

In particolare cambiamenti nell'etica medica ove diminuisce l'obbligo a vivere, si afferma il diritto alla diminuzione del dolore, cambia il contratto fra medico e paziente (ad esempio il consenso informato che prevede il diritto di rifiutare la terapia), e si va verso nuove definizioni del bisogno alle cure.

Inoltre in medicina si apre una nuova cronicità quale quella dei sopravvissuti di malattie croniche, di incidenti, e la speranza di vita più lunga per i malati mentali.

Tutto questo fa sì che i problemi etici inerenti all'assistenza medica al suicidio saranno sempre più sul tappeto.

Attualmente si confrontano in molti scritti due posizioni: una che argomenta contro il comportamento suicidario in nome di una trascendenza, ponendo sostanzialmente l'uomo di fronte al suo Creatore, una seconda che in una prospettiva laica rivendica la libertà dell'individuo e il primato della Coscienza del singolo sulla propria vita.

Due posizioni per altro sempre presenti nei confronti del suicidio, da una parte l'etica della stoà (la scuola cinica, la cirenaica, epicurea, stoica, i nichilisti, J.Amery, ecc.) fondata sull'individualismo e sul soggetto, dall'altra un'etica dell'assistenza, del giuramento ippocratico, della deontologia cristiana, della protezione dei soggetti deboli: principio dell'autonomia contrapposto al principio di beneficenza per cui è sempre meglio salvare una vita.

Spesso però le opposte argomentazioni, che esprimono quanto appassionante sia il dibattito, appaiono improntate da posizione ideologica e distanti dal considerare la persona, l'uomo fatto di carne, il corpo che vive nell'esperienza del soggetto, e rimandano pertanto alla necessità di richiamarsi alla prima persona nella sua fattualità di natura e di cultura.

La nuova legislazione olandese, che consente l'eutanasia ed il suicidio assistito, entrata in maniera sperimentale nel 1992, e poi ratificata come legge nel 2001, ha molto influenzato l'opinione pubblica, visto anche i frequenti interventi dei grandi mezzi di informazione molto sensibili al tema della cosiddetta "buona morte" in alternativa a quella supposta "cattiva".

Inoltre i media tendono ad identificare il problema dell'accanimento terapeutico con l'accompagnamento ai morenti, e con una eutanasia silenziosa di fatto molto praticata nella

concomitanza del fatto che attenuando il dolore spesso si accorcia la vita, e che comunque un intervento medico può caratterizzarsi talvolta come atto che impedisce che si prolunghi il processo di morte. Spesso i media alimentano una confusione fra quello che è l'aiutare a "morire" dignitosamente e con la minore sofferenza possibile, con l'aiuto "nel morire".

I temi che alimentano il dibattito presente nel nostro paese riguardano prevalentemente quattro gruppi di persone:

- a) I soggetti che sono sopravvissuti a malattie croniche o ad incidenti e che si trovano in condizioni vegetative permanenti, oppure neonati con patologie tali da escludere qualsiasi consapevolezza.
- b) Soggetti affetti da malattie che comportano sofferenze o dolori atroci, insopportabili e non trattabili, ma capaci mentalmente.
- c) Soggetti affetti da malattie mentali gravi (gravi depressioni, schizofrenia)- ma ritenuti capaci di esprimere una scelta.
- d) Soggetti che in mancanza di malattia, in genere grandi vecchi, sostengono la liceità di una scelta suicidaria assistita o eutanasia come rinuncia alla vita (ricordo per tutti i molti editoriali di I.Montanelli).

Le condizioni sono pertanto molto diverse e molto distinte e comportano diversi gradi di condivisibilità oltre che di perplessità, che cercherò di esplicitare.

E' inagibile che in questi ultimi decenni i progressi della ricerca biologica e lo sviluppo della tecnologia se da un lato hanno contribuito ad allungare la vita media e a fare sopravvivere un certo numero di persone, nel contempo hanno creato una serie di nuove dipendenze, di sopravvissuti, oltre che porre sempre più questioni sull'opportunità, liceità ed umanità di certe soluzioni tecniche.

Spesso ciò che è tecnicamente possibile e lecito, non sembra esserlo altrettanto dal punto di vista umano.

I problemi dei trapianti, dell'invecchiamento della popolazione, della manipolazione genetica, della sopravvivenza in condizioni estreme, sono e diventeranno nel tempo sempre più complessi e difficili, in quanto "l'espansione delle possibilità tecniche sposta continuamente i nostri limiti naturali e genera nuove responsabilità" (Aportone A.).

Non è da pensare che gli stessi medici non sentano il peso di questi oneri affettivi e, trovandosi in grave difficoltà cercano di scoprire nuove regole e norme di comportamento.

Così può prendere corpo una tendenza a trovare una soluzione tecnica ed efficiente, come quella proposta dall'esperienza olandese, con alcuni innegabili vantaggi, quali la gestione sociale del suicidio e la risposta a delle richieste personali di uscire da un dolore insopportabile.

Ma è veramente un atteggiamento altruistico o non è espressione di una società che è intollerante dei limiti, che vuole gestire in proprio a largo raggio la propria mortalità perché fondamentalmente fobica della sofferenza e della morte?

Inoltre tutto questo può preludere ad altri inattesi sviluppi:

non viene mai sufficientemente ricordato la strage di malati mentali perpetrata nella Germania nazista quando intere popolazioni di ricoverati in istituti psichiatrici vennero mitragliate, gasate e lasciate morire di fame.

Questo avvenne sì nel nome della razza, ma trovava una cultura già predisposta ad accettare la supremazia della tecnica che diventa un valore primario su ogni altro valore e appare un prodotto estremo della "modernità tecnologica".

Allora ecco che se un malato incurabile, gravemente sofferente, chiede di avere accelerata la fine anche attraverso la sospensione delle cure, molti medici possono trovarsi consenzienti, ma se a chiederlo è una persona non malata fisicamente, ma che è "stanca" della vita perché depresso, chi può essere certo che magari in un altro momento quella stessa persona non avrà modo di superare questa posizione, e non trovi una certa sufficiente voglia di vivere?

Inoltre, come poter condividere l'opinione della "razionalità" della richiesta eutanasica di un depresso, le cui capacità logiche ed i processi di pensiero sono sì integre ma che certamente solo con un artificio possiamo considerare disgiunte dalla componente affettiva così potentemente turbata. E' ben noto come nel depresso sia presente una triade negativa, (del mondo, del futuro, di sé stesso) oltre ad una ambivalenza di base sul vivere e sul morire, che senz'altro hanno un forte peso sulla sua eventuale richiesta eutanasica per cui il suo voler morire sarebbe in realtà un dover morire, cioè un sintomo della malattia.

Siamo inoltre del parere che la definizione di razionalità sia particolarmente soggetta al contesto culturale e sociale, oltre al fatto che molti autori negano la possibilità di un suicidio razionale in quanto manifestazione di una condizione temporanea e reversibile e comunque espressione di un particolare stato della mente (Pavan) Ricordo anche che la depressione è molto comune fra i portatori di malattie terminali: depressioni in senso clinico sono rilevate da studi e ricerche accurate e in genere si caratterizzano per essere accompagnate da scarsa consapevolezza soggettiva e da una notevole difficoltà diagnostica. Spesso i sintomi depressivi sono attribuiti alla condizione fisica terminale, e ciò pone il problema di riconoscere e trattare quando è presente una depressione clinica anche in queste condizioni.

Solo da poco ci si occupa di rilevare e studiare i pensieri suicidari e i desideri suicidari dai malati terminali e i pochi studi al proposito sembrano indicare che piuttosto raramente vi sono ideazioni suicidarie in assenza di una sindrome depressiva.

Inoltre si è rilevato che il dolore fisico non rappresenta la causa maggiore di pensieri suicidari o/e di richieste di eutanasia attiva in Olanda (solo nel 5% dei casi il dolore è la causa di una richiesta di morte assistita) quanto invece la perdita dell'autonomia e una condizione di dipendenza sentita come umiliante e insopportabile.

Vedere accolta la richiesta di rinunciare all'accanimento terapeutico in casi specifici può essere il riconoscimento al diritto di ognuno all' "autodeterminazione" senza proporre facili fughe in avanti nell'illusione di poter sconfiggere i limiti fondamentali insiti nella nostra natura.

D'altro canto la difesa sempre ad oltranza della vita, quale che sia, per motivi religiosi specifici e trascendentali, se pure è comprensibile, può valere solo per alcuni, e non può essere generalizzabile ed imposta, in altre parole non riteniamo adeguato respingere qualsiasi possibilità eutanastica nel nome di una soggettività fondata sulla trascendenza dove lo status di persone è determinato al di fuori di sé da una trascendenza o da uno stato etico.

Allora come rapportarci al problema?

Innanzitutto superando l'atteggiamento di rimozione di tutte le problematiche che riguardano la morte e non solo il suicidio e l'eutanasia.

E' certo che la morte reale fa paura ed è temuta, ma ciò non giustifica l'atteggiamento di negazione e di occultamento che viene sollecitato e proposto in una società come la nostra dove l'individuo deve conservare, produrre, godere, vivere a tutti i costi, come se i limiti, i distacchi, ed infine la morte non facciano parte della natura umana.

Le tradizioni morali etiche fondate su un dogmatismo religioso e politico per cui la vita è un bene indisponibile che non appartiene all'individuo ma ad altro (Dio, stato etico, stato partito), sono cadute o appaiono insufficienti, ma per questo non devono essere sostituite da un seducente tecnicismo che a nostro avviso può coagulare alcuni dei più discutibili aspetti della nostra civiltà: l'efficientismo e il vitalismo a tutti i costi.

Una società che penalizza chi non produce, che tende a presentare come insopportabili e disumane esperienze come il dolore, la vecchiaia, la invalidità, quando promuove una educazione alla morte come diritto, non appare disinteressata e solleva inquietanti preoccupazioni per il futuro.

Può diventare sempre più facile trovare argomenti legittimati per disfarsi di persone malate che diventino soggetti scomodi per l'alto costo di assistenza, per le sofferenze che gravano alle famiglie, per le frustrazioni che provocano nei medici e nel personale paramedico, così che è giustificato il timore che dai temi della "buona morte" si arrivi all'omicidio di vite considerate "senza valore" (Zacco C. et al.).

Nessuna facile risposta quindi, ma impegno ad ampliare la propria partecipazione alla sofferenza della persona, del soggetto intero non solo come corpo, ma nella sua unità di un corpo ma anche di una coscienza di sé e della propria storia. Lo statuto di essere umano passa attraverso l'auto-riferimento dell'individuo a se stesso: necessità di richiamarsi alla prima persona e non alla terza.

In attesa che il dibattito maturi, e che il legislatore esprima nuove regole trovando più adeguati equilibri fra diritto positivo e diritto all'autodeterminazione e all'autonomia, è auspicabile che il medico, nel rispetto delle leggi attuali, abbia presente la sua morale professionale che deve tendere a privilegiare i diritti, gli interessi, e la dignità del suo paziente e accetti di non poter impedire la morte e lasci morire, "accompagnandolo" con cure appropriate e proporzionate, (Bonetti M., Rossi M., Viafora C.) con un impegno sia personale che istituzionale per fare sì che la morte sia meno solitaria e dolorosa.

In mancanza di un riferimento trascendente, in carenza di una morale come legge assoluta su cui informare le proprie azioni, e per evitare pericolose tentazioni consumistiche ed oggettivanti, sarebbe opportuno che il pensiero laico più attivamente riscoprisse e partecipasse a queste problematiche, recuperando il suo fondamentale e più genuino interesse verso il soggetto umano nella sua complessa realtà di natura e di cultura.

BIBLIOGRAFIA

APORTONE A.. (a cura di)

Sull'etica del suicidio. Casa Editrice Le Lettere, Firenze, 2003.

BONETTI M., ROSSI M., VIAFORA C. (a cura di)

Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita. Casa Editrice F. Angeli, Milano, 2003.

PAVAN L.

Paura della morte e suicidio. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995.

PAVAN G.

Note in tema di aiuto a morire e legge penale. Studi su Aggressività e Suicidio, 2, 12-21, 2003

ZACCO C. et al.

Suicidio o eutanasia. Giornale Italiano di Suicidologia, suppl. 1, 201-202, 1993..