

Adorno Antonio**Da:** Adorno OASI CANA [FamigliaVita] [associazione@oasicana.it]**Inviato:** mercoledì 13 dicembre 2006 10.57**A:** info@oasicana.it**Oggetto:** Manipolazioni e disinformazione su eutanasia e cure palliative

*Carissimi amici dell' Associazione OASI CANA Onlus, ecco le notizie su
Famiglia e Vita*

5 PER 1000:

AIUTARE LA FAMIGLIA NELLA DICHIARAZIONE DEI REDDITI NON COSTA NULLA

Manipolazioni e disinformazione su eutanasia e cure palliative

Intervista al Direttore del Reparto di medicina palliativa di Forlì

ROMA, mercoledì, 29 novembre 2006 (ZENIT.org). - In Italia si sta facendo sempre più intenso il dibattito sulla liceità o meno dell'eutanasia, mentre il Parlamento è in attesa di discutere le diverse proposte di legge in materia.

Per cercare di chiarire i termini del contendere ZENIT ha intervistato Marco Maltoni, Direttore del Reparto di medicina palliativa di Forlì e coautore con Carlo Valerio Bellieni del libro "La morte dell'eutanasia. I medici difendono la vita" (Società Editrice Fiorentina, 2006).

Il dottor Maltoni ha una vasta conoscenza del problema, avendo anche come esperienza in famiglia la nonna di sua moglie che è da cinque anni allettata, con una demenza grave.

Di fronte a malattie inguaribili o gravi disabilità, è sempre più insistente la richiesta di morte assistita e di eutanasia. Qual è il suo parere in proposito?

Maltoni: Come affermano Achilli e Isimbaldi nella prefazione del libro "La morte dell'eutanasia. I medici difendono la vita", scritto da più Autori e curato da Bellieni e dal sottoscritto, "assenza di senso e solitudine sono i due fattori che portano l'uomo a disperare, a non aspettarsi più nulla di utile e bello per sé". Mi colpisce sempre, leggendo la letteratura scientifica e guardando alla mia esperienza, come vi sia un'estrema variabilità di entità di richiesta eutanassica in diverse popolazioni di pazienti con caratteristiche assolutamente sovrapponibili, con un range che va dal 20-25% presentati in lavori di autori olandesi, allo 0.7% riportato da palliativisti francesi, o ancor meno nella mia pratica clinica (solo due reali richieste in oltre trent'anni di attività).

Il dato numerico proveniente dalla Francia, peraltro, non è dissimile da quello riportato dagli addetti ai lavori sulla percentuale di idee suicidarie nella popolazione in generale, assunto anche come "stima" grossolana della sofferenza mentale di quella popolazione stessa. Intendo rilevare che (a parte le differenze "tecniche" fra "generica attitudine", "desiderio occasionale", e "richiesta esplicita" eutanassica che alcuni autori hanno sottolineato, con caratteristiche di fluttuazione, ambivalenza, orientamento futuro, e condizionamento a determinati avvenimenti delle due prime tipologie, non assimilabili alla terza come oggi di fatto avviene) l'entità della richiesta risente molto, oltre che del livello di adeguatezza della gestione del dolore e degli altri sintomi, del clima di cura e sociale in cui il malato è assistito, con la nota influenza effettuata dall'effetto "pedagogico" di una legge dello stato.

Il cosiddetto "principio di autonomia", che oggi sembra quasi l'unico valore assoluto ed è portato a supporto della legittimità della richiesta di eutanasia, oltre a essere contraddetto dalla realtà di rapporti sociali in cui l'uomo è immerso ("L'assoluta indipendenza individuale è la bestemmia della borghesia. Noi dipendiamo tutti l'uno dall'altro, ogni spirito umano sulla terra" [G.B. Shaw] ; "...un'esperienza pienamente umana, perciò profondamente personale, e - come in ogni altro caso di autentica umanità - radicata in un rapporto sociale, comunitario" [L. Giussani]) è di fatto sottoposto a condizioni anche dai suoi più convinti assertori, che pare lo intendano a senso unico.

Chi, infatti, non metterebbe un limite ad una richiesta palesemente inappropriata di effettuare chemioterapia ad alte dosi o un trapianto di fegato in una situazione di terminalità, anche se il paziente richiedesse tale intervento terapeutico con forza e convinzione? E perché questo limite deve essere considerato logico e ragionevole solo sul versante della richiesta di ostinazione terapeutica e non su quello dell'abbandono terapeutico? Ma, soprattutto, numerosi studi mostrano come l'autonomia del malato sia profondamente condizionata da due serie di fattori, una interna ed una esterna al malato stesso.

Da una parte, gli aspetti legati alla depressione e allo stato emozionale derivanti da una perdita di significato e di percezione di dignità personale sono assolutamente correlati ad un aumento della richiesta eutanassica, tanto che alcuni filoni canadesi e statunitensi di psicooncologia hanno coniato suggestivi nomi ("dignity therapy", "meaning therapy") per indicare le adeguate linee di

Da quest'anno, nella dichiarazione dei redditi, puoi scegliere di devolvere senza alcun esborso il 5x1000 delle tue tasse alla nostra Associazione OASI CANA Onlus firmando l'apposito riquadro ed indicando il nostro codice fiscale **97082060829**

**5 per 1000
per la Famiglia**



codice fiscale **97082060829**

firma sulla dichiarazione dei redditi (CUD, 730 o UNICO) per dare il 5 per mille alla Associazione OASI CANA Onlus.

Basta firmare l'apposito modulo e indicare il nostro Codice Fiscale

97082060829

Links da segnalare

Visita il sito dell'Associazione

www.oasicana.it

cose da ricordare

Per cancellarti [clicca qui](#)
per iscriverti [clicca qui](#).

sei iscritto con
l'indirizzo
info@oasicana.it

intervento, riportando risultati impressionanti per efficacia e qualità; dall'altra parte, altrettanta evidenza esiste per un impatto sostanziale sull'entità della richiesta eutanasi da parte della situazione familiare e dell'atteggiamento del curante, come se lo sguardo su di sé, in una situazione di estrema debolezza e fragilità, fosse mutuato e rispecchiasse in modo forte lo sguardo con il quale la persona viene guardata da parte di chi se ne prende cura.

Questa è la nostra grande responsabilità, come curanti e come società che si deve organizzare per fornire una adeguata assistenza: portare alla luce il senso di una vita anche quando sofferente, e non lasciare soli i malati e le loro famiglie. Tale responsabilità credo si debba esercitare in due modalità: direttamente nella fase di assistenza (in una sorta di "formazione" sul campo) e in tutte le forme della comunicazione culturale in senso stretto, scritte e verbali.

Nel libro di cui è coautore si sostiene che la vita è degna di essere vissuta anche se esiste la sofferenza, l'handicap, il sacrificio. Può illustrarci questo punto di vista?

Maltoni: La nonna di mia moglie è da cinque anni allettata, con una demenza grave. In tutto questo tempo è stata accudita dalle due figlie, direttamente e con l'aiuto di altre persone che professionalmente (e, proprio per una piena espressione della loro professionalità, con affezione e dedizione), hanno integrato le possibilità assistenziali della famiglia. La signora non ha mai sviluppato un decubito, ed entrare nella sua stanza sempre profumata è come entrare nel cuore del mistero umano.

Anche se non tutto di questa situazione è razionalisticamente incasellabile, due cose capisco. La prima, che questa donna è dentro una relazione di cura della quale è sicuramente oggetto. Ma, come dice il Dottor Guizzetti in base alla sua mirabile esperienza con i pazienti (o disabili, come lui preferisce definirli) in Stato Vegetativo Persistente, chi è oggetto di cura ne è allo stesso tempo anche soggetto attivo, per la ricchezza e l'umanità che in questa relazione emerge, sia pure in condizioni a volte estremamente faticose. La seconda, che un "di più" di umanità e dignità giunge per osmosi a chi tocca queste situazioni, rispetto al fatto che, nell'esempio portato, cinque anni fa, fosse stata somministrata una pillola del suicidio, o fossero state interrotte la nutrizione, l'idratazione e la cura. Senza volere riesumare forme, se mai ci siano state, di dolorismo e senza volere considerare sofferenza e sacrificio un obiettivo da ricercare, mi pare innegabile che essi possano far crescere la nostra consistenza umana, come è esperienza comune di chi lavora a contatto con malati e famiglie che per mesi o anni accettano non passivamente il mistero della propria condizione.

Una osservazione a latere, ma non del tutto marginale, è che, se fosse vero il contrario, cioè se la vita umana fosse degna di essere vissuta solo quando esprimesse le qualità proprie dell'uomo (e che tali ontologicamente rimangono, indipendentemente dal loro possibile livello di attuale espressività), chi, se non un impersonale, astratto, e ostile potere potrebbe determinare "quali" condizioni, quale "qualità di vita" sarebbero da ritenersi sufficienti? 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? In altri termini, aperta la falla nella diga o iniziata la piccola valanga da una palla di neve, la progressione è purtroppo esponenziale, tanto che alle forme fatte passare per "nobili" di eutanasi volontaria, nei paesi in cui essa è legalizzata, si stanno sempre più aggiungendo anche quelle meno emotivamente presentabili, come la non-volontaria e la involontaria.

Può spiegarci in che modo la medicina palliativa per i malati terminali è una risposta alternativa alle proposte di eutanasi?

Maltoni: Tento di rispondere a questa domanda esprimendo tre punti in successione:

a) Certamente le cure palliative e, in particolare, la medicina palliativa, possono rappresentare una "risposta" alle proposte di eutanasi. Corpo specifico di conoscenze della Medicina Palliativa è rappresentato da affrono e gestione rigorosi, documentati, e basati su evidenze scientifiche del dolore fisico, dei sintomi gastrointestinali (nausea/vomito, occlusione intestinale, diarrea), dei sintomi respiratori (dispnea, tosse), dei sintomi a carico del Sistema Nervoso Centrale (confusione, delirio, agitazione psico-motoria), dei sintomi di malessere psicologico (ansia, depressione) e così via.

Tali specifiche conoscenze giungono ad individuare anche quei sintomi definiti "refrattari", cioè non controllabili con una gestione ordinaria, che circa nel 15% dei pazienti in fase terminale rendono necessario un approccio che ha come conseguenza un abbassamento del livello di coscienza, la cosiddetta "sedazione palliativa", che un condivisibile documento della Società Europea di Cure Palliative ha delineato nei suoi caratteri di totale alterità rispetto a interventi eutanasi sia a livello di intenzione del medico (solievo della sofferenza e non morte del paziente), che di procedura utilizzata (utilizzo progressivo e monitoraggio di farmaci per il controllo della sintomatologia e non somministrazione di farmaci letali), che di risultato ottenuto (solievo dei sintomi e non morte del paziente). Tale approccio contraddice anche il luogo comune che l'intervento eutanasi è necessario nei casi in cui il controllo dei sintomi non è conseguibile, in quanto tale controllo, anche se talora con modalità "estreme" come quella descritta, è conseguibile nella totalità dei pazienti. Numerosi studi evidenziano come la sedazione, pur da considerare ultima risorsa e, come tutti gli altri interventi terapeutici, da utilizzare in modo appropriato, non necessita della teoria del "doppio effetto" per essere sostenuta, in quanto non ha alcun impatto negativo sulla sopravvivenza.

[Qui puoi trovare tutte la mail precedentemente inviate](#)

Anche il Magistero considera tale modalità, un ultimo, necessario presidio da utilizzare, pur con la conseguenza di limitare la coscienza "se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali". In questo caso, infatti, la morte non è voluta o ricercata, nonostante che per motivi ragionevoli se ne corra il rischio: semplicemente si vuole lenire il dolore in maniera efficace, ricorrendo agli analgesici messi a disposizione dalla medicina. Quindi chi confonde terapia del dolore e sedazione palliativa con approcci eutanasi, (denominando i primi addirittura "eutanasia indiretta") manipola, in buona o malafede, i termini della questione, forse allo scopo di far credere che oggi l'eutanasia è già pratica nascosta comunemente utilizzata. Tutto ciò emerge con esemplare chiarezza nel bellissimo editoriale di uno degli ultimi numeri di Palliative Medicine, nel quale Karen Forbes critica la metodologia utilizzata nello studio EURELD (*End of life decisions in six european countries*: uno degli studi oggi più citati e alla moda nel settore), costituito da un ambiguo questionario inviato a medici europei per conoscere il loro atteggiamento sulle cosiddette "decisioni di fine vita).

Secondo l'editorialista, infatti, "il questionario dello Studio EURELD mette insieme situazioni diversissime 'assumendo' scorrettamente che alleviare i sintomi può accelerare il decesso e interroga i medici che 'credono' questo non distinguendo fra tre categorie di medici rispondenti: 1) medici che intensificano il controllo dei sintomi con l'intenzione eutanasi; 2) medici che intensificano il controllo dei sintomi 'nonostante' credano, a torto, di accelerare il decesso; 3) medici che intensificano il controllo dei sintomi sapendo che molto raramente, se non mai, ciò accelera il decesso". In questo modo, viene effettuata una oggettiva (colpevole o colposa?) opera di disinformazione, anziché di educazione professionale.

b) La Medicina Palliativa, che persegue il controllo dei sintomi presentati dai pazienti, rappresenta però solo una parte dell'approccio più ampio costituito dalle Cure Palliative, che hanno la "pretesa" affrontare la sofferenza del paziente e dei suoi familiari in modo più ampio, tenendo conto, oltre che degli aspetti fisici, anche di quelli psicologici, sociali, ed esistenziali, facendosi carico sia del malato che della sua famiglia.

c) Comunque, nonostante il migliore approccio palliativo possibile, la sofferenza umana nel limite della fragilità e della malattia, in particolare nel passaggio verso lo strappo della morte, è ineliminabile e sarebbe illusorio pensare che le Cure Palliative possiedano il taumaturgico potere di azzerare la sofferenza. Invece, le Cure Palliative interpretate come "cura" dei malati intesa nel suo senso più profondo, possono contribuire a svolgere una funzione "educativa", nei confronti dei pazienti, dei loro familiari, degli operatori, e della società tutta, sul fatto che di fronte alla sofferenza è possibile una presenza, uno sguardo che riconosca ed esprima la dignità ontologica dell'uomo.

Questo riconoscimento viene percepito come creativo di un reale rapporto in atto, come esprimono alcune delle frasi che pazienti e familiari lasciano abitualmente nel "libro delle testimonianze" del nostro Hospice:

- "Di fronte al dolore qui nessuno è fuggito"
- "Siamo stati aiutati ad avere meno paura"
- "Avete medicato le ferite visibili e quelle invisibili"
- "Questo è stato difendere la vita e generare speranza"
- "Giovanna mi ha lavato i capelli e fatto la barba"
- "Si può dimenticare il degrado del proprio corpo se lo sguardo degli altri è carico di tenerezza"

Quest'ultima frase è paradigmatica del compito delle Cure Palliative e della Medicina più in generale: portare uno sguardo che conferma il malato sulla propria ultima, grande, irriducibile dignità.

ZI06112917

_____designed by Antonio Adorno_____

<http://www.oasicana.it>

La presente e-mail fa parte del servizio di documentazione del Centro Studi sulla Famiglia "Sedes Sapientiae" dell'Associazione OASI CANA Onlus, (www.oasicana.it). Si tratta di studi, ricerche, segnalazioni, notizie relative alla Famiglia e alla Vita. Puoi trovare tutte quelle precedentemente inviate http://www.oasicana.it/elenca_files_2006/elencafilesnw.php

Se Ti sono di disturbo o non vuoi più riceverne puoi cancellarti automaticamente [cliccando qui](#).

Chi avesse ricevuto questa mail da altri e volesse iscriversi a questa lista basta [clicchi qui](#).

Per qualsiasi esigenza o per segnalarmi eventuali notizie o altro che ritieni sia utile far circolare fra di noi inviandomi una mail a

info@oasicana.it.

Antonio Adorno

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Le comunichiamo che i suoi dati personali sono trattati per le finalità connesse alle attività di comunicazione della Associazione OASI CANA Onlus. I trattamenti sono effettuati manualmente e/o attraverso strumenti automatizzati. Il titolare dei trattamenti è l'Associazione OASI CANA Onlus, con sede in Palermo, Corso calatafimi, 1057. Il responsabile dei trattamenti è l'Ing. Antonio Adorno, domiciliato presso la suindicata sede. In relazione ai trattamenti dei dati che la riguardano, lei potrà rivolgersi al suddetto responsabile per esercitare i suoi diritti ai sensi dell'articolo 7 del Codice. In qualunque momento lei lo desideri può richiedere la cancellazione dei suoi dati personali dalla mailing list seguendo le istruzioni suindicate o inviando una e mail all'indirizzo info@oasicana.it oppure scrivendo al responsabile del trattamento.