

Adorno Antonio**Da:** Adorno OASI CANA [FamigliaVita] [associazione@oasicana.it]**Inviato:** giovedì 7 giugno 2007 18.09**A:** info@oasicana.it**Oggetto:** La morte di Giovanni Paolo II e il rifiuto della terapia

*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

La morte di Giovanni Paolo II e il rifiuto della terapia

ROMA, domenica, 20 maggio 2007 (ZENIT.org).- Pubblichiamo di seguito per la rubrica di Bioetica l'intervento della dottoressa Claudia Navarini, docente presso la Facoltà di Bioetica dell'Ateneo Pontificio *Regina Apostolorum*.

* * *

Gent.ma dott.ssa Navarini,

[...] Ho apprezzato e condiviso le sue riflessioni in merito all'articolo **Dichiarazioni Anticipate di Trattamento ed eutanasia: il problema etico dietro a quello linguistico**. Credo che la decisione più ardua sia lo stabilire se un'azione clinica si possa configurare come un avallo ad una volontà suicidaria oppure no...

Desidererei leggere una Sua opinione in merito proprio alle definizioni. Nell'Evangelium Vitae si parla di eutanasia come "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. «L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati»

Il connubio "intenzioni E metodi" è un unicum? Ovvero, posso omettere un'azione clinica, che di per sé procurerà morte, ma senza intenzione di voler procurare la morte?

Le chiedo in questi termini una sua visione della morte di Papa Wojtyla, in quanto molti fautori della legalizzazione delle direttive anticipate la utilizzano (strumentalmente) per sposare d'ambìe le loro tesi.

Ci sono notizie certe di alcuni eventi sanitari in merito alla morte del Pontefice? è vero che era già presente una tracheotomia e che vi è stata la decisione, ad un certo momento, di non applicare un ventilatore meccanico?

Se così fosse, vi sarebbe stata una chiara omissione (per rispettare la volontà del Papa), che, in seguito, avrebbe portato a morte più velocemente... anziché continuare a vivere con il ventilatore, magari anche alimentato con sondino...

La volontà del Pontefice, allora, è stata determinante nel rifiutare la pratica invasiva, anche se non l'aveva rifiutata precedentemente. NON è stata così avviata la ventilazione meccanica assistita...

Ora, se il Pontefice ha avuto diritto nel rifiutare la (nuova) pratica invasiva, deve essere sorta qualche considerazione di importanza superiore al fatto di mantenere **COMUNQUE** in vita la persona con pratiche di sostegno vitale.

1. Quali possono essere queste considerazioni, nello specifico caso del Pontefice?

Potrebbero essere estese a tutti i malati (ad esempio con la SLA), **PRIMA** di essere intubati, cioè rifiutando una pratica di per sé assolutamente invasiva?

PROPRIO QUESTA CONSIDERAZIONE VIENE PORTATA AVANTI PER AVALLARE LA TESI CHE TUTTI HANNO DIRITTO DI RIFIUTARE LE CURE IN GENERALE, comprese quelle di sostegno vitale. Per alcuni versi è cosa peraltro stabilita anche nella nostra Costituzione e dalla deontologia medica...

2. Un problema grosso sorge quando le cure di sostegno vitale **SONO STATE GIA' AVVIATE**, e la persona vorrebbe sospenderle... Il conflitto è evidente: se **PRIMA** avrebbe potuto **NON AVVIARLE**, in quanto protetto dalla legge, dalla deontologia medica, dall'etica e dalla morale cristiana (...rinunciare a trattamenti ritenuti troppo gravosi...), **DOPO** non sarebbe più possibile, **SE** vi fosse una volontà suicidaria (perchè vi sono i metodi -sospensione dei sostegni vitali - **E** le intenzioni). Ma sarebbe possibile che vi fossero solo i metodi (la natura dell'atto) e non le intenzioni suicidarie (l'intenzione, ad esempio, potrebbe essere quella di "tornare alla casa del Padre"...))

La ringrazio se vorrà rispondermi [...]. Cordiali saluti,
Fabio B.

Caro Fabio,

la ringrazio davvero per questa sua domanda, che lei pone in modo acuto e dettagliato, e che merita per la sua chiarezza di essere riportata pressoché integralmente.

Come lei giustamente rileva, un problema etico fondamentale nel rifiuto dei trattamenti è dato dall'eventuale intento suicidario del paziente. In coscienza, infatti, ciascuno conosce il motivo profondo per cui una determinata azione viene scelta e attuata; proprio sulla base di tale decisione, cioè della scelta dei fini, si può qualificare un atto morale come buono e cattivo.

Un intento suicidario nel rifiuto della terapia è sbagliato in virtù della più generale illiceità morale del suicidio. Ho già avuto modo di intervenire su questo tema il 6 novembre 2006. In quella occasione, dicevo che "il suicidio è un atto disordinato e innaturale che da molto tempo le società civili hanno smesso [...] di promuovere come formula accettabile di risposta ai più vari problemi esistenziali. Nella maggior parte dei casi rappresenta un segnale patologico, o comunque il segno di un disturbo profondo a livello psichico: sono più facilmente colpiti da pensieri suicidi i depressi dei sofferenti. Molti tra coloro che si uccidono avevano già tentato di farlo in precedenza, e per questo i sistemi sanitari attivano vari programmi di intervento e di recupero per rimuovere le cause degli atteggiamenti autolesivi nella popolazione. I contesti in cui il tasso di suicidi o di tentati suicidi è più alto viene considerato a livello sociologico un contesto problematico e difficile, e l'aumento di suicidi è comunemente ritenuto un problema sociale. Infine, il codice penale, che evidentemente non punisce il suicida, punisce l'istigazione al suicidio.

In altre parole, il male intrinseco al suicidio si percepisce chiaramente (peraltro anche con il semplice buon senso) in quanto si tratta di un atto contrario alla fondamentale tendenza dei viventi all'autoconservazione e strutturalmente anti-sociale. È un fenomeno intimamente connesso alla disperazione: la morte del suicida non è una morte serena, ma una morte disperata e angosciata, a volte rabbiosa. Gioca talora nel suicida il senso di protesta verso tutto e tutti, e – secondo vari psicologi – anche una volontà punitiva nei confronti di altri. Tale fenomeno è particolarmente visibile nei tentati suicidi e nelle minacce di suicidio: si riscontra sovente il desiderio di 'farsi notare', di attirare l'attenzione su di sé, come reazione alla difficoltà di ottenere altrimenti amore e comprensione.

D'altra parte, è ragionevole che giunga all'ipotesi del suicidio proprio colui che non si sente amato. O colui che non riesce ad amare, ovvero che è completamente chiuso in se stesso. Infatti, la presenza di relazioni affettive profonde è fonte di forza, di serenità e di speranza in qualunque momento dell'esistenza e in qualunque situazione fisica. Anche nell'imminenza della morte. Che è quanto dire: la persona che mantiene relazioni d'amore autentico con altri affronta meglio la sofferenza inevitabile causata dal pensiero della morte, è facilitato ad accettare la morte stessa come un fatto ineludibile, può respirare un clima di pace che, pur nella solitudine che la morte produce, genera interiormente tranquillità.

La grave ingiustizia dell'atto suicida si riassume con chiarezza nel principio secondo cui la vita è un bene indisponibile, ovvero qualcosa che caratterizza in profondità il nostro essere e che non può pertanto essere eliminato, come accade invece di un bene che ci si procura autonomamente. Il suicidio, così, non indica solo il disprezzo della vita (che è un grandissimo dono) ma lo sganciamento dalla realtà, dall'essere. Non a caso i padri della "rivoluzione sessuale" esibivano, accanto ad atteggiamenti violentemente contrari alla difesa della vita innocente e della famiglia naturale, autentiche apologie della morte e del suicidio, come forme supreme di rifiuto dell'ordine naturale o verità dell'essere. Una società che "tutelasse" il suicidio sovvertirebbe infatti l'ordine naturale e scardinerebbe dalla base ogni possibile riferimento al bene comune" (C. Navarini, [Tra volontà suicidaria e scelta eutanasi](#), [ZENIT, 6 novembre 2006](#)).

In questo senso, la rinuncia a terapie salvavita e in generale alla vita fisica sono eticamente giustificate solo qualora tale rinuncia si presenti necessaria nel raggiungimento di un bene superiore, ovvero del bene totale e integrale della persona, che è superiore anche al valore della vita. Il perseguimento di tale "bene superiore", naturalmente, rispetta le dinamiche dall'agire morale e l'oggettività del bene che, è importante ricordarlo, ha sempre anche una dimensione sociale.

Per l'intima coerenza del bene stesso, infatti, non è possibile che ciò che consegue il mio bene contemporaneamente consegua *in e per sé* il male di altri. A meno che non parliamo di beni – o di mali – apparenti, o di quei beni difficili o eroici che per la loro "difficoltà" possono temporaneamente apparire dei mali al soggetto. Consideriamo ad esempio il caso di una donna affetta da qualche patologia della gravidanza, la quale, per non sopprimere il figlio che porta in grembo attraverso l'aborto, perde la sua vita. Questo nobile gesto potrebbe apparire a prima vista un male per gli altri figli che restano orfani. Eppure, a ben vedere, è meglio – anche *per loro* – che la loro mamma sia morta per difendere la vita del fratellino piuttosto che la madre sia ancora viva avendo ucciso uno di loro.

Applicando questo argomento al malato cronico o terminale, possiamo dire che un paziente che rifiuti un trattamento nel tentativo di perseguire un bene più alto della sua vita fisica (sana o malata, piacevole o sofferente che sia) non commette un suicidio, ma semplicemente accetta la morte inevitabile. Tale intenzione, se in qualche caso risulterà evidente a chi assiste il malato, in altri casi potrà solo essere ragionevolmente ipotizzata o presunta dai medici. E tuttavia, dal momento che è impossibile per un uomo sondare fino in fondo la coscienza altrui, non è eticamente consentito forzare un paziente capace di intendere e di volere ad accettare un trattamento sanitario, anche quando questo fosse indispensabile alla sua sopravvivenza. È chiaro comunque

che l'insieme della vita della persona, le sue scelte, il suo ruolo sono elementi importanti per comprendere il senso di un atto di rifiuto terapeutico.

Non dispongo personalmente di dati relativi alle ultime fasi assistenziali di Giovanni Paolo II. Quel che è certo, è che il grande pontefice si è sempre espresso con estrema chiarezza sia sull'eutanasia che sul suicidio, e che un eventuale rifiuto di alcuni trattamenti possono avere avuto unicamente il senso sopra descritto.

Diverso sarebbe il caso di una persona che avesse ripetutamente rivendicato il diritto di morire e l'ammissibilità dell'eutanasia volontaria, come è accaduto per Piergiorgio Welby, di cui non possiamo conoscere il pensiero e il cuore in prossimità della morte, ma la cui vicenda è stata troppo spesso paragonata in questi mesi a quella, completamente differente, del defunto pontefice.

Inoltre, nel caso di Giovanni Paolo II le eventuali ulteriori misure di supporto prima del decesso potevano avere le caratteristiche del mero prolungamento dell'agonia, dal momento che il papa si trovava comunque nell'imminenza della morte nonostante i mezzi adoperati. È chiaro che nessun paziente è eticamente tenuto a prolungare vanamente l'agonia, e che di fronte a trattamenti inefficaci dal punto di vista clinico – ovvero incapaci di offrire benefici terapeutici o palliativi – il mero prolungamento dell'agonia sarebbe una forma di accanimento terapeutico.

Diverso, anche qui, è il caso di un malato di distrofia muscolare – come Welby – per il quale il supporto respiratorio produce un indubbio beneficio palliativo, in quanto allevia o elimina la dispnea, e che non si trova nell'imminenza della morte, ma in una fase stazionaria, che - non a caso - prevede l'uso del respiratore come trattamento di *routine*.

In definitiva, la morte di Giovanni Paolo II è stata senza dubbio una morte naturale, in cui l'eventuale rinuncia a trattamenti estremi può avere avuto unicamente due ragioni, entrambe valide: un rifiuto di trattamento da parte del malato nel perseguire un bene più alto, un semplice rifiuto di accanimento terapeutico da parte dei sanitari, sulla base delle condizioni del malato.

È vero poi quel che lei dice sul trattamento "già iniziato", in cui cioè il paziente dipenda interamente dal medico per la sua sopravvivenza. In quel caso, se non vi sono gli estremi per stabilire l'accanimento terapeutico (come visto sopra), il medico non può intervenire per sopprimere la vita del paziente mediante interruzione della terapia, nemmeno se il paziente lo richiede.

È proprio la necessità dell'intervento del medico a fare la differenza. In questo caso, infatti, l'atto omissivo che causa la morte rientrerebbe nella definizione di eutanasia. Nessun medico può essere costretto a ciò dalla volontà del paziente. Anzi, nessun medico può acconsentire a soddisfare tale volontà, pena lo snaturamento del suo ruolo e dell'intera medicina.

La sua domanda finale – se è possibile che tale richiesta di sospensione equivalga ad una volontà "non suicidaria" – è particolarmente interessante. Parliamo infatti della richiesta di sospensione di un trattamento che non ha le caratteristiche dell'accanimento terapeutico (cioè non avviene nell'imminenza della morte del paziente o non risulta clinicamente inefficace in relazione all'obiettivo ricercato), altrimenti la questione è presto risolta.

Se un trattamento salvavita, che non appaia sproporzionato dal punto di vista clinico, viene rifiutato, come si può intendere tale rifiuto? A mio avviso occorre capire quale sia l'oggetto del rifiuto. Normalmente ciò che viene rifiutato è il disagio creato dal trattamento; occorrerà dunque lenire quel disagio, modificando il trattamento medesimo o rendendolo meno gravoso (e tale obiettivo è sempre possibile con la terapia del dolore, in alcuni casi anche con la sedazione). Non si potrà chiedere invece al medico di interrompere il trattamento, se è l'unico modo per mantenere in vita un paziente che non sia nell'imminenza della morte.

Infatti, anche se su richiesta del paziente, il medico si caricherebbe così della morte di quel paziente, commettendo un atto oggettivamente, consapevolmente e direttamente occisivo. Non ci sarebbe in questo caso nessun principio del duplice effetto all'opera, né si potrebbe più parlare di un bene superiore che il paziente otterrebbe con quell'interruzione. Come si diceva prima, infatti, ciò che persegue il bene di una persona non può contemporaneamente perseguire il male di un'altra. Dunque, non è eticamente possibile che una persona persegua un bene "più alto della sua vita fisica" costringendo o inducendo un medico a commettere un male oggettivo, ovvero un atto *non medico* di uccisione.

D'altra parte, se il paziente chiede l'interruzione di un trattamento salvavita già iniziato, anche dopo aver avuto la rimozione dei fattori di disagio, è difficile non pensare ad una volontà suicidaria. Si pongono infatti tutte le condizioni per l'eutanasia, cioè per la richiesta di morte in quanto si reputa la propria vita "a certe condizioni" ormai priva di valore.

ZI07052012

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**

Associazione OASI CANA Onlus newsletter

_____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 \[http://www.oasicana.it/elenca_files_2007/elencafilesnw.php\]\(http://www.oasicana.it/elenca_files_2007/elencafilesnw.php\)](http://www.oasicana.it/elenca_files_2007/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 che [clicchi qui](#).

sei iscritto con l'indirizzo info@oasicana.it

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 per la carica 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 desidera 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.