

Glossario Eutanasia

a cura di Claudio Mazza

Il dibattito sul tema dell'eutanasia è ricco di vocaboli tecnici e il più delle volte oscuri.

Ecco quindi un breve e succinto glossario sul significato di alcune parole che si leggono spesso nelle pagine dei giornali o che ascoltiamo alla radio e in televisione

EUTANASIA E' un vocabolo di origine greca (letteralmente significa "buona morte"). Storicamente la parola si riferiva all'aiuto offerto al morente perché il trapasso avvenisse nel modo più sereno possibile.

Oggi indica un'azione o un'omissione che, per struttura propria e per deliberata intenzione, pone termine alla vita di una persona, su sua richiesta esplicita (eutanasia volontaria), per ridurre sofferenze considerate disumane o perché la vita non è più ritenuta meritevole di essere vissuta.

Quando la richiesta è presunta si parla invece di eutanasia non volontaria, cioè praticata su soggetti che non sono in grado di esprimere un consenso, come bambini malformati o malati psichici gravi.

Talvolta si parla anche di eutanasia involontaria quando viene ucciso, senza il suo consenso, un soggetto che sarebbe in grado di esprimerlo, perché la sua coscienza è solo lievemente compromessa.

EUTANASIA ATTIVA Si tratta di un gesto che pone in essere attivamente la causa che procura la morte; consiste cioè nel mettere fine alla vita di un malato terminale con un'azione volontaria diretta: per esempio, somministrando un farmaco letale.

EUTANASIA PASSIVA E' l'omissione di un intervento che impedisce la morte; consiste cioè nell'interrompere la vita di un malato terminale sospendendo un farmaco che gli è necessario per sopravvivere oppure non iniziando una terapia atta a prolungargli la vita.

SUICIDIO ASSISTITO Si ha quando l'operatore sanitario non agisce in prima persona nel togliere la vita al malato, ma gli fornisce dietro sua richiesta le conoscenze e gli strumenti tecnici perché egli possa procedere da solo. Ecco perché si parla di suicidio (seppur "assistito") e non di omicidio qual è invece l'eutanasia.

ACCANIMENTO TERAPEUTICO Consiste in un prolungamento eccessivo di cure dolorose dalle quali non ci si può attendere un miglioramento delle condizioni di vita.

Il magistero della Chiesa definisce accanimento terapeutico quegli «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».

Nessuno è tenuto all'uso di tutte le tecnologie disponibili per prolungare il morire o per ritardare la morte: il diritto di rifiutare terapie sproporzionate, anche vitali, è oggi ampiamente riconosciuto, in quanto non rispettoso della dignità della persona.

CURE PALLIATIVE Le cure palliative consistono nell'assistenza attiva e totale dei pazienti terminali quando la malattia non risponde più alle terapie e il controllo del dolore, dei sintomi, degli aspetti emotivi e spirituali e dei problemi sociali diventa predominante.

Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. In questo senso la cura palliativa è un richiamo al più antico e basilare concetto di cura: provvedere alle necessità dei pazienti ovunque si trovino: in casa o all'ospedale.

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 sino alla fine la migliore qualità di vita, alleviando le sofferenze.

La medicina delle cure palliative è, e rimane, un servizio alla salute. Non dunque una medicina per morenti, quasi un aiuto a morire, ma una medicina per l'uomo che rimane essere vivente fino alla morte.

TESTAMENTO BIOLOGICO Si tratta di un documento con cui il malato esprime chiaramente la propria volontà in materia di trattamenti medici, in modo che venga rispettata anche quando egli non sarà più in grado di comunicarla.

Nasce da una duplice esigenza: da una parte, la progressiva importanza conferita all'autonomia del paziente

nella relazione tra medico e malato e, d'altra, la difficoltà di prendere decisioni da parte dei medici e dei familiari in situazioni in cui non è possibile ottenere un consenso informato valido.

I termini utilizzati per indicare questa pratica sono diversi e solo in parte equivalenti: si parla di living will, di testamento biologico, di carta di autodeterminazione del malato, di direttive anticipate di trattamento.

Con questi strumenti si manifesta la volontà di riappropriarsi di una responsabilità decisionale che la medicina tende a comprimere in nome di criteri tecnici; permette a tutti i pazienti di manifestare una qualche forma di consenso ai trattamenti sanitari; può costituire un'occasione per riflettere sulla propria finitezza, sui valori fondamentali per cui vale la pena vivere e su come affrontare i momenti conclusivi della propria vicenda terrena.

Ma le direttive anticipate presentano anche alcuni vistosi limiti. Anzitutto rischiano di dare un'enfasi eccessiva all'autonomia decisionale dell'individuo e di chiudersi in una lettura contrattualista della relazione tra medico e paziente, sottovalutando le altre relazioni interpersonali e comunitarie in cui l'ammalato è inserito.

Per di più, proprio il principio di autonomia rischia di non essere rispettato, perché l'esperienza dice che, quando si verifica il proprio coinvolgimento diretto in una situazione patologica, è frequente una nuova percezione degli elementi in gioco. Le proprie preferenze e la decisione precedentemente espressa potrebbero cambiare. Ma se il paziente non riesce a esprimere questo nuovo orientamento a causa dello stato di malattia in cui si trova, cosa significa rispettare la sua autonomia?

Ultima considerazione: spesso le direttive anticipate esprimono una certa tendenza all'eutanasia, forzando la valutazione dell'accanimento terapeutico da sospendere e accentuando l'autodeterminazione del paziente rispetto alla propria morte.