

QUESTIONI ETICHE RELATIVE AI MALATI GRAVI E AI MORENTI

27 giugno 1981

1. INTRODUZIONE

1.1 Il gruppo di lavoro

Nel quadro del suo incarico di assicurare il coordinamento delle attività che vengono svolte nel mondo cattolico in campo sanitario, il Pontificio Consiglio *Cor unum* ha riunito, dal 12 al 14 novembre 1976, un gruppo di lavoro su alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti. Era un gruppo interdisciplinare di una quindicina di persone: teologi, medici, membri di congregazioni religiose che si dedicano alla cura dei malati, infermiere, cappellani.

1.2. Il tema

I recenti progressi della scienza si ripercuotono in maniera crescente sulla pratica medica, in particolare per quanto riguarda la cura dei malati gravi e dei morenti. Questo stato di cose solleva problemi di ordine teologico ed etico sui quali chi lavora in campo sanitario desidera essere illuminato in modo autorevole. Tale esigenza è sentita dai professionisti cristiani che lavorano in ambiente cristiano, e più ancora da quelli che lavorano in ambiente non cristiano, ma devono ispirare la loro attività alla propria fede e darne testimonianza.

Il campo dell'etica medica è, per molti, oggetto di speculazione, di informazione approssimative e di concezioni erronee: tutto questo crea una grande confusione. Il compito del *Cor unum* non era certo quello di avviare un vasto programma di ricerche dottrinali o scientifiche, perché questo spetta ad organismi superiori e più competenti. L'incarico affidato al gruppo di lavoro era più modestamente quello di analizzare le nozioni di base, di mettere in evidenza alcune distinzioni che è necessario fare e di formulare alcune riposte pratiche agli interrogativi posti dalla pastorale e dalla cura dei morenti.

1.3. La Congregazione per la Dottrina della Fede

Il 5 maggio 1980, questo dicastero pubblicava una *Dichiarazione sull'eutanasia*, che esponeva autorevolmente i principi dottrinali e morali relativi a questo grave problema che ha risvegliato l'interesse dell'opinione pubblica; in seguito ad alcuni particolari, ma famosi, di quello che è stato chiamato l' "accanimento terapeutico", le coscienze si ponevano certi interrogativi. Questo importante documento, dopo aver ricordato il valore della vita umana, tratta dell'eutanasia, e offre al cristiano alcuni principi teorici e pratici per affrontare il problema della sofferenza e dell'uso degli analgesici, così come quello dell'utilizzo dei mezzi terapeutici.

1.4. La pubblicazione del *Cor Unum*

Lo studio del gruppo di lavoro del 1976 è piuttosto di ordine pastorale e risponde ad alcune domande precise e concrete poste al *Cor Unum* da cappellani, medici e infermiere. In seguito alla *Dichiarazione sull'eutanasia*, edita dalla Congregazione per la Dottrina della Fede, il Pontificio consiglio *Cor Unum* è stato sollecitato a pubblicare la relazione preparata dal suo gruppo di lavoro; questo fatto gli offre l'occasione per ringraziare tutti che hanno partecipato al gruppo con tanta competenza ed esperienza.

2. QUESTIONI FONDAMENTALI

2.1. La vita

2.1.1. Significato cristiano della vita

La vita è un dono del creatore all'uomo; questo dono è concesso in funzione di una missione. La prima cosa da mettere in evidenza non è dunque il "diritto alla vita"; tale diritto è susseguente alla disposizione di Dio, che non intende dare la vita all'uomo come un oggetto di cui si può disporre come si vuole. La vita è orientata a un fine verso cui l'uomo ha la responsabilità di dirigersi: la propria perfezione personale secondo il disegno di Dio.

Il primo corollario di questa affermazione fondamentale è che rinunciare per propria scelta alla vita significa rinunciare a un fine di cui non si è padroni. L'uomo è chiamato a fare uso della propria vita e non può distruggerla con le proprie mani. Ha il dovere di aver cura del suo corpo, delle funzioni, dei suoi organi, e di fare il possibile per rendersi più capace di raggiungere Dio. Questo dovere comporta delle rinunce a cose che in sé sono beni; arriva talvolta fino al sacrificio della salute e della vita, che in effetti non possono essere anteposte a valori superiori. Allo stesso modo, le cure per mantenere la salute e conservare la vita devono essere commisurate sia ai beni superiori che possono essere in gioco, sia alle condizioni concrete in cui l'uomo vive la propria esistenza.

2.1.2. Non si può disporre della vita altrui

Se non è permesso a nessuno di disporre in piena libertà della propria vita, questo vale a maggior ragione per la vita degli altri. In particolare, non si può fare del malato l'oggetto di decisioni che non è lui a prendere, o, se non è in grado di farlo, che non potrebbe approvare. La "persona", principale responsabile della propria vita, deve essere il centro di qualsiasi intervento di assistenza; gli altri sono presenti per aiutarla, non per sostituirsi ad essa. Questo non significa tuttavia che i medici o i membri della famiglia non si trovino a volte nelle condizioni di dover decidere per un malato, per vari motivi incapace di farlo, sulle cure e sulle terapie da prestargli. Ma a loro più che a chiunque altro si applica la proibizione assoluta di attentare alla vita del paziente, fosse pure per compassione.

2.1.3. Diritti primordiali della persona umana

Il gruppo di lavoro pone questo richiamo dottrinale fondamentale alla base delle proprie considerazioni. Non si nasconde l'immensa difficoltà di dare un significato alla vita e alla morte per coloro che non condividono la nostra fede o non nutrono nessuna convinzione a proposito di un aldilà della vita terrena. I cristiani, d'altronde, ritengono che la loro posizione non sia un elemento specifico della loro fede. Ciò che è un gioco, è la difesa dei diritti primordiali della persona umana; non si può transigere su questo punto, specialmente quando questi diritti vengono messi in questione sul piano politico e legislativo. Per convincere chi pensa che tutto finisca con la morte, per quanto riguarda il rispetto che è dovuto alla propria vita e a quella degli altri, l'argomento più sicuramente efficace consiste nel mettere in luce le conseguenze che si determinano in una società per una mancanza di rigore nella difesa della vita.

2.2 La morte

2.2.1. Significato cristiano della morte

La morte dell'uomo segna la cessazione della sua esistenza nella condizione corporale. La morte pone fine a quella fase della sua vocazione che consiste nello sforzo di tendere nel tempo alla perfezione integrale; per il cristiano, il momento della morte è quello dell'unione definitiva col Cristo. Ai nostri giorni è più che mai opportuno ricordare questa concezione religiosa e cristologica della morte, a cui deve accompagnarsi il sentimento molto vivo della contingenza della vita corporea e quello della connessione tra la morte e la nostra condizione di peccatori. "Sia che viviamo, sia che moriamo, siamo dunque del Signore" (Rm 14,8). L'atteggiamento nei confronti dei morenti si ispirerà a questa visione della morte, e non dovrà ridursi a un semplice sforzo della scienza per allontanarne il più possibile il momento.

2.2.2. Diritto a una morte umana e dignitosa

A questo proposito, i membri del gruppo provenienti dal terzo mondo hanno espresso il desiderio che si sottolinei l'importanza per l'uomo di terminare la propria vita, per quanto è possibile, nell'integrità della sua personalità e della sue relazioni che lo legano al suo ambiente e in primo luogo alla sua famiglia. Presso i popoli meno sviluppati a livello tecnologico, ma anche meno sofisticati, la circonda il morente, e questi sente come un bisogno e un diritto essenziale il fatto di essere così circondato dai suoi. Di fronte alle condizioni richieste da certe terapie e all'isolamento totale che impongono al malato, non viene a sproposito ricordare che il diritto di morire da uomini e con *dignità* comporta questa dimensione sociale.

2.3. La sofferenza

2.3.1. Significato cristiano della sofferenza

Né la sofferenza (*suffering*) né il dolore (*pain*), che vanno distinti l'uno dall'altro, rappresentano un fine in se stessi. A livello scientifico regna ancora la più grande incertezza sugli elementi costitutivi del dolore. Quanto alla sofferenza, ha valori agli occhi del cristiano soltanto per l'amore che in essa si esprime e per gli effetti di purificazione che può avere; come ha rilevato Pio XII nel suo discorso del 24 febbraio 1957, una sofferenza troppo intensa può impedire la padronanza che deve essere esercitata dallo spirito. Non si deve dunque ritenere che ogni offerenza e ogni dolore debbano essere sopportati ad ogni costo o che, con spirito stoico, non si debba far nulla per cercare di attenuarli o di calmarli. Su questo punto il gruppo di lavoro ritiene che la cosa migliore sia rimandare al testo di Pio XII.

2.3.2. Effetti della sofferenza e del dolore

La capacità di soffrire varia a seconda degli individui. Spetta all'équipe sanitaria, al medico, al personale infermieristico, senza dimenticare il cappellano, stabilire gli effetti della sofferenza e del dolore sulla condizione spirituale e psicologica del paziente e agire di conseguenza nell'applicazione di una terapia o nella sua omissione; bisogna anche mettersi in condizione di percepire, ascoltando pazientemente il malato, qual è la realtà della sua sofferenza, di cui lui per primo rimane giudice. Il medico indubbiamente può ritenere che il paziente manchi un po' di coraggio e che sia capace di sopportare più di quanto crede, ma la scelta ultima spetta al malato.

2.4.1. I mezzi terapeutici

2.4.1. Mezzi ordinari e mezzi straordinari

Il gruppo si è soffermato sulla distinzione tra "mezzi ordinari" e "mezzi straordinari" a cui ricorrere nella cura delle malattie. Se l'uso di queste espressioni, nella terminologia scientifica e nella pratica medica, tende ad essere superato, agli occhi del teologo esse hanno ancora valore per dirimere questioni morali della più grande importanza, dal momento che il termine "straordinario" qualifica dei mezzi a cui non si ha mai l'obbligo di ricorrere.

Tale distinzione permette di esplorare più a fondo alcune complesse realtà, e svolge in questo un ruolo di mediazione (*middle axiom*). La vita nel tempo è un valore primordiale ma non assoluto, per cui è necessario individuare i limiti dell'obbligo di mantenersi in vita. La distinzione tra mezzi "ordinari" e "straordinari" esprime questa verità e ne illumina l'applicazione ai casi concreti. L'uso di termini equivalenti, in particolare dell'espressione "cure proporzionate", esprime la questione in un modo che sembra più soddisfacente.

2.4.2. Criteri

I criteri per distinguere i mezzi *straordinari* da quelli *ordinari* sono molteplici; li si applicherà in base alle esigenze dei casi concreti. Alcuni sono di ordine *oggettivo*, come la natura dei mezzi, il loro costo, alcune considerazioni di giustizia nella loro applicazione e nelle scelte che essa implica; altri sono di ordine *sogettivo*, come la necessità di evitare a un certo paziente degli shock psicologici, delle situazioni di angoscia, dei disagi, ecc. In ogni caso, per decidere dei mezzi a cui ricorrere, si tratterà sempre di stabilire la proporzione tra il mezzo e il fine perseguito.

2.4.3. Importanza del criterio della qualità della vita

Fra tutti i criteri, si darà particolarmente peso alla qualità della vita salvata o mantenuta della terapia. La lettera del card. Villot al congresso della Federazione internazionale delle associazioni mediche cattoliche è esplicita su questo punto: "Bisogna sottolineare che il carattere sacro della vita è ciò che proibisce al medico di uccidere e nello stesso tempo gli impone il dovere di adoperarsi con tutte le risorse della sua arte a lottare contro la morte. Ma questo non significa che egli sia obbligato a utilizzare tutte le tecniche di sopravvivenza che gli vengono offerte da una scienza infaticabilmente creatrice. In molti casi, non sarebbe una tortura inutile imporre la rianimazione vegetativa nell'ultima fase di una malattia incurabile?" (*La Documentation catholique*, 1970. p. 963).

Il criterio della qualità della vita, comunque, non è l'unico che va preso in considerazione, poiché, come abbiamo detto, anche alcune considerazioni soggettive devono entrare nella formazione di un prudente giudizio sull'azione da intraprendere o da omettere. Ciò che rimane fondamentale è che la decisione venga presa sulla base di un'argomentazione razionale che tenga conto dei diversi elementi della situazione, compresa la loro incidenza sull'ambiente familiare. Il principio è dunque che non c'è obbligo morale di ricorrere a mezzi straordinari; e che, in particolare, il medico deve inchinarsi di fronte alla volontà del malato che rifiutesse tale ricorso.

2.4.4. Mezzi minimali obbligatori

Rimane, invece, l'obbligo stretto di proseguire ad ogni costo l'applicazione dei mezzi cosiddetti "minimali", di quelli cioè che normalmente e nelle condizioni abituali sono destinati a mantenere la

vita (alimentazione, trasfusioni di sangue, iniezioni, ecc.). Interromperne la somministrazione significherebbe in pratica voler porre fine ai giorni del paziente.

3. L'EUTANASIA

3.1. Imprecisione del termine "eutanasia"

Storicamente ed etimologicamente, la parola "eutanasia" significa "una morte dolce e senza dolori". Nell'uso corrente di oggi, il termine sta ad indicare un'azione o un'omissione che mira ad abbreviare la vita del paziente. Questa accezione comune non manca di causare, nelle discussioni sull'eutanasia, una notevole confusione che è urgente dissipare. Certi testi, come quelli recentemente emanati da alcune assemblee parlamentari, ci fanno vedere quali dannosi effetti può produrre l'attuale mancanza di precisione. D'altra parte, i progressi della medicina contemporanea hanno ugualmente reso ambigua e probabilmente superflua la distinzione tra "eutanasia attiva" e "eutanasia passiva", a cui sarebbe preferibile rinunciare.

3.2. Azioni e decisioni che non rientrano nel campo dell'eutanasia

Di conseguenza, il gruppo è del parere che, almeno degli ambiente cattolici, predomini un linguaggio che non si serva assolutamente del termine "eutanasia":

- per indicare le *cure terminali* ("*terminal care*") destinate a rendere più sopportabile la fase terminale della malattia (reidratazione, cure infermieristiche, massaggi, interventi medici palliativi, presenza accanto al morente...);
- né per indicare *la decisione di rinunciare a certi interventi medici* che non sembrano adeguati alla situazione del malato (nel linguaggio tradizionale, "decisione di rinunciare ai mezzi straordinari"). In questo caso non si tratta di una decisione di far morire, ma di mantenere il senso della misura di fronte alle risorse tecniche, di non agire in maniera irragionevole, di comportarsi secondo prudenza;
- né per indicare un intervento destinato a dar sollievo al malato nella sua sofferenza, forse a rischio di abbreviargli la vita. Questo tipo di intervento fa parte della missione del medico, che non è soltanto di guarire o di prolungare la vita, ma più in generale di *curare* il malato e di dargli sollievo se soffre.

3.3. Significato stretto del termine

Bisognerebbe riservare il termine "eutanasia", all'atto di porre fine ai giorni del malato. È in questo senso che l'eutanasia, come ripete Pio XII, non è mai lecita (discorso del 24 novembre 1957: *La Documentation catholique*, p. 1609).

Sebbene, nella pratica, le distinzioni di cui sopra siano a volte difficili da fare, sembrano tuttavia idonee a conferire al termine "eutanasia" un significato non ambiguo, e quindi ad offrire dei punti di riferimento al medico, che dovrà prendere la sua decisione dopo aver consultato l'équipe sanitaria (specialmente gli infermieri e le infermiere), i cappellani e la famiglia del malato. In questa decisione si dovrà tener conto del fatto che i principi morali o valori inerenti alla persona sono intangibili, e che un prudente giudizio su ciò che bisogna fare o non fare, continuare, cessare o intraprendere, determinato in ogni caso in funzione di tali principi, non può mai essere arbitrario.

4. L'USO DEGLI ANALGESICI NELLA FASE TERMINALE

4.1. Mezi diversi per alleviare la sofferenza

L'uso degli analgesici centrali presenta il rischio di effetti secondari: azione sulle funzioni respiratorie, alterazione della coscienza, dipendenza e assuefazione. Per questo è sempre preferibile non usarli quando si può alleviare la sofferenza del malato con altri mezzi.

Gli altri mezzi sono molteplici (farmaci come l'aspirina, immobilizzazione di certe parti del corpo, radiazioni, anche operazioni chirurgiche..., e soprattutto lotta contro la solitudine e l'angoscia del malato attraverso una presenza umana). Si comincia anche a utilizzare alcune tecniche che fanno appello alla padronanza del proprio corpo da parte del malato.

4.2. Uso degli analgesici centrali

In molti casi, tuttavia, la cura delle sofferenze gravi, a volte intollerabili, esige, allo stato attuale delle nostre conoscenze e delle nostre tecniche, l'impiego di analgesici centrali (come la morfina) uniti ad altre droghe.

Non c'è motivo di rifiutare l'impiego di queste droghe, tanto più che i loro effetti secondari possono essere fortemente ridotti facendone un uso assennato (dosi adeguate ad intervalli convenienti). Il ricorso a droghe efficaci contro il dolore, mantenendo, nella misura del possibile, la coscienza del malato, richiede una conoscenza perfetta di tali prodotti, del loro uso, dei loro effetti secondari e delle loro controindicazioni. Quando si decide in proposito, il ruolo del farmacologo nell'équipe sanitaria, e a volte accanto al malato, si rivela importante.

4.3. Necessità di una presenza umana

È necessario mettere in guardia contro la tentazione di vedere in queste droghe un rimedio che basta da solo a combattere la sofferenza. La sofferenza umana porta con sé una dimensione di angoscia, di paura di fronte all'ignoto rappresentato dalla malattia grave e dalla prossimità della morte. Questa angoscia può essere attenuata, ma il più delle volte non viene totalmente eliminata dalle droghe, che permette al malato di esprimersi e di trovare un conforto umano e spirituale, può riuscire a tranquillizzarlo.

4.4. È permesso sprofondare il malato nell'inconscienza?

Questo ci permette di affrontare la questione della liceità, all'approssimarsi della morte, dell'impiego di droghe che sprofondano il malato nell'*incoscienza*. In alcuni casi il loro uso s'impone, e papa Pio XII ne ha riconosciuto la legittimità a certe condizioni (discorso del 24 febbraio 1957).

Tuttavia è forte la tentazione di ricorrere *sistematicamente* a tali droghe, molte volte indubbiamente per compassione, ma spesso anche più o meno deliberatamente, per evitare a tutti coloro che si accostano al malato (infermieri, parenti...) il rapporto spesso difficile e faticoso con un essere umano vicino alla morte. Allora non si cerca più il bene della persona ammalata, ma la protezione dei sani all'interno di una società che ha paura della morte e la fugge con tutti i mezzi a sua disposizione. Si priva così il malato della possibilità di "vivere la propria morte", di arrivare ad un'accettazione serena, alla pace, alla relazione a volte intensa che può crearsi fra un essere umano ridotto a una grande povertà e un interlocutore privilegiato. Lo si priva della possibilità di vivere la morte in comunione col Cristo, se il morente è cristiano.

Bisogna dunque contestare la riduzione sistematica dei malati gravi all'incoscienza, e invitare piuttosto medici e infermieri a ricevere la formazione necessaria all'ascolto dei morenti e a stabilire fra di loro

dei rapporti tali da potersi sostenere reciprocamente nell'accostare i morenti e da poter aiutare le famiglie ad accompagnare il parente ammalato nell'ultima fase della sua vita.

4.5. Narcosi e decisione del malato

In tutta questa materia, il principio fondamentale è stato posto da Pio XII nel discorso già citato: la decisione spetta al malato. "Sarebbe evidentemente illecito praticare l'anestesia contro la volontà espressa del morente (quando questi è "sui juris"). Se gravi motivazioni militano a favore di un'anestesia, si ricorderà che il morente non può moralmente sottoporvisi se non ha soddisfatto a determinati doveri che sono impellenti alla fine di una vita" (cf. sotto 6.1.1.). Il medico sollecitato dal malato a ricorrere alla narcosi, "soprattutto se è cristiano, non si presterà a tale intervento senza averlo prima invitato personalmente o meglio ancora tramite altri ad adempiere in precedenza i propri doveri" (*l.c.*). Pio XII precisa che, se il malato rifiuta, e insiste nella sua richiesta di narcosi, il medico può praticarla: "il medico può acconsentire senza rendersi colpevole di collaborazione formale alla mancanza commessa. Questa infatti non dipende dalla narcosi, ma dalla volontà immorale del paziente; che gli si procuri o no l'analgesia, il suo comportamento rimarrà identico: non compierà il suo dovere" (*l.c.*).

5. LA MORTE CEREBRALE

5.1. La definizione è di competenza della scienza medica

Nel discorso del 24 novembre 1957, Pio XII dice che "spetta al medico...dare una definizione chiara e precisa della "morte" e del "momento della morte"". Indubbiamente non ci si può aspettare dalla scienza medica qualcosa di più di una descrizione di criteri che permettono di stabilire che la morte è sopravvenuta, ma ciò che il papa intende dire è che questo giudizio appartiene alla medicina e non alla competenza della Chiesa. Alle ragioni da lui ricordate per illustrarne la pratica si aggiungono oggi le richieste di trapianto di organi e la conseguente necessità di essere in grado di constatare la morte del "donatore" prima di praticare il prelievo di organi.

5.2. Difficoltà di questa definizione

Stabilire una definizione medica della morte è complicato dal fatto che, allo stato attuale delle nostre conoscenze, la morte non sembra consistere in un arresto istantaneo di tutte le funzioni dell'organismo, ma piuttosto in una serie progressiva di arresti definitivi delle diverse funzioni vitali. In primo luogo scomparirebbe la funzione più complessa, quella che regola l'insieme dell'organismo e che risiede nel cervello; in seguito sarebbero toccati dalla necrosi i diversi sistemi (sistema nervoso, cardio-vascolare, respiratorio, digestivo, uro-genitale e locomotore), e da ultimo gli elementi cellulari e sub-cellulari. Ma oggi bisogna ancora essere prudenti, perché sussistono molte invertezze a proposito di una "definizione medica della morte".

Si tuttavia formando un consenso crescente nel considerare come morto l'essere umano in cui sia stata constatata una mancanza totale e irreversibile di attività del cervello (morte cerebrale). Diversi specialisti hanno redatto una lista di criteri, non del tutto identici fra loro ma convergenti, per fornire un insieme di indici per lo meno altamente probabili. Attualmente sono in vigore (o sono in via di elaborazione) degli accordi convenzionali e degli atti amministrativi per permettere di procedere alla redazione dell'atto di morte, quando sono presenti tutti gli elementi richiesti, e di conseguenza al prelievo di organi in vista di un trapianto.

5.3. La Chiesa è interpellata

Si manifesta da parte delle famiglie una reticenza crescente ad autorizzare il prelievo di organi. Per questo motivo, come è stato riferito al gruppo, è stato espresso da ambienti medici molto autorevoli l'auspicio che la Chiesa faccia una dichiarazione ufficiale sulla validità dell'affermazione della morte dell'essere umano quando è stata debitamente costatata la morte cerebrale. Il gruppo ritiene che una simile iniziativa sia di competenza di organismi superiori, ma è stato convenuto di segnalarla a chi di dovere tramite la presente relazione. Anche se la richiesta venisse presa in considerazione, però, secondo i nostri teologi, la Chiesa non potrebbe aderire ad essa facendo propria un'affermazione di ordine scientifico, e ancor meno una serie di criteri per stabilire la morte cerebrale. Tutt'al più potrà ricordare le condizioni in cui è legittimo far credito al giudizio prudente di coloro alla cui competenza specifica spetta la determinazione del fatto della morte.

5.4. Cure in caso di morte apparente

Per quanto riguarda le cure da prestare in caso di morte apparente, come ha detto Pio XII, è dovere del medico sforzarsi di ripristinare con tutti i mezzi ordinari le funzioni vitali. Viene tuttavia un momento in cui la morte dovrà essere considerata come un fatto acquisito e un cui si porrà fine agli sforzi di rianimazione senza incorrere in una mancanza a livello professionale o morale (Pio XII, discorso del 24 novembre 1957).

COMUNICAZIONE CON I MORENTI

6.1. Il diritto alla verità

6.1.1. Preparazione alla morte

Il rapporto con i morenti pone alla morale il problema del loro diritto alla verità; e pone alla pastorale così come alla professionalità del personale sanitario il problema del comportamento che il morente ha il diritto di attendersi da quelli che lo circondano. I morenti, e più in generale quanti sono colpiti da una malattia incurabile, hanno il diritto di essere informati sul loro stato. La morte rappresenta un momento troppo essenziale perché la sua prospettiva venga evitata. Per un credente, il suo approssimarsi richiede una preparazione e determinati atti posti in piena coscienza; per ogni uomo, l'avvicinarsi della morte porta con sé la responsabilità di compiere determinati doveri riguardanti i propri rapporti con la famiglia, la sistemazione di eventuali questioni professionali, l'aggiornamento della propria contabilità, i propri debiti, ecc. In ogni caso, la preparazione alla morte comincia molto tempo prima del suo approssimarsi e quando l'uomo è ancora in buona salute.

6.1.2. Responsabilità di quanti circondano il malato

Spetta a coloro che si trovano ad essere più vicini al morente il compito di illuminarlo sul suo stato. La famiglia, il cappellano e il personale sanitario hanno ciascuno un proprio ruolo da svolgere questo proposito. Ogni singolo caso ha le sue esigenze, in funzione della sensibilità e delle capacità di ciascuno, delle relazioni col malato e del suo stato; in previsione di sue eventuali reazioni (ribellione, depressione, rassegnazione, ecc.), ci si preparerà ad affrontarlo con calma e con tatto. È opportuno lasciare al malato un raggio di speranza e non presentare la prospettiva della morte come ineluttabile, purché questo non si risolva nel tacere totalmente la possibilità, o una seria probabilità.

6.1.3. Missione del cappellano

L'assistenza costante del cappellano lungo tutto il decorso della malattia è di capitale importanza a questo proposito. La sua missione gli conferisce un ruolo privilegiato nella preparazione progressiva alla morte. Senza dubbio rimane fino alla fine il dovere di credere all'efficacia *ex opere operato* dei sacramenti (riconciliazione, viatico, sacramento dei malati) e della loro amministrazione sotto condizione nei casi previsti. Tuttavia l'apparizione improvvisa del prete solo all'ultimo istante rende molto difficile, e a volte impossibile, l'esercizio del suo ministero. Il cappellano dell'ospedale cercherà quindi di creare un clima di fiducia attraverso continui contatti con i malati, soprattutto in un ambiente di cattolici poco praticanti o indifferenti. Senza nascondere ingiustamente la verità, si guarderà dall'affrettarne la scoperta. Non è superfluo, inoltre, insistere perché almeno gli ospedali cattolici e il personale sanitario cattolico lascino il debito spazio al cappellano, sia per quanto riguarda la sua partecipazione alle decisioni dell'équipe sanitaria sia per quanto riguarda i suoi rapporti col malato.

6.2. Atteggiamento della società di fronte alla morte

6.2.1. In occidente

La società occidentale conosce oggi una fuga generalizzata di fronte alla morte; il personale medico e ospedaliero così come le famiglie dei malati non sono immuni da questo atteggiamento. All'interno del gruppo di lavoro, la rappresentante del Comitato per la famiglia ha portato alcune testimonianze sconvolgenti sugli atteggiamenti della stessa famiglia di fronte alla morte a circa trent'anni di distanza: accettazione della morte di una madre da parte di tutti i membri della famiglia, compresi i più giovani, intorno al 1930; negli anni '60, fuga di fronte alla morte, silenzio davanti ai bambini, abbandono di una sposa morente. Ora, mentre ci si accanisce ad allontanare il momento della morte fisiologica, pretendono di calmare i dolori, con le misure che vengono prese si generano l'angoscia e le più grandi sofferenze morali nel paziente, che nella maggior parte dei casi è più cosciente della gravità del suo stato di quanto non si finga di pensare intorno a lui. Il morente prova tristezza, sensi di colpa, ansia, paura, depressione, e tutto questo è accompagnato dal dolore fisico. La cosa peggiore per lui è l'isolamento, la solitudine, che esercita l'influsso più grave sul suo stato psicosomatico. La tendenza a separare il paziente dapprima dalla società, poi dalla famiglia, e infine anche dagli altri ricoverati, lo priva di ogni possibilità di comunicazione nella sua angoscia. Eppure ci sarebbero tanti modi per spezzare la sua solitudine senza disturbarlo nella sua prostrazione fisica: l'espressione di un volto, il contatto di una mano! Una presenza silenziosa è spesso tutto che chiede, ma lo chiede col più intenso desiderio.

La pratica degli ospedali occidentali esige su questo punto una revisione radicale. Il personale ospedaliero, per motivi non privi di fondamento, tende a proteggere se stesso dal contatto ossessivo con la morte. Evita quindi di stare accanto ai morenti, la cui angoscia tuttavia richiede un conforto. Sarà compito ancora una volta di un buon lavoro di équipe (medico, infermieri/e, senza dimenticare il cappellano) vegliare a che i morenti non siano privati di questo sostegno.

6.2.2. In altre società

Altre società, invece, ci danno un grande esempio di rispetto del diritto del malato ad essere assistito dai suoi, e del diritto delle famiglie a circondare il loro malato. La famiglia spesso preferirà riportare a casa il morente per assicurargli il conforto della propria presenza e, se è credente, la comunione con lui nella preghiera. A volte bisognerà senza dubbio saper porre un limite a certe esigenze della famiglia e alle sue pretese di decidere tutto ciò che riguarda le cure da prestare al malato (a meno che non si tratti di bambini soggetti alla patria potestà), e questo nell'interesse del malato stesso. Ma non per questo si

favorirà una tendenza troppo diffusa a far astrazione dalla famiglia, dalla sua presenza e, in particolare, dalle sue giuste richieste d'informazione.

7. RESPONSABILITÀ DEL PERSONALE SANITARIO

7.1. Necessaria conoscenza della deontologia

È evidente che gli aspetti scientifici della professione medica non sono facilmente separabili dai suoi aspetti etici. Se lo sviluppo delle conoscenze fornisce al medico nuovi strumenti e nuovi mezzi terapeutici, il risultato è spesso quello di metterlo di fronte a problemi morali sempre più complessi. Abbiamo già detto in precedenza come spetti in definitiva al medico di maturare la propria decisione facendo riferimento a criteri morali oggettivi; deve quindi conoscerli ed essere stato formato ad applicarli alle situazioni concrete. L'insegnamento della morale e dei codici deontologici deve quindi rappresentare una parte integrante della formazione del personale medico e sanitario. Tale insegnamento non può essere considerato dai professori e dagli studenti come una materia non fondamentale a cui si interessa chi ne sente la curiosità. Nei paesi retti dalla tradizione del *common law*, i futuri medici sono per lo meno sollecitati a conoscere le esigenze della deontologia professionale dal fatto che un'infrazione da parte loro avrebbe conseguenze penali. Ma nessun futuro medico può ignorare gli interessi essenziali del paziente, che sono difesi dalla morale e in vista dei quali sono stati formulati i codici deontologici. Per quanto riguarda il modo migliore di impartire tale insegnamento a volte verranno dedicati ad esso dei corsi particolari, a volte si insisterà sull'argomento nel corso delle esposizioni scientifiche.

7.2. Scelta di un trattamento terapeutico

Come regola generale, e nonostante quello che fa pensare una certa stampa, il medico di fronte al suo paziente non si pone l'alternativa di "farlo morire" o "non farlo morire". La sua decisione verte su una cura e sulle sue indicazioni e contro-indicazioni, il che esige che si prendano in considerazione diversi fattori. La valutazione di tutto questo avviene alla luce di determinati principi morali così come di una serie di elementi scientifici: di qui l'interesse per il medico di saper far entrare gli uni e gli altri nella sua riflessione su ciò che va fatto e su ciò che va ommesso, su quando ricorrere a mezzi straordinari e quando rinunciarvi, per quali motivi e per quale durata. Accade troppo spesso, oggi, che quando si arriva ad interrogarsi sul proseguimento di una terapia, ci si domanda semplicemente se era opportuno cominciarla. Perché ci sono dei motivi morali per prolungare la vita, ma ci sono anche dei motivi morali per non opporsi alla morte con il cosiddetto "accanimento terapeutico".

7.3. Terapie intensive e scelta delle persone da curare

Tra le questioni etiche sollevate dal ricorso a "terapie intensive" che comportano strumenti e tecniche altamente sofisticate e costose, si pone quella della selezione, della scelta delle persone a cui applicare una cura che non può essere applicata a tutti quelli che non colpiti dalla stessa malattia. È legittimo sfruttare al massimo le risorse della tecnica medica a favore di un solo paziente, quando tanti altri sono ancora privi delle cure più elementari? Si ha il diritto di chiederselo. Se alcuni pensano che tali considerazioni sono contrarie al progresso, i cristiani, da parte loro, hanno il dovere di tenerne ampiamente conto nelle loro valutazioni.

7.4. Gli infermieri e le infermiere

7.4.1. Importanza delle loro responsabilità

Le infermiere svolgono un ruolo fondamentale di intermediarie tra il medico e il paziente, anche se molti medici tendono a considerare la loro funzione come puramente ausiliaria. Anch'esse non suggerono al rischio di evitare il paziente nella fase finale della sua malattia. Non si può dimenticare tuttavia l'importanza capitale che spesso rivestono le loro iniziative, come ad esempio la decisione di chiamare il medico di fronte all'improvviso aggravarsi dello stato del malato, o di somministrare o meno il calmante che il medico ha lasciato al loro giudizio di usare al momento opportuno, ecc. In molti istituti oggi tende fortunatamente a prevalere un vero spirito di *équipe* tra medici e infermiere; la loro stretta collaborazione è essenziale per sollevare e curare adeguatamente il paziente.

7.4.2. Coscienza e collaborazione

L'infermiera, soprattutto se lavora in istituzioni o al servizio di medici non cristiani, si trova a volte di fronte al dilemma che le viene posto da un ordine del medico la cui esecuzione è di natura tale da nuocere gravemente, o anche attentare direttamente alla vita del paziente.

In questi casi dovrà attenersi al di sopra di tutto alla proibizione assoluta di eseguire un intervento che per sua natura non è altro che un atto di uccidere. Né una prescrizione del medico, né una richiesta della famiglia o una preghiera del morente liberano l'infermiera dalla responsabilità della sua azione. Le cose sono differenti quando l'infermiera compie, obbedendo a un ordine, degli atti che in sé non producono la morte, anche se sa che con essi si tende ad un risultato illecito (ad esempio abbreviare i giorni del malato, sospendere una cura che non può essere qualificata come "straordinaria"; privare della coscienza un malato che non è stato in grado di ottemperare ai suoi obblighi). L'infermiera non può prendere l'iniziativa di simili interventi; la sua non può essere altro che una collaborazione "materiale" giustificata soltanto da una necessità che va valutata in base alla gravità dell'atto, al suo grado di partecipazione nel processo globale e nel conseguimento dell'effetto immorale, ai motivi che spingono l'infermiera ad obbedire (il timore di un danno personale in caso di rifiuto, un bene importante da salvaguardare non esponendosi al rischio di essere licenziata). Nella misura in cui la sua condizione glielo permette, l'infermiera che si trova in tal modo coinvolta in pratiche che la sua coscienza condanna, cercherà condimento di testimoniare le sue convinzioni. I cappellani e i medici cattolici hanno il dovere di aiutare le infermiere ad affrontare debitamente queste difficili situazioni.

7.4.3. Formazione etica nelle scuole per infermiere

Tutto ciò che è stato detto al n. 7.1. a proposito della necessità di una formazione etica del personale medico e sanitario vale anche per le scuole per infermiere. Le scuole cattoliche hanno il diritto e il dovere di difendere, nel loro insegnamento, i principi etici conformi all'insegnamento della professione: valore della persona umana, rispetto della vita, morale matrimoniale, ecc. Hanno il dovere di informare di questo orientamento etico le allieve che fanno domanda d'ammissione, e hanno il diritto di esigere la loro adesione a tali principi e la loro partecipazione ai corsi destinati all'insegnamento dell'etica professionale. Le allieve dovranno convincersi che si tratta di un elemento essenziale, di una condizione *sine qua non* della formazione integrale di un'infermiera responsabile. D'altra parte non si limiterà questo insegnamento alla presentazione di una casistica, ma si cercherà di creare una profonda familiarità con le nozioni di base, che sono quelle di vita, di morte, di vocazione del personale sanitario, ecc.

7.4.4. Formazione al rapporto con i malati gravi

Il processo di familiarizzazione del personale sanitario con le esigenze poste dalla morte e dalla cura dei morenti non si realizza soltanto a livello intellettuale. L'incontro con la sofferenza, con le ansietà dei malati, con la morte, può essere molto angoscioso. È uno dei principali motivi che spingono oggi una parte del personale sanitario a evitare di entrare personalmente in rapporto con i malati incurabili e ad abbandonarli alla loro solitudine. Alla formazione etica e deontologica deve quindi aggiungersi una concreta formazione alla relazione, e specialmente alla relazione con i malati gravi. Altrimenti l'insegnamento delle norme etiche rischia di rimanere senza una portata reale.

8. RESPONSABILITÀ DELLA FAMIGLIA E DELLA SOCIETÀ

8.1. Educazione alla sofferenza e alla morte

I legami tra la vita e la morte si sono totalmente allentati, almeno nella nostra società occidentale, che la morte, a poco a poco, ha perso tutto il suo significato.

La famiglia e la società che la circonda hanno le loro responsabilità in questa situazione riconosciuta come eminentemente dannosa. È urgente un'educazione alla sofferenza e alla morte. Questa è forse la chiave, o per lo meno una delle vie per giungere alla soluzione dei numerosi problemi che oggi si pongono a proposito della morte e dei morenti.

8.2. Domande da porsi

La famiglia deve interrogarsi:

-per vedere se la sofferenza, la morte, il fallimento sono presenti o assenti nelle sue prospettive educative, fin dalle prime età della vita;

- per misurare quale spazio riserva ai malati, agli handicappati, ai falliti, ai vecchi, ai morenti.

Senza questa educazione e questa condivisione della sofferenza in famiglia, senza uno stile di vita familiare che testimoni l'amore e la fede nel valore di ogni persona umana, come sperare di creare la tanto auspicata comunicazione tra il morente e la sua famiglia negli ultimi istanti della sua vita?

8.3. La società e la famiglia. Legislazione

Anche la società deve chiedersi che cosa offre di valido alla famiglia nel compimento di questa missione educativa, sul piano del suo ambiente di vita, del suo lavoro, della sua salute, dei suoi problemi nei confronti dei membri malati o anziani.

È anche il caso di temere che la solidarietà della famiglia con i suoi membri sofferenti -a tutti i livelli- si trovi gravemente minacciata da un certo tipo di legislazioni contemporanee, come quelle sul divorzio, la contraccezione, l'aborto, e forse domani sull'eutanasia.