
Suicidio assistito... quanti perché

Autore: Ferdinando Garetto

Fonte: Città Nuova

La sentenza della Corte Costituzionale, che in assenza di un pronunciamento del Parlamento ha stabilito che non è sempre punibile chi aiuta al suicidio, solleva tante domande. La tristezza di chi costata come la società scivoli sempre più dalla “relazione” all’“individualismo”.

In due articoli precedenti ([qui](#) e [qui](#)) avevamo iniziato ad affrontare le tematiche che ci troveremo a dibattere nei prossimi mesi sui temi di “fine vita”. La recente **sentenza della Corte Costituzionale**, di cui per ora conosciamo solo alcuni stralci, aumenta gli interrogativi:

- **Può la Corte Costituzionale sostituirsi al Parlamento** (colpevolmente incapace di trovare un punto di sintesi in questo anno) su temi così rilevante per gli equilibri della Società?
- Nel momento in cui “in particolari condizioni” diventasse lecito l’aiuto al suicidio consapevolmente scelto, **chi dovrebbe “farsi carico” di metterlo in atto?**
- **Quale il “limite”** di queste “particolari condizioni”?
- **La “libera possibilità” diventerà un obbligo** automatico per gli Operatori (non necessariamente medici e infermieri) che dovessero essere riconosciuti dalla legge come “incaricati” all’aiuto al suicidio?
- **Verrà riconosciuto il diritto all’Obiezione di Coscienza?** (Da quello che si legge mi sembra che nella sentenza ci sia un salto logico: **si passa da dire che “non è punibile” chi aiuta il suicidio, a chiedere come conseguenza in automatico una legge che quasi “punisca” chi non voglia esserne strumento. Terribile pensare che si debba ricorrere all’obiezione per non uccidere**).
- **Come si trasformerebbe il rapporto pazienti/sanitari** nel momento in cui il primo “incontro” fosse fra una persona malata e non più con chi ha il dovere di curarlo, ma con chi potrebbe ucciderlo?

I temi sono ampi e controversi. Lo scenario in cui si sta sviluppando il dibattito è in profondo cambiamento. La medicina stessa sta cambiando. **Si è alzata la “soglia del dolore sociale”:** il dolore dell’altro non è più “nostro”, ma semplicemente “disturba” e **non vogliamo vederlo** (questo non riguarda solo i malati, i disabili e i vecchi...). Quindi va nascosto, e “eliminato” (vedi [qui](#)). Si ripropongono nella civilissima Europa, patria dei diritti civili, **diversi livelli di “vita”:** con eutanasia e suicidio medicalmente assistito riconosceremmo che ci sono **“vite che hanno meno senso di altre”**, “che sono un costo”, “che sono poco utili o inutili” (e il criterio potrà via via essere la salute, o l’età, o il reddito, o la nazionalità... o l’idea politica e religiosa?) Di conseguenza, dove si sposta “il limite”? Ci sarà una strada obbligata per le Società del futuro non più in grado di sostenere i costi dell’assistenza? In tal caso bisognerà almeno affermare a chiare lettere che **una legislazione eutanasi non avrà come riferimento la “pietà” e la “compassione”, ma prevalentemente o esclusivamente “l’interesse”.** Ci sentiremo più liberi e più tutelati da una tale legge? In Belgio, nelle revisioni obbligatorie per legge e dalle interviste ai medici diretti responsabili emergeva che procedure volte ad abbreviare la vita venivano **praticate senza l’esplicita richiesta dei pazienti** (perché molto anziani o dementi o in coma) in percentuali non del tutto marginali. (Choen-Almagor, 2015). **L’estremo paternalismo medico (“decido io che morire è il tuo bene”)** proprio a partire dalle istanze che più lo hanno combattuto. Allinearsi a simili scenari sarà un progresso di civiltà per l’Italia? Pensiamoci... Un aspetto centrale è quello che **la “domanda”** di chi chiede l’eutanasia o di essere aiutato a morire richiede risposte autentiche e pertanto deve essere...

-
- **ascoltata** fino in fondo...
 - **presa sul serio** per la sofferenza da cui nasce...
 - **“accolta”** nella proposta da parte nostra di **“un’altra via”**. La via delle cure palliative, per esempio.
 - senza la pretesa che la persona debba “magicamente” sempre cambiare idea (anche se questo spesso accade, perché l’esistenza delle cure palliative ancora oggi è una scoperta sorprendente)
 - pronti a seguire **fino alla fine** (se lui ci accetta così) un paziente che fino alla fine ci chiederà di aiutarlo a morire ben sapendo che noi non lo faremo: a volte anche questo è **“rapporto di cura”**.
 - aperti alla possibilità della **sedazione palliativa**, atto medico, proporzionato e adeguato al controllo dei sintomi non altrimenti gestibili, negli ultimissimi momenti della vita (ore o giorni), che richiede presenza umana e professionale, gradualità, costante attenzione ai dettagli clinici, psicologici e spirituali. Quante volte, l’offerta nel patto assistenziale della prospettiva di questa possibilità di cura –profondamente diversa dall’eutanasia con cui non ha nulla in comune – è sufficiente a rasserenare il paziente (**“non ho paura di morire, ho paura di soffrire”**) e a sostenere i suoi familiari.

Un passo oltre... Lo sappiamo e ce ne rendiamo conto: siamo dentro un cambiamento epocale di paradigma. **Dalla relazione all’individualismo**, favorito da un consenso politico basato su rabbia, violenza, rifiuto. **È difficile di questi tempi ragionare su una prospettiva “altra” e “alta”**, ma probabilmente è anche **assolutamente indispensabile**: come dice Leget, vicepresidente dell’EAPC (European Association for Palliative Care), la quarta e più dimenticata delle dimensioni del “dolore globale” (fisico – sociale – psicologico – spirituale), quella **spirituale** appunto, dovrà diventare il cardine di una moderna assistenza che, attraverso una nuova *ars moriendi*, possa dare le uniche risposte autentiche possibili alla sofferenza apparentemente *senza risposta* di pazienti e famiglie. **«Alla ricerca di nuove risposte con la mente aperta alle nuove domande»** (Cicely Saunders, fondatrice del primo Hospice moderno): sarà anche e soprattutto sul piano **culturale** e **sociale** la vera sfida della riflessione sul “fine vita”, senza pericolose scorciatoie.