



MORIRE OGGI

Luisa Ferrari
asiul.ferrari@virgilio.it

FILM

Parla con lei, regia di Pedro Almodòvar,
Spagna 2002, con J. Càmara e G. Chaplin

Le invasioni barbariche, regia di Denis
Arcand, Canada 2003, con R. Girard e S.
Rousseau

Million Dollar Baby, regia di Clint Eastwood,
USA 2004, con H. Swank e M. Freeman



SUGGERIMENTI NARRATOLOGICI

Alicia Gimenez-Bartlett, *Exit*, Sellerio,
Palermo, 2012

Richard Matheson, racconto *L'esame*
(1954) in *“Le meraviglie del possibile”*,
Einaudi, Torino, 1973

Michela Murgia, *Accabadora*, Einaudi,
Torino, 2011



ANALISI di un CASO CLINICO

Colpita da un tumore cerebrale inoperabile in fase avanzata, Lucia, sessantenne, non è al corrente della natura esatta della malattia, ma ne ha capito la gravità. Tanto che teme di non farcela, sente l'avvicinarsi della morte. È seguita da un'équipe di cure palliative, ma è anche circondata dalle cure della figlia, una donna con una forte personalità che le dedica un'attenzione quasi ossessiva dopo aver chiesto l'aspettativa dal lavoro. Gli altri componenti della famiglia sono di fatto messi in second'ordine da questa presenza continua.



Questa relazione esclusiva si fa sentire pesantemente quando Lucia entra in coma: l'équipe di cure palliative propone di non accanirsi con trattamenti inutili. Si chiede anche il supporto della psicologa che cerca di spiegare alla figlia le ragioni di questa scelta terapeutica. Ma gli operatori non riescono a convincerla ad accettare la linea terapeutica da loro proposta.



- 
- A scenic landscape with rolling green hills, a small town, and a rainbow in the sky. The text is overlaid on the image.
- *È eticamente corretto continuare l'assistenza per il bene della figlia che appare psicologicamente molto labile e incapace di accettare la sospensione dei trattamenti?*
 - *In altri termini, vista la particolare fragilità della ragazza, quale dei due principi di beneficenza è preferibile assecondare, quello rivolto alla madre o alla figlia?*



Oggi la morte è un evento che può essere sottoposto al controllo della medicina.

Le innovazioni tecniche permettono all'uomo di entrare nei processi che determinano la vita e la morte, producendo interventi che modificano profondamente le modalità di venire al mondo, le aspettative di vita e i tempi della morte.

A vibrant rainbow arches across a clear blue sky, its colors transitioning from red on the left to violet on the right. Below the rainbow, a scenic landscape unfolds, featuring rolling green hills, a small village with white buildings and red roofs, and a line of tall, dark cypress trees. The background shows distant, hazy mountains under a bright, clear sky.

Fissando l'attenzione sul morire, si possono qui delineare alcune caratteristiche che segnano le differenze tra la morte di ieri e quella di oggi.

Fino a non molti anni fa la morte
era generalmente:

- **prematura**, si moriva spesso in giovane età, anche senza presentare segni di deterioramento;
- **imprevista**, arrivava all'improvviso ed era spesso fulminea;
- **improcrastinabile**, in quanto non era prevedibile né efficacemente contrastabile;
- **breve**, se non era immediata, durava solo pochi giorni, l'agonia era poco prolungata.



Oggi la morte, soprattutto in Occidente, presenta spesso condizioni nuove:

- è collocata al termine di una **vita che si è allungata** ed è migliorata dal punto di vista **qualitativo** (in Italia la vita media è passata dai 45 anni del 1885 ai circa 90 attuali);
 - è **prevedibile**, con una buona approssimazione nella prognosi è nota in anticipo, attraverso precise batterie di esami clinici;



- può essere **procrastinata** grazie a interventi tecnici: il morire sembra si possa posticipare, rimandare, sospendere;
- solo in alcuni casi la morte è breve e fulminea, perlopiù gli interventi medico-tecnici **prolungano** il tempo della morte, sostituendo l'istantaneità dell'evento con un percorso di lunga durata che pone interrogativi nuovi sul piano della cura, delle scelte e del sostegno morale.



LA MORTE BIOLOGICA

Fino al XVIII secolo veniva ritenuta garanzia di morte avvenuta solo la *putrefazione*, in quanto solo lo stato di decomposizione di un corpo poteva essere considerato segno inequivocabile della morte, dal momento che gli organi e i tessuti sono sottoposti a un deterioramento diversificato.



LA MORTE CARDIACA

Il progresso delle scienze mediche portò nel XIX secolo a una diversa considerazione del processo di morte e quindi della sua definizione.

Gli studi anatomici portarono alla constatazione che il corpo è una *totalità organica* caratterizzata dal coordinamento delle varie parti.

Per definire morto un corpo non è più necessario attendere la putrefazione, ma è sufficiente constatare l'interrompersi delle funzioni legate a un sistema critico composto da tre grandi organi: cervello, polmoni e cuore.

La ripetuta osservazione dell'interruzione delle funzioni connesse a questi organi confermò che dapprima si verifica la cessazione degli impulsi che dal cervello governano la respirazione, evento che porta all'interrompersi dell'attività cardiaca.

Il passaggio dalla vita alla morte venne definito come cessazione del battito cardiaco.



LA MORTE CEREBRALE

A partire dal 1968 la Harvard Medical School ha proposto una nuova definizione di morte secondo la quale il sistema critico del corpo umano risiede nel *cervello*: quando siano cessate tutte le funzioni del cervello interviene la dissoluzione del corpo come un tutto. Poiché il cervello non è un organo semplice, si presenta il problema di definire quale sia la parte rilevante per stabilire la morte cerebrale, qualora il danno, irreversibile, interessi una sola delle varie parti dell'organo.



Queste suddivisioni funzionali hanno portato alla caratterizzazione di tre tipi di morte cerebrale:

morte cerebrale vera e propria,
che corrisponde alla dissoluzione di tutto il cervello e che viene rappresentata dall'elettroencefalogramma piatto;

morte troncoencefalica,
che corrisponde alla dissoluzione di tutte le funzioni del tronco dell'encefalo, quindi alla perdita di attivazione degli emisferi cerebrali, del controllo della respirazione, della pressione e della temperatura;



morte corticale,

che corrisponde alla cessazione della corteccia cerebrale, cioè delle funzioni superiori o della parte superiore del tronco dell'encefalo.

In questo caso l'individuo risulta biologicamente vivo, in quanto respira da solo, è caldo, ma ha perso tutte le funzioni superiori. Tale condizione è stata definita *Stato Vegetativo Permanente*; in nessun paese al mondo si riconosce la morte corticale, il cui accertamento richiede un'osservazione attenta di oltre un anno.



PRINCIPI FONDAMENTALI

- Partendo dai concetti portanti che costituiscono l'asse di sviluppo delle teorie bioetiche, è necessario qui sottolineare due criteri che presiedono al delicato discorso della cura e della morte:
 - Ogni individuo deve essere protetto nella sua dignità e nella sua identità.
 - Ogni persona deve avere la garanzia del rispetto della sua integrità, dei suoi diritti e delle altre libertà fondamentali in merito all'applicazione delle scoperte biologiche e delle cure mediche.



Il primo aspetto da sottoporre ad analisi è quello che riguarda, nei confronti di malati affetti da patologie ritenute attualmente inguaribili (come certi tipi di tumori, la SLA, la Corea di Huntington ecc.), il perdurare di cure che si sono rivelate ripetutamente inefficaci, spesso fonte di dolore per il paziente e per i familiari, o destinate a suscitare speranze illusorie.



RELAZIONE TRA MEDICO E PAZIENTE

Perché si verifichi una relazione terapeutica tra medico e paziente è necessario che la comunicazione tra l'esperienza soggettiva di sofferenza del paziente e la visione oggettiva medico-scientifica trovi un punto di incontro.



Tra medico e paziente devono potersi realizzare le seguenti condizioni:

definizione del *problema* (tipo di malattia e sue caratteristiche sintomatiche e non)

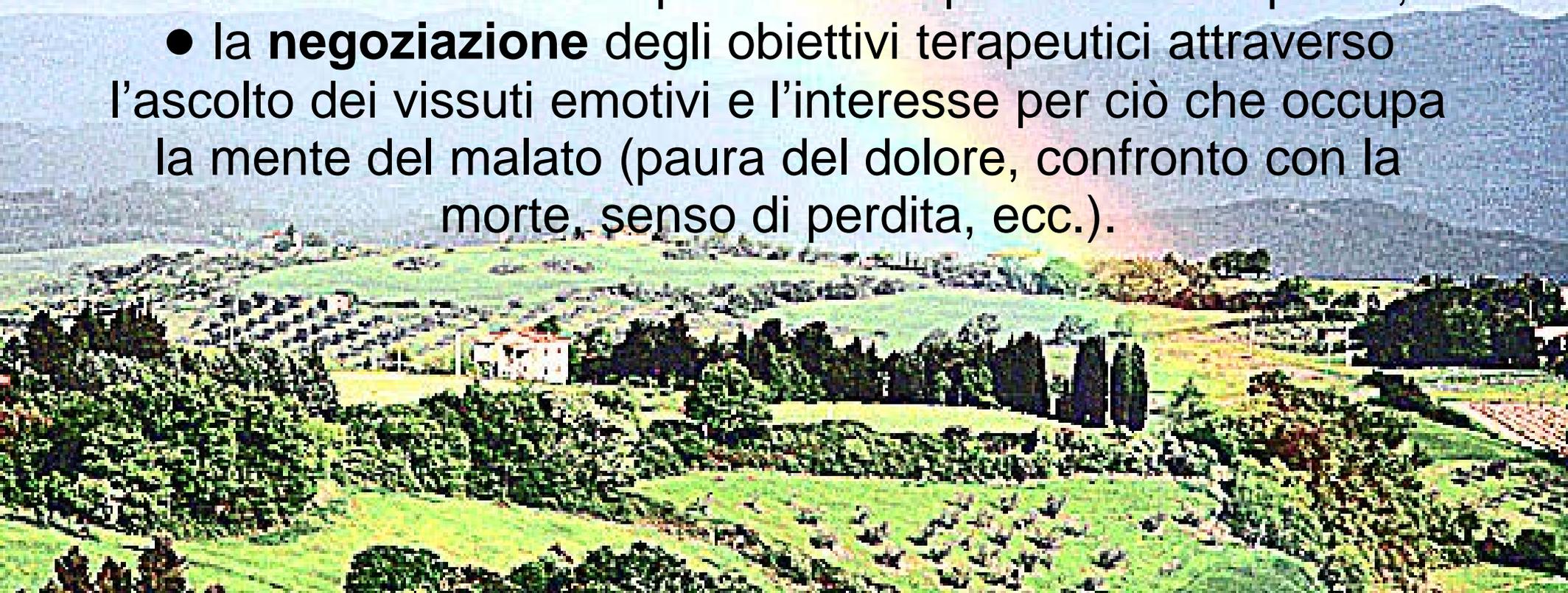
obiettivi da raggiungere
(intervento sui sintomi, qualità della vita)

utilizzo degli *strumenti diagnostici e terapeutici*
(quali tipi di esame e con quale frequenza, maggiore o minore invasività delle cure, ecc.).



Alla domanda se medico e paziente perseguano gli stessi obiettivi si può rispondere soltanto evidenziando la complessità del processo comunicativo, che deve poter poggiare su tre livelli:

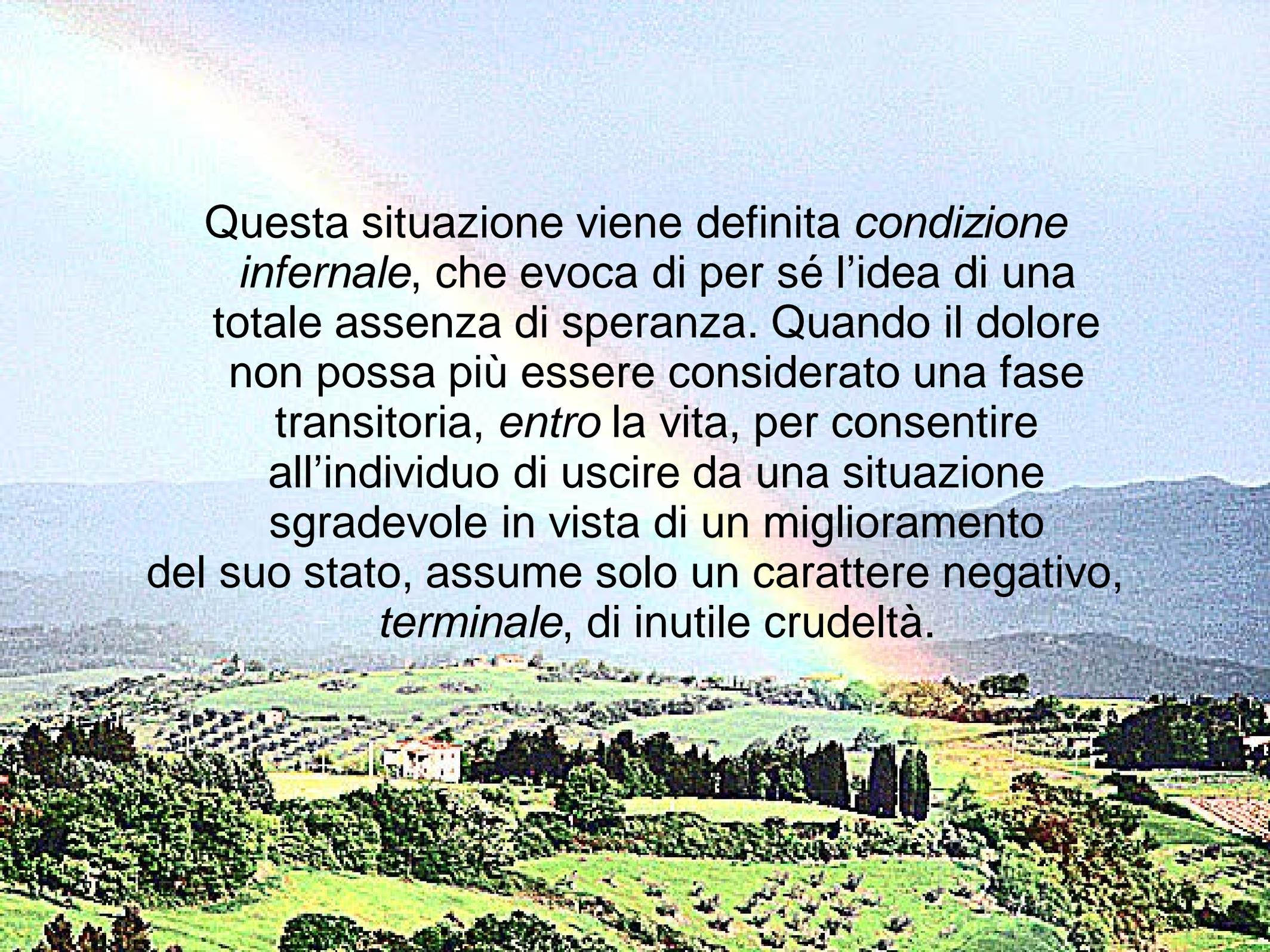
- lo **scambio** di informazioni chiaro e condiviso da tutte le persone coinvolte;
- l'**attenzione** alle emozioni sia del malato sia del medico come spazio di comprensione reciproca;
- la **negoziatura** degli obiettivi terapeutici attraverso l'ascolto dei vissuti emotivi e l'interesse per ciò che occupa la mente del malato (paura del dolore, confronto con la morte, senso di perdita, ecc.).



DEFINIZIONE DI ACCANIMENTO TERAPEUTICO

Nel caso in cui, pur essendosi realizzata una buona relazione terapeutica, il malato si trovi nella situazione oggettiva di non poter migliorare le sue condizioni di vita né di coltivare alcuna speranza di guarigione, proseguire con terapie che non hanno alcuna possibilità di successo ma solo lo scopo di procrastinare la morte, si configura come un vero e proprio **danno** per il paziente, perché non fa altro che aumentare il suo dolore (fisico e psichico). Questa condizione è stata definita come *accanimento terapeutico*.



A scenic landscape with rolling green hills, a small town, and a rainbow in the sky. The text is overlaid on the image.

Questa situazione viene definita *condizione infernale*, che evoca di per sé l'idea di una totale assenza di speranza. Quando il dolore non possa più essere considerato una fase transitoria, *entro* la vita, per consentire all'individuo di uscire da una situazione sgradevole in vista di un miglioramento del suo stato, assume solo un carattere negativo, *terminale*, di inutile crudeltà.

IL CONSENSO INFORMATO

DEFINIZIONE

Se la relazione terapeutica poggia sullo *scambio* di informazioni chiaro e condiviso da tutte le persone coinvolte, risulta inevitabile chiedere all'interessato l'approvazione dell'intervento da attuare, cioè il suo **consenso**, che risulta **informato** grazie alla bontà della relazione terapeutica attivata.

Premessa a tale consenso è il procedimento in base al quale all'interessato vengono fatte conoscere la verità sulla propria salute, le ragioni che richiedono la terapia o l'intervento, le prevedibili conseguenze da essi derivanti, le alternative esistenti.

Questa la teoria, in realtà, prima delle edizioni del Codice di deontologia medica giunto alla sua ultima stesura nel 2014, l'opinione prevalente riteneva che il medico non fosse tenuto a informare il paziente in merito a terapie e interventi.



IL TESTAMENTO BIOLOGICO

DEFINIZIONE

Con **testamento biologico** si intende un documento scritto in cui il cittadino lascia le disposizioni in merito alla conclusione della propria vita nel caso non fosse più cosciente o capace di prendere decisioni, indicando inoltre persona di sua fiducia (fiduciario) autorizzata a scegliere al suo posto nei casi controversi.

Rispetto alle *direttive anticipate*, cioè disposizioni orali o scritte con le quali l'interessato formula delle disposizioni da osservare nelle situazioni di fine vita, il testamento biologico si configura con le caratteristiche di un vincolo per i destinatari, alla stessa stregua del normale testamento sul patrimonio, solo che l'oggetto non sono i beni materiali, ma l'ambito "biologico" concernente le fasi finali della propria vita.

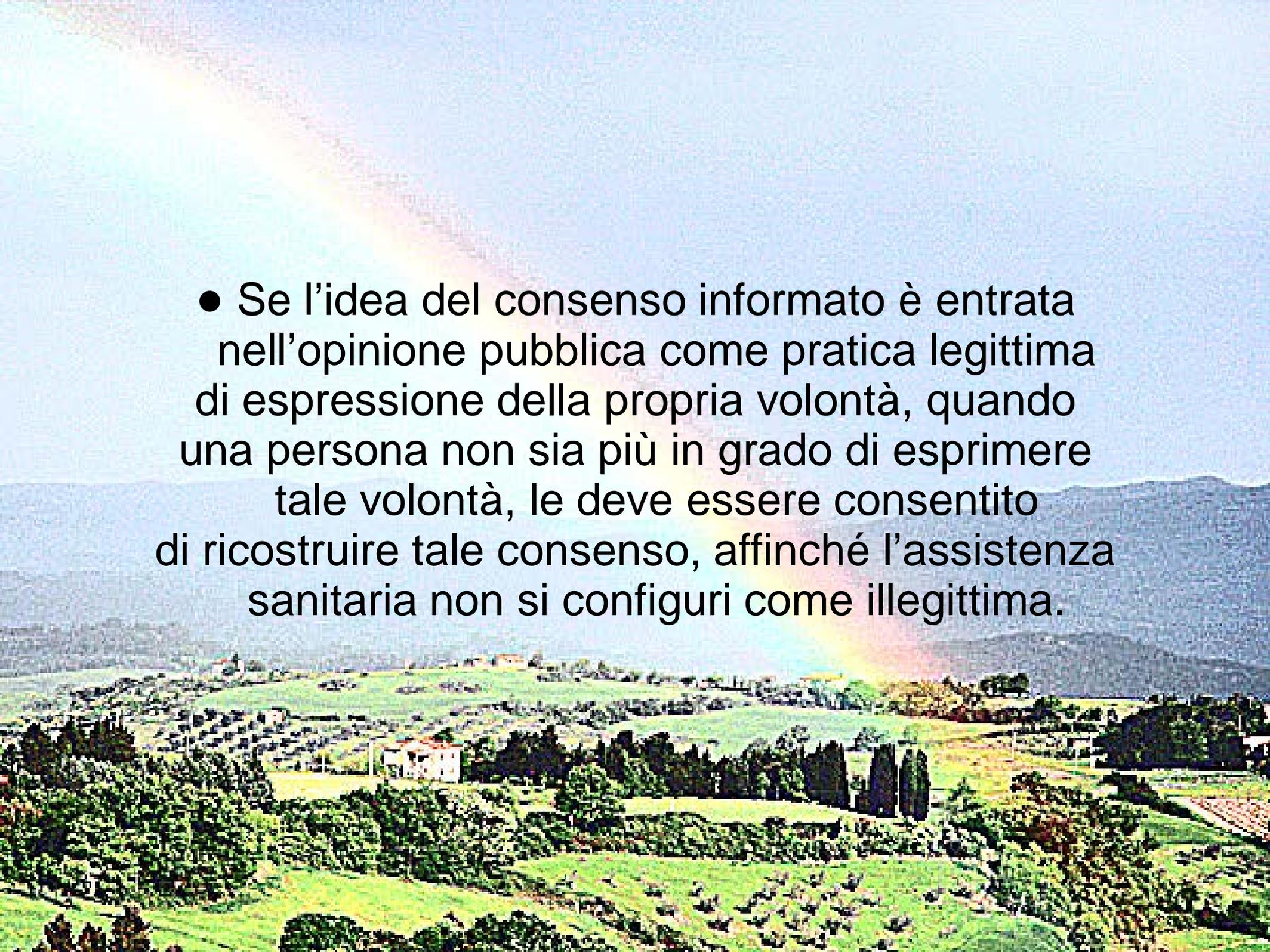


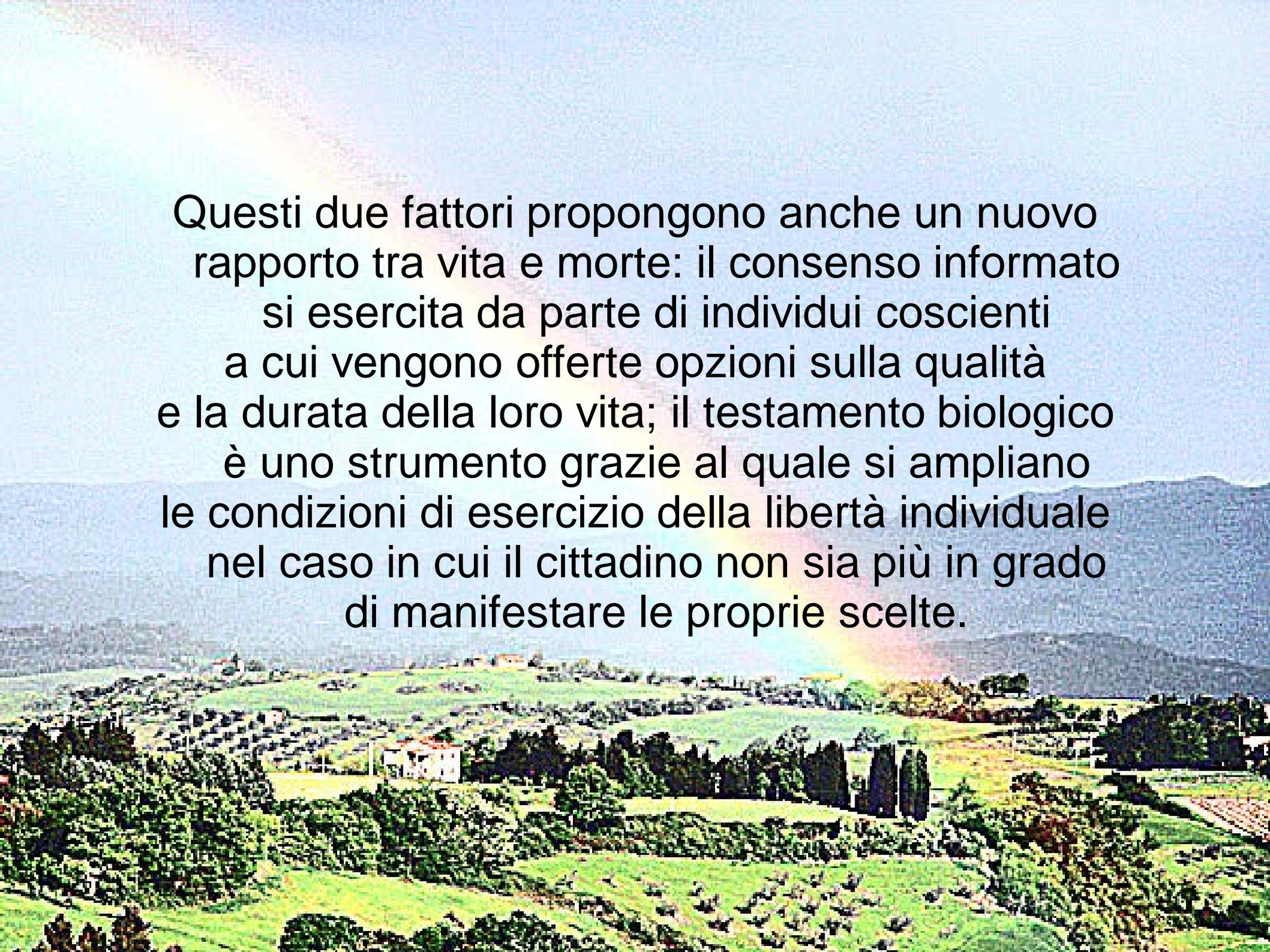
RAGIONI ETICHE E FILOSOFICHE DEL TESTAMENTO BIOLOGICO

L'esigenza dell'istituzione del testamento biologico si basa su due considerazioni fondamentali:

- Le conquiste della biomedicina hanno spostato le soglie della morte in un territorio la cui estensione può far sorgere legittime domande su chi e con quali criteri possa assumersi l'onere delle decisioni.



- 
- A scenic landscape featuring rolling green hills, a small village with white buildings, and a rainbow in the sky. The text is overlaid on the image.
- Se l'idea del consenso informato è entrata nell'opinione pubblica come pratica legittima di espressione della propria volontà, quando una persona non sia più in grado di esprimere tale volontà, le deve essere consentito di ricostruire tale consenso, affinché l'assistenza sanitaria non si configuri come illegittima.

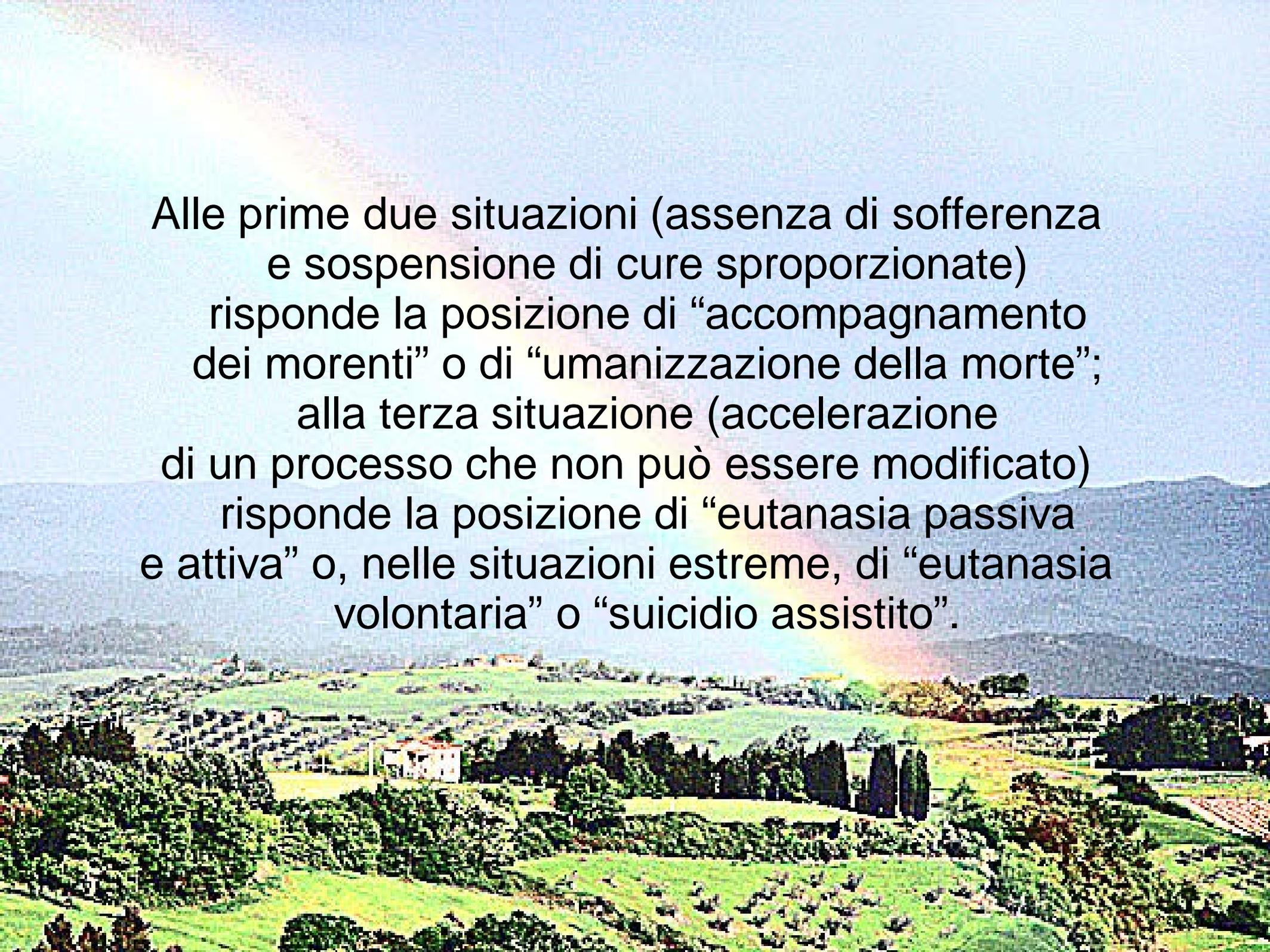
A scenic landscape with rolling green hills, a small town, and a rainbow in the sky. The text is overlaid on the image.

Questi due fattori propongono anche un nuovo rapporto tra vita e morte: il consenso informato si esercita da parte di individui coscienti a cui vengono offerte opzioni sulla qualità e la durata della loro vita; il testamento biologico è uno strumento grazie al quale si ampliano le condizioni di esercizio della libertà individuale nel caso in cui il cittadino non sia più in grado di manifestare le proprie scelte.

L'EUTANASIA

DEFINIZIONE

Poiché il significato etimologico del termine, *buona morte*, non comporta alcuna ambiguità, il problema si pone invece a livello di interpretazione di che cosa debba intendersi per *buono* in relazione alla morte: l'assenza di sofferenza, la sospensione di cure ritenute sproporzionate o l'accelerazione di un processo che non può essere comunque modificato?

A scenic landscape with rolling green hills, a small village, and a rainbow in the sky. The text is overlaid on the image.

Alle prime due situazioni (assenza di sofferenza e sospensione di cure sproporzionate) risponde la posizione di “accompagnamento dei morenti” o di “umanizzazione della morte”; alla terza situazione (accelerazione di un processo che non può essere modificato) risponde la posizione di “eutanasia passiva e attiva” o, nelle situazioni estreme, di “eutanasia volontaria” o “suicidio assistito”.

ACCOMPAGNAMENTO DEI MORENTI O UMANIZZAZIONE DELLA MORTE

Poiché l'obiettivo condiviso dalla bioetica laica e da quella religiosa è evitare l'accanimento terapeutico, per operare un adeguato accompagnamento del morente dovrebbero verificarsi le seguenti condizioni:

- lasciare che la natura faccia il proprio corso portando il paziente alla morte naturale;
- lenire le sofferenze del malato e accompagnarlo alla morte in un rapporto di cura, senza imporre ulteriori artifici o supporti tecnici;
- evitare ogni azione tesa a causare artificialmente la morte.



Compito del medico è solo quello di guarire, mai di “uccidere”, perché la professione medica non può essere intesa solo come “tecnica”; si deve garantire ai cittadini la fiducia nel sistema sanitario, senza la quale un paziente potrebbe sempre temere di essere “eliminato” (lo spettro del nazismo aleggia sull’immaginario collettivo).

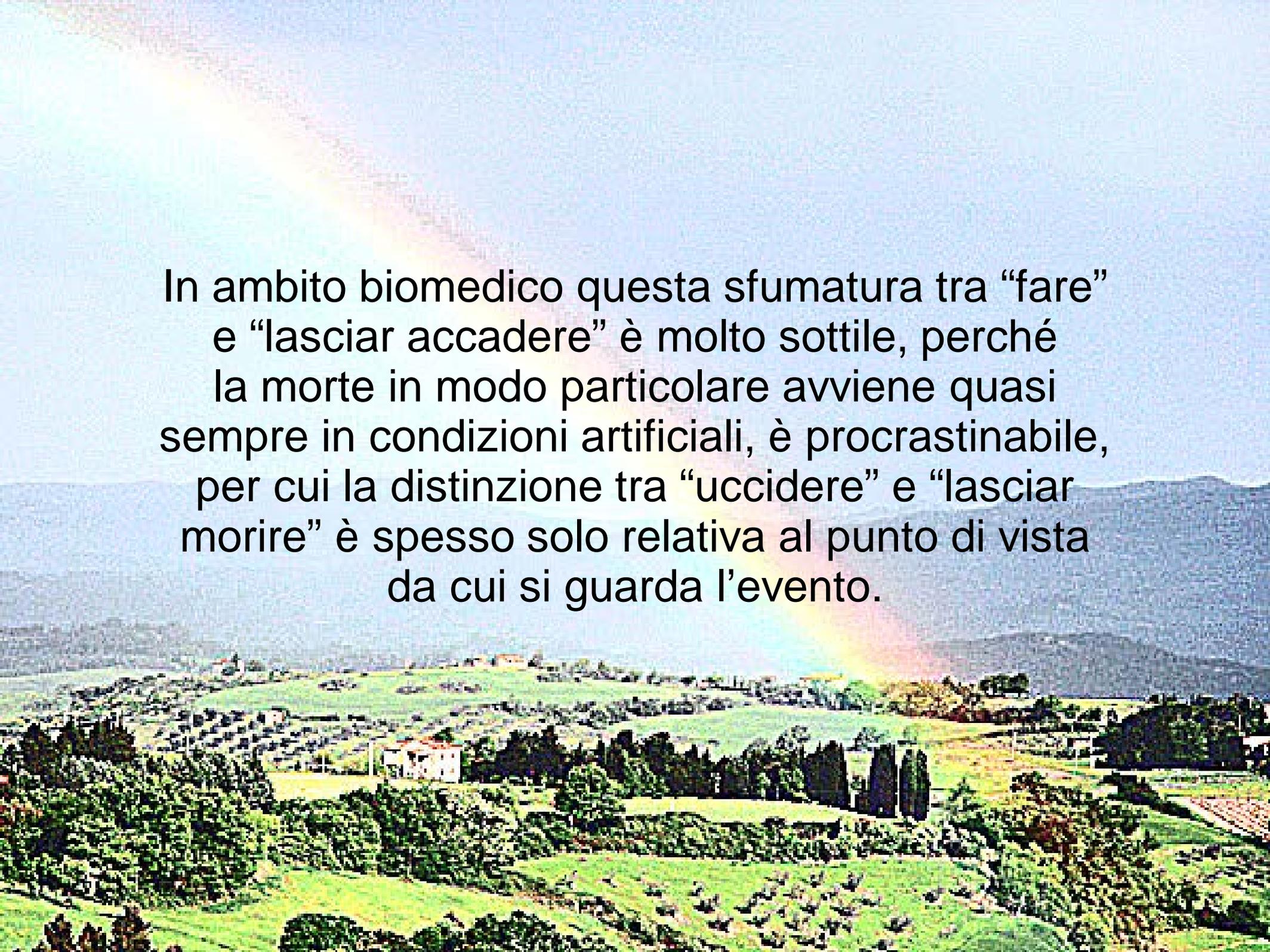
Questa posizione sottende una precisa demarcazione tra *cure palliative* ed *eutanasia*: le une escludono l’altra; l’unico problema è come affrontare l’accompagnamento alla morte, finché la natura abbia fatto il suo corso.



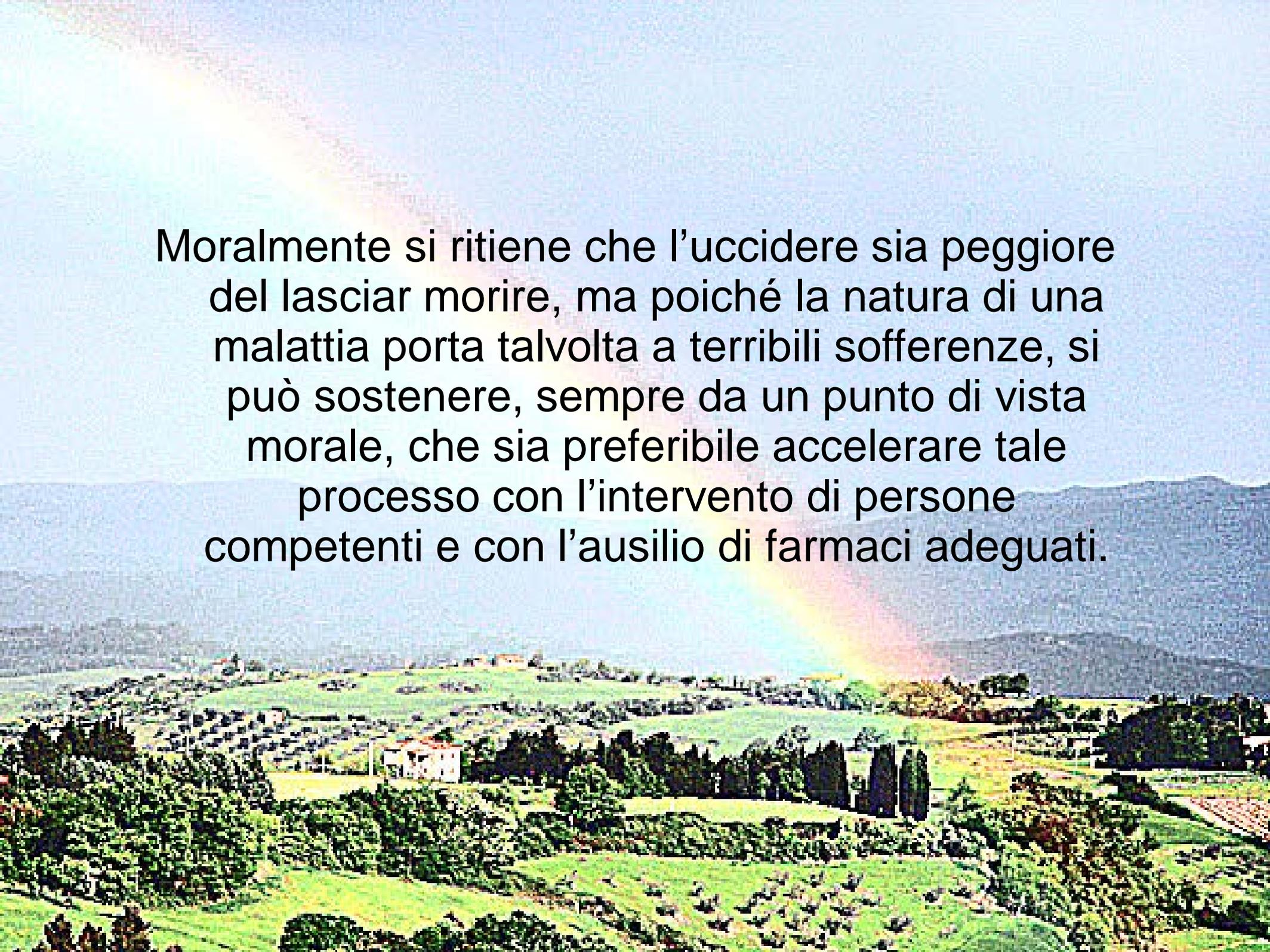


EUTANASIA PASSIVA E ATTIVA O EUTANASIA VOLONTARIA

Secondo tale posizione la differenza tra “fare” e “lasciar accadere”, soprattutto nel caso della morte, è molto sottile, soprattutto quando si condivide l’esclusione dell’accanimento terapeutico.

A scenic landscape featuring a vibrant rainbow arching across a clear blue sky. Below the rainbow, a lush green valley unfolds, dotted with clusters of trees and a small town or village in the distance. The foreground shows rolling green hills and fields, with a few tall, dark cypress trees standing prominently. The overall scene is bright and serene, with the rainbow serving as a central visual element.

In ambito biomedico questa sfumatura tra “fare” e “lasciar accadere” è molto sottile, perché la morte in modo particolare avviene quasi sempre in condizioni artificiali, è procrastinabile, per cui la distinzione tra “uccidere” e “lasciar morire” è spesso solo relativa al punto di vista da cui si guarda l’evento.

A scenic landscape featuring a vibrant rainbow arching across a clear blue sky. Below the rainbow, a lush green valley unfolds, dotted with clusters of buildings and tall, slender cypress trees. The background shows rolling hills and distant mountains under a bright, sunny sky.

Moralmente si ritiene che l'uccidere sia peggiore del lasciar morire, ma poiché la natura di una malattia porta talvolta a terribili sofferenze, si può sostenere, sempre da un punto di vista morale, che sia preferibile accelerare tale processo con l'intervento di persone competenti e con l'ausilio di farmaci adeguati.

A scenic landscape featuring rolling green hills, a small village with white buildings, and a rainbow in the sky. The text is overlaid on the upper portion of the image.

Chi obietta che ammettere la pratica eutanasica, anche su precisa richiesta del morente, porterebbe ad aprire conseguenze sociali disastrose, confonde il piano dei *principi* con quello della *pratica empirica*, perché un conto è affermare la liceità di un comportamento in condizioni codificate e sorvegliate, un conto affermare la sua liceità tout-court.



Un'ultima obiezione, più interessante sul piano delle conseguenze sociali, è quella che riguarda il richiamo al rischio di una “burocratizzazione della morte”, soprattutto per quanto concerne la sorte di anziani emarginati o segregati.

IL SUICIDIO ASSISTITO

DEFINIZIONE

In senso strettamente etimologico, nessuna confusione può essere operata tra *eutanasia* e *suicidio*, in quanto la prima amplia il suo significato con il considerare tutte le sfaccettature in cui sia possibile offrire o richiedere una buona morte in tutti i casi in cui le condizioni del malato siano ritenute irreversibili, dunque disperate; il secondo invece si configura come atto soggettivo e autonomo di interruzione volontaria della propria esistenza, qualora, a giudizio insindacabile del singolo, in presenza o meno di malattia incurabile, tale esistenza abbia perso di significato.



A scenic landscape featuring a vibrant rainbow arching across a clear blue sky. Below the rainbow, a lush green valley unfolds, dotted with clusters of trees and a small town or village in the distance. The foreground is filled with rolling green hills and dense foliage, creating a sense of depth and tranquility. The overall atmosphere is peaceful and hopeful, with the rainbow symbolizing hope and the end of a storm.

L'aggettivo *assistito* si configura come acquisizione di un diritto, quello dell'individuo, di chiedere aiuto a una struttura riconosciuta e qualificata per operare un accompagnamento che renda meno traumatico l'atto del passaggio alla morte.

RAGIONI ETICHE E FILOSOFICHE DEL SUICIDIO ASSISTITO

Per affrontare questa delicata questione è necessario fare riferimento ad alcuni concetti di base.

Il senso del limite: il fatto che l'uomo sia consapevole, fin dalla nascita, che la sua vita sarà soggetta a un termine, non significa che egli non si ponga domande su come tale fine si esplicherà e questo soprattutto in una condizione di sofferenza reale o semplicemente rimandata.

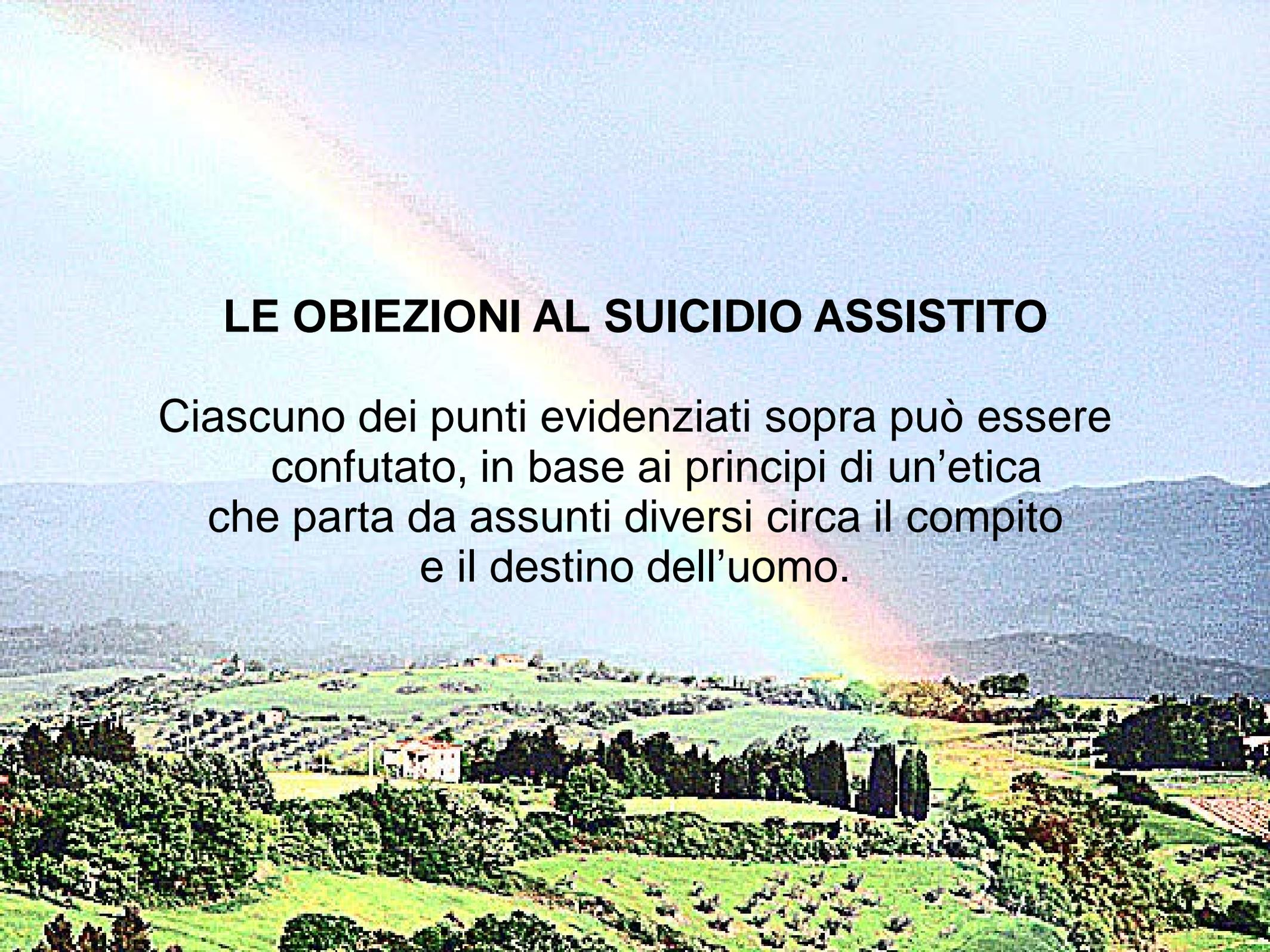


Il riconoscimento della libertà individuale: in una società avanzata quale quella in cui viviamo ci sono pochi ambiti in cui l'individuo possa esprimere compiutamente la sua libertà in senso lato, perché i rapporti tra gli uomini sono fortemente regolamentati da norme che hanno il compito di assolvere all'obiettivo di costruire una vita collettiva rispettosa, adeguata alle esigenze dei tempi e attenta all'evoluzione armonica del genere umano.



La richiesta di assistenza rivolta a terzi: poiché il concetto di autonomia non può essere enfatizzato e le condizioni esterne al singolo sono spesso determinanti nel costringerlo a operare una scelta piuttosto che un'altra, così come si ricorre al sostegno e al consiglio di organismi e personale professionalmente qualificato per affrontare problemi di varia natura (consulenti legali, consultori familiari, psicologi, ecc.) alla stessa stregua, razionalmente, si può accettare l'ipotesi di ricorrere a una struttura che fornisca assistenza a morire a chi non è più in grado di vivere.





LE OBIEZIONI AL SUICIDIO ASSISTITO

Ciascuno dei punti evidenziati sopra può essere confutato, in base ai principi di un'etica che parta da assunti diversi circa il compito e il destino dell'uomo.

1) Con il concetto di finito l'uomo si confronta per il fatto stesso di esistere: la nascita non dipende dalla sua volontà, che la sua esistenza abbia un termine non è frutto della sua scelta; tutto ciò che lo concerne in quanto essere determinato si esplica nell'arco della vita, tutto ciò che è dotato di senso e su cui è lecito interrogarsi lo riguarda in quanto vivente, compreso il suo destino dopo la morte. Pertanto determinare il momento della propria morte significa negare nei fatti la finitezza, estendendo il concetto di scelta a eventi che sono di per se stessi negati a questo valore.



2) Enfatizzare la libertà e l'autonomia del singolo nell'assumere decisioni che riguardano la propria persona significa confondere il piano dei diritti con quello dell'effettiva esplicazione della volontà di agire e di operare le proprie scelte. Programmare la propria morte come affermazione della propria dignità e della propria libertà significa negare nei fatti l'esperienza umana, che è segnata dai limiti e dai significati, dai vissuti di cui questi limiti si nutrono.





3) Richiedere ad altri l'assistenza nel programmare la propria morte equivale a sostenere che la propria volontà poco salda non sa esplicitarsi nell'autonomia individuale della decisione: è, nei fatti, una contraddizione in termini.

Defanti C. A., *Soglie. Medicina e fine della vita*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007

Englaro B., Nave E., *Eluana. La libertà e la vita*, Rizzoli, Milano, 2008

Mori M., *Il caso Eluana Englaro. La "Porta Pia" del vitalismo ippocratico ovvero perché è moralmente giusto sospendere ogni intervento*, Pendragon, Bologna, 2008

Pessina A., *Eutanasia. Della morte e di altre cose*, Cantagalli, Siena, 2002

Riccio M., *Storia di una morte opportuna. Il diario del medico che ha fatto la volontà di Welby*, Sironi, Milano, 2008

