



La Dottrina della Fede contro la cultura dello scarto

La parabola del Buon Samaritano è sempre stata letta, apprezzata e condivisa anche al di fuori del mondo cristiano e, ancora oggi, suscita profondo interesse. «Fratelli tutti», l'ultima Enciclica di Papa Francesco dedica ad essa molto spazio, ed in un recente

documento della Congregazione per la Dottrina della Fede viene richiamata sin dal titolo, Samaritanus bonus. Marco Brunetti, Vescovo di Alba, analizza ed approfondisce questo testo, traendo interessanti e suggestivi spunti di riflessioni. Farsi prossimo all'altro, specialmente nella sofferen-



za, rimane ora e sempre la strada maestra in grado di superare le avversità della vita e l'imperante cultura dello scarto. È probabilmente l'unica via per sconfiggere, unitamente alla scienza, la pandemia che stiamo vivendo, un vero e proprio antidoto alla fragilità e alla solitudine, una medicina del cuore e dell'anima per ciascuno di noi e per la società.

Enrico LARGHERO

ANALISI – LA LETTERA SULLA CURA DELLE PERSONE NELLE FASI CRITICHE E TERMINALI DELLA VITA

SAMARITANUS BONUS

Tre «sì» alla vita!



Il 25 giugno 2020, il Santo Padre Francesco ha approvato la Samaritanus bonus, una Lettera della Congregazione per la Dottrina della Fede sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita. La Samaritanus bonus si pone in continuità con il ricco magistero sui temi della fine vita, ma con caratteristiche proprie. Essa risponde a un mutato contesto culturale, medico e giuridico, e riflette lo stile pastorale di papa Francesco e la sua attenzione per gli aspetti di fragilità e vulnerabilità dell'esperienza umana. La Lettera chiede di cinque sezioni. La prima sezione «Prendersi cura del malato» parte dalla constatazione che «è difficile riconoscere il profondo valore della vita umana quando, nonostante ogni sforzo assistenziale, essa continua ad apparirci nella sua debolezza e fragilità», ma è proprio questa vulnerabilità che «dà fondamento all'etica del prendersi cura» a imitazione del Buon Samaritano. Per questo la Lettera chiede a chi si prende cura delle persone in fasi critiche e terminali della vita «di avere uno sguardo contemplativo» che non si impossessa della vita dell'altro, ma ne coglie la unicità e irripetibilità e se ne prende cura. Nella seconda sezione «L'esperienza vivente del Cristo sofferente e l'annuncio della speranza» si afferma la possibilità di sperimentare «la vicinanza del Dio fatto uomo alle molteplici forme dell'angoscia e del dolore che possono colpire i malati e i loro

familiari, durante le lunghe giornate della malattia e nel fine vita». Il Cristo crocifisso si offre al sofferente come «interlocutore credibile a cui rivolgere la parola, il pensiero, a cui consegnare l'angoscia e la paura». La terza sezione ci chiede di avere il «Cuore che vede del Samaritano» per aprirci alla compassione e lasciarsi interrogare dalla fragilità riconoscendo in essa una chiamata di Dio a riconoscere la vita quale dono sacro e inviolabile. Nella quarta sezione vengono evocati «Gli ostacoli culturali che oscurano il valore sacro di ogni vita umana»: un uso equivoco del concetto di dignità del morire, una comprensione erranea della compassione che porta all'eutanasia, l'individualismo esasperato che condanna alla solitudine e impoverisce le relazioni personali scartando le vite più fragili. La quinta sezione si colloca su questo sfondo antropologico; è la più estesa ed è dedicata a «L'insegnamento del Magistero». È la trattazione più approfondita finora prodotta dal Magistero intorno all'etica del fine vita ed è articolata in dodici punti. La Lettera inoltre presenta tre punti fermi e sottolinea tre sì e tre no a cui ci si deve attenere seguendo l'insegnamento autorevole della Chiesa, rispetto all'eutanasia, al suicidio medicalmente assistito, alla sospensione dei supporti vitali e alla cosiddetta «sedazione profonda».

Tre sì
1. Sì a rinunciare al cosiddetto «accanimento terapeuti-



co» nel significato originale e autentico del termine: «ostinarsi nel praticare terapie inappropriate» rispetto allo stato clinico del paziente e perfino onerose e dannose per lui; e non, invece, in quello surrettizio di «prosecuzione delle cure fisiologiche essenziali» per le funzioni vitali del malato;
2. Sì alle «cure palliative» in riferimento all'assistenza non strettamente terapeutica rivolta a migliorare e accompagnare la vita del paziente inguaribile e del disabile cronico grave, ma senza, in alcun modo, porre in essere azioni od omissioni volte ad abbreviarla intenzionalmente;
3. Sì alla «sedazione» farmacologica, limitatamente ai casi in cui questa si renda necessaria per alleviare il dolore inarrestabile e non sia la condizione scelta intenzionalmente per sopprimere la coscienza neuropsicologica prima di attuare un protocollo clinico volto a causare la morte del paziente.

Tre no
1. No all'eutanasia, intesa

come ogni azione od omissione che di sua natura e nelle intenzioni di chi la decide, la attua o la consente, conduce alla morte anzitempo del malato o del disabile grave in qualunque stadio della sua vita post-natale: dal neonato e dal bambino affetti da malattie congenite inguaribili all'adulto con una grave patologia cronica o degenerativa per la quale non esiste una terapia efficace, sino al paziente in fase terminale di malattia, all'anziano non più autosufficiente fisicamente e cognitivamente e a chi si sta avvicinando alla morte;
3. No al suicidio medicalmente assistito, in tutte le situazioni e condizioni in cui si può presentare la richiesta da parte del paziente stesso, sia essa contestuale o pregressa (la cosiddetta «disposizione anticipata»), condivisa o non condivisa da congiunti, medici, infermieri, legali e altri soggetti coinvolti nella decisione;
3. No alla sospensione di idratazione e nutrizione nei soggetti in «stato vegetativo»

o «di minima coscienza» e in altre condizioni assimilabili a queste per cronicità e inguaribilità, per le quali la somministrazione di acqua, elettroliti e sostanze alimentari risulta efficace nel mantenere le funzioni fisiologiche vitali e l'omeostasi del corpo. Le ragioni che portano a questi «sì» e a questi «no» ruotano attorno a due fondamenti antropologici, clinici, etici e giuridici. Innanzitutto il valore fondamentale e il bene irrinunciabile della vita umana. Togliere la vita ad un malato che chiede l'eutanasia non significa «riconoscere la sua autonomia e valorizzarla», ma, al contrario, vuol dire «disconoscere il valore della sua libertà, fortemente condizionata dalla malattia e dal dolore, e il valore della sua vita». In questo modo si «decide al posto di Dio il momento della morte». Per questo, prosegue la Lettera, «l'aborto, l'eutanasia e lo stesso suicidio volontario guastano la civiltà umana, disonorano coloro che così si comportano più ancora che quelli che le subiscono e ledono grandemente l'onore del Creatore». Il secondo pilastro delle argomentazioni del documento è quello della fondamentale distinzione medico-infermieristica, clinica, antropologica ed etica tra «curare» e «guarire», tra «prendersi cura» della vita integrale di un ammalato e «fare terapia» per cercare di sconfiggere o almeno di contrastare la malattia di cui il paziente soffre. La «cura» – il cui esempio evangelico, l'azione del buon

samaritano dà il titolo alla Lettera – è il primo e fondamentale atto del medico e dell'infermiere, che precede, accompagna e sostituisce gli atti della diagnosi, della terapia e della riabilitazione. «Guarire se possibile» il malato e il disabile, usando mezzi terapeutici - distinguibili formalmente e materialmente da quelli curativi - proporzionati nei loro effetti benefici per il paziente e che non causano a lui sofferenze troppo gravose. Ma, al contempo, «avere cura sempre» di ogni malato, anche quando non è praticabile o deve venire sospesa la terapia. La sfida della cultura contemporanea, nella sua complessità, ci domanda di avere uno sguardo particolarmente attento «ad ogni essere umano» al quale «va riconosciuta la dignità di persona», «dal concepimento fino alla morte naturale». La questione fondamentale è quella di una capacità di contemplazione, cioè di un atto nel quale si lascia che la vita umana ci interpellino nel suo valore. Lasciarsi interpellare significa essere disponibili all'ascolto, al coraggio della verità e alle sue esigenze. Come nella parabola del buon samaritano, possiamo sempre porre la questione «chi è il mio prossimo», «chi è vita umana»? Troviamo la risposta solo quando ci coinvolgiamo personalmente nella disponibilità libera dell'amore: l'altro si rivela solo a chi è disposto ad avvicinarsi, a chinarsi, ad aiutare.

Marco BRUNETTI
Vescovo di Alba
assistente regionale AMCI

I nostri ospedali



Il Centro «S. Maria ai Colli - Presidio Sanitario Ausiliatrice» di Torino della Fondazione Don Gnocchi accoglie nel reparto di degenza pazienti che necessitano di un trattamento di riabilitazione in regime di ricovero, a seguito di patologie ortopediche, neuro-

DON GNOCCHI – APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE

La riabilitazione è «globale»

logiche o gravi cerebrolesioni acquisite. Queste patologie influenzano l'autonomia del paziente nelle comuni attività di vita, compromettendone le funzioni muscolari e motorie, il linguaggio e le capacità comunicative, la deglutizione e l'alimentazione, le abilità cognitive, affettive e relazionali. L'entità della compromissione può presentare differenti livelli di gravità, fino a determinare un cambiamento radicale nella vita quotidiana della persona. «Gli obiettivi principali della riabilitazione del paziente», sottolinea la dottoressa Francesca Dutto, specialista in geriatria e responsabile di uno dei reparti di degenza della struttura piemontese

della Fondazione Don Gnocchi, «sono volti al recupero funzionale e al miglioramento della sua qualità della vita. Vengono perseguiti nel reparto di degenza attraverso una squadra multidisciplinare, in un'armoniosa sinergia di forze che mette la persona al centro. Il paziente viene preso in carico globalmente, in tutti gli aspetti della sua condizione clinica e delle sue necessità assistenziali e riabilitative». L'équipe riabilitativa è composta da un medico geriatra o fisiatra, un fisioterapista, un logopedista, un neuropsicologo e un terapeuta occupazionale. Ciascuno si impegna con grande professionalità e dedizione a stabilire un contatto

tra la propria individualità e quella della persona in cura, per costruire una relazione terapeutica fondata sulla fiducia e sull'empatia, incoraggiando la massima partecipazione del paziente.

«Il lavoro sinergico dell'équipe sui vari aspetti della disabilità del paziente è indispensabile», prosegue la dottoressa Dutto, «ogni componente del team conosce il ruolo e le competenze degli altri professionisti e coopera con loro. Il fisioterapista si occupa dei disturbi del movimento, dell'equilibrio, della coordinazione, della forza e del tono muscolare; il logopedista si fa carico dei disturbi delle vie aeree, della deglutizione, della fonazione e del linguaggio; il neuropsicologo tratta i disturbi cognitivi e del comportamento, i disturbi dell'affettività e dell'emotività; il terapeuta occupazionale si occupa di migliorare l'autonomia della persona nelle attività della vita quotidiana, esegue la va-



lutazione ambientale domiciliare per proporre i necessari adattamenti. In collaborazione con l'équipe, il medico geriatra o fisiatra elabora il progetto riabilitativo individuale del paziente, coordina gli interventi e stabilisce quantità e durata dei trattamenti, pone degli obiettivi; il medico determina i percorsi diagnostico-terapeutici, occupandosi di contenere e trattare sintomi ed eventi patologici acuti e cronici. Dal punto di vista del medico geriatra, è imprescindibile che l'insieme degli interventi terapeutici e riabilitativi sia finalizzato alla cura della persona nella sua complessità, più che alla singola patologia». L'unicità del paziente è parte integrante del progetto che potrà essere proseguito nel Centro Don Gnocchi anche dopo il ricovero, in regime di assistenza domiciliare o in ambulatorio, garantendo una reale continuità delle cure.