

Accanimento terapeutico. Approcci, proporzionalità e persona

Fernando Fabó, L.C.

Introduzione

Chiederò in questa breve relazione di chiarire questo termine preparando in questo modo il terreno per un successivo approfondimento etico. Vorrei evitare dunque di ripetermi o piuttosto di cadere in luoghi comuni o anticipare concetti che saranno sviluppati più in avanti. Chiedo scusa già da adesso perché necessariamente dovrò dire delle cose che poi si ripeteranno, magari con più precisione e con più chiarezza.

Lo sviluppo delle tecniche mediche e il perfezionamento continuo della farmacologia, l'eccessiva specializzazione della medicina, l'atteggiamento culturale moderno condiviso da medici e pazienti e molti altri fattori che sarebbe molto difficile di valutare adesso – tra cui non indifferente una malintesa sacralità della vita – hanno fatto sì che la morte – e anche la sofferenza – vengano viste oggi come un fallimento, come una sconfitta, come qualcosa che bisogna rimandare a tutti i costi¹.

«La paura dell'accanimento terapeutico – il tema su cui dobbiamo riflettere – ha la sua origine nella sfiducia che l'era dell'autonomia ha introdotto nel rapporto medico-paziente, una sfiducia nella professionalità e

nella missione del medico che viene visto non più come *colui che si adopera per sostenere la vita* con la terapia o con la cura, ma come *colui che persegue attraverso la medicina obiettivi personali*. In questo senso, il medico diverrebbe colui che usa la medicina per dispiegare un potere sugli altri, per fare *il proprio interesse*, o addirittura per proporre una sua visione del mondo, eventualmente segnata da pesanti barriere ideologiche o politiche². Questa paura ha dato origine a diversi fenomeni e ha generato non pochi documenti o pronunciamenti ufficiosi o meno. Ad esempio l'Associazione degli Ospedali Cattolici USA, nel 1974, ha redatto la *Christian Affirmation of Life*, in cui si afferma: «Se non potrò avere parte attiva nelle decisioni riguardanti il mio futuro e se non ci sarà una ragionevole aspettativa della mia guarigione dalle condizioni di invalidità fisica o mentale, richiedo che non vengano utilizzati mezzi straordinari per prolungare la mia vita». Con parole solo apparentemente simili, la Società Americana per l'Eutanasia invece, nella sua proposta di testamento di vita, dice: «Se dovesse insorgere la situazione in cui non esiste la ragionevole aspettativa della mia guarigione dalle condizioni di invalidità fisica o mentale, richiedo che mi si lasci morire e che non mi si tenga in vita



Medico, dottore di ricerca e docente di Bioetica, Ateneo Pontificio Regina Apostolorum, Roma

Christian Affirmation of Life	Condizioni	Richiesta
	<ul style="list-style-type: none"> * Se non potrò avere parte attiva nelle decisioni riguardanti il mio futuro * Se non ci sarà una ragionevole aspettativa della mia guarigione dalle condizioni di invalidità fisica o mentale 	<ul style="list-style-type: none"> * Richiedo che non vengano utilizzati mezzi straordinari per prolungare la mia vita.
Società Americana per l'Eutanasia	Condizioni	Richiesta
	<ul style="list-style-type: none"> * Se dovesse insorgere la situazione in cui non esiste la ragionevole aspettativa della mia guarigione dalle condizioni di invalidità fisica o mentale 	<ul style="list-style-type: none"> * Richiedo che mi si lasci morire. * E che non mi si tenga in vita con mezzi artificiali o eroici.

con mezzi artificiali o eroici»³.
L'approccio è diverso, il punto di partenza è diverso e l'applicazione dei principi è dunque diversa. Vorrei prima chiarire il contesto, i diversi approcci e spiegare meglio in un secondo momento cosa sia la proporzionalità delle cure, e dunque cosa sia l'accanimento. Questo sarà il nostro percorso.

Tre contesti, tre approcci diversi

a) L'approccio deontologico

Il codice di deontologia medica italiano del 1998, all'Art. 4 definisce l'accanimento come «l'ostinazione in trattamenti, da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita»⁴. Non si tratta dunque dell'ostinazione del medico nel somministrare terapie che il paziente non vuole, o del semplice mantenimento in vita di pazienti ormai nell'imminenza della morte, o dell'utilizzo generico di “mezzi artificiali”, ma di un giudizio – principalmente clinico – riguardante l'inefficacia, l'inutilità e la gravosità di un trattamento in relazione agli obiettivi specifici per cui viene proposto o attivato⁵.

Fatta salva l'esigenza del tener conto della volontà e del parere del paziente – esigenza bisogna ribadirlo sempre presente nella dottrina tradizionale della morale cattolica – quando si parla del “rifiuto delle terapie” da parte del paziente, il medico, pur avendo il dovere di ascoltare il paziente, non può essere ritenuto un semplice esecutore dei suoi voleri⁶.

Questo significa che se il medico riconosce la consistenza dei motivi del rifiuto, dovrà rispettare la volontà del paziente; se invece vi scorge un rifiuto immotivato, è tenuto a proporre la sua posizione di coscienza e, se è il caso, proporre il ricorso all'autorità competente, ed eventualmente, dimettere il paziente che è stato affidato alla sua responsabilità⁷.

Rivedendo l'articolo 16 (CDM 2006)⁸ non è implicito:

- un giudizio sulla “qualità della vita”,

- un giudizio sul valore di una vita umana, Invece è:

- un giudizio sull'efficacia di un determinato trattamento/diagnostica in una situazione specifica.

b) L'approccio legalista ovvero, la “necessità” di “una qualche regolamentazione” dell'accanimento

Se la posizione “deontologica” può dirsi in un certo modo neutra, di consenso, la posizione legalista è negativa. Cerca di togliere, di negare, di cancellare l'accanimento terapeutico, l'errore medico. In poche parole, si tratta di una posizione utopica, che contempla la possibilità di una prassi medica perfetta quando l'uomo, lo sappiamo bene, perfetto non è.

La *strategia della paura* segue quattro passi, sempre gli stessi:

Si chiede non l'eutanasia ma la cessazione dell'accanimento terapeutico.

Si fa andare avanti la pretesa della necessità di una qualche regolamentazione dell'accanimento.

Si fomenta una voluta confusione sull'accanimento stesso (ossia eutanasia passiva). Fatalmente si arriva a una legge sull'eutanasia, magari preparata giuridicamente dai testamenti biologici.

Occorre invece intraprendere un'altra strada, cioè, ristabilire la fiducia del paziente per il medico, a partire dalla banale ma indubitabile constatazione che la stragrande maggioranza di questi pratica la medicina con onestà e coscienza, ricercando in ogni situazione il bene del paziente e portando avanti con fedeltà la loro missione di servire la vita debole e malata⁹.

c) L'approccio del personalismo

Monsignor Luciano Monari, Vescovo di Piacenza-Bobbio e Vice Presidente della Conferenza Episcopale Italiana colloca il tema dell'accanimento in una cornice ben diversa. Lui parla di *potere di gestione sulla vita e sulla morte* e dice: non sono io a gestire il momento della morte. [...] Questo vale per

l'accanimento terapeutico, che vuole dire: *ho il potere di allontanare la morte*. Oppure vale per l'eutanasia, ho il potere di anticiparla. Nessuno di questi due atteggiamenti entra in una logica corretta, perché tutti e due entrano nella prospettiva del «io possiedo la vita e sono io che decido quando comincia, quando finisce, e come si sviluppa»¹⁰.

Il Cardinale Ruini a suo tempo nel 2007 parlò sul nostro tema spiegando che «è legittimo – cito – rifiutare l'accanimento terapeutico, cioè *il ricorso a procedure mediche straordinarie che risultino troppo onerose o pericolose per il paziente e sproporzionate rispetto ai risultati attesi*»¹¹, chiarendo però allo stesso tempo che la rinuncia all'accanimento terapeutico non può giungere al punto di legittimare forme più o meno mascherate di eutanasia.

Bisogna anche tener presente che l'eventuale inefficacia è una *condizione necessaria ma non sufficiente* per dichiarare l'accanimento terapeutico: occorre infatti tenere presenti anche le motivazioni concrete del paziente/morente, che potrebbe essere pronto a morire o potrebbe “volere ancora un po' di tempo”, per ragioni personali e non sindacabili (ricevere gli ultimi sacramenti, riconciliarsi con qualcuno, sistemare i suoi affari, fare testamento, salutare i suoi cari o altro).

Di più ancora: nella valutazione dell'efficacia, non rientra solo il successo tecnico dell'operazione o dell'intervento – ad esempio con la ventilazione meccanica il paziente respira, senza non respira –, ma conta soprattutto il miglioramento del quadro clinico (valore terapeutico) o delle condizioni generali (valore palliativo). Si veda più avanti la nota 23.

Il Card. Elio Sgreccia, sempre preciso nell'uso dei termini, complica ancora di più le cose. Infatti afferma riguardo all'accanimento terapeutico: «Se per accanimento terapeutico si intende in sostanza *l'impiego di*

terapie o procedure mediche di carattere sproporzionato questo, come afferma il Catechismo della Chiesa Cattolica [vedi n. 2278], è illecito sempre, in quanto offende la dignità del morente»¹². Altra cosa è invece *l'insistenza terapeutica* quando esiste cioè una ragionevole speranza del recupero del paziente¹³. Cioè, non si ha l'accanimento terapeutico quando un medico si “ostina” a curare anche quando il paziente o chi per lui non vogliono, dal momento che la responsabilità di tale valutazione spetta ultimamente al medico¹⁴.

Forse il punto di riferimento dovrebbe essere *Evangelium Vitae* (n. 65). Da notare che

si è voluto parlare dell'accanimento terapeutico nello stesso paragrafo in cui viene data la definizione magisteriale dell'eutanasia. Nell'atteggiamento legalista cancellando per legge l'accanimento si cerca di far passare l'eutanasia. Nel personalismo rimane chiara e

palese la volontà esplicita di distinguere tra eutanasia e rifiuto dell'accanimento terapeutico.

Ecco il testo:

«Da essa [l'eutanasia ndr.] va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto “*accanimento terapeutico*”, ossia a certi 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. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza “rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi”»¹⁵.

Il concetto di proporzionalità

Approfondiamo adesso il discorso parlando sulla proporzionalità delle cure, nel contesto dell'accanimento terapeutico, dell'abban-

Il medico, pur avendo il dovere di ascoltare il paziente, non può essere ritenuto un semplice esecutore dei suoi voleri

sono terapeutico e dell'eutanasia. Nella prassi dobbiamo applicare dei principi per cui si valuta se in rapporto ad una data situazione, il mezzo sia proporzionato o meno. Ci chiediamo adesso, proporzionato a che cosa? Lasciamo per il momento la domanda in sospeso.

Alcune distinzioni

Ordinario-straordinario. Nella distinzione si mette a fuoco l'uso di strumenti, di mezzi.

Proporzionato-sproporzionato. Questa distinzione si stabilisce riguardo a tre riferimenti diversi:

I mezzi terapeutici ed il loro corrispondente risultato in termini di salute.

I costi economici, in questo caso in termini di qualità di vita, produttività e reddito.

I costi per la persona, per il paziente.

Trattamenti futili e trattamenti non futili. Trattamento futile sarebbe quello nel quale non si vede probabilità di beneficio per il paziente, non esiste aspettativa di miglioramento della qualità di vita del paziente o non si raggiunge la finalità curativa della medicina.

Nel 1992 all'Appleton Conference si cercò di dare una definizione di futilità e si sostenne la tesi secondo la quale *una terapia è futile quando non è terapeutica, non è preventiva, non è palliativa* e inoltre, da un punto di vista della qualità della vita, è futile *una terapia che non comporta un miglioramento sufficiente della qualità della vita oppure, che non è in grado di offrire una migliore qualità della vita a lungo termine*, anche se nell'immediato potrebbe osservarsi un certo miglioramento.

Questa seconda interpretazione della futilità delle cure basata sulla qualità della vita, è molto ambigua, anche se molto diffusa soprattutto nei paesi anglosassoni. Ma ciò che è da tenere ben presente nel momento di decidere se sospendere oppure proseguire un trattamento, è il fatto che stiamo facendo riferimento al paziente e alla sua dignità, nella dimensione di persona; inoltre, pur non facendo esplicitamente riferimento solo al fattore economico, indirettamente stiamo facendo riferimento a un'idea di vita degna di essere vissuta, e questo è molto pericoloso

e costituisce un rischio purtroppo presente in molte realtà sociali, perché porta a pensare che possa esistere una vita non degna di essere vissuta¹⁶.

A questo riguardo diciamo subito che «[...] ammettere che si possa decidere della vita dell'uomo sulla base di un riconoscimento dall'esterno della sua qualità, equivale a riconoscere che a qualsiasi soggetto possano essere attribuiti dall'esterno livelli crescenti o decrescenti di qualità della vita e quindi di dignità umana, introducendo un principio discriminatorio ed eugenetico nelle relazioni sociali»¹⁷.

Sintesi di Mons. Sgreccia¹⁸

C'è il dovere, il fatto morale di accettare e somministrare le terapie adeguate, efficaci e ordinarie.

Le terapie sproporzionate che non procurano beneficio, ma al contrario aggravano la situazione, sono proibite, e questo è accanimento terapeutico e la loro sospensione non deve essere chiamata eutanasia.

Quando si verifica che pur se sproporzionate sono straordinarie nel caso concreto del paziente, in questo caso è possibile che la terapia straordinaria non sia obbligatoria (ad esempio un'operazione ad alto rischio).

Ci sono cure come l'alimentazione, l'idratazione, la cura del corpo che si devono somministrare sempre perché non sono terapie, e che si danno sia al bambino che al malato terminale, che non sono autonomi. Il giudizio sulla proporzionalità-non proporzionalità richiede una valutazione che va fatta dal medico, sul piano squisitamente tecnico-scientifico e alla luce dei dati di esperienza¹⁹.

Alcuni parametri di riferimento per il giudizio sulla proporzionalità

Claudia Navarini²⁰, docente della Facoltà di Bioetica dell'Ateneo Pontificio *Regina Apostolorum*, alla domanda posta da un lettore al riguardo di una ragazzina, di quattordici anni, nata tetraplegica, ormai in rianimazione da più di un anno e che viene molto

spesso tenuta sotto sedazione ecc., propone una sintesi a mio parere molto chiara. Ecco i punti nodali:

1. L'imminenza della morte²¹.
2. Interrompere o non iniziare trattamenti che appaiono inutili e anzi gravosi per il paziente o terapie che hanno deluso le speranze riposte in esse²².
3. L'efficacia del trattamento (senso terapeutico allargato e rispetto della persona nella sua globalità)²³.
4. La gravosità del trattamento (pesantezza o pericolosità).
5. Le sofferenze atroci.
6. Il controllo del dolore²⁴.
7. La "fatica" di vivere.
8. L'onerosità (o difficoltà nell'esecuzione).
9. La straordinarietà dei mezzi.
10. L'artificialità dei mezzi. Ad esempio, mentre non può considerarsi un mezzo straordinario, la ventilazione meccanica è certamente un mezzo artificiale di mantenimento in vita.

Il vero bene del paziente: ovvero la verità sull'uomo

La bontà morale dell'azione medica, non si riduce né deduce da supposte buone intenzioni con le quali il medico potrebbe agire, né dalla ponderazione delle conseguenze che ne deriverebbero, per il singolo o per la specie, ma piuttosto dalla disposizione intrinseca dell'agire a custodire il vero bene del paziente. È in questo giusto rapporto con la persona malata che si gioca la moralità dell'atto medico.

L'agire medico è, - e dev'essere - intrinsecamente morale perché intrinsecamente umano. Una medicina a-morale, asettica, neutrale, che non scommette per l'uomo, è una medicina disumana, immorale perché contro l'uomo e perché ha fallito in quello che era il suo compito fondamentale: servire la vita. Il *deontologismo* non serve.

L'agire buono serve all'uomo come è, non come lo si pensa. L'utopismo legalista e la negazione della sofferenza sono la negazione dell'uomo e della medicina. *La paura, la fuga eutanasi o tecnologica* - alla fine sono lo stesso - non serve.

L'agire buono del medico, giusto e proporzionato, mette al centro la persona, ogni persona e tutta la persona. L'uomo - così come è - diventa in questo modo il cammino, la strada sicura per amare ed essere amati. Solo così l'amore è donazione. Solo così il medico diventa servitore della Vita.

NOTE

¹ Cfr. R. CINI, «Io posso tutto. Quando il burn-out dà onnipotenza», in *Janus*, 10 (2003), 66-70.

² C. NAVARINI, «Né accanimento né eutanasia», in *Zenit*, 10 dicembre 2006; P. ROUSSEAU, «Ethical and legal issues in palliative care», in *Prim Care*, 28/2 (2001 Jun), 391-400.

³ Testi riportati da C. NAVARINI, «La difficile determinazione dell'accanimento terapeutico», in *Zenit*, 5 dicembre 2004; KA. RIETH, «How do we withhold or withdraw life-sustaining therapy?», in *Nurs Manage*, 30/10 (1999 Oct), 20-5; quiz 25-6.

⁴ Nel Codice del 2006 si legge all'Art. 16 (Accanimento diagnostico-terapeutico): «Il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita».

⁵ Cfr. C. NAVARINI, «Eutanasia e accanimento terapeutico», in *I Quaderni di Scienza & Vita*, 1 (dicembre 2006), 35-43.

⁶ Il CDM Italiano 2006 all'art. 39 (Assistenza al malato a prognosi infausta) dice al riguardo: «In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve *improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psicofisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona*.^{1m} caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico *deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico*».

⁷ Cfr. E. SGRECCIA, «Anche omettere le cure è eutanasia», in *Zenit*, 23 gennaio 2007.

⁸ Per un'analisi degli altri codici può vedersi G. HERRANZ, «Deontologia medica y vida terminal. Eutanasia y medicina paliativa en los Codigos de Etica y Deontologia Medica de Europa y America», in *Medicina e Morale*, 1 (1998), 91-118.

⁹ Si veda a questo riguardo E.D. PELLEGRINO, «Le decisioni al termine della vita: uso ed abuso del concetto di futilità», in *Medicina e Morale*, 5 (2002), 867-895.

¹⁰ Cf. L. MONARI, «Discorso alle famiglie della parrocchia di N.S. Lourdes», in *Zenit*, 17 marzo 2007. Si veda A. CONTI, G. ZANINETTA, «Accanimento terapeutico: esperienza in un reparto di cure palliative», in *Medicina e Morale*, 4 (1999), 721-736.

¹¹ C. RUINI, In apertura dei lavori del Consiglio Permanente della CEI, «La rinuncia all'accanimento terapeutico non può legittimare forme mascherate di eutanasia», in *Zenit*, 22 gennaio 2007.

¹² Nella stessa prospettiva si veda: «Tra l'accanimento terapeutico e lo spettro dell'eutanasia all'olandese». Intervista alla dottoressa Angela Gioia, specialista in Anestesia e Rianimazione dell'Unità Operativa (U.O.) di Terapia Antalgica, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (AOUP) e il dottor Renzo Puccetti, Specialista in Medicina Interna e Segretario del Comitato "Scienza & Vita" di Pisa-Livorno, in *Zenit*, 17 gennaio 2007.

¹³ Al riguardo della cosiddetta *medicina intensiva* si veda C. MANNI, «Accanimento terapeutico in rianimazione e terapia intensiva», in *Bioetica in medicina*, (1996), 317-328.

¹⁴ Cfr. C. NAVARINI, «Né accanimento né eutanasia», in *Zenit*, 10 dicembre 2006.

¹⁵ GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium Vitae*, n. 65. Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia Iura et bona* (5 maggio 1980), II: AAS 72 (1980), 551.

¹⁶ Cfr. PS MUELLER, CC HOOK, KC. FLEMING, «Ethical issues in geriatrics: a guide for clinicians», in *Mayo Clin Proc.*, 79/4 (2004 Apr), 554-62.

¹⁷ GIOVANNI PAOLO II, «Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale su "i Trattamenti di sostegno vitale e lo stato vegetativo. Progressi scientifici e dilemmi etici"», in *L'Osservatore Romano* 20-21-III (2004).

¹⁸ Cfr. E. SGRECCIA, «La secolarizzazione favorisce la mentalità pro-eutanasia», in *Zenit*, 24 gennaio 2007, Incontro a Madrid con i giornalisti, nell'Istituto de Humanidades Ángel Ayala dopo la conferenza su "Gli insegnamenti di Giovanni Paolo II sulla vita umana".

¹⁹ Cfr. E. SGRECCIA, «Anche omettere le cure è eutanasia», in *Zenit*, 23 gennaio 2007; Il trattamento non si inizia oppure si sospende perché tale trattamento non è proporzionato nella situazione specifica, e apporterebbe un danno ulteriore invece di un beneficio, sia pure limitato e momentaneo.

²⁰ Cfr. C. NAVARINI, «La difficile determinazione dell'accanimento terapeutico», in *Zenit*, 5 dicembre 2004.

²¹ Una premessa dell'accanimento terapeutico è che la persona sia morente. Se la condizione è stazionaria, indipendentemente dalla sua gravità e dal dolore che comporta, non si può definire accanimento terapeutico l'uso ad esempio del respiratore. Si veda in questo senso la Dichiarazione della Congregazione per la Dottrina della Fede sull'eutanasia *Iura et bona* (1980): «Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della

vita [corsivo mio], senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi» (cap. IV).

²² «L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima». Una tale decisione non equivale ad una scelta eutanassica, ma è segno dell'accettazione della situazione e di una morte ormai inevitabile. *Catechismo della Chiesa Cattolica*, n. 2278; P. BINETTI, «Proporzionalità dei mezzi, eutanasia ed accanimento terapeutico», in *La bioetica e l'anziano: prospettive e garanzie per una salute globale dell'anziano alle soglie del nuovo millennio*, 1999, 79-96; P. CATTORINI, «Tra resistenza e accettazione: indicazioni etiche per superare accanimento vitalistico ed eutanasia», in *Etica e cure palliative: la fase terminale*, 1998, 77-87.

²³ «I valori di ossigeno nel sangue, necessari alla vita, in un paziente che non riesce ad utilizzare il muscolo diaframma, grazie al quale vengono effettuati gli atti respiratori, sono mantenuti adeguati dall'utilizzo di un ventilatore ovvero da una macchina che permette al polmone di espandersi ed assorbire così l'ossigeno. Se il medico utilizza tale metodica e questa assicura gli "scambi respiratori", ovvero una buona ossigenazione del sangue, viene effettuata una terapia proporzionale ai risultati attesi perché la ventilazione meccanica è sostitutiva di un apparato non più funzionante, quello muscolare, e di supporto ad un organo sano e funzionante quale il polmone. Tutto ciò in un paziente cosciente; le considerazioni sono totalmente contrapposte in un paziente dichiarato in morte cerebrale da una Commissione preposta secondo i termini di legge. Perciò la terapia ventilatoria in un paziente con polmone sano risulta essere una terapia adeguata ai risultati attesi perché indirizzata e di supporto ad un organo funzionante, infatti noi tutti accettiamo la dialisi in un paziente con insufficienza renale come terapia sostitutiva di quell'organo malato (il rene) e di supporto ad altri importanti organi, ad esempio il fegato, che altrimenti ne sarebbero danneggiati». «Tra l'accanimento terapeutico e lo spettro dell'eutanasia all'olandese», op. cit.

²⁴ Dinanzi all'alternativa tra eutanasia e accanimento terapeutico, nei casi clinici in cui la patologia è talmente avanzata che ogni ulteriore intervento terapeutico sarebbe sproporzionato, rimane un'ulteriore possibilità: quella del prendersi cura. Anziani e malati hanno bisogno di affrontare la sofferenza con la dovuta serenità. Il mandato del medico e del personale sanitario, quando non può più guarire, non è quello di eliminare il paziente, ma quello di riportare la sofferenza, parte integrante della vita dell'uomo, all'interno dell'orizzonte umano. Cfr. A. PERTOSA, *Scelgo di morire?*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna 2006, 122.