

LVII

I MALATI PIU' GRAVI: QUALI CURE PER LORO ?

QUALI SONO GLI AMMALATI PIÙ GRAVI, QUI PRESI IN CONSIDERAZIONE?

Sono quelli che si trovano:

- In stato vegetativo;
- In coma;
- In situazione di imminente pericolo di morte.

QUAL E' LA DIFFERENZA TRA: COMA – STATO VEGETATIVO -MORTE CEREBRALE?

La scienza medica, sulla base delle conoscenze attuali condivise dalla maggior parte degli esperti, evidenzia, tra le tre situazioni, alcuni elementi differenzianti, quali:

- **COMA** – E' una condizione clinica che deriva da un'alterazione del regolare funzionamento del cervello; il paziente è ad occhi chiusi (compromissione della vigilanza). Lo stato di coscienza (intesa come consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante) è compromesso. Esistono diversi stadi di coma, definiti in base alle modalità di risposta a stimoli verbali, sensoriali o dolorosi. Pertanto il coma è una condizione clinica, potenzialmente dinamica, che può migliorare o peggiorare e che dalla fase acuta può protrarsi fino allo stato vegetativo o alla morte cerebrale. Anche nei casi più gravi di coma le cellule cerebrali possono essere vive e generare un segnale elettrico rilevabile dall'elettroencefalogramma e altre metodiche. Siamo in presenza di pazienti vivi che devono ricevere ogni cura.
- **STATO VEGETATIVO (coma vigile)**– E' una condizione clinica in cui il paziente appare come privo di coscienza, pur mantenendo spontaneamente una regolare funzionalità cardiaca, respiratoria, metabolica e viscerale, presentando momenti in cui mantiene gli occhi aperti (vigilanza intermittente). Gli occhi sono aperti, ma non è possibile instaurare con lui, alcun genere di contatto o di reazione finalizzata. Possono essere presenti movimenti spontanei, ma generalmente non correlati a stimoli ambientali. Le funzioni tronco-encefaliche sono intatte, ma vi è la perdita delle funzioni corticali. Alcune strutture cerebrali sono funzionanti e mandano segnali elettrici evidenziabili dall'elettroencefalogramma. Lo stato vegetativo non è necessariamente irreversibile.
- **MORTE CEREBRALE** – Perdita completa ed irreversibile di tutte le funzioni cerebrali, comprese quelle del tronco encefalico. Il paziente è privo di coscienza e vigilanza, incapace di respirare autonomamente e privo di reattività riflessa. E' conseguente alla morte delle cellule

cerebrali, sia del tronco encefalo sia della corteccia cerebrale, pertanto non vi è presenza di attività elettrica cerebrale spontanea e l'elettroencefalogramma risulta piatto. Nella morte cerebrale il paziente perde in modo irreversibile tutte le funzioni cerebrali, la capacità di respirare e il controllo delle funzioni vegetative (temperatura corporea, pressione arteriosa, diuresi). Questa condizione è fatta coincidere, oggi, con la morte della persona.

- **Coma.** È uno stato di incoscienza in cui il paziente manifesta l'incapacità di stabilire contatti con l'esterno e quella di reazioni volontarie. Solitamente segue a un trauma. La persona in coma ha gli occhi chiusi, respira ed è nutrita con l'aiuto delle macchine.
Stato vegetativo. È l'alterazione dello stato di coscienza che segue a una lesione cerebrale e al coma. Il paziente ha gli occhi aperti, respira senza ausilio di macchine, deve essere nutrita. Il cervello manda impulsi elettrici e risponde agli stimoli, c'è alternanza sonno-veglia.
Stato di minima coscienza. In queste condizioni il paziente, pur non essendo in grado di comunicare con l'ambiente esterno, presenta un certo grado di responsività agli stimoli dall'esterno: può girare la testa se chiamato, sorridere, emozionarsi, arrossire, piangere.
Locked-in. È la «sindrome del chiavistello», una condizione nella quale il paziente è cosciente e sveglio (il cervello è sano), ma non può muoversi e comunicare a causa della completa paralisi di tutti i muscoli volontari del corpo. (V.Dal.)

CHE DIRE CIRCA LO STATO VEGETATIVO PERSISTENTE?

* Ecco alcune considerazioni:

- è diverso rispetto al coma profondo
- non esiste certezza medica che sia irreversibile
- non è esclusa una pur piccola capacità di coscienza: il non rilevare, da parte nostra, una seppur minima presenza di coscienza nel soggetto in stato vegetativo, non può forse dipendere dalla nostra incapacità di rilevare tale presenza? Non è forse dovuto alla nostra impossibilità finora di avere strumenti idonei di percezione di tale coscienza?
- neppure è da escludere una pur minima possibilità di recupero maggiore della coscienza e di un ritorno a una vita fatta anche di percezione del mondo esterno. Non è sufficientemente provata l'assenza di funzioni cerebrali superiori, che escluderebbe non solo la comunicazione verbale e mimica, ma anche ogni forma di percezione del dolore, memoria, emozione o intenzionalità;
- gioca molte volte, in queste situazioni, il meccanismo del caso pietoso: non del dolore dell'ammalato, ma di suoi parenti. Come se questi, con la morte del loro congiunto, cessassero di soffrire.

* Chi vive in stato vegetativo, vive comunque pur sempre una forma di vita umana: è persona umana viva, che merita, come ogni altro, rispetto e dignità. Ogni Costituzione civile, ogni Servizio sanitario nazionale deve tutelare, e aiutare soprattutto i più deboli.

QUANDO SI PARLA DI “QUALITÀ DI VITA”, CHE COSA SI INTENDE?

* Vengono spontanee a questo riguardo alcune domande:

- Quali condizioni/caratteristiche sarebbero da ritenersi sufficienti per una degna, soddisfacente, buona *qualità di vita*? Quali criteri devono essere utilizzati, ed accettati unanimemente, per stabilire un livello minimo, al di sotto del quale la qualità della vita non è da considerare degna di essere vissuta?
- Rientra in una accettabile *qualità di vita* quella del paziente terminale, dell'anziano demente, del gravemente disabile, del paziente psichico, del paziente gravemente depresso, del paziente in stato vegetativo, del bambino o del neonato con disabilità o malformazioni, della ragazzina anoressica o bulimica?
- Che significa essere 'perfetti'? Un tempo coincideva con specifici tratti “razziali”; ora, più genericamente, viene identificato con aspetti estetici e/o fisici alla “moda”.
- Chi può esprimere un giudizio sulla qualità della vita di una altra persona? Sono in grado io di stabilire per una altra persona che non ha capacità di decidere e di volere, se la sua “qualità di vita” renda meritevole proseguire l'esistenza o se è meglio morire?

* A chi pone la domanda: “ma a chi serve una vita così”? Si può, se non altro, rispondere: “Serve a te, perché tu ti possa chiedere che cosa tu stesso sai e/o puoi fare per loro”.

* Il concetto di *qualità di vita* è strettamente collegato con quello della:

- *sacralità della vita*: ogni vita umana è sacra; non esiste una gerarchia di dignità della vita umana;
- *dignità umana*: questa non è una qualità che si aggiunge all'esistenza umana, ma è ad essa inerente. Indica il modo di essere proprio della persona in quanto dotato di una posizione eminente nei gradi dell'essere: essere qualcuno significa e comporta *essere più* che essere qualcosa. Ma non solo. Dignità indica anche esigenza di essere riconosciuta nella sua eccellenza e superiorità. L'etica e il diritto sono le scienze di questo riconoscimento: di ciò che esso implica e comporta. La dignità e il diritto alla vita è indipendente tanto dal grado di salute, autonomia e capacità di intendere e volere del soggetto interessato, quanto dalla concezione di altre persone, della gente, dello Stato... Quindi non si perde la dignità umana per il solo fatto di essere gravemente ammalati o in coma...La persona è tale sulla base semplicemente di ciò che è, non di ciò che essa dice, fa, pensa...
- *uguaglianza*: Il concetto di uguaglianza viene tradito se l'uguaglianza non è legata al semplice fatto di essere individui viventi appartenenti alla specie umana (e quindi tutte le persone hanno eguale diritto ad essere curate). Se ciò non fosse, si introdurrebbe sia un elemento gravemente discriminatorio, fondato su un concetto del tutto arbitrario di qualità della vita, sia un criterio di valutazione della persona in senso utilitaristico, basato sulla condizione psicofisica e sulle capacità della persona.

E' ACCETTABILE L'ACCANIMENTO TERAPEUTICO?

* No. Deve essere chiaro il rifiuto dell'accanimento terapeutico:

- è moralmente lecito, anzi doveroso, sospendere tutti quegli atti diagnostici o/e terapeutici che si configurano come accanimento terapeutico;
- Oggi si usa distinguere tra mezzi proporzionati e sproporzionati. L'obiettivo di questa terminologia è valutare il carattere di un mezzo terapeutico: grado di beneficio, rischi ulteriori, costi, possibilità di applicazione quanto alla risposta e alle condizioni fisiche e morali del malato. Si vuole in tal modo considerare con maggior chiarezza le circostanze, variabili nel tempo, che coinvolgono ogni malato in quel processo dinamico che si attua contro la malattia e la sofferenza. La persona ha il dovere/diritto di fare uso di mezzi terapeutici proporzionati/ ordinari, non sproporzionati/ straordinari.
- Il diritto di morire con serenità e dignità umana e cristiana è difeso dalla Fede cristiana, senza che ciò significhi la ricerca volontaria della propria o altrui morte.
- Il no all'accanimento non deve diventare pretesto (esso sì, ipocrita) per l'abbandono dei pazienti terminali; Non iniziare o sospendere un autentico accanimento terapeutico è sempre doveroso, anche se la famiglia, in ipotesi, si opponesse: è il medico che, in scienza e coscienza, deve assumersi questa dura responsabilità.

L'IDRATAZIONE E L'ALIMENTAZIONE SONO ACCANIMENTO TERAPEUTICO?

* NO! "La somministrazione di cibo e acqua, anche per vie artificiali, è in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita. Essa è quindi obbligatoria, nella misura in cui e fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione" (CDF, *Risposte a quesiti*, 1° agosto 2007).

* È necessario distinguere nettamente fra terapia e cura della persona [idratazione, alimentazione, pulizia, prevenzione delle piaghe da decubito ...]. La seconda è sempre dovuta, e la sua omissione avrebbe eticamente il profilo dell'omicidio. Non è mai lecito omettere di idratare e alimentare, perché idratare e alimentare non sono terapie. Se lo fossero, allora tutte le volte che ci sediamo a tavola ci sottoporremo a una terapia?

* Il cibo e le bevande:

- sono gli elementi essenziali e non dei mezzi occasionali e sproporzionati per consentire la vita; queste azioni non sono assimilabili a 'trattamenti terapeutici', né tanto meno ad accanimento terapeutico;

- non sono un trattamento sanitario eccezionale, dato che il sondino naso-gastrico viene utilizzato, nei decorsi operatori di un certo livello, anche con pazienti non in pericolo di vita. Come possono i due trattamenti essere considerati qualitativamente diversi?
- Sono un sostentamento vitale ineliminabile, indipendentemente dai mezzi utilizzati (sondino, cucchiaio o Peg), e non un trattamento sanitario. Sono necessari al sostentamento dell'ammalato, non alla sua guarigione.
- la loro sospensione equivale ad un atto di vera eutanasia.

SI PUÒ ALLEVIARE IL DOLORE?

* L'analgesia e la sedazione, anche a base di morfina, è un valido aiuto per sollevare il dolore fisico del malato in fase acuta e avanzata, a condizione che non esista altro mezzo per alleviare il suo dolore, che siano state esplorate tutte le altre alternative, e che il malato sia informato e dia il suo consenso.

* Occorre distinguere tra la sedazione palliativa e quella terminale:

- la sedazione palliativa ha come scopo quello di alleviare il sintomo. Consiste in una procedura che abbassa progressivamente la coscienza per far sentire al malato il minor dolore possibile: la somministrazione va monitorata in base a come il sintomo risponde. Ha come risultato il sollievo del sintomo del dolore e come effetto collaterale possibile l'accelerazione del processo di morte. Perciò, è eticamente lecita;
- La sedazione terminale, invece, ha lo scopo di uccidere il paziente. Consiste nel somministrare un farmaco litico in dose massiccia. Ha come risultato la morte. E' eticamente illecita.

* Il rifiuto del dolore e la rabbia verso la malattia incurabile diventano spesso, facilmente, rifiuto e rabbia verso colui che è portatore della malattia. Lo stress della famiglia e parenti...lo si può comprendere; ma non certo approvare il loro desiderio o volontà di 'farla finita'. La paura della sofferenza costituisce il movente base di tutte le decisioni sbagliate di intervento su fine vita: lo sanno bene quanti fanno propaganda per l'eutanasia prospettando un futuro senza sofferenza. Ed è proprio sulla riflessione a proposito del significato della sofferenza – che solo il cristianesimo sa affrontare – che dovremo invece ripartire per impedire che casi come questo si ripetano. La tradizione cattolica offre delle luci certe e chiare per decidere in queste complesse circostanze: il valore della vita umana dal concepimento alla morte naturale, qualunque sia la condizione in cui è vissuta, anche se i casi da affrontare cambiano in continuazione, diventando via via più inediti e complicati.

QUALE DEVE ESSERE IL RAPPORTO TRA MEDICO-PAZIENTE?

* Occorre rispettare l'alleanza terapeutica fra medico e paziente rifiutando situazioni in cui il medico esegua passivamente ciò che gli ordina il paziente. Altrimenti il medico non fa più il medico. Se esegue soltanto gli ordini del malato, il medico non ha più una scienza da apportare e una coscienza da esercitare nel complesso processo diagnostico- terapeutico, dinamico ed interattivo, che ha iniziato con il suo paziente, in uno specifico contesto familiare e sociale. La medicina e il dovere del medico sono di proteggere la salute, guarire le malattie,

alleviare le sofferenze, confortare nel rispetto della libertà la dignità della persona: un impegno a favore della vita contro la morte.

* “Lo stesso principio costituzionale in base al quale ‘nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario’ non esime il medico – e con lui tutti coloro che sono vicini alla persona sofferente – dal dovere di motivare il paziente, attraverso strumenti non coercitivi, alla tutela della propria salute, con tutti i mezzi proporzionati.

* Il medico:

- deve informare adeguatamente il paziente in modo non neutrale, non impersonale e non sbrigativo;
- non deve recepire in modo passivo le scelte del paziente;
- è chiamato a colloquiare con il paziente, a consigliarlo di accettare le terapie e ad accogliere l’eventuale rifiuto delle cure solo dopo avere accertato la effettiva consapevolezza del paziente, quale ‘ipotesi estrema’;
- il medico deve ascoltare la voce del paziente e verificare la sussistenza di un ipotetico accanimento clinico anche attraverso un dialogo, valutando caso per caso.
- deve valorizzare l’alleanza tra medico e paziente, evitando l’abbandono terapeutico, e sottolineando l’importanza delle cure palliative.

(Si veda anche l’altra scheda: La sofferenza)

CHE DIRE CIRCA L’AUTO-DETERMINAZIONE DELL’AMMALATO?

Se è lo stesso malato che chiede o decide di morire? Che valore dobbiamo dare al principio di auto-determinazione?

* Occorre dire No all’autodeterminazione assoluta che di fatto mira:

- a rendere la vita un bene disponibile. La volontà del malato, attuale o anticipata o espressa attraverso un suo fiduciario scelto liberamente, e quella dei suoi familiari, non può avere per oggetto la decisione di togliere la vita al malato stesso: la vita è sacra ed è un dono. ‘Si deve valere sino al minuto in cui si muore e godere ogni minuto del miracolo di essere vivi’ (Rita Levi di Montalcini);
- a estromettere l’Autore della vita, Dio, dall’esistenza della persona, la quale si arroga il diritto di decidere liberamente quando e come dare fine alla propria vita;
- a estromettere il medico e la famiglia dall’orizzonte del fine vita. Le volontà del paziente devono essere espresse all’interno dell’alleanza terapeutica tra medico-paziente e non sono vincolanti;
- “da una parte, è innegabile che si debba rispettare l’autodeterminazione del paziente, senza dimenticare però che l’esaltazione individualistica dell’autonomia finisce per portare ad una lettura non realistica, e certamente impoverita, della realtà umana. Dall’altra, la responsabilità professionale del medico deve portarlo

a proporre un trattamento che miri al vero bene del paziente, nella consapevolezza che la sua specifica competenza lo mette in grado in genere di valutare la situazione meglio che non il paziente stesso” (BENEDETTO XVI, *Discorso ai partecipanti a un congresso della società italiana di chirurgia*, 20 -10-08).

* La richiesta di morire manifesta spesso:

- il desiderio angoscioso di affetto e assistenza
- un disagio costante percepito dal paziente in sé e nell’ambiente circostante
- lo stress emotivo vissuto dal malato
- un disturbo depressivo: la grave deflessione dell’umore, la perdita di fiducia in sé e negli altri e l’abbandono minano l’autonomia e la libertà! Non c’è persona meno libera di chi vive una esperienza di depressione e di solitudine
- il timore o la reale perdita di valore della propria persona all’interno dei rapporti con amici e familiari

* Occorre accertare la reale volontà del malato, che, per essere libera, deve essere attuale, circostanziata e contestualizzata. E’ umanamente drammatico e sbagliato retrodatarla perché si finisce per farsi strumento di un arbitrio, in base ad una presunta volontà altrui. E comunque quando la volontà del paziente appaia palesemente inesistente, immatura o gravemente alterata, l’unico criterio a cui ricorrere è il classico e insuperato principio ippocratico, che impone al medico di impegnarsi sempre e comunque nella difesa della vita e della salute del paziente.

* Si va facendo strada oggi l’idea errata che l’unica nobilitazione della morte è di attribuirla pienamente all’autodeterminazione del singolo, sia attuale [suicidio puro e semplice] sia anticipata [suicidio assistito].

* Occorre tener presente i diversi e specifici contesti, nei quali sono il più delle volte protagonisti sono soggetti incapaci, come i minori, gli anziani in stato di confusione mentale, i malati di mente o soggetti, sconvolti psicologicamente dalla malattia che li ha aggrediti, divenuti all’improvviso (spesso in modo imprevedibile) fragili, suggestionabili, dalla volontà debole, incerta e mutevolissima.

COSA DIRE IN MERITO AL CONTENUTO DI UN TESTAMENTO BIOLOGICO e LE DICHIARAZIONI ANTICIPATE?

* Queste possono essere uno strumento per escludere l’accanimento terapeutico. Ma l’accanimento è già concordemente condannato. Perciò che utilità hanno le dichiarazioni? Inoltre, non si può prevedere a tavolino in astratto un quadro clinico futuro e fissare dei limiti oltre i quali ci sarebbe accanimento. Quale valore può avere una decisione presa in un contesto (di efficienza fisica, età, conoscenze scientifiche...) diverso da quello nel cui contesto si è poi verificato l’evento grave? Risulta un’evidente forzatura attribuire una rilevanza decisiva a una volontà pregressa, indirettamente ricostruita, non univoca, per sospendere trattamenti ordinari.

* Innanzitutto la prudenza, che nasce dall’esperienza della vita concreta, può fare tre obiezioni:

- 1) Nessuna persona sana e nel pieno possesso delle facoltà mentali può sapere cosa si prova quando si è colpiti da una malattia incurabile e si è entrati nella fase avanzata di essa. Chi scrive il testamento è

estraneo al vissuto della malattia. Perciò, invocare il principio del consenso informato per giustificare le dichiarazioni anticipate di trattamento rischia di essere fuorviante.

2) Nessuno può prevedere con certezza quali saranno i progressi scientifici e medici nella diagnosi e nella cura di una particolare malattia. Terapie oggi penose per il malato, domani grazie ai progressi della tecnica potrebbero essere praticate con minori oneri. Perciò, il testamento reso oggi per un futuro prossimo o remoto potrebbe diventare impreciso o fuori luogo.

3) Non è detto che le volontà, che io oggi esprimo, corrispondano esattamente a ciò che io desidererò quando sarò colpito da una malattia grave. Potrei aver cambiato idea e non aver avuto il tempo di manifestarlo. Posti tutti questi dubbi circa un bene fondamentale, com'è quello della vita, è doveroso astenersi da qualsiasi atto che possa pregiudicarla.

* Le motivazioni addotte a favore del testamento biologico giocano su un'ambiguità: per evitare l'accanimento terapeutico si propone il testamento biologico, cioè la generica e vaga rinuncia a terapie.

* Inoltre, l'eutanasia e il testamento biologico operano almeno due forme di riduzionismo:

- riducono la morte a una meccanica prassi burocratica e standardizzano casi clinici, ognuno dei quali ha una sua tipicità del tutto singolare;
- riducono impercettibilmente il medico da professionista, che si obbliga nei confronti del malato a impiegare determinati mezzi, al mero operatore che si obbliga a ottenere precisi risultati.

CHE FARE CON I MALATI TERMINALI?

* E' necessario garantire ai malati terminali le condizioni per affrontare in maniera dignitosa le malattie incurabili e la morte, come ad esempio:

- garantire una efficace rete di tutela dei soggetti più deboli perchè inguaribili, terminali, morenti, ancor più se divenuti incapaci
- lasciar morire senza dolore: è dovere stringente di ogni medico di alleviare le sofferenze dei malati terminali
- promuovere giuste politiche sociali in grado di aiutare a eliminare le cause di molte malattie
- dedicare maggiori risorse al fine di assicurare una morte dignitosa e senza sofferenze
- procurare una assistenza maggiore per le persone morenti e per coloro per i quali non esiste nessun rimedio medico: nei momenti estremi della sofferenza si ha il diritto di avere la solidale vicinanza di quanti amano davvero la vita e se ne prendono cura, non di chi pensa di servire le persone procurando loro la morte
- assicurare il necessario sostegno vitale attraverso l'alimentazione e l'idratazione
- creare maggiori centri di cure palliative che forniscono cure integrali
- offrire ai malati l'assistenza umana e l'accompagnamento spirituale di cui hanno bisogno
- evitare l'emarginazione delle persone con gravi patologie invalidanti
- una reale presa in carico del malato, la corretta informazione sulla malattia e sulle sue problematiche, la comunicazione personalizzata con la condivisione familiare

- Garantire un adeguato sostegno alle famiglie che intendono impegnarsi ad accudire in casa, per periodi talora lunghi, malati afflitti da patologie degenerative (tumoriali, neurodegenerative, ecc.) o bisognosi di un'assistenza particolarmente impegnativa.
- Riconoscere, anche sul versante della regolamentazione del lavoro, ai parenti stretti del malato terminale, quei medesimi diritti che solitamente si riconoscono ai familiari al momento di una nascita.
 - reti di servizi sociali e sanitari organizzati, solidarietà
 - ricordarsi che il dolore possiede un valore cristiano....

QUALE AIUTO CRISTIANO SI PUÒ OFFRIRE A UN MALATO TERMINALE?

- Tener presente che il Signore della vita è presente accanto al malato come Colui che vive e dona la vita, Colui che ha detto: "Sono venuto perché abbiamo la vita e l'abbiamo in abbondanza" (Gv 10, 10), "Io sono la Resurrezione e la Vita: chi crede in me, anche se muore vivrà, (Gv 10, 25) e "Io lo resusciterò nell'ultimo giorno" (Gv 6, 54).
- Vedere in una vita che si spegne una nuova nascita e un'esistenza rinnovata, offerta dal Risorto a chi non si è volutamente opposto al suo Amore. Con la morte si conclude l'esperienza terrena, ma attraverso la morte si apre anche, per ciascuno di noi, al di là del tempo, la vita piena e definitiva
- Preparare il malato inguaribile alla morte, dicendogli la verità seppure con gradualità, scegliendo il momento e il linguaggio adatto, evitando qualsiasi congiura del silenzio, e soprattutto annunciandogli dove è possibile la "vita che non muore".
- Assicurare ad ogni persona le cure mediche necessarie e dovute, e soprattutto il sostegno psicologico e affettivo. "Se anche la guarigione non è più prospettabile, si può ancora fare molto per il malato: se ne può alleviare la sofferenza, soprattutto lo si può accompagnare nel suo cammino, migliorandone in quanto possibile la qualità di vita. Non è cosa da sottovalutare, perché ogni singolo paziente, anche quello inguaribile, porta con sé un valore incondizionato, una dignità da onorare, che costituisce il fondamento ineludibile di ogni agire medico" (BENEDETTO XVI, *Discorso ai partecipanti a un congresso della società italiana di chirurgia*, 20 ottobre 2008).
- Evitare ogni forma di eutanasia diretta (cfr. BENEDETTO XVI, *Discorso all'assemblea della Pontificia Accademia per la Vita*, 25 febbraio 2008).
- Offrire il dono del Sacramento dell'Unzione dei malati.

QUALI BENEFICI ARRECA IL SACRAMENTO DELL'UNZIONE AI MALATI?

Tale Sacramento, istituito da Cristo non per i morti, ma per i vivi, e cioè per il cristiano che è gravemente ammalato:

- Conferisce un dono particolare dello Spirito Santo: una grazia di conforto, di pace e di coraggio:
 - per affrontare le difficoltà della malattia;
 - per unirsi più intimamente alla passione di Cristo;
 - per contribuire al bene del Popolo di Dio.
- Perdona tutti i peccati, se non è stato possibile celebrare prima il sacramento della Confessione.
- Favorisce talvolta la guarigione, se ciò giova alla salvezza spirituale del malato.
- Prepara al passaggio alla vita eterna.
- Consente di usufruire della preghiera di tutta la Chiesa:
 - che intercede per il bene del malato;
 - che soffre insieme a lui;
 - che si offre, per mezzo di Cristo, a Dio Padre.

QUANDO UNA MORTE E' DEGNA?

* È una morte degna quella di chi:

- ha assicurata la cura della propria persona e le terapie proporzionate
- può godere delle cosiddette "cure palliative", destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia. Anche mediante il ricorso a tipi di analgesici e sedativi che hanno collateralmente l'effetto di abbreviare la vita e perdita di coscienza
- è accompagnato dall'attenzione amorosa e costante di altre persone
- "muore per il Signore": vive la propria morte come atto di fiducioso abbandono nel Signore.

* È una morte indegna quella di chi:

- viene privato delle terapie proporzionate e della cura della sua persona o viene sottoposto ad accanimento terapeutico
- viene privato di cure palliative
- viene abbandonato nella sua solitudine di fronte alla morte
- non unisce, se credente nel Cristo, le sue sofferenze a quelle di Gesù per la salvezza dell'umanità.

CIRCA I COSTI: Alcuni si domandano: è giusto sostenere costi notevoli per mantenere in vita i malati più gravi? Chi pone questa domanda si basa sullo schema costi-benefici e non sulla reale salvaguardia della libertà della persona: il malato in stato vegetativo finisce per essere considerato un "peso" sociale, che, per quanto umanamente drammatico, non potrà mai ridurre il valore della persona-soggetto di diritto ad un bene disponibile come se fosse una cosa.

A questi tali si può anche rispondere: Pensate a quanto si spende per cose superflue!

NB Si leggano anche le mie schede sulla sofferenza; sull'eutanasia; sulla morte.