



FINE VITA, DON CARMINE ARICE: AL COTTOLENGO NESSUNO CHIEDE L'EUTANASIA

di Maria Antonietta Trupia



Intervista

• La struttura del Cottolengo è al servizio dei più fragili dagli anni Trenta dell'Ottocento. In che modo si è evoluta la cura verso i più deboli adattandosi alle criticità socio-assistenziali odierne? Chi ospitate in questi anni?

Dalla sua nascita il Cottolengo ha accolto i vari tipi di bisogni che non trovavano risposta, quali persone audiolese, disabili fisici ed intellettivi, anziani. Nel tempo, la Piccola Casa della Divina Provvidenza si è specializzata nell'accoglienza di persone affette da disabilità intellettiva con disturbi del neurosviluppo, ultimamente diminuite sia per i progressi della medicina ma anche, purtroppo, perché diagnosi prenatale e amniocentesi, talvolta, ne impediscono la nascita. Ai nostri

giorni abbiamo circa 30 strutture, specializzate sul tema della disabilità. Molti, venuti da noi bambini, oggi sono anziani, quindi, oltre alla disabilità fisica o intellettiva vi è anche una non autosufficienza. Molti anziani non autosufficienti chiedono di poter accedere alle nostre Rsa: ciò va incontrarsi con una scelta "profetica" sia come comunità civile che ecclesiale.

Papa Francesco, già nel 2015, parlò di "periferie esistenziali" anche per patologie neurodegenerative (Alzheimer, morbo di Parkinson, demenza senile) che, in Italia, oggi, conta un milione e 200 mila persone. Una vera emergenza cui si aggiunge la difficoltà di accompagnamento familiare e l'onerosità economica.



Sono persone non guaribili, ma sempre curabili. La cura diventa un impegno etico ed assistenziale importante, fino all'ultimo respiro naturale.

A Torino, inoltre, c'è un Ospedale per acuti multispecialistico aperto a tutti: un presidio sanitario in convenzione con il Servizio sanitario nazionale.

Nelle Rsa solo il 50 % degli ospiti accolti sono in convenzione. L'altro 50% sono accolte senza che possano partecipare al pagamento della retta. Un investimento carismatico, non una perdita, come Piccola Casa, sino a 6 milioni e mezzo all'anno.

In Italia fra dipendenti assunti direttamente e personale delle cooperative arriviamo a 2500 operatori (medici, infermieri, oss). A Torino solo il Cottolengo ha 400 dipendenti; complessivamente (con l'Ospedale) i dipendenti si aggirano intorno alle 900 unità.

- Come emerge il fine vita di queste persone a volte senza familiari che si possano occupare di loro?

Io posso testimoniare che in questi 193 anni di storia, per grazia di Dio e per la vicinanza a queste persone, non abbiamo avuto chi abbia chiesto di anticipare il termine della propria vita. Il problema non è soltanto dare la libertà di poter

decidere ma anche radunare tutte le risorse per aiutare queste persone nell'accompagnamento. Quando le persone sono sostenute, anche dal punto di vista emozionale possono trovare delle motivazioni alla serenità. L'altra questione è un'attenta vicinanza nel periodo del fine vita attraverso la terapia del dolore con cure adeguate ed un atto terapeutico proporzionato. Noi abbiamo fatto nostro il monito della fondatrice delle cure palliative, Cecilia Chandler, per affrontare il dolore fisico, relazionale, psicologico, spirituale. Quindi la domanda della morte si allontana.

- Quale testimonianza si sente di dare sull'accompagnamento al termine della vita in particolare dei disabili?

Per quello che riguarda la disabilità fisica è esattamente lo stesso accompagnamento per dare una risposta alla domanda di senso. Non in modo verbale ma esistenziale. Da sempre al Cottolengo è tutta la comunità che si prende cura, di accompagnamento grazie anche all'apporto di religiose e operatori pastorali. Per il disabile psichico, la partecipazione avviene a livello emozionale, spontaneamente.



- Qual è l'approccio del tema del fine vita nelle strutture di orientamento cattolico (Pro Life) come il Cottolengo?

La questione, a mio modo di vedere, è legata alla visione antropologica che nega il primato dell'uomo, come affermò lo stesso Papa Francesco in una catechesi del 5 giugno 2013 quando dichiarò che la cultura dello scarto colpisce le fasce più deboli: il bambino quando non serve ancora e l'anziano quando non serve più.

Quando in una società viene meno questo principio fondamentale, ci si predispone a fare dei criteri per cui si valuta quando una vita è degna di essere vissuta o meno.

Non si tratta di accanimento terapeutico ma ricerca dell'atto proporzionato in ogni singola situazione. Se veniamo meno all'appello alla solidarietà per la vita di ciascuno andiamo incontro a pericoli per la nostra società, come denunciato da Benedetto XVI.

La compassione è un segno di maturità. Una società che non sa prendersi cura del sofferente è una società crudele e disumana.

Nella Dichiarazione dell'Oms (1948) la salute è "stato di completo benessere". Ma chi si trova in questo stato di benessere fisico, psichico, sociale?

Qual'è la visione antropologica che

lo sorregge? Se c'è qualcuno contrario all'accanimento terapeutico è il sottoscritto perché non stiamo dicendo che bisogna far soffrire le persone, ma è necessario cominciare a mettere in atto la legge del 2010 sulle cure palliative. Non possiamo demordere sul tema della dignità della persona.

- La Corte Costituzionale si è recentemente espressa sulle responsabilità di chi agevoli "al proposito di suicidio" di una persona affetta da patologia irreversibile, tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, creando una sorta di vuoto legislativo. Come si sente di commentare questa sentenza?

Il vuoto legislativo c'era già prima. C'è ragione di dire che il Parlamento ha disatteso un impegno importante e c'è bisogno che legiferi in materia.

Quando è uscita la prima sentenza della CC ero molto preoccupato.

Mi pareva si aprissero troppe finestre e ci fosse un approccio troppo facilitato verso l'accompagnamento alla morte.

Sono ora preoccupato (dopo la pubblicazione delle motivazioni, ndr) su come ogni norma si interpreti ed applichi.



C'è stata chiarezza a definire alcuni paletti: ad esempio non possono accedere persone con disabilità che non possono esprimere volontà.

Resta di fatto che come mentalità subesistente il suicidio assistito è lecito in determinate circostanze e questo non mi trova, naturalmente, consenziente. Quello che mi preoccupa è che tra le motivazioni per accedere al suicidio assistito c'è il dolore fisico o psicologico. Chi può misurare quanto il disagio psicologico sia grave da ritenere sia lecito il suicidio assistito? L'aspetto positivo è che sono state espresse tutte una serie di attenzioni prudenziali per poter accedere a questo tipo di richiesta.

Un altro problema è che a volte si fanno proposte di legge a iniziative popolare (come ad esempio sulle Disposizioni anticipate -Dat-, con l'adesione di circa tremila persone), in cui è necessario stare molto attenti a come si pone la domanda.

Invece vogliamo creare le condizioni perché una persona venga accompagnata anche nelle difficoltà più gravi.

Ritengo sia urgente fare una normativa su questo tema senza condizionamenti mediatici. L'aspetto positivo della sentenza è l'ammissione dell'obiezione di coscienza.

- Quali sono le prospettive legislative che Lei intravede nella normativa italiana dopo la sentenza della Corte Costituzionale?

Il giuramento ippocratico (già nel 4° secolo a.C.) e anche il codice deontologico dei medici affermano che non è possibile somministrare nessun farmaco mortale nemmeno se richiesto. È una questione di fiducia e coscienza fra medico e paziente, il quale ha bisogno della certezza che il medico sia un alleato con lui per la vita, sempre. Mi è piaciuta tantissimo la dichiarazione delle tre religioni monoteiste (ebraica, cristiana, musulmana) firmata pochi giorni prima dell'uscita della sentenza sulla non liceità del suicidio assistito, dell'eutanasia.

Non ci sono malattie incurabili ma malattie inguaribili (anche se esistono i miracoli). Una cura dovuta e possibile si poggia su un principio di umanità irrinunciabile.

- Quali le ulteriori prospettive future delle associazioni che si occupano della difesa della vita?

C'è un grosso lavoro da fare di tipo culturale e di formazione con il recupero di una formazione filosofica e antropologica, essendo stata



sacrificata la cultura umanistica rispetto a quella tecnica perchè non c'è atto tecnico che non sia guidato da un afflato antropologico.

La visione cristiana è dare un senso anche alla sofferenza. È necessario parlarne in modo serio e sereno. Dobbiamo dare risposte concrete, oggettive, di vicinanza anche se le risorse sono limitate, accompagnando la parola al gesto.

Vengo da una realtà come il Cottolengo dove da 190 anni la vita è considerata dono di Dio.

Mi viene in mente il grande lavoro di Movimento per la Vita dalla L.194 in poi, non solo per dire che l'aborto è moralmente inaccettabile, ma stando vicino a tante mamme concretamente, permettendo azioni per portare a termine la gravidanza e fare crescere il bambino.

Questo ha dato credibilità alla proposta del MpV. Lo stesso impegno dovrebbe essere indirizzato anche alla salvaguardia del fine vita.

Mi auguro, inoltre, che ci sia consentito di aprire hospice per accompagnare la parola, portando con forza anche un gesto concreto.

- In ultimo, cosa si sente di aggiungere?

Vorrei aggiungere che la soddisfazione più grande che ho come padre della Divina Casa della Provvidenza è quando vedo una persona in situazioni difficili che, anche con il nostro piccolo contributo, nonostante le sofferenze, benedice la vita e ringrazia Dio.



Don Carmine Arice