

Il morire umano tra accanimento terapeutico ed eutanasia

DISCORSO DI SUA SANTITÀ PIO XII INTORNO A TRE QUESITI RELIGIOSI E MORALI CONCERNENTI L'ANALGESIA (24 FEBBRAIO 1957)

Ci si domanda di esprimere il Nostro pensiero sui seguenti punti:

3 - 1) Esiste un obbligo morale generale di rifiutare l'analgesia e di accettare il dolore fisico per spirito di fede?

4 - 2) La privazione della coscienza e dell'uso delle facoltà superiori, provocata dai narcotici, è compatibile con lo spirito del Vangelo?

5 - 3) È lecito l'uso dei narcotici per morenti o malati in pericolo di morte, supposto che esista per questo un'indicazione clinica? Possono venire usati anche se l'attenuazione del dolore probabilmente si accompagna con l'accorciamento della vita?

Conclusioni e risposte al primo quesito

21 - Potete facilmente trarre da queste risposte orientamenti utili per la vostra azione pratica.

22 - 1) I principi fondamentali dell'anestesiologia, come scienza e come arte, e il fine che essa persegue, non sollevano obiezioni. Essa combatte forze che, per molti aspetti, producono effetti nocivi ed ostacolano un bene più grande.

23 - 2) Il medico, che ne accetta i metodi, non contraddice né all'ordine morale naturale, né all'ideale specificamente cristiano. Egli cerca, secondo l'ordine del Creatore (cf Genesi 1, 28), di sottomettere il dolore al potere dell'uomo, e per questo si avvale delle acquisizioni della scienza e della tecnica, secondo i principi da Noi enunciati e che guideranno le sue decisioni nei casi particolari.

24 - 3) Il paziente desideroso di evitare o di calmare il dolore può, senza inquietudine di coscienza, avvalersi dei ritrovati della scienza che, in se stessi, non sono immorali. Particolari circostanze possono imporre un'altra linea di condotta; ma il dovere di rinuncia e di purificazione interiore, che incombe ai cristiani, non è un ostacolo all'impiego dell'anestesia, perché si può adempierlo in altro modo. La stessa regola si applica altresì alle esigenze supererogatorie dell'ideale cristiano.

Conclusione e risposta al secondo quesito

38 - La conclusione delle precedenti considerazioni può dunque formularsi così: nei limiti indicati e se si osservano le condizioni richieste, la narcosi che importa una diminuzione una soppressione della coscienza è permessa dalla morale ed è compatibile con lo spirito del Vangelo.

Conclusione e risposta al terzo quesito

49 - Riepilogando, voi Ci chiedevate: "La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo dei narcotici (quando è richiesta da un'indicazione medica), è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente (anche all'avvicinarsi della morte e se si prevede che l'uso dei narcotici abbrevierà la vita)?" Si dovrà rispondere: "Se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali: sì".

50 - Come abbiamo già spiegato, l'ideale dell'eroismo cristiano non impone, almeno in modo generale, il rifiuto di una narcosi d'altronde giustificata, sia pure all'avvicinarsi della morte; tutto dipende dalle circostanze concrete. La risoluzione più perfetta e più eroica può trovarsi tanto nell'accettazione quanto nel rifiuto.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE DICHIARAZIONE SU EUTANASIA 5 Maggio 1980

II. L' EUTANASIA

Per trattare in maniera adeguata il problema dell'eutanasia, conviene, innanzitutto, precisare il vocabolario. Etimologicamente la parola eutanasia significava, nell'antichità, una morte dolce senza sofferenze atroci. Oggi non ci si riferisce più al significato originario del termine, ma piuttosto all'in-

tervento della medicina diretto ad attenuare i dolori della malattia e dell'agonia, talvolta anche con il rischio di sopprimere prematuramente la vita. Inoltre, il termine viene usato, in senso più stretto, con il significato di procurare la morte per pietà, allo scopo di eliminare radicalmente le ultime sofferenze o di evitare a bambini anormali, ai malati mentali o agli incurabili il prolungarsi di una vita infelice, forse per molti anni, che potrebbe imporre degli oneri troppo pesanti alle famiglie o alla società.

È quindi necessario dire chiaramente in quale senso venga preso il termine di questo documento. Per eutanasia s'intende un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati.

Ora, è necessario ribadire con tutta fermezza che niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante. Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità.

Potrebbe anche verificarsi che il dolore prolungato e insopportabile, ragioni di ordine affettivo o diversi altri motivi inducano qualcuno a ritenere di poter legittimamente chiedere la morte o procurarla ad altri. Benché in casi del genere la responsabilità personale possa esser diminuita o perfino non sussistere, tuttavia l'errore di giudizio della coscienza - fosse pure in buona fede - non modifica la natura dell'atto omicida, che in sé rimane sempre inammissibile. Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto. Oltre le cure mediche, ciò di cui l'ammalato ha bisogno è l'amore, il calore umano e soprannaturale, col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e infermieri.

III. IL CRISTIANO DINANZI ALLA SOFFERENZA E ' ALL USO DEGLI ANALGESICI

(...) Secondo la dottrina cristiana il dolore, soprattutto quello degli ultimi momenti di vita, assume un significato particolare nel piano salvifico di Dio; è infatti una partecipazione alla passione di Cristo ed è unione al sacrificio redentore, che egli ha offerto in ossequio alla volontà del Padre. Non deve dunque meravigliare se alcuni cristiani desiderano moderare l'uso degli analgesici, per accettare volontariamente almeno una parte delle loro sofferenze e associarsi così in maniera cosciente alle sofferenze di Cristo crocifisso (cf. Mt 27,34). Non sarebbe, tuttavia, prudente imporre come norma generale un determinato comportamento eroico. Al contrario, la prudenza umana e cristiana suggerisce per la maggior parte degli ammalati l'uso dei medicinali che siano atti a lenire o a sopprimere il dolore, anche se ne possano derivare come effetti secondari torpore o minore lucidità.

Quanto a coloro che non sono in grado di esprimersi, si potrà ragionevolmente presumere che desiderino prendere tali calmanti e somministrarli loro secondo i consigli del medico.

(... citazione di Pio XII [vedi sopra])

IV. L ' USO PROPORZIONATO DEI MEZZI TERAPEUTICI

È importante oggi proteggere, nel momento della morte, la dignità della persona umana e la concezione cristiana della vita contro un tecnicismo che rischia di divenire abusivo. Di fatto, alcuni parlano di "diritto alla morte", espressione che non designa il diritto di procurarsi o farsi procurare la morte come si vuole, ma il diritto di morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana. Da questo punto di vista, l'uso dei mezzi terapeutici talvolta può sollevare dei problemi.

In molti casi la complessità delle situazioni può essere tale da far sorgere dei dubbi sul modo di applicare i principi della morale. Prendere delle decisioni spetterà in ultima analisi alla coscienza del

malato o delle persone qualificate per parlare a nome suo, oppure anche dei medici, alla luce degli obblighi morali e dei diversi aspetti del caso.

Ciascuno ha il dovere di curarsi e di farsi curare. Coloro che hanno in cura gli ammalati devono prestare la loro opera con ogni diligenza e somministrare quei rimedi che riterranno necessari o utili.

Si dovrà però, in tutte le circostanze, ricorrere ad ogni rimedio possibile? Finora i moralisti rispondevano che non si è mai obbligati all'uso dei mezzi "straordinari". Oggi però tale risposta, sempre valida in linea di principio, può forse sembrare meno chiara, sia per l'imprecisione del termine che per i rapidi progressi della terapia. Perciò alcuni preferiscono parlare di mezzi "proporzionati" e "sproporzionati". In ogni caso, si potranno valutare bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali. Per facilitare l'applicazione di questi principi generali si possono aggiungere le seguenti precisazioni:

- In mancanza di altri rimedi, è lecito ricorrere, con il consenso dell'ammalato, ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata, anche se sono ancora allo stadio sperimentale e non sono esenti da qualche rischio. Accettandoli, l'ammalato potrà anche dare esempio di generosità per il bene dell'umanità.

- È anche lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le speranze riposte in essi. Ma nel prendere una decisione del genere si dovrà tener conto del giusto desiderio dell'ammalato e dei suoi familiari, nonché del parere di medici veramente competenti; costoro potranno senza dubbio giudicare meglio di ogni altro se l'investimento di strumenti e di personale è sproporzionato ai risultati prevedibili e se le tecniche messe in opera impongono al paziente sofferenze e disagi maggiori dei benefici che se ne possono trarre.

- È sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire. Non si può, quindi, imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere ad un tipo di cura che, per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericoli o è troppo oneroso. Il suo rifiuto non equivale al suicidio: significa piuttosto o semplice accettazione della condizione umana, o desiderio di evitare la messa in opera di un dispositivo medico sproporzionato ai risultati che si potrebbero sperare, oppure volontà di non imporre oneri troppo gravi alla famiglia o alla collettività.

- 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, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo.

Catechismo della Chiesa Cattolica 1992

L'eutanasia

2276 Coloro la cui vita è minorata o indebolita richiedono un rispetto particolare. Le persone ammalate o handicappate devono essere sostenute perché possano condurre un'esistenza per quanto possibile normale.

2277 Qualunque ne siano i motivi e i mezzi, l'eutanasia diretta consiste nel mettere fine alla vita di persone handicappate, ammalate o prossime alla morte. Essa è moralmente inaccettabile.

Così un'azione oppure un'omissione che, da sé o intenzionalmente, provoca la morte allo scopo di porre fine al dolore, costituisce un'uccisione gravemente contraria alla dignità della persona umana e al rispetto del Dio vivente, suo Creatore. L'errore di giudizio, nel quale si può essere incorsi in buona fede, non muta la natura di quest'atto omicida, sempre da condannare e da escludere. 193

2278 L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima. In tal caso si ha la rinuncia all'« accanimento terapeutico ».

Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente.

2279 Anche se la morte è considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata non possono essere legittimamente interrotte. L'uso di analgesici per alleviare le sofferenze del moribondo, anche con il rischio di abbreviare i suoi giorni, può essere moralmente conforme alla dignità umana, se la morte non è voluta né come fine né come mezzo, ma è soltanto prevista e tollerata come inevitabile. Le cure palliative costituiscono una forma privilegiata della carità disinteressata. A questo titolo devono essere incoraggiate.

Il suicidio

2280 Ciascuno è responsabile della propria vita davanti a Dio che gliel'ha donata. Egli ne rimane il sovrano Padrone. Noi siamo tenuti a riceverla con riconoscenza e a preservarla per il suo onore e per la salvezza delle nostre anime. Siamo amministratori, non proprietari della vita che Dio ci ha affidato. Non ne disponiamo.

2281 Il suicidio contraddice la naturale inclinazione dell'essere umano a conservare e a perpetuare la propria vita. Esso è gravemente contrario al giusto amore di sé. Al tempo stesso è un'offesa all'amore del prossimo, perché spezza ingiustamente i legami di solidarietà con la società familiare, nazionale e umana, nei confronti delle quali abbiamo degli obblighi. Il suicidio è contrario all'amore del Dio vivente.

2282 Se è commesso con l'intenzione che serva da esempio, soprattutto per i giovani, il suicidio si carica anche della gravità dello scandalo. La cooperazione volontaria al suicidio è contraria alla legge morale.

Gravi disturbi psichici, l'angoscia o il timore grave della prova, della sofferenza o della tortura possono attenuare la responsabilità del suicida.

2283 Non si deve disperare della salvezza eterna delle persone che si sono date la morte. Dio, attraverso le vie che egli solo conosce, può loro preparare l'occasione di un salutare pentimento. La Chiesa prega per le persone che hanno attentato alla loro vita.

LEGGE 2 DICEMBRE 1993, n. 578

NORME PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE

Art. 1 Definizione di morte

1. La morte si identifica con la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

Art. 2 Accertamento di morte

1. La morte per arresto cardiaco si intende avvenuta quando la respirazione e la circolazione sono cessate per un intervallo di tempo tale da comportare la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo e può essere accertata con le modalità definite con decreto.

2. La morte nei soggetti affetti da lesioni encefaliche e sottoposti a misure rianimatorie si intende avvenuta quando si verifica la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo ed è accertata con le modalità clinico-strumentali definite con decreto.

DECRETO 22 AGOSTO 1994, n. 582 MINISTERO DELLA SANITA'

REGOLAMENTO RECANTE LE MODALITA' PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE

Art. 1 L'accertamento della morte per arresto cardiaco può essere effettuato da un medico con il rilievo grafico continuo dell'elettrocardiogramma protratto per non meno di 20 minuti primi.

Art. 2 Nei soggetti affetti da lesioni encefaliche sottoposti a misure rianimatorie (...) si ha morte per la contemporanea presenza delle seguenti condizioni:

- a) stato di incoscienza;
- b) assenza di riflesso corneale, riflesso fotomotore, riflesso oculocefalico e oculo vestibolare, reazioni a stimoli dolorifici portati nel territorio d'innervazione del trigemino, riflesso carenale e respirazione spontanea dopo sospensione della ventilazione artificiale
- c) silenzio elettrico cerebrale, documentato da EEG
- d) assenza di flusso cerebrale

La durata dell'osservazione ai fini dell'accertamento della morte deve essere non inferiore a:

- a) sei ore per gli adulti e i bambini in età superiore a cinque anni;
- b) dodici ore per i bambini di età compresa tra uno e cinque
- c) ventiquattro ore nei bambini di età inferiore a un anno.

3. La simultaneità delle condizioni deve essere rilevata dal collegio medico per almeno tre volte, all'inizio, a metà e alla fine del periodo di osservazione.

GIOVANNI PAOLO II

Lettera Enciclica EVANGELIUM VITAE Sul Valore e l'Inviolabilità della Vita Umana

25 Marzo 1995

«Sono io che do la morte e faccio vivere» (Dt 32, 39): il dramma dell'eutanasia

64. All'altro capo dell'esistenza, l'uomo si trova posto di fronte al mistero della morte. Oggi, in seguito ai progressi della medicina e in un contesto culturale spesso chiuso alla trascendenza, l'esperienza del morire si presenta con alcune caratteristiche nuove. Infatti, quando prevale la tendenza ad apprezzare la vita solo nella misura in cui porta piacere e benessere, la sofferenza appare come uno scacco insopportabile, di cui occorre liberarsi ad ogni costo. La morte, considerata «assurda» se interrompe improvvisamente una vita ancora aperta a un futuro ricco di possibili esperienze interessanti, diventa invece una «liberazione rivendicata» quando l'esistenza è ritenuta ormai priva di senso perché immersa nel dolore e inesorabilmente votata ad un'ulteriore più acuta sofferenza.

Inoltre, rifiutando o dimenticando il suo fondamentale rapporto con Dio, l'uomo pensa di essere criterio e norma a se stesso e ritiene di avere il diritto di chiedere anche alla società di garantirgli possibilità e modi di decidere della propria vita in piena e totale autonomia. È, in particolare, l'uomo che vive nei Paesi sviluppati a comportarsi così: egli si sente spinto a ciò anche dai continui progressi della medicina e dalle sue tecniche sempre più avanzate. Mediante sistemi e apparecchiature estremamente sofisticati, la scienza e la pratica medica sono oggi in grado non solo di risolvere casi precedentemente insolubili e di lenire o eliminare il dolore, ma anche di sostenere e protrarre la vita perfino in situazioni di debolezza estrema, di rianimare artificialmente persone le cui funzioni biologiche elementari hanno subito tracolli improvvisi, di intervenire per rendere disponibili organi da trapiantare.

In un tale contesto si fa sempre più forte la tentazione dell'eutanasia, cioè di impadronirsi della morte, procurandola in anticipo e ponendo così fine «dolcemente» alla vita propria o altrui. In realtà, ciò

che potrebbe sembrare logico e umano, visto in profondità si presenta assurdo e disumano. Siamo qui di fronte a uno dei sintomi più allarmanti della «cultura di morte», che avanza soprattutto nelle società del benessere, caratterizzate da una mentalità efficientistica che fa apparire troppo oneroso e insopportabile il numero crescente delle persone anziane e debilitate. Esse vengono molto spesso isolate dalla famiglia e dalla società, organizzate quasi esclusivamente sulla base di criteri di efficienza produttiva, secondo i quali una vita irrimediabilmente inabile non ha più alcun valore.

65. Per un corretto giudizio morale sull'eutanasia, occorre innanzitutto chiaramente definirla. Per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. «L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati».

Da essa 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». Si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e di farsi curare, ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.

Nella medicina moderna vanno acquistando rilievo particolare le cosiddette «cure palliative», destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia e ad assicurare al tempo stesso al paziente un adeguato accompagnamento umano. In questo contesto sorge, tra gli altri, il problema della liceità del ricorso ai diversi tipi di analgesici e sedativi per sollevare il malato dal dolore, quando ciò comporta il rischio di abbreviargli la vita. Se, infatti, può essere considerato degno di lode chi accetta volontariamente di soffrire rinunciando a interventi antidolorifici per conservare la piena lucidità e partecipare, se credente, in maniera consapevole alla passione del Signore, tale comportamento «eroico» non può essere ritenuto doveroso per tutti. Già Pio XII aveva affermato che è lecito sopprimere il dolore per mezzo di narcotici, pur con la conseguenza di limitare la coscienza e di abbreviare la vita, «se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali». In questo caso, infatti, la morte non è voluta o ricercata, nonostante che per motivi ragionevoli se ne corra il rischio: semplicemente si vuole lenire il dolore in maniera efficace, ricorrendo agli analgesici messi a disposizione dalla medicina. Tuttavia, «non si deve privare il moribondo della coscienza di sé senza grave motivo»: avvicinandosi alla morte, gli uomini devono essere in grado di poter soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio.

Fatte queste distinzioni, in conformità con il Magistero dei miei Predecessori e in comunione con i Vescovi della Chiesa cattolica, confermo che l'eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale.

Una tale pratica comporta, a seconda delle circostanze, la malizia propria del suicidio o dell'omicidio.

66. Ora, il suicidio è sempre moralmente inaccettabile quanto l'omicidio. La tradizione della Chiesa l'ha sempre respinto come scelta gravemente cattiva. Benché determinati condizionamenti psicologici, culturali e sociali possano portare a compiere un gesto che contraddice così radicalmente l'innata inclinazione di ognuno alla vita, attenuando o annullando la responsabilità soggettiva, il suicidio, sotto il profilo oggettivo, è un atto gravemente immorale, perché comporta il rifiuto dell'amore

verso se stessi e la rinuncia ai doveri di giustizia e di carità verso il prossimo, verso le varie comunità di cui si fa parte e verso la società nel suo insieme. Nel suo nucleo più profondo, esso costituisce un rifiuto della sovranità assoluta di Dio sulla vita e sulla morte, così proclamata nella preghiera dell'antico saggio di Israele: «Tu hai potere sulla vita e sulla morte; conduci giù alle porte degli inferi e fai risalire» (Sap 16, 13; cf. Tb 13, 2).

Condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla mediante il cosiddetto «suicidio assistito» significa farsi collaboratori, e qualche volta attori in prima persona, di un'ingiustizia, che non può mai essere giustificata, neppure quando fosse richiesta. «Non è mai lecito — scrive con sorprendente attualità sant'Agostino — uccidere un altro: anche se lui lo volesse, anzi se lo chiedesse perché, sospeso tra la vita e la morte, supplica di essere aiutato a liberare l'anima che lotta contro i legami del corpo e desidera distaccarsene; non è lecito neppure quando il malato non fosse più in grado di vivere». Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'eutanasia deve dirsi una falsa pietà, anzi una preoccupante «perversione» di essa: la vera «compassione», infatti, rende solidale col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza. E tanto più perverso appare il gesto dell'eutanasia se viene compiuto da coloro che — come i parenti — dovrebbero assistere con pazienza e con amore il loro congiunto o da quanti — come i medici —, per la loro specifica professione, dovrebbero curare il malato anche nelle condizioni terminali più penose.

La scelta dell'eutanasia diventa più grave quando si configura come un omicidio che gli altri praticano su una persona che non l'ha richiesta in nessun modo e che non ha mai dato ad essa alcun consenso. Si raggiunge poi il colmo dell'arbitrio e dell'ingiustizia quando alcuni, medici o legislatori, si arrogano il potere di decidere chi debba vivere e chi debba morire. Si ripropone così la tentazione dell'Eden: diventare come Dio «conoscendo il bene e il male» (cf. Gn 3, 5). Ma Dio solo ha il potere di far morire e di far vivere: «Sono io che do la morte e faccio vivere» (Dt 32, 39; cf. 2 Re 5, 7; 1 Sam 2, 6). Egli attua il suo potere sempre e solo secondo un disegno di sapienza e di amore. Quando l'uomo usurpa tale potere, soggiogato da una logica di stoltezza e di egoismo, inevitabilmente lo usa per l'ingiustizia e per la morte.

Così la vita del più debole è messa nelle mani del più forte; nella società si perde il senso della giustizia ed è minata alla radice la fiducia reciproca, fondamento di ogni autentico rapporto tra le persone.

67. Ben diversa, invece, è la via dell'amore e della vera pietà, che la nostra comune umanità impone e che la fede in Cristo Redentore, morto e risorto, illumina con nuove ragioni. La domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto supremo con la sofferenza e la morte, specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi di annientarsi in essa, è soprattutto domanda di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova. È richiesta di aiuto per continuare a sperare, quando tutte le speranze umane vengono meno. Come ci ha ricordato il Concilio Vaticano II, «in faccia alla morte l'enigma della condizione umana diventa sommo» per l'uomo; e tuttavia «l'istinto del cuore lo fa giudicare rettamente, quando aborrisce e respinge l'idea di una totale rovina e di un annientamento definitivo della sua persona. Il germe dell'eternità che porta in sé, irriducibile com'è alla sola materia, insorge contro la morte».

PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI 1995

(...)

I malati terminali

116. Il morente non solo non va dimesso come inguaribile e abbandonato alla solitudine sua e della famiglia, ma va riaffidato alle cure di medici e infermieri. Queste, interagendo e integrandosi con l'assistenza di cappellani, assestenti sociali, volontari, parenti e amici, consentono al moribondo di accettare e vivere la morte. Aiutare una persona a morire significa *aiutarla a vivere* intensamente l'esperienza ultima della sua vita. Quando è possibile e l'interessato lo gradisca gli si dia la possibilità di terminare la sua vita in famiglia con opportuna assistenza sanitaria.

117. Al malato terminale vanno praticate le cure mediche che gli consentono di alleviare la penosità del morire. In questa prospettiva rientrano le cosiddette cure palliative o sintomatiche.

La prima cura è una «presenza amorevole» da realizzare accanto al morente. C'è una presenza propriamente medico-sanitaria che, senza illuderlo, lo fa sentire vivo, persona tra persone, perché destinatario, come ogni essere bisognoso, di attenzioni e di premure. Questa presenza attenta e premurosa, infonde fiducia e speranza nell'ammalato e lo riconcilia con la morte. È un contributo unico che infermieri e medici, con il loro *esserci* umano e cristiano, prima ancora che con il loro fare, possono e devono dare al morente, perché al rifiuto subentri l'accettazione e sull'angoscia prevalga la speranza.

Si sottrae così il morire umano al «fenomeno della medicalizzazione», che veda la fase terminale della vita «svolgersi in ambienti affollati e movimentati, sotto il controllo di personale medico-sanitario preoccupato prevalentemente dell'aspetto biofisico della malattia». Tutto questo «è sentito in misura crescente come poco rispettoso della complessa situazione umana della persona sofferente».

Morire con dignità

119. Il diritto alla vita si precisa nel malato terminale come «diritto a morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana».

Questo non può designare il potere di procurarsi o farsi procurare la morte, ma di vivere umanamente e cristianamente la morte e non rifuggirla «ad ogni costo». Questo diritto è venuto emergendo alla coscienza esplicita dell'uomo d'oggi per proteggerlo, nel momento della morte, da «un tecnicismo che rischia di divenire abusivo».

La medicina odierna dispone infatti di mezzi in grado di ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva un reale beneficio. È semplicemente mantenuto in vita o si riesce solo a protrargli di qualche tempo la vita, a prezzo di ulteriori e dure sofferenze. Si determina in tal caso il cosiddetto «accanimento terapeutico», consiste «nel uso di mezzi particolarmente sfibranti e pesanti per il malato, condannandolo di fatto ad un'agonia prolungata artificialmente».

Ciò contrasta con la dignità del morente e con il compito morale di accettare la morte e lasciare da ultimo che essa faccia il suo corso. «La morte è un inevitabile fatto della vita umana»: non la si può ritardare inutilmente, rifuggendola con ogni mezzo.

120. Consapevole di non essere «né il signore della vita, né il conquistatore della morte», l'operatore sanitario, nella valutazione dei mezzi, «deve fare le opportune scelte, cioè rapportarsi al paziente e lasciarsi determinare dalle sue reali condizioni».

Egli applica qui il principio -già enunciato- della «*proporzionalità nelle cure*», il quale viene così a precisarsi: «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, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo».

L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente amministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato quando non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di vera e propria eutanasia.

121. Può anche richiedere di rinunciare a dei mezzi, per una serena e cristiana accettazione della morte inerente alla vita. Può anche voler dire il rispetto della volontà dell'ammalato che rifiutasse l'impiego di taluni mezzi.

Il momento della morte

129. Entrando nel merito di questa determinazione, la Pontificia Accademia delle Scienze ha dato un autorevole contributo. Anzitutto alla *definizione biomedica della morte*: «Una persona è morta quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e di coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo».

In secondo luogo, alla precisazione del momento della morte: «La morte sopravviene quando: *a*) le funzioni spontanee del cuore e della respirazione sono definitivamente cessate, oppure *b*) si è accertata la cessazione irreversibile di ogni funzione cerebrale». In realtà «la morte cerebrale è il vero criterio della morte, poiché l'arresto definitivo delle funzioni cardiorespiratorie conduce molto rapidamente alla morte cerebrale».

La fede e la morale fanno proprie queste conclusioni della scienza. Esigono però, dagli operatori sanitari, l'impiego più accurato dei diversi metodi clinici e strumentali per una diagnosi certa di morte, al fine di non dichiarare morta e trattare come tale una persona che non lo sia.

L'eutanasia

147. Una mentalità sempre meno incline a riconoscere la vita come valore in se stesso, relativo a Dio solo, indipendente dal modo di essere al mondo; una concezione della qualità della vita in termini di efficienza e godibilità psicofisica, incapace di dare significato alla sofferenza e all'handicap, per ciò stesso da rifuggire ad ogni costo e con tutti i mezzi; una visione della morte come fine assurda di una vita ancora da godere, o come liberazione da una esistenza ritenuta ormai priva di senso; tutto questo -all'interno di una cultura che, prescindendo da Dio, rende l'uomo responsabile solo davanti a se stesso e alle leggi della società liberamente stabilite- è il terreno di coltura dell'eutanasia. Dove queste convinzioni si diffondono «può apparire logico e "umano" porre fine "dolcemente" alla vita propria o altrui, quando essa riservasse solo sofferenze e menomazioni gravi».

«Ma questo è in realtà assurdo e disumano». *L'eutanasia è un'atto omicida, che nessun fine può legittimare.* Per eutanasia s'intende «un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati».

La pietà suscitata dal dolore e dalla sofferenza verso malati terminali, bambini anormali, malati mentali, anziani, persone affette da mali inguaribili, non autorizza nessuna eutanasia diretta, attiva o passiva. Qui non si tratta di aiuto prestato a un malato, ma dell'uccisione intenzionale di un uomo.

148. Il personale medico e paramedico -fedele al compito di «essere sempre al servizio della vita e assisterla sino alla fine»- non può prestarsi a nessuna pratica eutanasi neppure su richiesta dell'interessato, tanto meno dei suoi congiunti. Non si dà infatti per l'individuo un diritto eutanasi, perché non si dà un diritto a disporre arbitrariamente della propria vita. Nessun operatore sanitario dunque può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente.

Diverso è il caso del diritto, già menzionato, a morire con dignità umana e cristiana. Questo è un diritto reale e legittimo, che il personale sanitario è chiamato a salvaguardare, curando il morente e accettando il naturale compimento della vita. C'è radicale differenza tra «dare la morte» e «consentire il morire»: il primo è atto soppressivo della vita, il secondo è accettarla fino alla morte.

149. «Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto. Oltre le cure mediche, ciò di cui l'ammalato ha bisogno è l'amore, il calore umano e soprannaturale, col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e infermieri».

L'ammalato che si sente circondato da presenza amorevole umana e cristiana, non cade nella depressione e nell'angoscia di chi invece si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte e chiede di farla finita con la vita. È per questo che l'*eutanasia* è una *sconfitta* di chi la teorizza, la decide e la pratica. Tutt'altro che gesto di pietà verso l'ammalato, l'eutanasia è atto di autocommisurazione e di fuga, individuale e sociale, da una situazione provata come insostenibile.

150. L'eutanasia *sconvolge il rapporto medico-paziente*. Da parte del paziente, perché questi si rapporta al medico come a colui che può assicurargli la morte. Da parte del medico, perché egli non è più assoluto garante della vita: da lui l'ammalato deve temere la morte. Il rapporto medico-paziente è una relazione fiduciale di vita e tale deve restare.

L'eutanasia è «un crimine» cui gli operatori sanitari, garanti sempre e solo della vita, non possono cooperare in alcun modo.

Per la scienza medica essa segna «un momento di regresso e di abdicazione, oltretutto un'offesa alla dignità del morente e alla sua persona». Il suo profilarsi, come «ulteriore approdo di morte dopo l'aborto», deve essere colto come un «drammatico appello» alla *fedeltà effettiva e senza riserve verso la vita*.

CONFERENZA EPISCOPALE TEDESCA - CONSIGLIO DELLA CHIESA EVANGELICA DI GERMANIA

IL MORIRE: TEMPO DELLA VITA 1999

DISPOSIZIONI CRISTIANE PREVENTIVE DEL MALATO TERMINALE

NEL CASO IN CUI NON SIA PIÙ IN GRADO DI REGOLARE PERSONALMENTE LE MIE FACCENDE, DISPONGO QUANTO SEGUE:

NON DEVONO ESSERMI FATTI TRATTAMENTI DI CONSERVAZIONE DELLA VITA, QUANDO SUL PIANO MEDICO SI È CONSTATATO

– CHE MI TROVO NELL'IMMINENTE PROCESSO DI MORTE, NEL QUALE OGNI TRATTAMENTO DI CONSERVAZIONE DELLA VITA PROLUNGHEREBBE LA MORTE O LA SOFFERENZA SENZA ALCUNA PREVISIONE DI RIUSCITA DEL TRATTAMENTO STESSO,

OPPURE

– CHE SI È VERIFICATA UNA PERDITA IRREPARABILE DELLE FUNZIONI VITALI DEL MIO CORPO, PERDITA CHE CONDUCE ALLA MORTE.

IN QUESTI CASI L'ACCOMPAGNAMENTO E LE CURE DEL PERSONALE MEDICO, NONCHÉ L'ACCURATA ASSISTENZA, DEVONO ESSERE RIVOLTI A RIDURRE IL DOLORE, L'AGITAZIONE E LA PAURA, ANCHE SE NON SI PUÒ ESCLUDERE CHE IL NECESSARIO TRATTAMENTO ANTIDOLORIFICO POSSA ABBREVIARE LA VITA. VORREI POTER MORIRE CON DIGNITÀ E IN PACE, PER QUANTO POSSIBILE VICINO E IN CONTATTO CON I PARENTI E PERSONE CARE E NELL'AMBIENTE CHE MI È FAMILIARE.

CHIEDO L'ASSISTENZA PASTORALE.

RIFIUTO OGNI TRATTAMENTO DI AIUTO ATTIVO A MORIRE.

SOTTOSCRIVO QUESTE DISPOSIZIONI DOPO ACCURATA RIFLESSIONE E COME ESPRESSIONE DEL MIO DIRITTO DI AUTODETERMINAZIONE. NON DESIDERO CHE NELLA FASE ACUTA DELLA MALATTIA MI SI ATTRIBUISCA UN CAMBIAMENTO DELLA VOLONTÀ QUI ESPRESSA. IN CASO DOVESSI CAMBIARE IDEA, CERCHERÒ DI SIGNIFICARE IN QUALCHE MODO IL CAMBIAMENTO DELLA MIA VOLONTÀ.

NOME

NATO A IL

INDIRIZZO

LUOGO, DATA

FIRMA

QUESTE DISPOSIZIONI PREVENTIVE VENGONO DA ME RICONFERMATE

LUOGO, DATA FIRMA

LUOGO, DATA FIRMA

LUOGO, DATA FIRMA

DELEGA

NEL CASO IN CUI NON SIA IN GRADO DI FORMARE O MANIFESTARE LA MIA VOLONTÀ, DESIGNO COME PERSONA CHE GODE DELLA MIA PARTICOLARE FIDUCIA:

LA SIGNORA/IL SIGNOR

NATO A IL

INDIRIZZO

E LA/LO DELEGO A PARLARE IN MIA VECE CON IL MEDICO CHE MI HA IN CURA SU TUTTE LE DECISIONI CHE SI RENDONO NECESSARIE.

LA PERSONA DI MIA FIDUCIA DEVE NOTIFICARE LA MIA VOLONTÀ ED ESPRIMERE A MIO NOME EVENTUALI RISERVE DI CUI IL MEDICO DEVE TENER CONTO. ESSA PUÒ VEDERE LA DOCUMENTAZIONE MEDICA CHE MI RIGUARDA E AUTORIZZARNE LA CONSEGNA A TERZI.

AL RIGUARDO ESONERO IL MEDICO CHE MI HA IN CURA E I SUOI COLLABORATORI PARAMEDICI DAL DOVERE DEL SEGRETO PROFESSIONALE NEI RIGUARDI DELLA MIA PERSONA DI FIDUCIA.

QUESTA DELEGA È REVOCABILE IN QUALSIASI MOMENTO SENZA PARTICOLARI FORMALITÀ.

LUOGO, DATA

FIRMA

GIOVANNI PAOLO II

Discorso AI PARTECIPANTI AL CONGRESSO INTERNAZIONALE "LIFE-SUSTAINING TREATMENTS AND VEGETATIVE STATE: SCIENTIFIC ADVANCES AND ETHICAL DILEMMAS" 20 marzo 2004

L'ammalato in stato vegetativo, in attesa del recupero o della fine naturale, ha dunque diritto ad una assistenza sanitaria di base (nutrizione, idratazione, igiene, riscaldamento, ecc.), ed alla prevenzione delle complicazioni legate all'allettamento. Egli ha diritto anche ad un intervento riabilitativo mirato ed al monitoraggio dei segni clinici di eventuale ripresa.

In particolare, vorrei sottolineare come la somministrazione di acqua e cibo, anche quando avvenisse per vie artificiali, rappresenti sempre un mezzo naturale di conservazione della vita, non un atto medico. Il suo uso pertanto sarà da considerarsi, in linea di principio, ordinario e proporzionato, e come tale moralmente obbligatorio, nella misura in cui e fino a quando esso dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che nella fattispecie consiste nel procurare nutrimento al paziente e lenimento delle sofferenze.

L'obbligo di non far mancare "le cure normali dovute all'ammalato in simili casi" (Congr. Dottr. Fe-de, Iura et bona, p. IV) comprende, infatti, anche l'impiego dell'alimentazione e idratazione (cfr Pont. Cons. «Cor Unum», Dans le cadre, 2.4.4; Pont. Cons. Past. Operat. Sanit., Carta degli Operatori Sanitari, n. 120). La valutazione delle probabilità, fondata sulle scarse speranze di recupero quando lo stato vegetativo si prolunga oltre un anno, non può giustificare eticamente l'abbandono o l'interruzione delle cure minimali al paziente, comprese alimentazione ed idratazione. La morte per fame e per sete, infatti, è l'unico risultato possibile in seguito alla loro sospensione. In tal senso essa finisce per configurarsi, se consapevolmente e deliberatamente effettuata, come una vera e propria eutanasia per omissione.

A tal proposito, ricordo quanto ho scritto nell'Enciclica *Evangelium vitae*, chiarendo che "per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore"; una tale azione rappresenta sempre "una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana" (n. 65).

Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici

Pontificia Accademia pro Vita Documento Congiunto

RIFLESSIONI SUI PROBLEMI SCIENTIFICI ED ETICI RELATIVI ALLO STATO VEGETATIVO 18 Aprile 2004

Al termine di quattro giorni di studio e di intenso dibattito, nel corso del Congresso Internazionale "Life-Sustaining Treatments and Vegetative State. Scientific Advances and Ethical Dilemmas" (Roma 17-20 Marzo 2004) la Federazione Mondiale delle Associazioni dei Medici Cattolici (FIAMC) e la Pontificia Accademia per la Vita (PAV) presentano le seguenti riflessioni:

- 1) Lo Stato vegetativo (SV) è uno stato di non responsività, attualmente definito come una condizione caratterizzata da: stato di vigilanza, alternanza di cicli di sonno/veglia, apparente assenza di consapevolezza di sé e dell'ambiente circostante, mancanza di risposte comportamentali agli stimoli ambientali, mantenimento delle funzioni autonome e di altre funzioni cerebrali.
- 2) Lo SV va chiaramente distinto da: morte encefalica, coma, sindrome "locked-in", stato di coscienza minimale.

Lo SV non può essere assimilato tout court neanche alla morte corticale, considerato che nei pazienti in SV possono rimanere funzionanti isole anche molto ampie di tessuto corticale.

- 3) In genere, il paziente in SV non necessita di supporti tecnologici per il mantenimento delle sue funzioni vitali.

4) Il paziente in SV non può in alcun modo essere considerato un malato terminale, potendo la sua condizione protrarsi stabilmente anche per periodi di tempo molto lunghi.

5) La diagnosi di SV rimane fino al momento eminentemente clinica e richiede attenta e prolungata osservazione, effettuata da personale specializzato ed esperto, mediante l'impiego di strumenti di valutazione standardizzati per questo tipo di pazienti, in un ambiente adeguatamente controllato. La letteratura in materia, infatti, documenta l'occorrenza di errori diagnostici in una significativamente alta percentuale di casi. Per questa ragione, all'occorrenza, è opportuno utilizzare tutte le moderne tecnologie disponibili per supportare la diagnosi.

6) Le moderne tecniche di imaging hanno permesso di documentare nei pazienti in SV la persistenza di alcune funzioni corticali e la risposta ad alcuni tipi di stimoli, tra i quali il dolore. Anche se non è possibile conoscere la qualità soggettiva di tali percezioni, alcuni elementari processi discriminativi tra stimoli significativi e non significativi sembrano tuttavia possibili.

7) Ad oggi, nessun singolo metodo di indagine può consentire di predire, nel singolo caso, chi tra i pazienti in SV recupererà e chi non potrà riprendersi.

8) Fino ad oggi, le valutazioni prognostiche di tipo statistico, circa lo SV, sono state ottenute da studi limitati quanto al numero di casi e alla durata dell'osservazione. E' raccomandabile, pertanto, il definitivo abbandono di termini fuorvianti quali quello di SV "permanente", limitandosi piuttosto alla indicazione della causa e della durata dello SV.

10) Sulla base di queste premesse, sentiamo il dovere di affermare che il paziente in SV è persona umana e, in quanto tale, ha diritto al pieno rispetto dei suoi diritti fondamentali, primo fra tutti il diritto alla vita e alla tutela della salute.

In particolare, il paziente in SV ha diritto a:

- una corretta e approfondita valutazione diagnostica, al fine di evitare possibili errori e per orientare nel miglior modo gli interventi riabilitativi;
- un'assistenza di base, che comprenda idratazione, nutrizione, riscaldamento ed igiene;
- la prevenzione delle possibili complicazioni ed il monitoraggio di ogni eventuale segno di ripresa;
- un adeguato processo riabilitativo, prolungato nel tempo, che favorisca il recupero ed il mantenimento degli obiettivi raggiunti;
- essere trattato come qualsiasi altro paziente nella gestione assistenziale e nella relazionalità affettiva.

Ciò richiede che vengano scoraggiate decisioni di abbandono fondate su giudizi di tipo probabilistico, data l'insufficienza e l'inattendibilità degli elementi prognostici fino ad oggi disponibili.

L'eventuale decisione di sospendere la nutrizione e l'idratazione, la cui somministrazione nel paziente in SV è necessariamente assistita, ha come inevitabile e diretta conseguenza la morte del paziente. Pertanto, essa si configura come un vero e proprio atto di eutanasia omissiva moralmente inaccettabile.

Allo stesso modo, rigettiamo ogni forma di accanimento terapeutico nell'ambito della rianimazione, che può costituire una causa sostanziale di SV post-anossico.

CODICE DEONTOLOGICO MEDICO Italia 12-2006

Art. 36- Eutanasia -

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocare la morte.

Art. 37- Assistenza al malato inguaribile -

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile.

Vicariato di Roma COMUNICATO STAMPA 22 dicembre 2006

In merito alla richiesta di esequie ecclesiastiche per il defunto Dott. Piergiorgio Welby, il Vicariato di Roma precisa di non aver potuto concedere tali esequie perché, a differenza dai casi di suicidio nei quali si presume la mancanza delle condizioni di piena avvertenza e deliberato consenso, era nota, in quanto ripetutamente e pubblicamente affermata, la volontà del Dott. Welby di porre fine alla propria vita, ciò che contrasta con la dottrina cattolica (vedi il Catechismo della Chiesa Cattolica, nn. 2276-2283; 2324-2325). Non vengono meno però la preghiera della Chiesa per l'eterna salvezza del defunto e la partecipazione al dolore dei congiunti.

Codice di Diritto Canonico 1984

Capitolo II: A CHI SI DEVONO CONCEDERE O NEGARE LE ESEQUIE ECCLESIASTICHE

Can. 1184 - §1. Se prima della morte non diedero alcun segno di pentimento, devono essere privati delle esequie ecclesiastiche: 1) quelli che sono notoriamente apostati, eretici, scismatici; 2) coloro che scelsero la cremazione del proprio corpo per ragioni contrarie alla fede cristiana; 3) gli altri peccatori manifesti, ai quali non è possibile concedere le esequie senza pubblico scandalo dei fedeli.

§2. Presentandosi qualche dubbio, si consulti l'Ordinario del luogo, al cui giudizio bisogna stare.

Costituzione della Repubblica Italiana

Titolo II - Articolo 32

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

CODICE PENALE

Titolo XII: DEI DELITTI CONTRO LA PERSONA

Capo I: DEI DELITTI CONTRO LA VITA E L'INCOLUMITÀ INDIVIDUALE

Art. 575

- Omicidio -

Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno.

Art. 579

- *Omicidio del consenziente* -

Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui è punito con la reclusione da sei a quindici anni.

Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61.

Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

- 1) contro una persona minore degli anni diciotto;
- 2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizione di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
- 3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno.

Art. 580

- *Istigazione o aiuto al suicidio* -

Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio.

Oviedo - Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina : Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina - 4 Aprile 1997

Capitolo II – **Consenso**

Articolo 5 – Regola generale

Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato.

Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi.

La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso.

Articolo 6 – Protezione delle persone che non hanno la capacità di dare consenso

1. Sotto riserva degli articoli 17 e 20, un intervento non può essere effettuato su una persona che non ha capacità di dare consenso, se non per un diretto beneficio della stessa.

2. Quando, secondo la legge, un minore non ha la capacità di dare consenso a un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge.

Il parere di un minore è preso in considerazione come un fattore sempre più determinante, in funzione della sua età e del suo grado di maturità.

3. Allorquando, secondo la legge, un maggiorenne, a causa di un handicap mentale, di una malattia o per un

motivo simile, non ha la capacità di dare consenso ad un intervento, questo non può essere effettuato senza l'autorizzazione del suo rappresentante, di un'autorità o di una persona o di un organo designato dalla legge. La persona interessata deve nei limiti del possibile essere associata alla procedura di autorizzazione.

4. Il rappresentante, l'autorità, la persona o l'organo menzionati ai paragrafi 2 e 3 ricevono, alle stesse condizioni, l'informazione menzionata all'articolo 5.

5. L'autorizzazione menzionata ai paragrafi 2 e 3 può, in qualsiasi momento, essere ritirata nell'interesse della persona interessata.

Articolo 7 – Tutela delle persone che soffrono di un disturbo mentale

La persona che soffre di un disturbo mentale grave non può essere sottoposta, senza il proprio consenso, a un intervento avente per oggetto il trattamento di questo disturbo se non quando l'assenza di un tale trattamento rischia di essere gravemente pregiudizievole alla sua salute e sotto riserva delle condizioni di protezione previste dalla legge comprendenti le procedure di sorveglianza e di controllo e le vie di ricorso.

Articolo 8 – Situazioni d'urgenza

Allorquando in ragione di una situazione d'urgenza, il consenso appropriato non può essere ottenuto, si potrà procedere immediatamente a qualsiasi intervento medico indispensabile per il beneficio della salute della persona interessata.

Articolo 9 – **Desideri precedentemente espressi**

I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE DI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO PERSISTENTE 30 SETTEMBRE 2005

... considerata altresì la controversia in atto sul **considerare o no trattamento medico e/o accanimento terapeutico la nutrizione e idratazione con sondino** o con enterogastrostomia percutanea (PEG) ...

... va quindi ricordato che ciò che va loro garantito è il sostentamento ordinario di base: la nutrizione e l'idratazione, sia che siano fornite per vie naturali che per vie non naturali o artificiali. Nutrizione e idratazione vanno considerati atti dovuti eticamente (oltre che deontologicamente e giuridicamente) in quanto indispensabili per garantire le condizioni fisiologiche di base per vivere.

Anche quando l'alimentazione e l'idratazione devono essere forniti da altre persone ai pazienti in SVP per via artificiale, ci sono ragionevoli dubbi che tali atti possano essere considerati "atti medici" o "**trattamenti medici**" in senso proprio, analogamente ad altre terapie di supporto vitale, quali, ad esempio, la ventilazione meccanica. Acqua e cibo non diventano infatti una terapia medica soltanto perché vengono somministrati per via artificiale (...) o perché a fornirli è un'altra persona. Il problema non è la modalità dell'atto che si compie rispetto alla persona malata, non è come si nutre o idrata: alimentazione e idratazione sono atti dovuti in quanto supporti vitali di base, nella misura in cui consentono ad un individuo di restare in vita.

Se è poco convincente definire la PEG un "atto medico", a maggior ragione si dovrebbe escludere la possibilità che essa si configuri di norma come "**accanimento terapeutico**". La sospensione dell'idratazione e della nutrizione a carico di pazienti in SVP è da considerare eticamente e giuridicamente lecita sulla base di parametri obiettivi e quando realizzi l'ipotesi di un au-

tentico accanimento terapeutico [ad es. quando l'organismo non sia più in grado di assimilare le sostanze fornite]

Nella seduta plenaria del 30 settembre 2005 questo testo ha riscosso l'adesione dei seguenti membri del CNB: prof. Salvatore Amato, prof. Sergio Belardinelli, prof.ssa Paola Binetti, prof. Adriano Bompiani, prof.ssa Luisa Borgia, dott. Carlo Casini, prof. Francesco D'Agostino, prof. Luigi De Carli, prof. Luciano Eusebi, prof. Giovanni Federspil, prof. Angelo Fiori, prof. Aldo Isidori, prof. Corrado Manni, prof. Luca Marini, prof. Vittorio Mathieu, prof.ssa Laura Palazzani, prof.ssa Paola Ricci Sindoni, prof. Giancarlo Umani Ronchi, prof.ssa Maria Luisa Di Pietro, dott. Gianfranco Iadecola, prof. Elio Sgreccia

Hanno votato contro questo documento i seguenti membri del CNB: prof. Mauro Barni, prof.ssa Luisella Battaglia, prof.ssa Cinzia Caporale, prof.ssa Isabella Coghi, prof. Lorenzo d'Avack, prof. Carlo Flamigni, dott.ssa Laura Guidoni, prof. Demetrio Neri.
Si è astenuto dal voto: prof. Silvio Ferrari.

Parere del Consiglio Superiore di Sanita' relativa a Piergiorgio Welby

SESSIONE XLVI Seduta del 20 dicembre 2006
IL CONSIGLIO SUPERIORE DI SANITA' Assemblea Generale

.....

ESPRIME PARERE

a larga maggioranza che, per tutti i motivi sopraccitati, nel caso specifico del Signor Piergiorgio Welby, **il trattamento sostitutivo della funzione ventilatoria mediante ventilazione meccanica non configuri, allo stato attuale, il profilo dell'accanimento terapeutico.**

RITIENE OPPORTUNO

che si proceda in tempi rapidi all'emanazione di specifiche Linee guida di riferimento per ricondurre l'accanimento terapeutico ad una sfera di principi e valori definiti e condivisi, delineandone gli estremi di liceità entro i quali deve necessariamente muoversi la cura del paziente.

SENATO DELLA REPUBBLICA XV LEGISLATURA N. 773 7 LUGLIO 2006
DISEGNO DI LEGGE d'iniziativa delle senatrici **BINETTI** e BAIIO DOSSI

Disposizioni in materia di dichiarazione anticipata di trattamento

Art. 3.

(Contenuti e limiti della dichiarazione)

1. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante:

- a) esprime il proprio giudizio in merito alla attivazione dei trattamenti diagnostici e terapeutici di sostegno vitale, ovvero, qualora essi appaiano sproporzionati o ingiustificati, o comunque configurino l'accanimento diagnostico e terapeutico, alla loro sospensione;
- b) chiede l'applicazione delle cure palliative, soprattutto sotto il profilo della terapia del dolore, per rendere più umana la fase terminale della vita per sé e per i suoi familiari;
- c) specifica se desidera affrontare la degenza in strutture sanitarie oppure presso la propria abitazione, ove sussistano le condizioni adeguate;
- d) dà indicazioni sull'eventuale assistenza religiosa che desidera ricevere;
- e) dispone in merito alle donazioni di organi e tessuti per trapianto e ai fini di attività di ricerca e di didattica.

2. L'idratazione e l'alimentazione parenterale non sono assimilate all'accanimento terapeutico e non possono essere oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.

SENATO DELLA REPUBBLICA XV LEGISLATURA N. 3 28 APRILE 2006
DISEGNO DI LEGGE d'iniziativa del senatore TOMASSINI

Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario

Art. 5. (*Idratazione e alimentazione parentale*)

L'idratazione e l'alimentazione parentale non sono assimilate all'accanimento terapeutico.

da "Il Sole 24 Ore" (Domenica 21 gennaio 2007)

Io, Welby e la morte di Carlo Maria Martini

... La crescente capacità terapeutica della medicina consente di protrarre la vita pure in condizioni un tempo impensabili. Senz'altro il progresso medico è assai positivo. Ma nello stesso tempo le nuove tecnologie che permettono interventi sempre più efficaci sul corpo umano richiedono un supplemento di saggezza per non prolungare i trattamenti quando ormai non giovano più alla persona.

È di grandissima importanza in questo contesto distinguere tra eutanasia e astensione dall'accanimento terapeutico, due termini spesso confusi. La prima si riferisce a un gesto che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte; la seconda consiste nella «rinuncia ... all'utilizzo di procedure mediche sproporzionate e senza ragionevole speranza di esito positivo» (Compendio Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 471). Evitando l'accanimento terapeutico «non si vuole ... procurare la morte: si accetta di non poterla impedire» (Catechismo della Chiesa Cattolica, n. 2.278) assumendo così i limiti propri della condizione umana mortale.

Il punto delicato è che per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare a una regola generale quasi matematica, da cui dedurre il comportamento adeguato, ma occorre un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti. In particolare non può essere trascurata la volontà del malato, in quanto a lui compete — anche dal punto di vista giuridico, salvo eccezioni ben definite — di valutare se le cure che gli vengono proposte, in tali casi di eccezionale gravità, sono effettivamente proporzionate.

Del resto questo non deve equivalere a lasciare il malato in condizione di isolamento nelle sue valutazioni e nelle sue decisioni, secondo una concezione del principio di autonomia che tende erroneamente a considerarla come assoluta. Anzi è responsabilità di tutti accompagnare chi soffre, soprattutto quando il momento della morte si avvicina. Forse sarebbe più corretto parlare non di «sospensione dei trattamenti» (e ancor meno di «staccare la spina»), ma di limitazione dei

trattamenti. Risulterebbe così più chiaro che l'assistenza deve continuare, commisurandosi alle effettive esigenze della persona, assicurando per esempio la sedazione del dolore e le cure infermieristiche. Proprio in questa linea si muove la medicina palliativa, che riveste quindi una grande importanza. **Dal punto di vista giuridico, rimane aperta l'esigenza di elaborare una normativa che, da una parte, consenta di riconoscere la possibilità del rifiuto (informato) delle cure — in quanto ritenute sproporzionate dal paziente — , dall'altra protegga il medico da eventuali accuse (come omicidio del consenziente o aiuto al suicidio), senza che questo implichi in alcun modo la legalizzazione dell'eutanasia.** Un'impresa difficile, ma non impossibile: **mi dicono che ad esempio la recente legge francese in questa materia sembri aver trovato un equilibrio se non perfetto, almeno capace di realizzare un sufficiente consenso in una società pluralista.** L'insistenza sull'accanimento da evitare e su temi affini (che hanno un alto impatto emotivo anche perché riguardano la grande questione di come vivere in modo umano la morte) non deve però lasciare nell'ombra il primo problema che ho voluto sottolineare, anche in riferimento alla mia personale esperienza. È soltanto guardando più in alto e più oltre che è possibile valutare l'insieme della nostra esistenza e di giudicarla alla luce non di criteri puramente terreni, bensì sotto il mistero della misericordia di Dio e della promessa della vita eterna.

21 gennaio 2007

SCIENZA & VITA 22/01/2007
IL MODELLO FRANCESE
E IL RISCHIO DI EUTANASIA PER OMISSIONE

+

In merito alle riflessioni su questioni di fine vita pubblicate domenica su Il Sole 24 ore, a firma del Cardinal Martini, l'Associazione Scienza & Vita - pur apprezzandone alcuni passaggi - solleva alcuni interrogativi.

Innanzitutto suscita perplessità l'auspicio che in Italia si possa giungere all'adozione di una legge simile a quella francese. Quella normativa, infatti, non risolve – tra l'altro - la questione della anticipazione della morte, quando ci si trovi a fare i conti con la non attivazione o la sospensione di trattamenti che non costituiscono "accanimento terapeutico", in quanto considerati dalla medicina "proporzionati e ordinari".

Per fare un esempio, tra tanti, prendiamo in esame la sospensione dell'idratazione e dell'alimentazione a pazienti non coscienti, ma non per questo in fase terminale. Si possono considerare queste cure come una forma di "accanimento terapeutico"? Non attivarle o sospenderle non configurerebbe, invece un caso di eutanasia per omissione? Ricordiamo tutti il caso drammatico di Terry Schiavo e la sua lenta morte per fame e per sete. In questo caso, e in molti altri, la sottoscrizione di direttive anticipate, che per ovvie ragioni devono restare molto generali, non apporterebbe alcuna soluzione efficace.

Nella realtà della malattia, inoltre, è il medico ad avere la possibilità di comprendere il vero stato del paziente e a farsi carico della responsabilità di informare sulle varie possibilità di intervento terapeutico o di cure palliative. E' nel rapporto medico-paziente o medico-

paziente-famiglia che vanno assunte le decisioni e queste non possono essere affidate ad aride dichiarazioni, sottoscritte ma per ovvie ragioni astratte e generiche.

Condividendo la sottolineatura dell'importanza delle cure tese non solo a migliorare ma anche a mantenere lo stato di salute presente, nonché del diritto di tutti a cure tempestive ed efficaci, spesso disatteso dal sistema sanitario del nostro Paese, l'Associazione Scienza & Vita sottolinea che all'elenco delle "cure mancanti" sono da aggiungere anche le cure palliative, cioè tutti quegli interventi che servono a ridurre i sintomi di una malattia non più guaribile e a rendere sopportabile il dolore.

INDICE

DISCORSO DI SUA SANTITÀ PIO XII INTORNO A TRE QUESITI RELIGIOSI E MORALI CONCERNENTI L'ANALGESIA (24 FEBBRAIO 1957)	pag. 1
CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE. DICHIARAZIONE SU EUTANASIA 5 Maggio 1980	1
Catechismo della Chiesa Cattolica 1992	3
LEGGE 2 DICEMBRE 1993, n. 578. NORME PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE	4
DECRETO 22 AGOSTO 1994, n. 582 MINISTERO DELLA SANITA'. REGOLAMENTO RECANTE LE MODALITA' PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE	5
GIOVANNI PAOLO II. Lettera Enciclica EVANGELIUM VITAE Sul Valore e l'Inviolabilità della Vita Umana 25 Marzo 1995	5
PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI. CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI 1995	7
CONFERENZA EPISCOPALE TEDESCA - CONSIGLIO DELLA CHIESA EVANGELICA DI GERMANIA. DISPOSIZIONI CRISTIANE PREVENTIVE DEL MALATO TERMINALE 1999	10
GIOVANNI PAOLO II. Discorso AI PARTECIPANTI AL CONGRESSO INTERNAZIONALE "LIFE-SUSTAINING TREATMENTS AND VEGETATIVE STATE: SCIENTIFIC ADVANCES AND ETHICAL DILEMMAS" 20 marzo 2004	12
Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici - Pontificia Academia pro Vita Documento Congiunto RIFLESSIONI SUI PROBLEMI SCIENTIFICI ED ETICI RELATIVI ALLO STATO VEGETATIVO 18 Aprile 2004	12
CODICE DEONTOLOGICO MEDICO Italia 12-2006	14
Vicariato di Roma COMUNICATO STAMPA 22 dicembre 2006	14
Codice di Diritto Canonico 1984	14
Costituzione della Repubblica Italiana	14
CODICE PENALE	14
Oviedo - Convenzione per la protezione dei Diritti dell'Uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti dell'applicazioni della biologia e della medicina : Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la biomedicina 4 Aprile 1997	15
15	
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE DI PAZIENTI IN STATO VEGETATIVO PERSISTENTE, 30 SETTEMBRE 2005	16
16	
Parere del Consiglio Superiore di Sanita' relativa a Piergiorgio Welby 20 dicembre 2006	17
SENATO DELLA REPUBBLICA N. 773 7 LUGLIO 2006	
DISEGNO DI LEGGE d'iniziativa delle senatrici BINETTI e BAIO DOSSI	
Disposizioni in materia di dichiarazione anticipata di trattamento	17

SENATO DELLA REPUBBLICA

N. 3

28 APRILE 2006

DISEGNO DI LEGGE d’iniziativa del senatore TOMASSINI

Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario 18

Io, Welby e la morte, di Carlo Maria Martini da “Il Sole 24 Ore” (21 gennaio 2007) 18

SCIENZA & VITA 22/01/2007 IL MODELLO FRANCESE E IL RISCHIO DI EUTANASIA PER OMISSIONE 19

A cura del prof. Piero Barberi
10-02-2007