

L'odierna questione del morire

Cura della malattia
e scelte di fine vita



L'odierna questione del morire

Status quaestionis

Il dilemma di sempre

L'inevitabile fine della vita terrena
interroga da sempre i «mortal»
circa il modo migliore di morire,
evitando una mala morte
(**distanasia**)

vivendo una buona morte
(**eutanasia**)

L'odierno dilemma

Gli interrogativi di fine vita assumono oggi inedito rilievo, dato il **progresso delle tecno-scienze biomediche**, e l'**incremento del bio-potere**

Il biopotere

Il biopotere dilata il tempo di fine vita:

aumentando la **quantità** di vita,
incidendo sulla **qualità** di vita.

La «sacralità» della vita fisica

L'aumento della vita è apprezzato dai difensori della sacralità della vita fisica, i quali sostengono che vada conservata il più possibile facendo tutto il possibile

La «qualità» della vita fisica

L'incidenza sulla vita è temuta dai paladini della **qualità della vita fisica**, i quali ritengono che **possa essere terminata** quando gravemente compromessa dalla malattia

L'accanimento terapeutico

I difensori della sacralità della vita corrono il rischio dell'accanimento terapeutico

Per accanimento terapeutico si intendono quei «trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita» (lura et bona, IV)

L'eutanasia

I paladini della qualità della vita rivendicano il diritto all'eutanasia

«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»
(Iura et Bona, II)

La decisione sul fine vita

I difensori della **sacralità della vita**
delegano le scelte di fine vita alla
tecnica biomedica

I paladini della **qualità della vita**
riservano le scelte di fine vita alla sola
libertà individuale

L'odierna questione del morire

**L'insegnamento
della Chiesa**

La rinuncia all'accanimento terapeutico

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 (CCC 2278)

Il rifiuto dell'eutanasia

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 (CCC 2277).**

Il criterio di proporzionalità

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** (lura et bona, IV).

Le cure palliative

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 (CCC 2279).

Le «cure normali»

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.

Le «cure normali»

Nell'affermare che la somministrazione di cibo e acqua è moralmente obbligatoria **in linea di principio**, la Congregazione per la dottrina della fede non esclude che in qualche regione molto isolata o di estrema povertà l'alimentazione e l'idratazione artificiali possano non essere fisicamente possibili, e allora *ad impossibilia nemo tenetur*, sussistendo però l'obbligo di offrire le cure minimali disponibili e di procurarsi, se possibile, i mezzi necessari per un adeguato sostegno vitale. Non si esclude neppure che, per complicazioni sopraggiunte, il paziente possa non riuscire ad assimilare il cibo e i liquidi, diventando così del tutto inutile la loro somministrazione. Infine, non si scarta assolutamente la possibilità che in qualche raro caso l'alimentazione e l'idratazione artificiali possano comportare per il paziente un'eccessiva gravosità o un rilevante disagio fisico legato, per esempio, a complicità nell'uso di ausili strumentali

L'alleanza terapeutica

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 (lura et bona, IV).

La prossimità responsabile

Nella complessità determinata dall'incidenza di questi diversi fattori sulla pratica clinica, ma anche sulla cultura della medicina in generale, occorre dunque tenere in assoluta evidenza il comandamento supremo della *prossimità responsabile*, come chiaramente appare nella pagina evangelica del Samaritano (cfr *Luca* 10, 25-37). Si potrebbe dire che l'imperativo categorico è quello di **non abbandonare mai il malato**.

FRANCESCO, *Messaggio ai partecipanti al Meeting regionale europeo della «World Medical Association» sulle questioni del «fine-vita» (16-17 novembre 2017)*, 7 novembre 2017

La testimonianza del card. Martini

Mi sono più volte lamentato col Signore perché morendo non ha tolto a noi la necessità di morire. Sarebbe stato così bello poter dire: Gesù ha affrontato la morte anche al nostro posto e morti potremmo andare in Paradiso per un sentiero fiorito. Invece Dio ha voluto che passassimo per questo *duro calle* che è la morte ed entrassimo nell'oscurità, che fa sempre un po' paura. Mi sono rappacificato col pensiero di dover morire quando ho compreso che senza la morte non arriveremmo mai a fare un atto di piena fiducia in Dio. Di fatto in ogni scelta impegnativa noi abbiamo sempre delle "uscite di sicurezza". Invece la morte ci obbliga a fidarci totalmente di Dio. [...] Ciò che ci attende dopo la morte è un mistero, che richiede da parte nostra un affidamento totale. Desideriamo essere con Gesù e questo nostro desiderio lo esprimiamo a occhi chiusi, alla cieca, mettendoci tutto nelle sue mani

L'odierna questione del morire

La legge dello Stato

**Norme in materia di consenso informato e
di disposizioni anticipate di trattamento
(14 dicembre 2017)**

La preoccupazione dei vescovi italiani

A riguardo delle recenti «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento»: ci preoccupa la salvaguardia della speciale relazione tra paziente e medico, la giusta proporzionalità delle cure – che non deve mai dar luogo alla cultura dello scarto –, la possibilità di salvaguardare l'obiezione di coscienza del singolo medico e di evitare il rischio di «aziendalismo» per gli ospedali cattolici

Card. Gualtiero Bassetti, Presidente della Conferenza Episcopale Italiana, Prolusione al Consiglio permanente (22 gennaio 2018)

Rinuncia all'accanimento terapeutico

Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati (Art. 2,2)

Diniego dell'eutanasia

Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e **promuove ogni azione di sostegno al paziente** medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica (Art. 1,5)

La proporzionalità delle cure

Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla **diagnosi**, alla **prognosi**, ai **benefici** e ai **rischi** degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. (Art. 1,3)

Le cure palliative

In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla **sedazione palliativa** profonda continua in associazione con la **terapia del dolore**, con il **consenso del paziente (Art. 2,2)**

Nutrizione e idratazione artificiale

Ai fini della presente legge, sono considerati **trattamenti sanitari** la **nutrizione artificiale** e **l'idratazione artificiale**, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. (Art. 1,5)

La relazione di cura

È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del **paziente** e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del **medico**.

Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono **l'équipe sanitaria**.

In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi **familiari** o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo (Art. 1,2).

Paziente e Medico

Il medico è tenuto a **rispettare** la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale.

Il paziente **non può esigere** trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali (Art. 1,6)

Un'interpretazione

Uno dei punti più scottanti di potenziale contrasto fra l'autodeterminazione del paziente e la coscienza del medico è l'interruzione di terapie di sostentamento vitale (ivi ricondotte *ex lege* anche l'idratazione e l'alimentazione). Poniamo che ciò venga richiesto da un paziente vigile, competente, ma non in grado di togliere da sé il sostegno che lo tiene in vita; e che al medico sia chiesto di 'staccare la spina'; e che in coscienza non possa obbedire. Dice la legge che il malato può dare o negare consenso sia prima (rifiuto, a costo di morire) sia dopo (rinuncia, sapendo di farsi morire): ma mentre nel primo caso il medico è inerte, nel secondo gli è chiesta un'azione da cui deriva la morte. Una sentenza del luglio 2007 del Gup di Roma l'ha chiamato omicidio del consenziente, pur scriminando l'autore. Una risoluzione del Comitato nazionale per la bioetica dell'ottobre 2008 ha stabilito che il medico (come pure la sua équipe) ha il «diritto di astenersi da simili condotte». Penso che ciò resti un punto fermo, dato che la legge esclude l'esigibilità di condotte contrarie a legge, a deontologia, a clinica assistenziale. L'obiezione di coscienza qui è *in re ipsa*. Ci mancherebbe altro, scriminato l'omicidio del consenziente, di incriminare il 'mancato omicidio'. Ciò vale naturalmente per tutto l'ospedale, per ogni operatore

G. ANZANI, «DAT. In vigore il biotestamento: rendere chiara una legge nata grigia», *Avvenire*, 31 gennaio 2018

Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le **proprie volontà in materia di trattamenti sanitari**, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie (Art. 4,1)

Le disposizioni anticipate di trattamento (DAT)

Il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.(Art. 4,5)

L'assicurazione delle cure

Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'équipe sanitaria **assicurano le cure necessarie**, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla (Art. 1,7)

Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, **è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore**, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 (Art. 2,1)

L'odierna questione del morire

Cura della malattia
e scelte di fine vita

