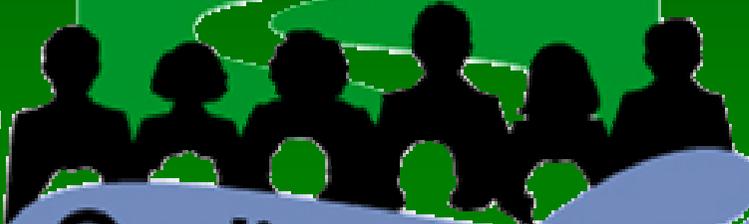


***Considerazioni giuridiche, etiche, deontologiche e
cliniche su diritto alla salute e diritto al rifiuto della
terapia***

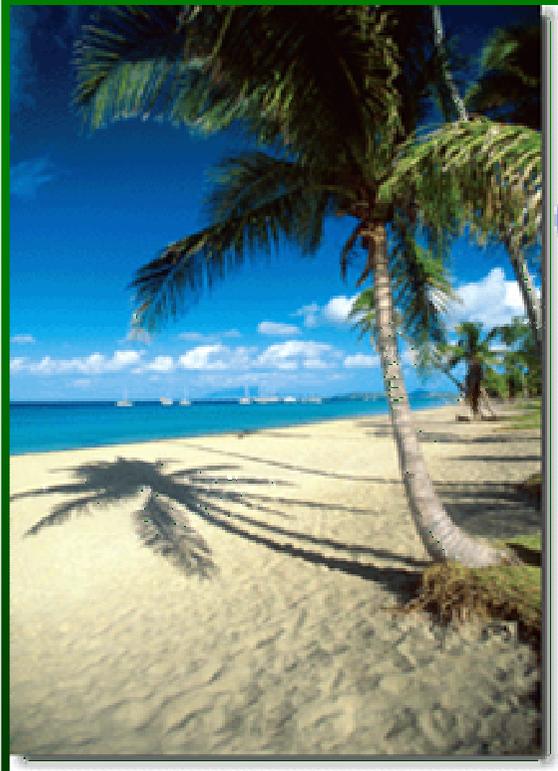
AULA MAGNA UNICAL

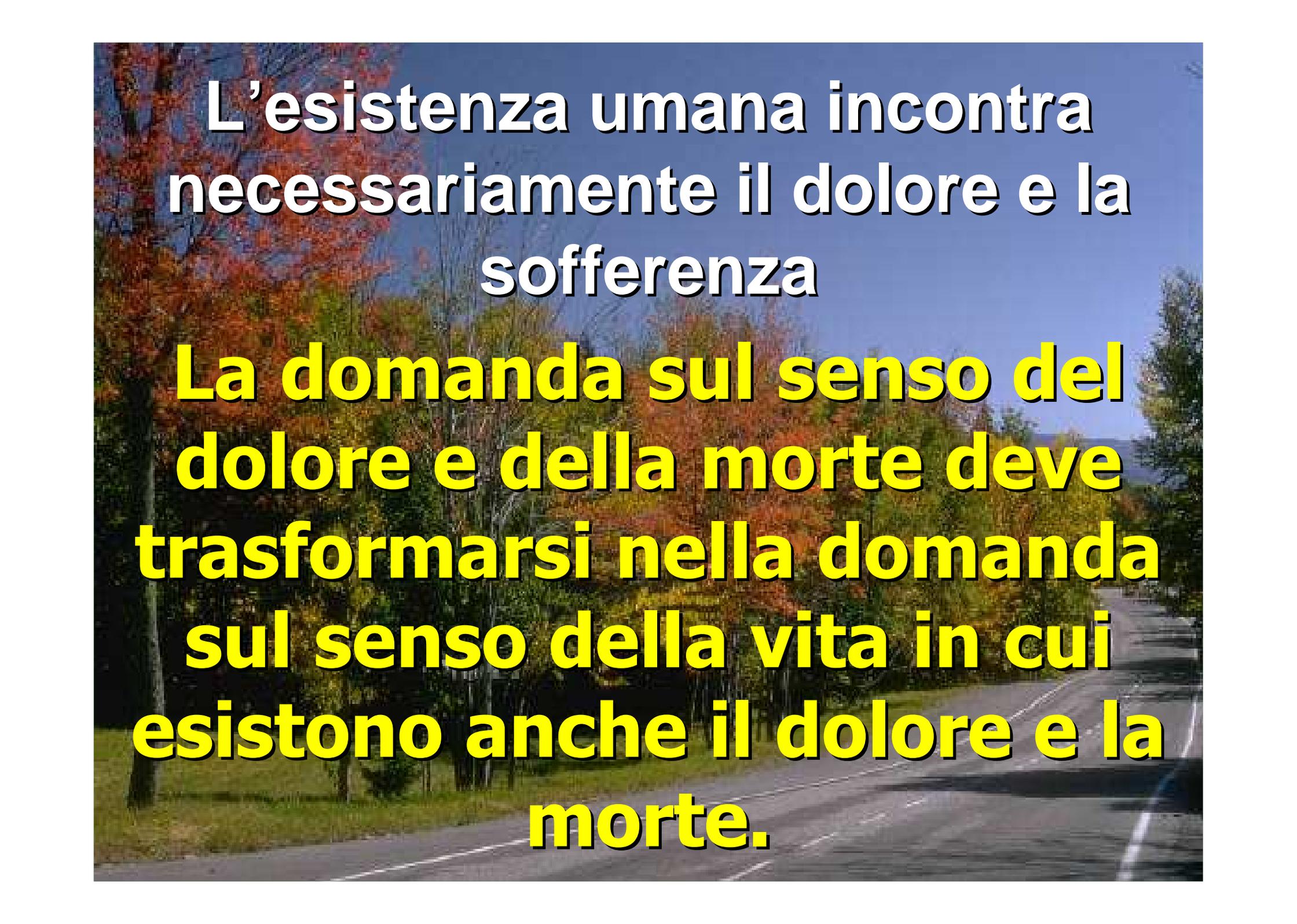
10 febbraio 2007

***Dr Giovanni Nicotera
Dir. Resp. Medicina del Dolore
INRCA - IRCCS
Cosenza***



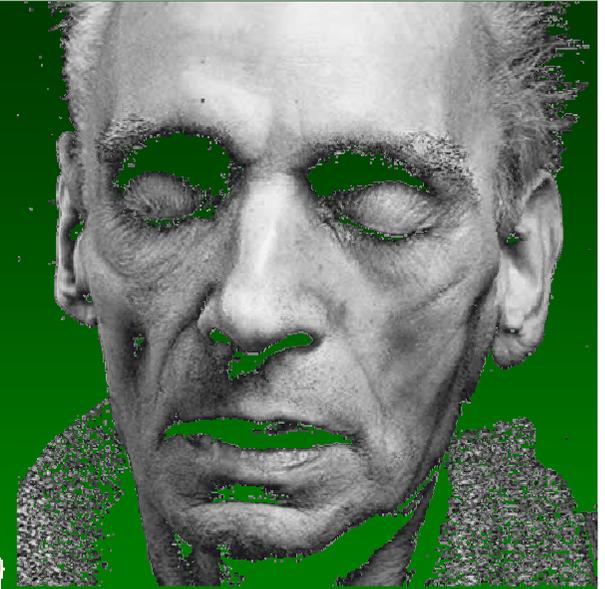
Quality of Life





**L'esistenza umana incontra
necessariamente il dolore e la
sofferenza**

**La domanda sul senso del
dolore e della morte deve
trasformarsi nella domanda
sul senso della vita in cui
esistono anche il dolore e la
morte.**



Oggi la medicina è in grado di vicariare le funzioni dei più importanti organi vitali e quindi di tenere in vita un paziente indefinitamente e, comunque, ben oltre il punto in cui si può ragionevolmente dire *che stiamo prolungando la vita e non, invece, procrastinando inutilmente la morte.*

Questo è un punto importante; l'etica medica tradizionale si è formata in un'epoca in cui molto poco poteva essere fatto per salvare la vita del paziente e quel poco doveva essere fatto.



L'imperativo del "vitalismo", che imponeva di prolungare ad ogni costo la vita del paziente, era una reazione all'impotenza della medicina, di fronte al fatto drammatico di non poter riuscire a salvare una vita, spesso ancora carica di promesse.

Oggi, invece, possiamo fare moltissimo non solo per salvare la vita, ma anche per prolungarla quando ***"non può promettere più nulla"***.



Si pone allora il problema di sapere se vale sempre la pena di fare tutto quello che possiamo fare, fino alla totale espropriazione di quel che viene comunemente definito il

"diritto di morire con dignità".



Therry Schiavo

Quando bisogna “arrendersi alla morte”
non siamo necessariamente davanti
ad una sconfitta della medicina,
ma ad un riconoscimento
dei suoi limiti.

**Se si riconosce questo, la medicina allora si
spoglia dell'armatura e veste gli abiti della
cura.**

In caso contrario, per evitare la
sconfitta, fugge lasciando il passo alla
solitudine o aprendo a prassi
eutanasiche.



Francis Bacon

- Il filosofo inglese Francis Bacon introdusse il termine “eutanasia” nelle lingue moderne occidentali all’interno del saggio Progresso della conoscenza (*Of the Proficiency and Advancement of Learning, 1605*).

In questo testo, Bacon invitava i medici a non abbandonare i malati inguaribili, e ad aiutarli a soffrire il meno possibile.

Bacon scrive in un passo:

“Il termine eutanasia è formato da due parole greche *eu* = “buona” e *thanatos* = “morte”, perciò il suo significato è quello di “buona morte”.

Il termine è stato usato, in questo senso, per la prima volta dallo scrittore latino Svetonio, per indicare il tipo di morte che Cesare Augusto soleva augurare a sé stesso.

Dal momento che tutti dobbiamo morire, ognuno di noi si augura una “buona” morte piuttosto che una “cattiva” morte.

La morte è buona quando sopravviene in modo “calmo e dolce”, senza dolore e sofferenza”.

***Bacon ci parla di alcune
forme di assistenza che
oggi noi chiamiamo
"accompagnamento del
morente"***

e

***"umanizzazione della
morte".***

La prima forma si riferisce ai profondi cambiamenti nelle circostanze del morire.

Infatti, mentre prima si giungeva alla morte prematuramente, oggi si muore più tardi e non per malattie infettive, ma per malattie croniche di lunga durata.

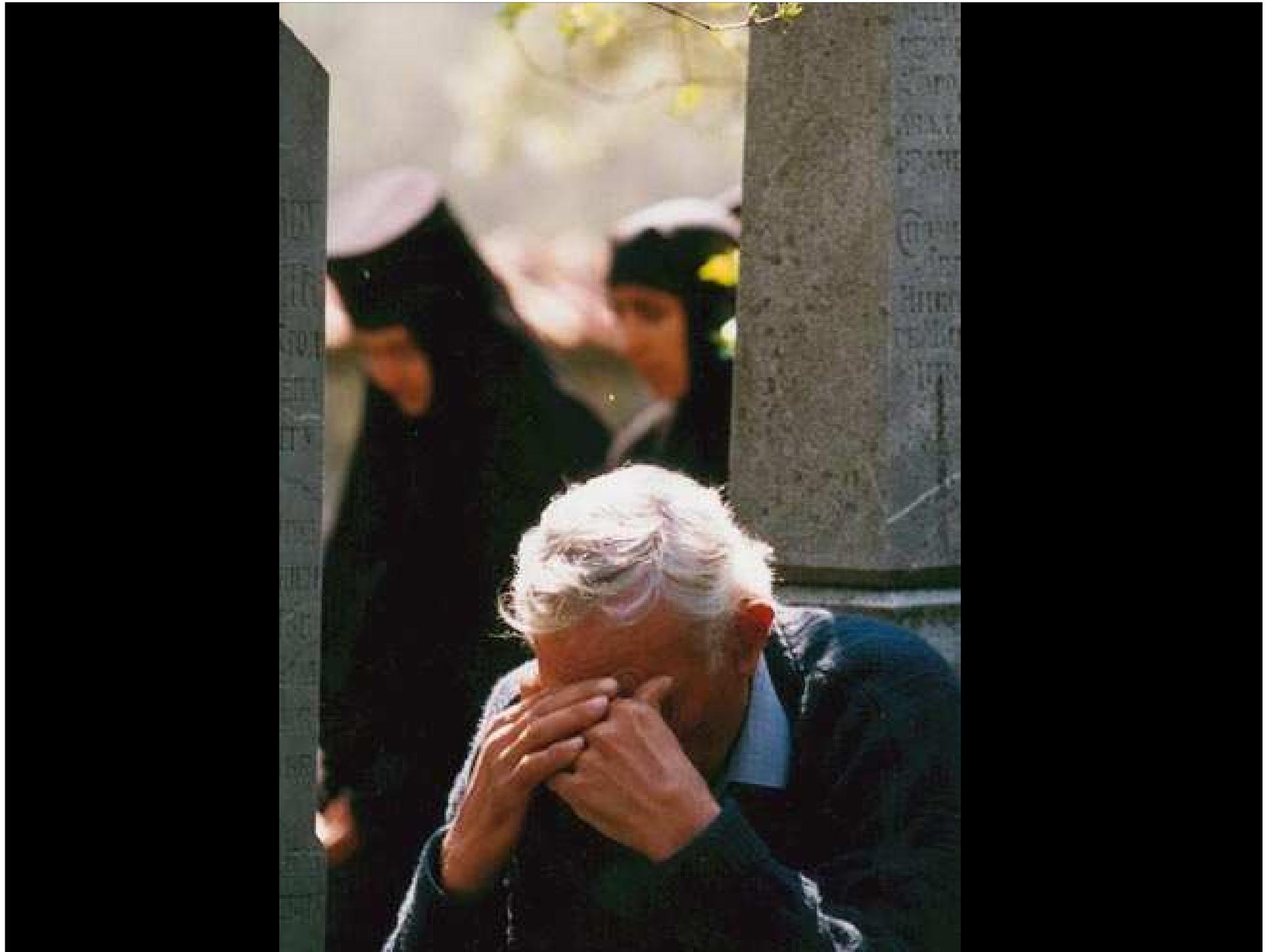
La seconda forma riguarda l'atteggiamento culturale, diffuso nella società contemporanea di "rimozione della morte", perciò si tende ad esorcizzare la morte, in modo che non possa turbare il normale svolgersi della vita.



L'inglese Thomas More (per i cattolici *san Tommaso Moro*) nella sua Utopia (opera che non descrive mai in modo chiaro il punto di vista dell'autore, che preferisce esprimersi con sottile e velata ironia) - scrisse (1516 circa):

«Nella migliore forma di repubblica i malati incurabili sono assistiti nel miglior modo possibile.

Ma se il male non solo è inguaribile, ma dà al paziente continue sofferenze, allora sacerdoti e magistrati, visto che il malato è inetto a qualsiasi compito, molesto agli altri, gravoso a sé stesso, sopravvive insomma alla propria morte, lo esortano a morire liberandosi lui stesso da quella vita amara, ovvero consenta di sua volontà a farsene strappare dagli altri... sarebbe un atto religioso e santo».



Definizione odierna

Il termine si è evoluto e adesso fa riferimento ***all'atto di concludere la vita di un'altra persona, dietro sua richiesta, allo scopo di diminuirne le sofferenze.***

Eutanasia attiva

E' l'atto, praticato esclusivamente su richiesta del paziente, col quale un medico, convinto dell'insopportabile sofferenza del malato e della sua imminente fine, usa un farmaco (o *un metodo*) letale per aiutarlo a morire con il minor dolore possibile.

La legislazione vigente in Italia la condanna, assimilandola ad un omicidio, pur in una forma meno gravosa rispetto a quello volontario.

Eutanasia passiva

Il termine più giusto per definirla è, in realtà, **"*interruzione dei trattamenti*"**, visto che questa espressione implica solo la sospensione delle cure nei confronti dei malati al termine della vita per i quali la morte è rinviata soltanto dagli sforzi medici.

Praticarla vuol dire non sottoporre il malato a trattamenti straordinari e, tanto meno, ad inutili *trattamenti inappropriati per eccesso* (accanimenti terapeutici).

Sotto il profilo giuridico l'eutanasia passiva è ammessa in Italia nel senso che l'obbligo del medico di curare, sempre e comunque, viene a cessare qualora il malato terminale, adeguatamente informato, ***chieda in piena coscienza la sospensione delle cure, consapevole delle conseguenze di tale atto.***

Forme di applicazione dell'eutanasia



Il ***suicidio assistito*** è correlato alla eutanasia: avviene quando qualcuno dà delle informazioni e i mezzi necessari ad un paziente affinché possa far finire facilmente la propria vita.



**Si tratta di ragionare sulla
responsabilità che il soggetto ha
nel suo morire.**

***Cioè, fino a che punto è giusto
che un individuo che perde la sua
personalità, che è straziato dal
dolore, che è umiliato dalla malattia
debba proseguire nella sua vita?***

Secondo l' Enciclica < Evangelium vitae > :

"per eutanasia in senso vero e proprio si deve intendere una azione o una omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore".

Trattamento inappropriato per eccesso (overtreatment)

E' la definizione preferibile rispetto a quella di “accanimento terapeutico”, poiché essa è priva della connotazione morale negativa intrinseca nel termine e richiama in modo più concreto i criteri di appropriatezza clinica ed etica (Società Italiana Cure Palliative).

Il Consiglio Superiore di Sanità

ha ritenuto che di accanimento terapeutico si possa parlare in quei casi in cui un paziente è sottoposto a trattamenti sanitari in eccesso rispetto ai risultati ottenibili e non in grado, comunque, di assicurare al paziente una più elevata qualità della vita residua in situazioni in cui la morte sia **imminente e inevitabile.**

(Partendo da questa definizione di cosa sia l'accanimento terapeutico, il C.S.S. ha ritenuto che per Piergiorgio Welby tali condizioni non fossero presenti.)



Il dolore del Ministro per la morte di Welby

**"Esprimo tutto il mio dolore e la mia
tristezza per la morte di Welby.**

**Ci ha fatto molto riflettere sul senso
della vita e della morte, soprattutto su
cosa significa convivere con una
malattia così dura.**

**La sua testimonianza servirà a tutti noi
ed a me come Ministro...**

...Penso a tutti i "Welby" che non conosciamo e che si trovano nelle stesse condizioni di sofferenza.

Nessuno deve trovarsi solo o sentirsi abbandonato in queste condizioni.

Dobbiamo promuovere la terapia del dolore.

Dobbiamo fare di più nell'assistenza a questi malati.

Il mio è un appello a tutte le istituzioni perché nessuno si senta abbandonato e solo davanti alla malattia".

redazione ministerosalute.it

21 dicembre 2006

“Non e' stata eutanasia, ma interruzione di un trattamento richiesto dal paziente Welby.”

Così il presidente dell'Ordine dei medici di Cremona, dottor Andrea Bianchi, nella conferenza stampa indetta per spiegare la decisione di archiviare il caso del dottor Mario Riccio.



La procura vuole stabilire se la dose di sedativo iniettata sia stata eccessiva al punto da provocare la morte.

Secondo i magistrati, il paziente aveva il diritto di sollecitare l'interruzione del trattamento terapeutico non voluto.

Allo stesso tempo, per la procura il ricorso era, però, inammissibile nella parte in cui Welby chiedeva che ai medici venisse ordinato di non ripristinare la terapia, essendo quella dei sanitari una scelta discrezionale.

(AGI) 17:25 01 - FEB 2007

Per trattamento inappropriato per eccesso si intende :

< l'ostinazione "futile" a proseguire terapie, che si sono dimostrate inutili o sproporzionatamente gravose per il malato, per il fatto che non migliorano la sua condizione né impediscono la morte per un tempo ragionevole, ma solo prolungano di qualche tempo la vita, imponendo all'ammalato gravi sofferenze.>

Si parla di ostinazione “futile”, perché è inutile e senza senso, *in quanto tendente a impedire un evento ineluttabile, qual è la morte*; ma bisognerebbe parlare di un’ostinazione dannosa per il paziente che viene inutilmente sottoposto a gravi sofferenze non allo scopo di migliorare la sua situazione o di alleviarne i dolori, ma al solo scopo di prolungare di qualche tempo una vita già irrimediabilmente e irreversibilmente vicina alla morte.





Il concetto di morte cerebrale

***“that when the brains
were out , the men
would die”***

Shakespeare, Macbeth, III



Definizione di morte

Legge n. 578 /1993 - "Norme per l' accertamento e la certificazione 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.

La morte sopravviene quando:

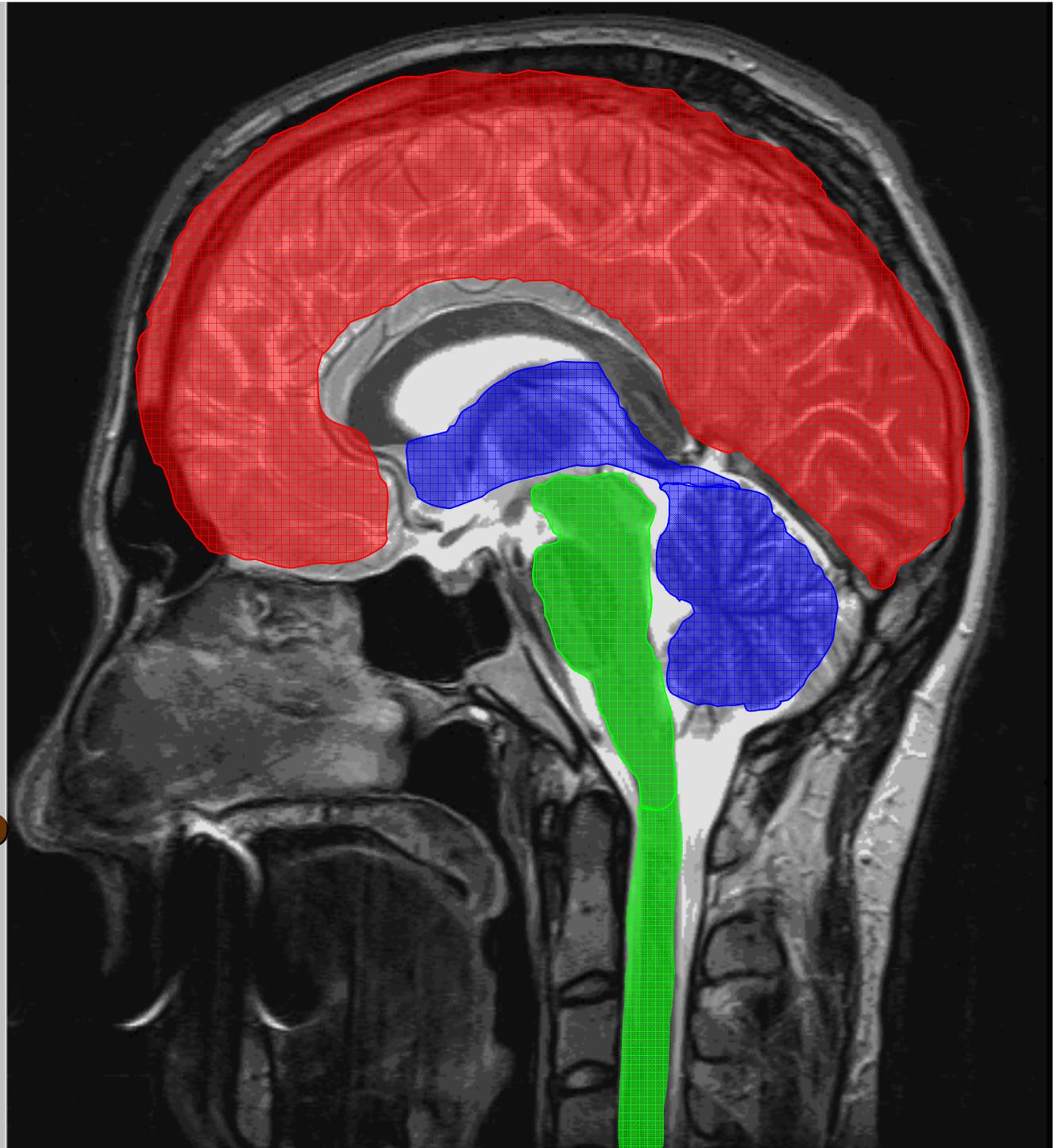
- a) le funzioni spontanee cardiache e respiratorie sono definitivamente cessate, o**
- b) *si è verificata una cessazione irreversibile di ogni funzione cerebrale.***

La morte cerebrale è il vero criterio della morte, giacchè l' arresto definitivo delle funzioni cardio-respiratorie conduce molto rapidamente alla morte cerebrale".

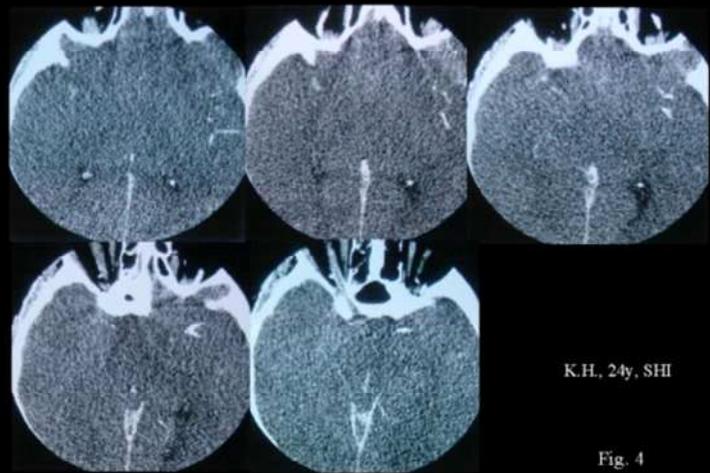
**CORTECCIA
CEREBRALE**
AZIONI DIFFERITE
CONSAPEVOLEZZA

**SIS.LIMBICO
TALAMO
NUCLEI BASALI
CERVELLETTO**
(AZIONI RIFLESSE)
COORD.SENSORI-MOTORIO

**TRONCOENCEFALO
E MIDOLLO**
Riflessi metamerici



Cerebral Angiogram



K.H., 24y, SHI

Fig. 4

Electroencephalogram

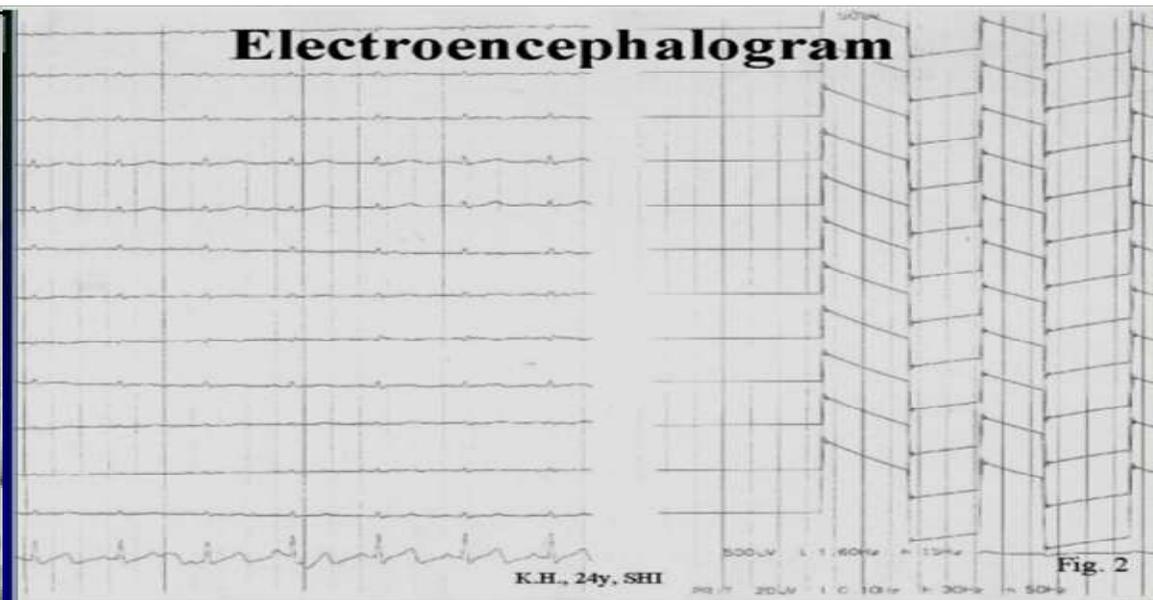


Fig. 1

A portrait of Cardinal Carlo Maria Martini, wearing a red zucchetto and a dark suit with a red tie. The image is partially obscured by a dark vertical bar on the left and a large text overlay.

Cardinale MARTINI

**...«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, infatti, si riferisce a un gesto che intende abbreviare la vita «causando positivamente la morte».

La seconda, consiste invece, spiega l'arcivescovo emerito di Milano citando il compendio del Catechismo della Chiesa cattolica, nella «rinuncia... all'utilizzo di procedure mediche sproporzionate e senza ragionevole speranza di esito positivo».

...evitando l'accanimento terapeutico **«non si vuole... procurare la morte: si accetta di non poterla impedire»**, assumendo così **«i limiti propri della condizione umana mortale»**.

Martini continua affermando che **«per stabilire se un intervento medico è appropriato non ci si può richiamare a una regola generale quasi matematica»** ma occorre **«un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze, le intenzioni dei soggetti coinvolti»**.

In particolare, aggiunge il Cardinale,
«non può essere trascurata la
volontà del malato, in quanto a lui
competete – 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, siano
effettivamente proporzionate».

Martini non vuole che il malato sia lasciato da solo, a decidere in assoluta autonomia, ma spiega che **«è responsabilità di tutti accompagnarlo»**.

Inoltre precisa che «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”.



Supponiamo che un giovane sano, di mente e di corpo (che, dunque, si trova nelle condizioni migliori per esercitare la libertà), si butti in un fiume per ammazzarsi e che un'altra persona coraggiosamente si butti nelle acque e lo salvi, portandolo a riva.

Possiamo dire che il salvatore ha violato la libertà altrui?

Se così fosse egli andrebbe punito per il delitto di violenza privata, se non, addirittura, per sequestro di persona.

Ciò dimostra che non può essere la libertà il valore che giustifica l'eutanasia.

E' difficile dire che il malato in preda a gravi sofferenze sia "libero".

Certamente egli è meno libero del giovane sano che si butta nel fiume.

Non si è liberi sotto tortura.

Anche dal punto di vista giuridico vi sono delle condizioni della libertà.

Essa ha bisogno di consapevolezza e di assenza di costrizione.

Per questo è prevista la invalidità degli atti di disposizione giuridica, dal matrimonio a qualsiasi contratto, quando il consenso risulta viziato da errore o violenza.

In sede penale la illiceità di certi fatti altrimenti criminosi è eliminata se vi è il consenso dell'avente diritto, ma è necessario che costui possa "validamente disporne".

Il consenso non è valido non solo se il diritto è indisponibile, ma anche se è frutto di costrizione.

Nel caso del malato in preda a gravi sofferenze è quanto mai dubbio che il suo consenso possa ritenersi libero.

La situazione di piena consapevolezza sembra rarissima.

Nello stato agonico o preagonico la coscienza è di regola obnubilata ed è perciò difficile immaginare un malato "pienamente cosciente", a meno che non si voglia estendere molto il concetto di malato terminale con intuibili pericolosissime conseguenze.

Il caso più frequente in cui si pone il problema dell'eutanasia è quello del malato in coma che, per definizione, non è in grado neppure di manifestare alcun desiderio.



Chi chiede realmente di morire?

Un gruppo di Colleghi cui è stata rivolta questa domanda ha risposto che chiede di morire ***il paziente oggetto di cure sbagliate, abbandonato dai parenti e quindi solo.***

Gli Operatori delle Associazioni di Volontariato dedite all' assistenza dei malati in fase avanzata, mi hanno confermato che i loro Assistiti, ***non hanno mai chiesto di "morire prima";*** tutti chiedono di ***"morire in pace"*** e, per questo motivo, sentono come insopprimibile esigenza la presenza, vicino a loro, di un volontario che ***“si prenda cura di loro.”***

In definitiva il motivo che spinge molti malati terminali a chiedere l'eutanasia è *la paura di essere lasciati soli nel momento più tragico della loro vita e di andare incontro a sofferenze sempre più insopportabili.*



Indro Montanelli

"Non ho paura della morte, ma di morire perché ho paura di soffrire.

Per questo cerco disperatamente un medico che si impegni a farmi morire quando e come lo desidero, ma non lo trovo".

"La morte è davanti alla porta di casa di tutti.

Io l'ho vista in faccia più volte, quando fui condannato a morte dai tedeschi a soli 32 anni e quando fui prigioniero dei partigiani jugoslavi, ma in quei casi sarebbe stata una fine da eroe e quindi non la temevo.

Io ho invece il terrore di essere schiacciato dalla malattia e dall'età."

Perciò, a coloro che vedono nell'eutanasia un “atto di pietà” o, come ha affermato recentemente il Prof. Umberto Veronesi, un “atto di carità”, si deve rispondere che la “pietà” e la “carità” verso i malati terminali non consistono in un atto eutanasico positivo o omissivo, *ma nell'aiutarli con le cure palliative e con un'assistenza amorosa a vivere nel miglior modo possibile gli ultimi tempi della loro vita.*

La richiesta di eutanasia fatta dai malati terminali, non è dunque l'espressione di un desiderio di morte, quanto piuttosto la richiesta di non essere ***lasciati soli*** di fronte alla morte e di essere alleviati nelle loro sofferenze.



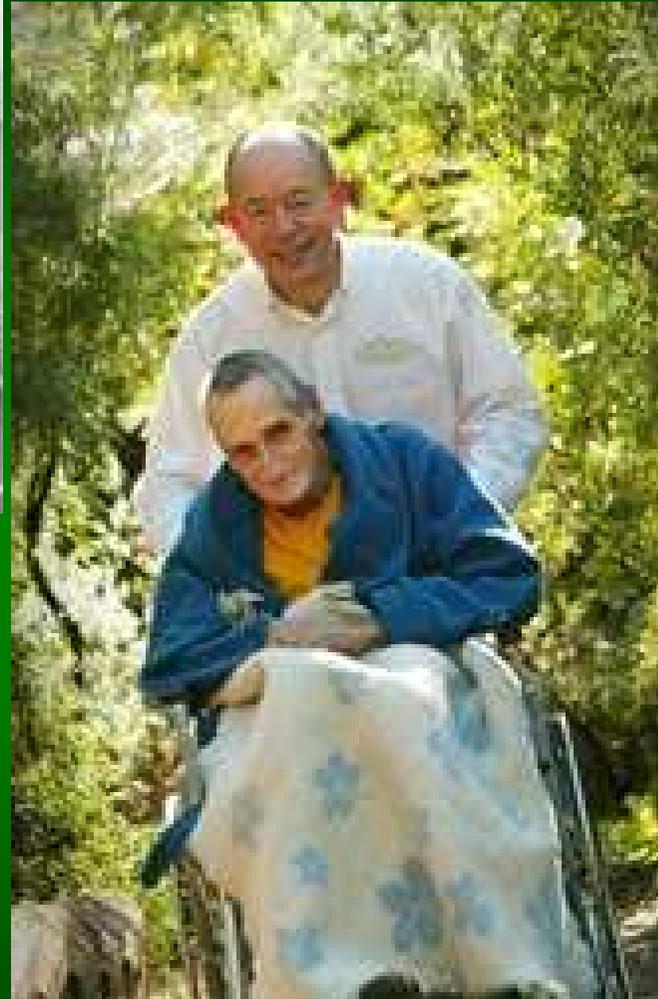
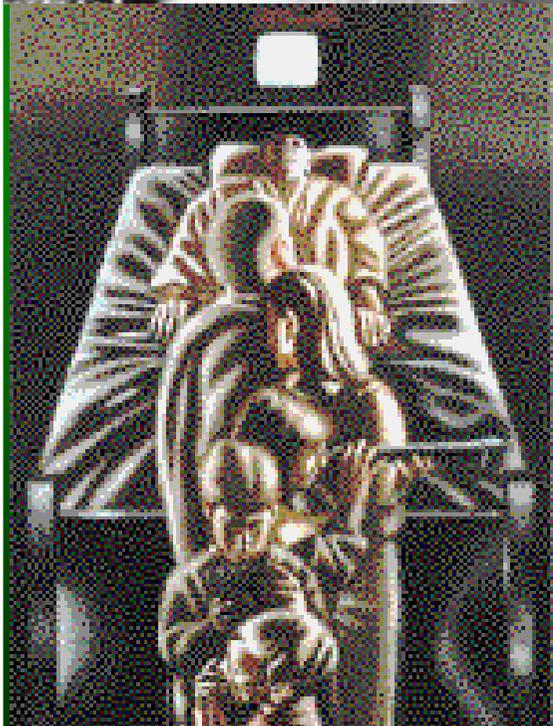
In questa incertezza, l'eutanasia può configurarsi allora come atto di dignità, ma può configurarsi anche come un modo per liquidare chi sta morendo, perché coloro che stanno accanto a lui non reggono la sua morte.

E quindi bisogna considerare l'eutanasia dentro questa oscillazione e dentro questa ambiguità.

In realtà, alla base del trattamento inappropriato per eccesso c'è la non accettazione dell'evento naturale della morte, per cui ci si accanisce a prolungare una vita, destinata a concludersi in breve tempo, a prezzo di gravi sofferenze imposte al malato, che dovrebbe invece essere lasciato morire naturalmente in pace.

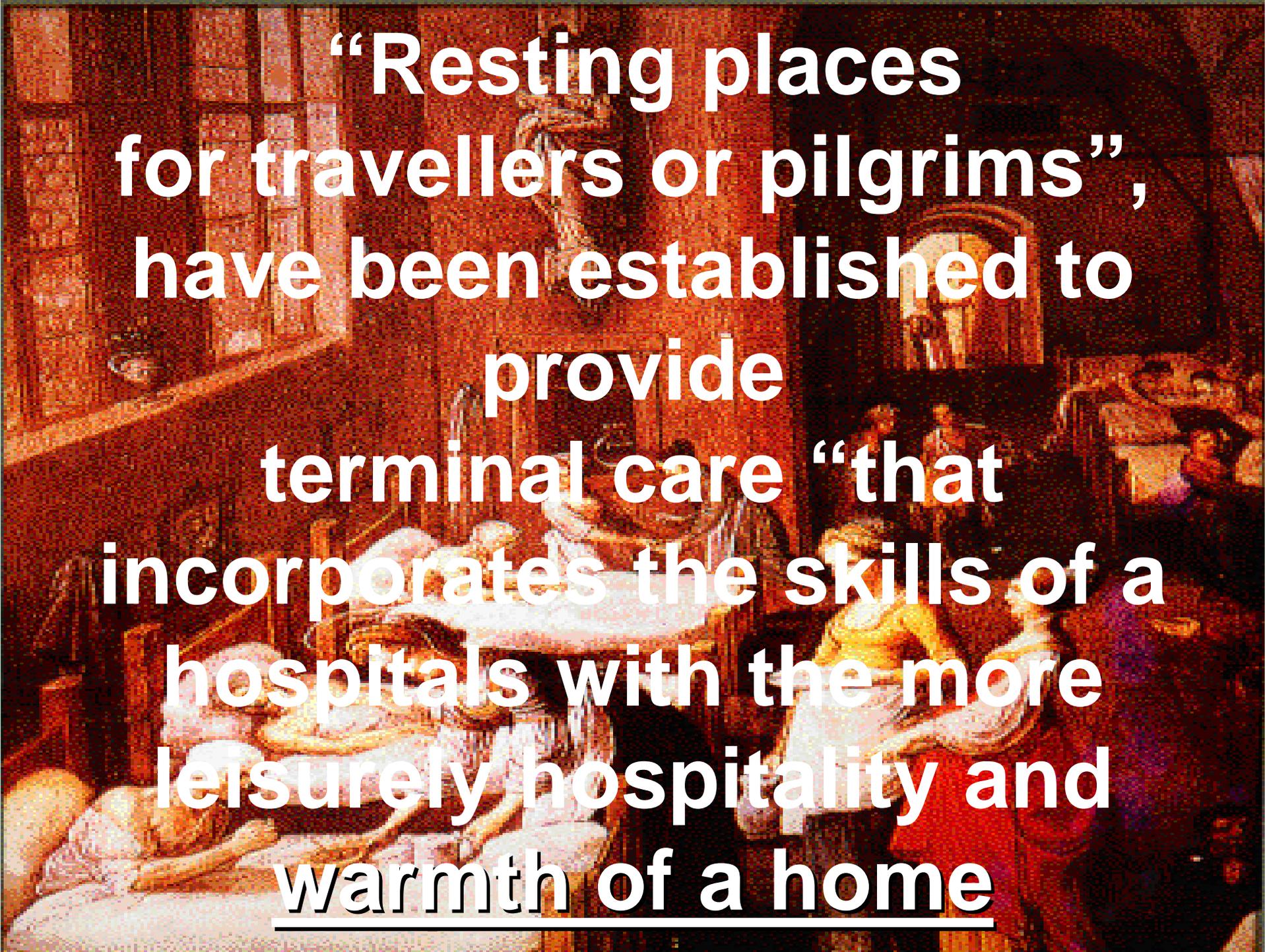


**Perciò, invece che con forme,
inutili e crudeli, di
“accanimento terapeutico”, il
malato terminale, che non ha
speranze di miglioramento e
tanto meno di guarigione, va
curato con cure palliative.**



Il problema è stato favorito anche dalla crescente "**ospedalizzazione della morte**", infatti nei paesi ricchi l'80% delle morti non avviene più in casa, ma in ospedale.

Tale soluzione ha trovato realizzazione nel movimento della "Medicina palliativa", nato sul'esempio degli "hospices" creati dalla dottoressa Cicely Saunders in Inghilterra, quaranta anni fa: il loro compito è quello di mettere le persone in grado di "morire bene", senza fare nulla per anticiparne né posticiparne il momento.

A detailed painting of a historical interior, likely an inn or hospice. The room is filled with wooden paneling, a large window with a view of a street, and several tables. In the foreground, a waiter in a white apron is serving a table with a white tablecloth. The scene is warmly lit, suggesting a comfortable and hospitable environment. The text is overlaid on the painting in a large, white, sans-serif font.

**“Resting places
for travellers or pilgrims”,
have been established to
provide
terminal care “that
incorporates the skills of a
hospitals with the more
leisurely hospitality and
warmth of a home”**

**Dame
Cecily Saunders**



ORGANIZZAZIONE MONDIALE della SANITA'

Le CP sono rappresentate dall'insieme di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla **cura attiva, totale** di malati la cui malattia di base non risponde più a trattamenti specifici.

Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi e, in generale, dei problemi psicologici, sociali e spirituali.

L'obiettivo delle CP è il raggiungimento della migliore qualità possibile di vita restante per i Malati e le loro Famiglie.

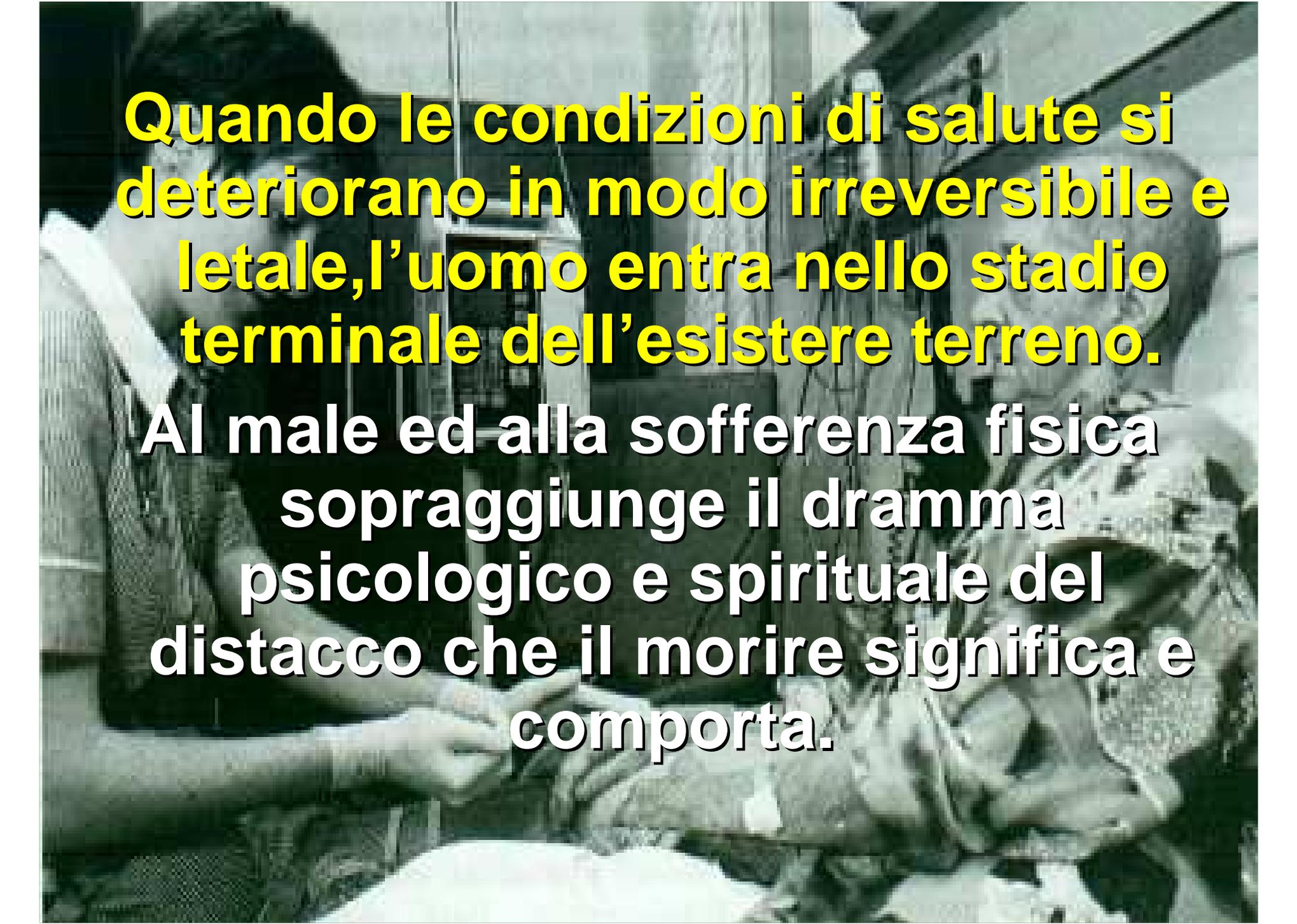
Dolore e Sofferenza

- Dolore:
dimensione fisica,
dominabile
medicalmente
- Sofferenza:
investe tutta la
persona (non
appartiene al
campo di intervento
della medicina...?)



La sofferenza alla fine della vita è psichica, sociale, spirituale, oltre che fisica; in queste condizioni il dolore viene definito "totale".

- **I dolori aumentano spesso in numero e intensità man mano che la morte si avvicina.**
- **Purtroppo, benché disponiamo di mezzi idonei, i malati continuano spesso a sperimentare un dolore evitabile e non voluto; anzi, percepiscono se stessi come vittime di una doppia sofferenza: patiscono gli effetti del dolore sul corpo, sul sé e sulla vita sociale, e in più subiscono lo sguardo indagatore e incredulo di chi, a volte, considera quel dolore irreali, esagerato, manifestato in modo eccessivo.**



Quando le condizioni di salute si deteriorano in modo irreversibile e letale, l'uomo entra nello stadio terminale dell'esistere terreno.

Al male ed alla sofferenza fisica sopraggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta.

Dolore globale e i suoi fattori determinanti

SINTOMI DI DEBOLEZZA
EFFETTI COLLATERALI

**SORGENTE
SOMATICA**

PATOLOGIA NON CANCEROSA
CANCRO

Perdita della posizione sociale
Perdita di prestigio sul lavoro e di guadagno
Perdita del ruolo in famiglia
Stanchezza cronica ed insonnia
Senso di abbandono
Alterazioni dell'aspetto

**D
E
P
R
E
S
S
I
O
N
E**



**R
A
B
B
I
A**

Difficoltà burocratiche
Mancanza di visite da parte di amici
Ritardi nelle diagnosi
Medici irreperibili
Irritabilità
Fallimento terapeutico

Paura dell'ospedale o del ricovero
Preoccupazione per la famiglia
Paura della morte

A N S I A

Paura del dolore

Problemi finanziari

Incertezza riguardo al futuro

Inquietudine spirituale

Perdita della dignità e del controllo del proprio corpo



**Quando la terapia non ha più nulla
da dire ed il dolore e la sofferenza
restano i veri problemi del
Paziente...**

**Servire la vita significa per
l'operatore sanitario e la società
assisterla fino al compimento
naturale.**

Il dolore



Italia ultima in Europa, con la Grecia, nella lotta al dolore.

A dispetto delle leggi che hanno semplificato la prescrizione dei farmaci a base di morfina, questi sono ancora una chimera per molti malati terminali di tumore: solo il 9% dei pazienti riceve cure antidolore.

Fa eccezione il Friuli, dove la media sale al 48% dei ricoverati.

ITALIA

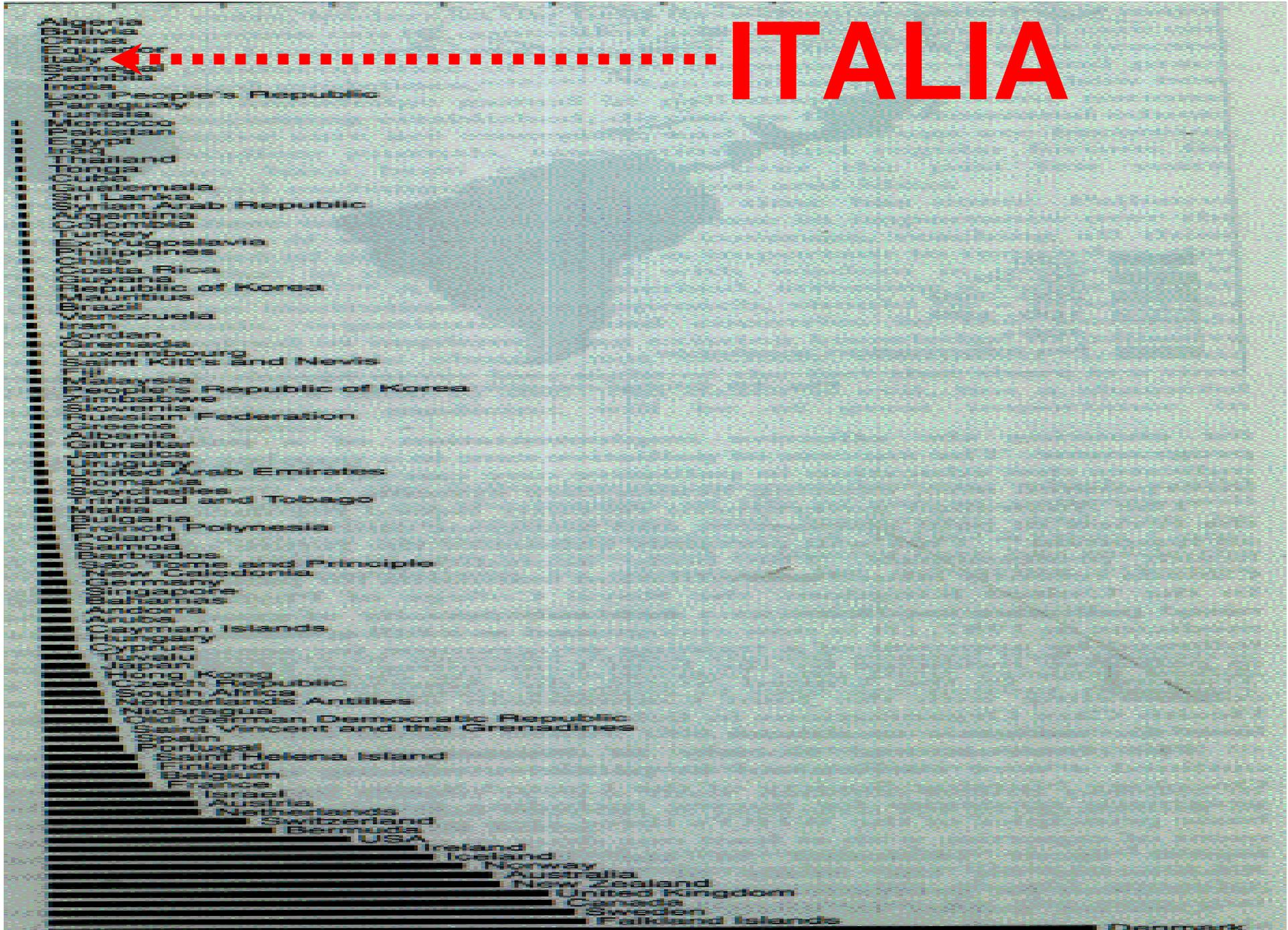


Fig. 9 Average daily consumption of defined daily doses of morphine per million inhabitants.

"I farmaci analgesici piu' usati sono oggi gli antinfiammatori, con costi 10 volte superiori a quelli degli oppioidi e un notevole rischio di effetti collaterali e di tossicita', in particolare nell'anziano.

Eppure, morfina e derivati si prestano bene al trattamento del dolore cronico, sono efficaci e relativamente maneggevoli.

**La morfina e' assimilabile
agli altri farmaci salvavita.**

**“Non deve mancare tra i
farmaci che il medico porta
con se' nella sua borsa”**

An illustration of various medications. It features a blister pack with two white capsules, a clear plastic bottle containing several white capsules, and a collection of pills including two black oval tablets and several white round tablets.

Alla legittimità culturale ed etica riconosciuta alla lotta contro il dolore risponde l'inserimento delle azioni rivolte a tale fine tra le priorità del servizio sanitario pubblico.

Il Piano sanitario nazionale, che si propone come un "patto di solidarietà per la salute", individua l'assistenza alle persone nella fase terminale della vita tra gli obiettivi da privilegiare.

Dolore: nasce sito internet per medici e pazienti su terapie dolore

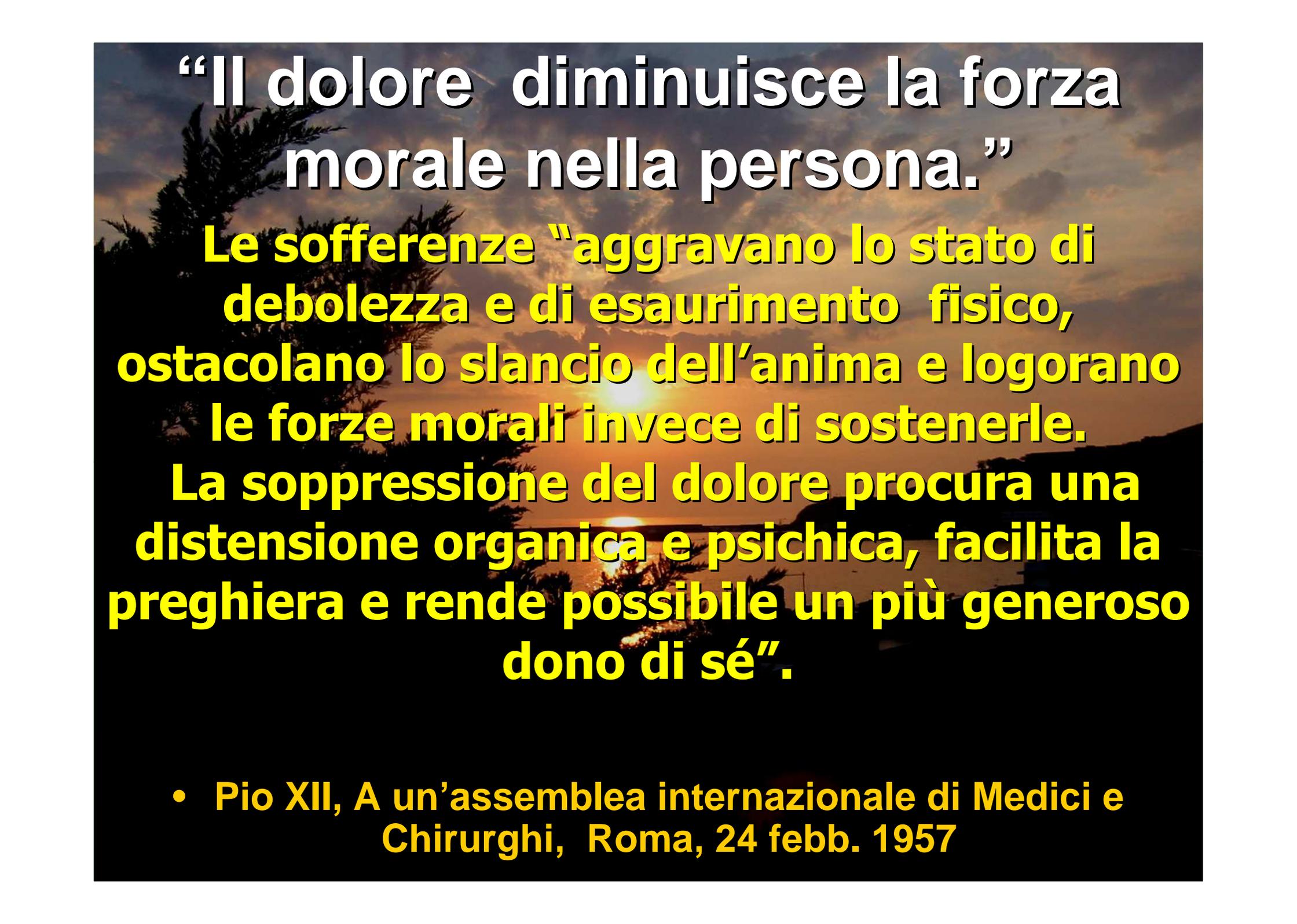
Rivolto a medici e pazienti, www.doloredoc.it, vuole colmare il vuoto informativo in materia - si legge in una nota - e diventare un luogo di incontro e dibattito trasversale per tutte le specializzazioni mediche e per gli stessi malati. Il medico, infatti, potrà usufruire di nuovi servizi sul dolore la sua cura che, come recita il Piano Sanitario 2003-2005, non riguardano esclusivamente la malattia oncologica ma rappresentano una costante anche per le persone affette da malattie ad andamento evolutivo, spesso cronico, a carico di numerosi apparati e sistemi.

Ma anche per il paziente sono previste molte aree e servizi di aggiornamento sulla terapia.

In particolare sono già stati pubblicati interessanti 'focus' ed è in costante aggiornamento il servizio che raccoglie i siti delle Unità oncologiche italiane e dei Centri ed Ambulatori di terapia del Dolore.



**L'uso
di farmaci
di
derivazione
oppiacea
non
contrasta
con
nessun
credo
religioso.**



“Il dolore diminuisce la forza morale nella persona.”

Le sofferenze “aggravano lo stato di debolezza e di esaurimento fisico, ostacolano lo slancio dell’anima e logorano le forze morali invece di sostenerle.

La soppressione del dolore procura una distensione organica e psichica, facilita la preghiera e rende possibile un più generoso dono di sé”.

- **Pio XII, A un’assemblea internazionale di Medici e Chirurghi, Roma, 24 febb. 1957**

**Tra le cure da somministrare
all'ammalato terminale vanno
annoverate quelle analgesiche...**

**“Queste, favorendo un
decorso meno
drammatico, concorrono alla
umanizzazione e
all'accettazione della morte.”**

**Giovanni Paolo II, ai partecipanti al Congresso
dell'Associazione Italiana di Anestesiologia**

Roma, 4 ottobre 1984

Papa Giovanni Paolo II

- ***"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. [...]"***
- ***"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.

"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".

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.

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.

Cosa fare?

Che tipo di impegno ci è richiesto?

- 1. avere il coraggio della chiarezza**
- 2. riscoprire il significato della sofferenza**
- 3. dare risposte concrete al sofferente**

Il coraggio della chiarezza

Occorre:

- **fare chiarezza su chi chiede di morire;**
- **fare chiarezza sulla definizione di morte;**
- **fare chiarezza sui limiti oltre i quali la Scienza non puo' andare nella cura dei malati terminali, sul cosiddetto "trattamento inappropriato per eccesso", sulle cure palliative ;**
- **fare chiarezza sull' esistenza o meno di un "diritto a morire" .**



**"Accanto all' uomo che soffre
occorre la presenza di un altro
uomo.**

**E' lì, vicino all' uomo sofferente
che il medico deve curare ed
assistere chi soffre con il
massimo amore fino al suo
spegnersi naturale."**

Tutto ciò è difficile perché il malato in fase avanzata, non è un malato "vincente"; è destinato a morire, non serve per fare carriera o per ottenere primariati, la sua degenza non è conveniente nell' economia degli Ospedali ora divenuti "Aziende".

Giovanni Paolo II



CASI CLINICI

A. M., 67 anni, ateo, facoltoso imprenditore, ha un adenocarcinoma epatico.

Affronta in Svizzera (dove si era da poco stabilito) con coraggio ed intelligenza la lunga e dura terapia, ma la malattia è inesorabile. Torna in Calabria per salutare il figlio ed i nipotini.

Mi chiede di essere aiutato a morire; soffre molto di dolori addominali...**Inizia la terapia del dolore che gli viene presentata come preparatoria a quella finale...**

Ma i dolori scompaiono, con sua meraviglia, tanto che riesce a prendere parte al battesimo dell'ultimo nipotino e comprende, infine, che se avesse ottenuta l'eutanasia, avrebbe perso una parte della sua vita.

Muore serenamente con tutti i suoi Familiari a fianco, senza dolore, accettando la morte come compimento naturale del suo esistere terreno.

Il Collega che non prescriveva oppiacei

59 aa, medico di MG. Ha un tumore all'encefalo.

Durante la vita professionale è stato un forte oppositore, per vari motivi, della terapia del dolore con gli oppiacei.

Resiste al dolore , quasi con ostinazione, “per coerenza”, con caparbieta, piangendo fino alle lacrime, fin quando, un giorno, la moglie ed i figli chiedono un consulto.

Durante la visita mantiene un dignitoso e quasi freddo distacco.

La terapia del dolore viene iniziata.

Il dolore diminuisce, la sua sofferenza si fa tollerabile, fin quasi a scomparire...

Durante una visita di controllo, apre gli occhi, ormai quasi sempre tenuti chiusi, e dice: "Grazie per gli oppiacei e quant'altro hai fatto ...! Chi sa a quanti pazienti avrei dovuto prescriberli... Ora mi aspetteranno lassù, spero che non mi picchieranno troppo forte!"

Morirà, molto sereno e senza dolore, dopo tre giorni.



"Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico

Era già giunto all'ultima tappa prima della fine del viaggio.

Giaceva in ospedale con un cuore definitivamente scassato, o un cancro metastatizzato o i reni bloccati: in una parola, era un "malato terminale".

***Passò vicino a lui un medico: vide il "bel caso".
Mise a punto un accurato programma di ricerca e non trascurò nessun dettaglio della malattia, come risulta dall'articolo pubblicato nella rivista scientifica della sua specialità.***

E passò oltre, tranquillo in coscienza.

***In seguito gli si accostò il cappellano
d'ospedale.***

***Gli fece un bel discorsetto sulla volontà di Dio
la rassegnazione e la espiazione dei peccati;
ascoltò la sua confessione e gli portò la
comunione, in attesa di somministrargli
l'ultimo sacramento.***

***Il malato fu preso in cura da un' equipe
medica efficientissima: fecero di tutto – col
bisturi, le irradiazioni, i farmaci -, riuscendo
a farlo vivere (“vivere”?) un paio di mesi
oltre la media statistica di quei casi.***

E passarono oltre tranquilli in coscienza.

C'era nel reparto un'Infermiera...

- ***Somministrava le medicine giuste al momento giusto, misurava la temperatura all'ora prescritta, portava il pranzo e aiutava il malato ad alimentarsi.***
- ***Insomma faceva né più né meno che il suo dovere, ma riteneva suo dovere anche non sfuggire gli sguardi carichi di domande del malato, ascoltarlo, permettergli di esprimere la sua angoscia, cercare di alleviargli i malesseri grandi e piccoli.***
- ***Gli dava più di semplici cure: si prendeva cura di lui.***
- ***Quando l'agonia si concluse, era lei che stava lì a umettargli le labbra, ad asciugargli il sudore, a tenergli la mano.***

***Chi di loro secondo te si è
comportato come prossimo
per quell'uomo che era caduto
nell'anticamera della morte?***

***“Quello che ha avuto
compassione di lui”***

**“Va' e fatti anche tu suo
prossimo”.**



Grazie per la vostra attenzione

**I Medici italiani dicono no
all'eutanasia.**



FNOOMCeO

**NUOVO CODICE DI
DEONTOLOGIA MEDICA**

Nel Giuramento di Ippocrate
(circa 420 a.C.) si legge:

***“Non somministrerò ad alcuno,
neppure se richiesto, un
farmaco mortale, né suggerirò
un tale consiglio; similmente a
nessuna donna io darò un
medicinale abortivo.”***

CAPO V

Assistenza ai malati inguaribili

Art. 36- Eutanasia

- Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti diretti a provocarne 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.

Il codice stabilisce che il medico, anche tenendo conto delle volontà del paziente laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e un miglioramento della qualità della vita.

"La definizione è puntuale e aiuta a spiegare che noi, invece, siamo favorevoli a tutte quelle forme di cura, all'interno di un percorso terapeutico più ampio, che possano limitare la sofferenza di un malato.

Dobbiamo sfruttare tutti gli strumenti palliativi per rendere meno dolorosa la malattia" (Bianco).

PER IL CORAGGIO DI VIVERE E DI FAR VIVERE

MANIFESTO

- **PER LA GARANZIA DI UNA PRESA IN CARICO GLOBALE:
DI TRATTAMENTO, CURA E SOSTEGNO E CONTRO L'ABBANDONO,
L'ACCANIMENTO E L'EUTANASIA NEL NOSTRO PAESE**

In un contesto in cui l'autonomia della persona malata o con disabilità viene univocamente interpretata prima di tutto come il diritto di dire di no e di rifiutare qualcosa, favorendo una linea rinunciataria che sembra minare l'alleanza terapeutica tra medico e paziente, e tenta di far rientrare l'eutanasia tra i compiti della professione medica, i promotori di questo documento ritengono importante ribadire quanto segue:

1

- Il riconoscimento della dignità dell'esistenza di ogni essere umano deve essere il punto di partenza e di riferimento di una società che difende il valore dell'uguaglianza e si impegna affinché la malattia e la disabilità non siano criteri di discriminazione sociale e di emarginazione.
- Questo riconoscimento richiede anche concreti investimenti sul piano economico e su quello culturale, per favorire un'idea di cittadinanza allargata che comprenda tutti, come da dettato Costituzionale, e per riaffermare il valore unico ed irripetibile di ogni essere umano, anche di chi è talora considerato "inutile" poiché, superficialmente, giudicato incapace di dare un contributo diretto alla vita sociale.

2

- **Il dolore e la sofferenza (non solo fisica), in quanto tali, non sono né buoni né desiderabili, ma non sono senza significato: l'impegno della medicina e della scienza per eliminare o alleviare il dolore delle persone malate o con disabilità, e per migliorare la loro qualità di vita, evitando ogni forma di accanimento terapeutico, è un compito prezioso che conferma il senso della professione medica, non esaurito dall'eliminazione del danno biologico.**
- **La medicina, i servizi sociosanitari e, più in generale, la società, forniscono quotidianamente delle risposte ai differenti problemi posti dal dolore e dalla sofferenza: risposte che vanno potenziate e che sono l'esplicita negazione dell'eutanasia, del suicidio assistito e di ogni forma di abbandono terapeutico.**

3

- **Non si possono creare le condizioni per l'abbandono di tanti malati e delle loro famiglie.**
- **È inaccettabile avallare l'idea che alcune condizioni di salute rendano indegna la vita e trasformino il malato o la persona con disabilità in un peso sociale.**
- **Si tratta di un'offesa per tutti, ma in particolar modo per chi vive una condizione di malattia, questa idea, infatti, aumenta la solitudine dei malati e delle loro famiglie, introduce nelle persone più fragili il dubbio di poter essere vittima di un programmato disinteresse da parte della società, e favorisce decisioni rinunciatarie.**

4

- **Occorre rinsaldare nel Paese la certezza che ognuno riceverà trattamenti, cure e sostegni adeguati.**
- **Prima di pensare alla sospensione dei trattamenti, infatti, si deve garantire al malato, alla persona con disabilità e alla sua famiglia ogni possibile, proporzionata e adeguata forma di trattamento, cura e sostegno.**
- **La Costituzione Italiana, tutte le leggi vigenti in Italia, oltre alla Convenzioni sui Diritti dell'Uomo e alla recente Convenzione ONU sui diritti e la dignità delle persone con disabilità, affermano la dignità di tutti ad avere il diritto all'accesso alle cure.**

5

I promotori e i firmatari di questo documento si impegnano, nell'ambito delle loro professioni e secondo le loro competenze, a sostenere e difendere sempre il principio dell'accesso ad ogni tipo di intervento socio-sanitario per tutti e il chiaro

NO

ad ogni forma di induzione volontaria della morte o di pratica eutanasica e di implicita o esplicita istigazione al suicidio assistito.

6

- **La morte è un fatto e non un diritto: per questa ragione non può essere oggetto di una scelta sostenuta dalla società civile.**
 - **Ciò non significa negare il valore dell'autonomia e della libertà della persona, ma riconoscere che il valore di ogni scelta dipende dal suo contenuto.**
- **In ogni caso, l'equiparazione della scelta di chi vuole vivere e di chi vuole morire è scorretta per la semplice ragione che solo la vita, e non la morte, è il fondamento dei diritti umani e della loro tutela.**

Lo sviluppo della medicina, così come oggi la conosciamo e la pratichiamo, è stato ed è reso possibile solo da una concezione “positiva” dell’esistenza umana, capace di accettare la sfida dell’assistenza e della cura, anche di fronte alla patologia più severa e al declino fisico e psichico della vecchiaia.

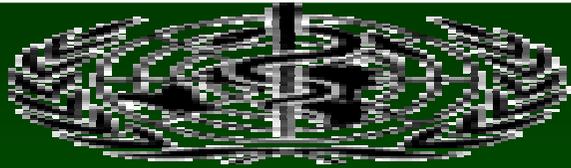
- *I promotori e coloro che aderiscono a questo manifesto ritengono che sia importante garantire una società che non abbia paura del dolore poiché usa la scienza, le leggi e le competenze per combatterlo.*
- *Ciò che era considerato incurabile e inguaribile cento anni fa oggi è spesso curabile e guaribile, e l'oscurantismo e la paura non appartengono a chi ha fiducia nell'uomo, nella sua capacità e nel suo coraggio.*

- L'associazione Scienza & Vita sostiene questo manifesto e invita coloro che condividono le tesi qui espresse a firmare il documento e a promuoverlo in tutte le sedi ritenute opportune.

Per sottoscrivere questo manifesto collegati a www.unicatt.it/bioetica/manifesto

I PROMOTORI

- Felice Achilli, medico, Presidente Medicina e Persona; Direttore U.O. Cardiologia, Ospedale Manzoni, Lecco
- Marco Brayda-Bruno, medico, Direttore U.O. Chirurgia Vertebrale III, IRCCS Ist. Ortopedico. Galeazzi Milano
 - Dario Caldiroli, medico, Direttore U.O. Neuroanestesia e Rianimazione, Fondazione IRCCS Ist. Neurologico C. Besta, Milano
- Bruno Dallapiccola, medico, Presidente Scienza & Vita Nazionale, Ordinario genetica medica, Università La Sapienza, Roma
- Maria Luisa Di Pietro, medico, Presidente Scienza & Vita Nazionale, Associato di Bioetica, Università Cattolica Sacro Cuore, Roma
- Giovanni Battista Guizzetti, medico, Direttore U.O. Stati Vegetativi, Bergamo
- Vladimir Kopic, delegato OMS per l'Italia-Functioning and Disability Reference Group, Presidente Consulta dei Disabili Friuli Venezia Giulia, Trieste
- Matilde Leonardi, medico, delegato OMS per l'Italia-Functioning and Disability Reference Group, Vice Presidente nazionale FIAN, Milano
 - Mario Melazzini, medico, Direttore U.O. Day Hospital Oncologico IRCCS Maugeri; Presidente nazionale AISLA, Pavia
- Adriano Pessina, filosofo, bioeticista, Direttore Centro Bioetica UCSC, Milano-Roma
 - Valeria Zacchi, medico, Direttore Sanitario IRCCS Fatebenefratelli, Brescia



World Health
Organization

WHO Definition of Palliative Care

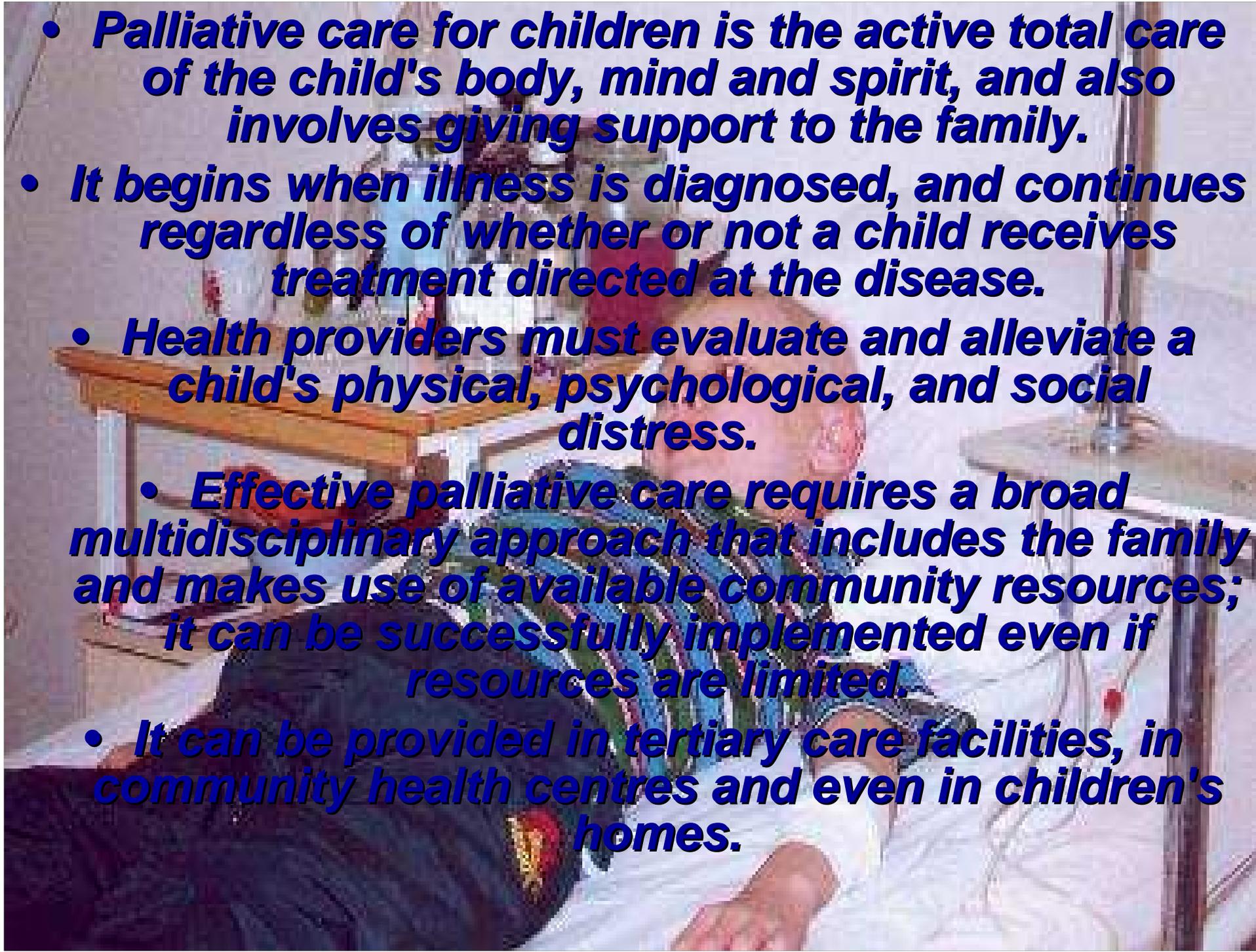
Palliative care is an approach that *improves the quality of life* of patients and **their families** facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and *treatment of pain* and **other problems**, physical, psychosocial and spiritual.

WHO Definition of Palliative Care for Children

Palliative care for children represents a special, albeit closely related field to adult palliative care.

WHO's definition of palliative care appropriate for children and their families is as follows; the principles apply to other paediatric chronic disorders (WHO; 1998a):





- **Palliative care for children is the active total care of the child's body, mind and spirit, and also involves giving support to the family.**
- **It begins when illness is diagnosed, and continues regardless of whether or not a child receives treatment directed at the disease.**
- **Health providers must evaluate and alleviate a child's physical, psychological, and social distress.**
 - **Effective palliative care requires a broad multidisciplinary approach that includes the family and makes use of available community resources; it can be successfully implemented even if resources are limited.**
- **It can be provided in tertiary care facilities, in community health centres and even in children's homes.**

