



ETICA NELLA FASE TERMINALE DELLA VITA

Claudia Navarini

**Università Europea di Roma
Ateneo Pontificio Regina Apostolorum**

L'eutanasia

- Attiva/passiva
- Volontaria/non consensuale
- Malati terminali/sofferenze insopportabili
- Medico


Fare o “non fare”

Secondo l'EAPC 2003, l'eutanasia è

l'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa

Mintersvedt DJ, et al. *Eutanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*. *Palliative medicine*, 17, 2003, p. 97-101

Con questa definizione viene ammessa una differenza etica fra azione ed omissione; al contrario, si compie un atto analogo per natura ed intenzione quando si provoca la morte attraverso la somministrazione di un farmaco letale o attraverso la sospensione di (o l'astensione da) un trattamento *dovuto*

A serene sunset over the ocean. The sky is filled with soft, golden and blue clouds. In the foreground, the dark silhouettes of palm trees are visible. On the right side of the image, a small sailboat is visible on the water. The overall mood is peaceful and contemplative.

un'azione o omissione che di natura sua
e nelle intenzioni procura la morte, allo
scopo di eliminare ogni dolore

Motivi a sostegno dell'eutanasia

- **“SOFFRE TROPPO”**
- **“È UNA VITA INDEGNA”**
- **“VUOLE COSÌ”**
- **“È ACCANIMENTO”**

Situazione attuale sulle DAT

- Da parecchi anni si parla in Italia di un riconoscimento giuridico alle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)
- Il caso Englaro ha prodotto un'accelerazione nel dibattito (cfr. art. 32 Cost.)
- **Per contrastare la via giudiziaria all'introduzione dell'eutanasia si invoca un intervento del Parlamento**

Ma le DAT restano problematiche!

- Inattualità
 - Non scongiurano l'accanimento terapeutico
 - Non garantiscono la libertà
 - Alterano la relazione medico-paziente
- **Aprono facilmente all'eutanasia**

Problemi etici 1

Genericità

- Indeterminatezza di termini come cure straordinarie o sproporzionate, cure normali, malato terminale, trattamenti di sostentamento vitale
- Aleatorietà delle indicazioni ed eccessiva apertura nelle definizioni

Problemi etici 2

Comprensione dell'informazione

- Difficoltà di spiegare e di comprendere le caratteristiche e le conseguenze dei vari interventi medici di fine-vita
- Pressioni ideologiche: accanimento terapeutico, eutanasia passiva, morte degna, diritto di morire, qualità della vita, accompagnamento alla morte, aiuto a morire

Problemi etici 3

Ruolo del tutore

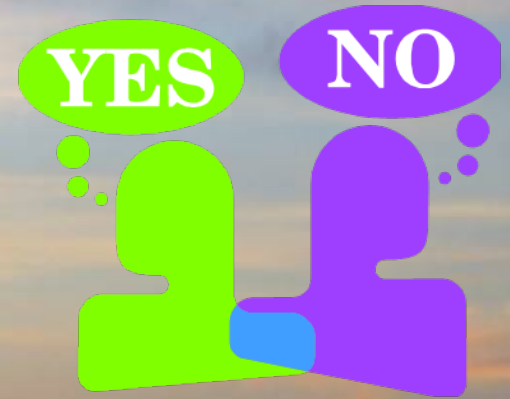
- Vigilare affinché siano rispettate le volontà del paziente (?)
- Prendere le decisioni al posto del paziente, se incapace (?)

Problemi etici 4

Autodeterminazione del paziente

- Assolutizzazione dell'autonomia del paziente
- Riduzione del medico a mero esecutore della volontà del paziente
- Stravolgimento della relazione medico-paziente

Il “dissenso informato”



- È l'altra faccia del consenso
- Fa parte delle libertà individuali
- Non è mai stato assente nella storia della medicina
- **È associato alla libertà dell'uomo, e dunque sottoposto ai limiti della libertà stessa**

Libertà

- Nessuno può fare tutto ciò che vuole
- La libertà si esplica sempre in concreto e mai in astratto



Problemi etici 5

Attualità

- Distanza cronologica fra la compilazione del testamento di vita e la realizzazione del quadro clinico
- Mutamento delle condizioni esistenziali o delle possibilità tecniche di intervenire su determinate patologie e sintomi

“Viene dunque da domandarsi perché, in una situazione sociale e sanitaria globalmente evoluta come la nostra, con progressi continui, si dovrebbe preferire “ora per allora” di optare per la morte, quando peraltro è ben noto che persone in condizioni decisamente compromesse riescono tuttavia a sorridere e a godere di esserci, senza che in genere evochino precedenti risoluzioni di morire”

Card. Angelo Bagnasco, *Prolusione all'apertura del Consiglio Permanente della CEI*,
Roma, 26 gennaio 2009

Eventuale contenuto eutanasico delle DAT

- Presunzione di volontà suicidaria vs. domanda di aiuto
- Eutanasia “volontaria” su base anticipata = eutanasia non consensuale

Problemi etici 6

Inutilità

- Non è necessaria per impedire l'accanimento terapeutico
- Codice deontologico, buona pratica clinica, legge italiana e documenti internazionali, formazione dei medici bastano

Problema legislativo

- Una legge a favore delle DAT potrebbe rivelarsi un'arma a doppio taglio
- Pericolo di una legge che affermi principi importanti, svuotandoli nei fatti
- **Verso una nuova 40 o una nuova 194?**

Soluzione possibile

- Riforma magistratura?
- Legge che ribadisca indisponibilità della vita, divieto eutanasia, alleanza terapeutica
- **Piano di cura invece delle DAT**

Indisponibilità della vita umana

- Non è un principio “dogmatico”, né valido per i soli cattolici
- Fonda la convivenza umana, la struttura della società e il sistema giuridico



• **Insostenibilità del “diritto di morire”**

Differenza fra rifiuto della terapia e richiesta eutanasica

- Rifiuto terapia: limite invalicabile all'azione del medico, che non può intervenire (tranne situazioni di emergenza, incoscienza, TSO)
- Eutanasia: azione libera del medico che provoca la morte su richiesta (complice di un suicidio, omicidio)

Inoltre, con l'atto eutanasico

1) viene meno l'integrità professionale del medico (costrizione, mutazione)

2) si rompe l'alleanza terapeutica



La DAT, per sua natura, predispone a 1) e 2)

**Non "prolunga"
l'alleanza terapeutica**

**Alimenta la diffidenza fra
medico e paziente (medicina
difensiva)**

Dunque,

Il medico

non può costringere un paziente ad intraprendere o continuare una terapia, ma allorché il paziente dipenda direttamente da lui,

non deve essere costretto a sospendere trattamenti *proporzionati*

Accanimento terapeutico 1



Ostinazione in trattamenti di documentata e ed evidente inefficacia nel migliorare la durata o la qualità di vita

Accanimento terapeutico 2



**Ostinazione in
trattamenti, da cui non
si possa fondatamente
attendere un beneficio
per la salute del malato
e/o un miglioramento
della qualità di vita**

Codice di deontologia medica, 1998, 14

Accanimento terapeutico 3

Un trattamento di documentata *inefficacia* in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un *rischio* elevato e/o una particolare *gravosità* per il paziente con un'ulteriore sofferenza in cui *l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulta chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica.*

C. Manni, 1995: 321

Proporzionalità delle cure

Costi-benefici

Elemento oggettivo

Motivazioni nei casi
concreti

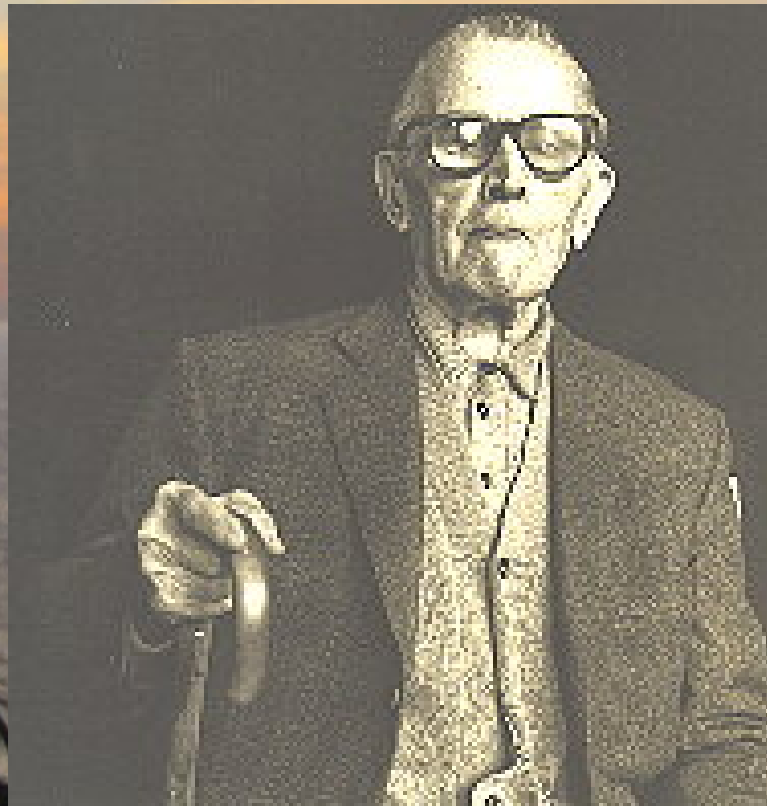
Elementi soggettivi

Gli atteggiamenti del medico



- Fare tutto il possibile
- Fare solo il possibile
- Farlo il meglio possibile

Abbandono terapeutico



Accanimento terapeutico ed eutanasia

**Lasciar morire, diritto di morire,
morire con dignità**

=

a. accettare la finitezza umana

b. volere porre fine ad una vita umana

- L'accanimento terapeutico non è mai un giudizio sulla “qualità” o sul valore di una vita umana
- Non c'è un trattamento di per sé sproporzionato (e dunque individuabile mediante DAT)
- Ha motivazioni diverse dal bene del paziente (med. difensiva, scopi sperim., econ., politici)
- Implica la volontà di farla

Cure da assicurare sempre

- Igiene e cure infermieristiche di base
- Terapie di routine
- Interventi urgenti
- A/I anche artificiali
- Ventilazione meccanica?

*Ruolo
palliativo*

*Mantengono
la vita*

*Non
prolungano
l'agonia*

Eluana Englaro non subiva alcuna forma di accanimento terapeutico.

Respirava da sola, non aveva piaghe da decubito, si addormentava e si svegliava ogni giorno, era portata a passeggio e in palestra con la sedia a rotelle

Non era in coma, né in fase terminale. Era gravemente disabile

È stata definita la Terri Schiavo italiana. Anche Terri era in stato vegetativo

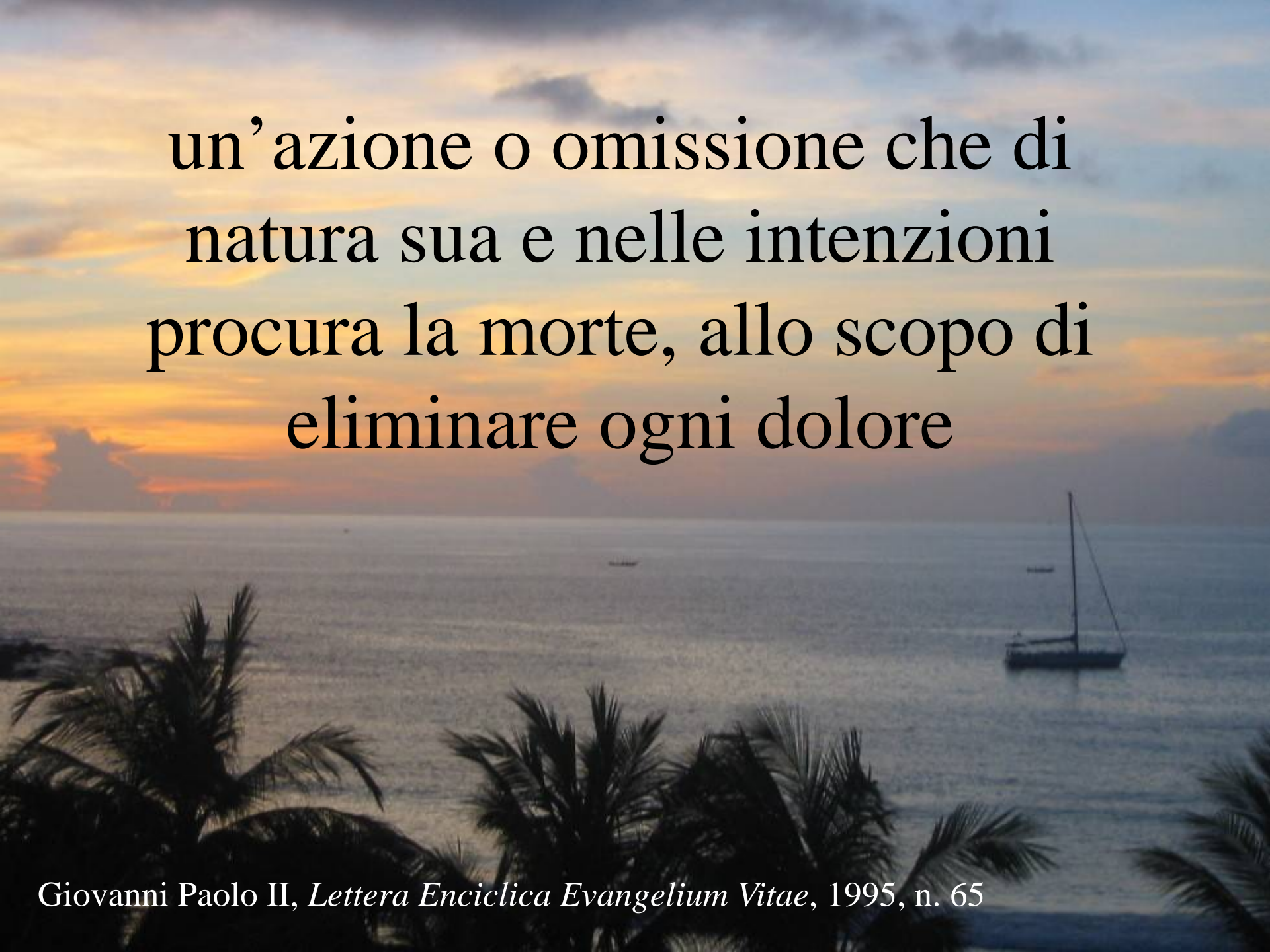
Fare o “non fare”

Secondo l'EAPC 2003, l'eutanasia è

l'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa

Materstved L.J. et al., *Eutanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force*, “Palliative medicine”, 17, 2003, p. 97-101

Con questa definizione viene ammessa una differenza etica fra azione ed omissione; al contrario, si compie un atto analogo per natura ed intenzione quando si provoca la morte attraverso la somministrazione di un farmaco letale o attraverso la sospensione di (o l'astensione da) un trattamento *dovuto*

A serene sunset over the ocean. The sky is filled with soft, golden and blue clouds. In the foreground, the dark silhouettes of palm trees are visible. On the right side of the ocean, a small sailboat is visible. The overall mood is peaceful and contemplative.

un'azione o omissione che di
natura sua e nelle intenzioni
procura la morte, allo scopo di
eliminare ogni dolore

SUICIDIO



che cos'è l'eutanasia



OMICIDIO

EV,
n. 65

Dignità dell'uomo

Di fronte al malato in SVP, o a condizioni fisiche di prostrazione estrema, la tentazione che si insinua è quella di ritenere che la vita in tali condizioni **«non sia più degna di essere vissuta»**

«Il malato è un parassita della società. In certe condizioni non è decoroso vivere più a lungo. Continuare a vegetare in una imbellè dipendenza dai medici e dalle pratiche mediche, dopo che è andato perduto il senso della vita, il diritto alla vita, dovrebbe suscitare nella società un profondo disprezzo»

Di fronte al dolore e alla sofferenza

“Non più” persone (?)

“Diritto” di decidere i tempi e i modi della propria morte (?)

Il terribile scacco della sofferenza umana

- La vera domanda di chi soffre: vivere *meglio*
- La vera risposta a chi soffre: curare



Cure palliative

- Possono controllare efficacemente ogni dolore fisico (terapia del dolore) e trattare la sofferenza psichica
- Possono sconfiggere la disperazione, favorire l'accettazione di sé e la riscoperta del senso della vita
- Dove le cure palliative sono ben praticate le richieste di eutanasia scendono a zero

Di fronte al dolore e alla sofferenza ...

... proviamo a cambiare atteggiamento



Non sono evitabili, sono parte della realtà umana, richiamano l'uomo alla sua finitezza, ma proprio per questo permettono di approfondire il senso dell'esistenza

Il dolore fisico e la sofferenza interiore possono (e devono) essere combattuti o alleviati, senza con ciò ricercare un'impossibile «fuga dalla morte», o dei meri «anestetici» alla desolazione del vuoto esistenziale.

Aiutare il sofferente...

... significa stargli vicino, accompagnarlo

... non eliminare colui di cui non si sopporta
il dolore



Diritto di morire



Pretesa sul medico

Pretesa sulla società



