Il morire con dignità nella prospettiva cattolica

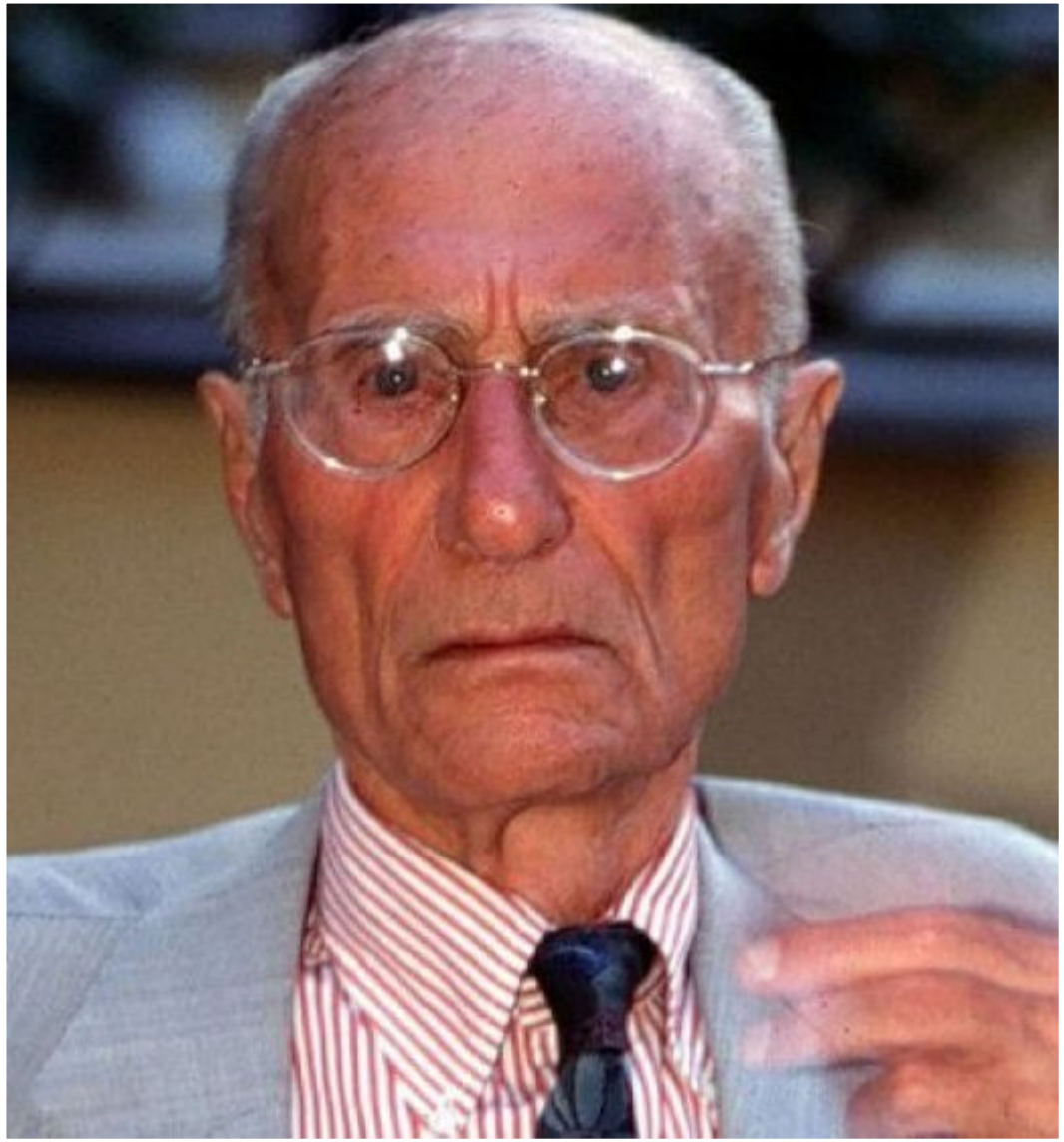
Convegno SAE – Napoli, 15 marzo 2018

“Fine vita: una *querelle senza fine* tra laici e cattolici”

- Le difficoltà di un dialogo

Indro Montanelli

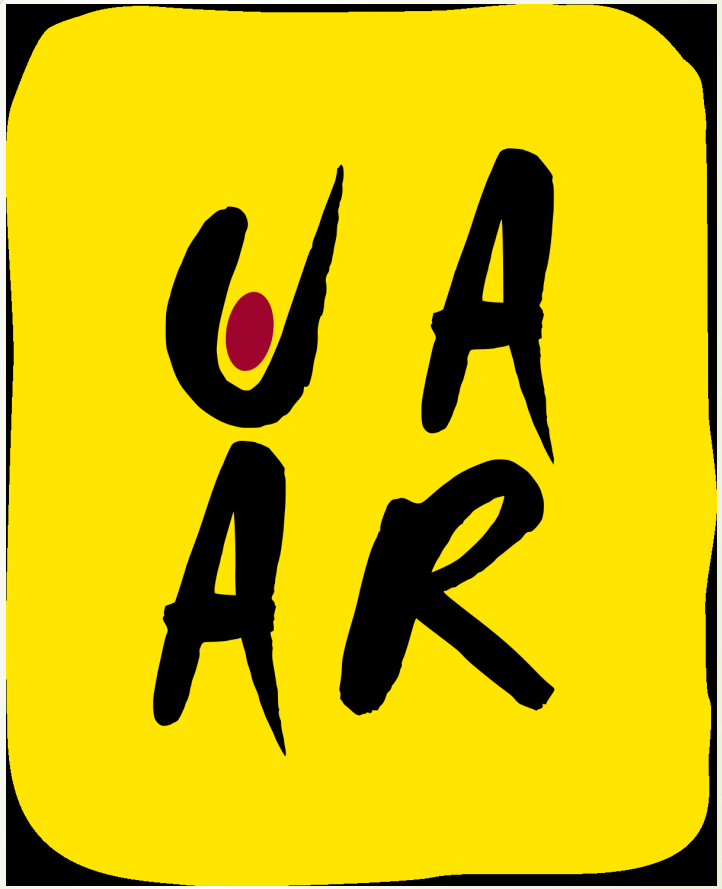
- «Non ho paura della morte. Ho paura di morire, di soffrire. Cerco un medico che si impegni con me a farmi morire come e quando gli chiederò di morire. Ma non ne trovo»
  - (*La Stampa*, 3 dicembre 1999)



Carlo M. 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»
- (C. M. Martini, «Io, Welby e la morte», in *Il Sole 24 Ore* del 21.01.2007, 31)

Cosa pensa l'UAAR



«Secondo la Chiesa cattolica la vita è stata donata da Dio e solo lui può disporne: ragion per cui l'eutanasia è un omicidio. È al massimo ammessa la fine delle terapie qualora venissero ritenute sproporzionate. È chiaro che una posizione del genere si pone esclusivamente dal punto di vista del medico, e mai dal punto di vista del paziente sofferente. In passato, anzi, talvolta questa sofferenza era ritenuta un modo di "partecipare" alla passione di Gesù e, ancora oggi, l'Italia è clamorosamente indietro nella somministrazione di morfina ai malati terminali. Non tutte le chiese cristiane la pensano così: diverse chiese protestanti hanno assunto posizioni più liberali e alcune chiese minori riconoscono apertamente il diritto dell'individuo di disporre della propria vita»

“Sintesi dell’insegnamento morale cattolico”

- La promozione della dignità dell’uomo

Problemi nuovi

Il principio di adeguatezza terapeutica

- Il **principio di adeguatezza terapeutica** permette di distinguere con sufficiente certezza, almeno nella maggioranza dei casi, il limite fra una doverosa insistenza terapeutica e una dannosa e inutile ostinazione.
- Il criterio fondamentale dovrebbe essere posto sui benefici che un paziente, in una ben precisa situazione clinica, può trarre o no da una data terapia.

L’adeguatezza delle cure

- Rispetto al **dovere di impiegarli**
  - Mezzi ordinari (obbligatori)
  - Mezzi straordinari (facoltativi)
- Rispetto al **rapporto mezzo/efficacia**
  - Mezzi proporzionati
  - Mezzi sproporzionati (sino all’inutilità)

Mezzi proporzionati e mezzi sproporzionati

- La nozione di proporzione riguarda prima di tutto un giudizio medico oggettivo sul **rapporto tra il mezzo impiegato e gli effetti positivi in termini di salute e qualità della vita che esso produce**.
- Un mezzo molto impegnativo che ottiene, nel caso specifico, minimi miglioramenti o che addirittura si rivela inefficace è un mezzo oggettivamente sproporzionato. Si va dall'efficacia piena sino alla totale inutilità rispetto al fine terapeutico perseguito.
- In linea di principio un mezzo proporzionato è da ritenersi di impiego ragionevole, e quindi obbligatorio, a meno che non intervengano situazioni particolari che lo rendono di impiego difficoltoso o rischioso o addirittura impraticabile per quel paziente.
- **Una simile distinzione implica che uno stesso intervento, effettuato su una persona può essere considerato a tutti gli effetti accanimento terapeutico e non effettuato su un'altra persona diventi omissione di soccorso e vada quindi qualificato come eutanasia passiva.**

Mezzi proporzionati e mezzi sproporzionati

Regola generale

- Un mezzo giudicato tecnicamente proporzionato (nel rapporto mezzo-effetto) è in genere ordinario, a meno che non risulti impossibile o troppo gravoso o rischioso per il soggetto.
- Un mezzo sproporzionato è, in linea di principio, non ragionevole e, quindi, non obbligatorio.

No all’Eutanasia

«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»

(CDF, *Dichiarazione sull’Eutanasia*, 5 maggio 1980)

No 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. Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza o la capacità, o, altrimenti, da coloro che ne hanno legalmente il diritto, rispettando sempre la ragionevole volontà e gli interessi legittimi del paziente»

(CCC, 2278)

Principi guida

- **Indisponibilità della vita umana**: la vita è dono di Dio ed è quindi una realtà che l'uomo non possiede, ma che riceve dalla volontà stessa del creatore.
- **Non esiste un diritto alla morte** (*a right to die*) ma un **"diritto a morire con dignità"**.
- **Relatività della vita terrena**: la vita è realtà *penultima* e non *ultima.* Pertanto si può rinunciare ad essa in virtù di un bene superiore (cf. martirio).
- **Riconoscimento di situazioni complesse e conflittuali**.

Alimentazione e idratazione

Come valutare la sospensione dell’idratazione e della nutrizione artificiali? Un atto omissivo eutanasico, o un azione dovuta per non incorrere nell’accanimento terapeutico?

Sentenza della Cassazione (16.10.2007)

«Ove il malato giaccia da moltissimi anni (nella specie, oltre quindici) in stato vegetativo permanente, con conseguente radicale incapacità di rapportarsi al mondo esterno, e sia tenuto artificialmente in vita mediante un sondino nasogastrico che provvede alla sua nutrizione ed idratazione, su richiesta del tutore che lo rappresenta, e nel contraddittorio con il curatore speciale, il giudice può autorizzare la disattivazione di tale presidio sanitario (fatta salva l'applicazione delle misure suggerite dalla scienza e dalla pratica medica nell'interesse del paziente), unicamente in presenza dei seguenti presupposti»:

a. Irreversibilità della situazione;
b. Accertamento della volontà del paziente;
c. In considerazione della sua comprensione della qualità della vita.

Le domande della Conferenza Episcopale degli USA

- *Primo quesito: È moralmente obbligatoria la somministrazione di cibo e acqua (per vie naturali oppure artificiali) al paziente in "stato vegetativo", a meno che questi alimenti non possano essere assimilati dal corpo del paziente oppure non gli possano essere somministrati senza causare un rilevante disagio fisico?*
- **Risposta: Sì**. 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 domande della Conferenza Episcopale degli USA

- *Secondo quesito: Se il nutrimento e l'idratazione vengono forniti per vie artificiali a un paziente in "stato vegetativo permanente", possono essere interrotti quando medici competenti giudicano con certezza morale che il paziente non recupererà mai la coscienza?*
- **Risposta: No.** Un paziente in "stato vegetativo permanente" è una persona, con la sua dignità umana fondamentale, alla quale sono perciò dovute le cure ordinarie e proporzionate, che comprendono, *in linea di principio*, la somministrazione di acqua e cibo, anche per vie artificiali.

Principio - realtà

«Alcune visioni etiche, che si dichiarano personaliste, presumono di prescindere dall'interpretazione del significato del gesto, perché pensano di poterne definire in termini materiali il contenuto, mutilando quest'ultimo delle sue dimensioni simboliche, ponendo a priori un solo significato con l'applicazione di principi apodittici, chiari, validi senza alcuna eccezione e la cui conseguenza normativa è posta a monte di qualsiasi rivelazione storica, compresa quella cristiana» (P. Piva)

Evitare gli opposti del *rigorismo* e del *liberismo*

“Le disposizioni anticipate di trattamento”

- Tra responsabilità e discernimento

Il contesto

Punti chiave della legge attuale

- Composto da sette articoli, esso «stabilisce che **nessun trattamento può essere iniziato e proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata**, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge» (art. 1).
- Il documento **valorizza la relazione di cura tra medico (o équipe medica) e paziente**, fondata sul consenso informato e sull'interazione tra l'autonomia del paziente e la professionalità e le competenze del medico. In tale prospettiva il consenso, scritto o videoregistrato, può prevedere il rifiuto di qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario, ***comprese l'idratazione e la nutrizione artificiali***.
- Compito del medico è quello di alleviare le sofferenze del paziente, evitando ogni forma di accanimento terapeutico e garantendo un'appropriata terapia del dolore o, se necessario, la sedazione palliativa permanente.
- Anche a minori e incapaci va garantita un'adeguata informazione circa le scelte riguardanti la salute, seppure il consenso o il rifiuto dei trattamenti spetti, per i minori, a chi esercita la responsabilità genitoriale e, per gli incapaci, al tutore o all'amministratore di sostegno.

Punti chiave della legge attuale

- **Ogni persona maggiorenne e in grado di intendere e di volere può disporre, per iscritto o tramite videoregistrazione, le proprie volontà circa i trattamenti sanitari da ricevere in previsione di una eventuale futura inabilità** e può definire, riguardo all'evolversi di una patologia cronica e invalidante, una pianificazione delle cure condivisa tra medico e paziente e alla quale il medico è tenuto ad attenersi.
- **Le DAT possono essere disattese**, in un accordo tra medico e fiduciario, **solo quando esse appaiano incongrue alla condizione attuale del paziente**, oppure nel caso in cui siano state scoperte nuove terapie non prevedibili al tempo della stesura delle DAT.
- Si contempla, inoltre, la possibilità, per il paziente, di **indicare un fiduciario** che operi in sua vece nella relazione con l'équipe medica, in caso di sopravvenuta incapacità.

Perché “tanto rumore”?

Il dibattito che infiamma la discussione si sta articolando su quattro fronti:

a) il timore che le disposizioni siano il primo passo verso la legalizzazione dell’eutanasia;

b) quali e se vi siano dei limiti all’autonomia della persona;

c) se nutrizione e idratazione artificiali possano o meno essere sospese, qualora vi sia richiesta esplicita da parte del paziente;

d) perché non vi sia cenno all’obiezione di coscienza.

a) Legalizzazione dell’eutanasia?

- Le DAT permettono al paziente di vedere riconosciute le proprie preferenze di cura, così che l’équipe curante possa definire in modo più preciso il beneficio per il paziente all’interno del quadro clinico oggettivo. Secondo l’art. 32 della Costituzione Italiana «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge»; perciò **nessun trattamento salvavita può essere doveroso**, a meno che non sussistano le condizioni per imporre un TSO.
- Pare chiaro che vi è una **differenza tra la cura generale della persona e l’attivazione o continuazione di presidi sanitari** (PEG, sondino nasogastrico): questi ultimi richiedono specifiche competenze, sia per essere attivati, sia durante il loro esercizio, configurandosi come tecnologie di sostegno vitale relativamente sofisticate, certamente non equiparabili alla cura infermieristica.

b) Autonomia selvaggia?

- Le DAT si redigono mettendo in stretta connessione il paziente con l'équipe Al paziente viene data la possibilità di esprimere i propri orientamenti e di essere tutelato in una situazione di estrema vulnerabilità; al medico viene riconosciuta la possibilità di informare e accompagnare il paziente: può, tuttavia *interpretarne* le volontà?
- Si tratta di entrare sempre più nella logica della *patient-centered care*, di una "cura" che rispetti la persona nel profondo.
- Per tale ragione, riteniamo che, per un miglioramento della legge, occorrerebbe rimarcare l'aspetto relazionale delle scelte riguardanti la fine della vita. Se tutta la vita della persona è marcatamente segnata dalle relazioni, per quale ragione gli ultimi istanti dell'esistenza dovrebbero essere lasciati al mero arbitrio personale?

c) Si possono sospendere nutrizione e idratazione artificiali?

- Conosciamo i pronunciamenti del Magistero sulla necessità di fornire sempre, in linea di principio, la nutrizione e l'idratazione artificiali (pur individuando casi in cui tale somministrazione apparirebbe impossibile). Il Ddl, invece, consentirebbe al paziente di disporne la sospensione.
- Tale problema morale va, forse, affrontato valutando non soltanto l'efficacia della terapia di sostegno vitale, ma **considerandone l'effettiva proporzionalità sulla base dello stato fisico ed emozionale del paziente e nel rispetto delle sue convinzioni più profonde**. Nutrizione e idratazione artificiali, infatti, possono costituire a tutti gli effetti un trattamento medico che, in quanto tale, non può sfuggire al giudizio di proporzionalità.

d) Perché nessun riferimento all’obiezione di coscienza?

- Non è chiaro verso quale comportamento specifico si attuerebbe l’obiezione. **Non siamo in una situazione simile a quella dell’aborto, in cui si può definire facilmente la fattispecie a cui ci si riferisce**. Qui si tratterebbe di comportamenti non sempre e non univocamente determinabili, che anzi in alcune situazioni sarebbero professionalmente leciti, se non doverosi.
- Inoltre, **i giuristi segnalano la difficoltà a configurare un’obiezione non a compiere un determinato atto, ma ad astenersi dal farlo o a sospendere un’azione precedentemente intrapresa**: obiettare significherebbe in questo caso dare avvio ad azioni che potrebbero comportare una imposizione di trattamento sanitario, in violazione dell’art. 32 Cost.
- Tenendo presenti queste considerazioni, **l’unica obiezione di coscienza comprensibile sarebbe nei confronti dell’eutanasia**. Ma questo richiederebbe di assumere che la legge introduca l’eutanasia nel nostro ordinamento, interpretazione decisamente forzata.

d) Perché nessun riferimento all’obiezione di coscienza?

- L’obiezione etica, prevista dal Codice deontologico dei medici italiani, interviene quando il medico non condivide le scelte del malato. Questa è un’evenienza non rara, soprattutto se la medicina accetta il modello della “decisione consensuale”, piuttosto che la decisione tradizionalmente affidata alla “scienza e coscienza” del medico.
- Se medico e paziente non raggiungono un accordo nel processo di cura, è opportuno che il medico passi la mano ad un altro medico.
- **Questa obiezione etica non ha bisogno di essere regolata per legge**. È intrinseca alla buona pratica medica ed è regolata dalla deontologia professionale (cf. Codice deontologico dei medici italiani, 1998, art. 12).

Alcuni rilievi

- Le DAT saranno solo un atto formale?
- Possono rappresentare una delegittimazione o una deresponsabilizzazione del medico?
- Chi redigerà le DAT? Non potrebbe crearsi un *cultural divide*?
- È possibile che una legge così non preveda nessun tipo di formazione?
- Quanta strada c’è ancora da fare in Italia nell’ambito delle cure palliative e della terapia del dolore?

Le parole di Papa

Certo, quando ci immergiamo nella concretezza delle congiunture drammatiche e nella pratica clinica, i fattori che entrano in gioco sono spesso difficili da valutare. **Per stabilire se un intervento medico clinicamente appropriato sia effettivamente proporzionato non è sufficiente applicare in modo meccanico una regola generale. Occorre un attento discernimento, che consideri l'oggetto morale, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti**. La dimensione personale e relazionale della vita – e del morire stesso, che è pur sempre un momento estremo del vivere – deve avere, nella cura e nell'accompagnamento del malato, uno spazio adeguato alla dignità dell'essere umano. In questo percorso la persona malata riveste il ruolo principale. Lo dice con chiarezza il Catechismo della Chiesa Cattolica: «Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità» (ibid.). È anzitutto lui che ha titolo, ovviamente in dialogo con i medici, di valutare i trattamenti che gli vengono proposti e giudicare sulla loro effettiva

Bibliografia

Per elaborare queste *slides* abbiamo fatto riferimento ai seguenti studi:

- Calipari M., *Curarsi e farsi curare: tra abbandono del paziente e accanimento terapeutico*, San Paolo, Cinisello Balsamo 2006.
- Casalone C., «Abitare responsabilmente il tempo delle DAT», in *Aggiornamenti sociali*, 2 (2018), 112-123.
- Faggioni M.P., *La vita nelle nostre mani*, EDB, Bologna 20164.
- Massaro R., «Le disposizioni anticipate di trattamento. A vent'anni dalla Convenzione di Oviedo», in *Apulia Theologica*, 2 (2017), 491-508.
- Marrone D., «DAT: non è eutanasia», in http://www.settimananews.it/diritto/dat-non-eutanasia/ (consultato il 01.03.2018).

GRAZIE!!!