



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

Scuola di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

-sede di Lecce-

A.A. 2016-2017

ETICA E DEONTOLOGIA APPLICATA ALLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA
3 anno, 1 semestre

Corso Integrato: ASPETTI ETICO-GIURIDICI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

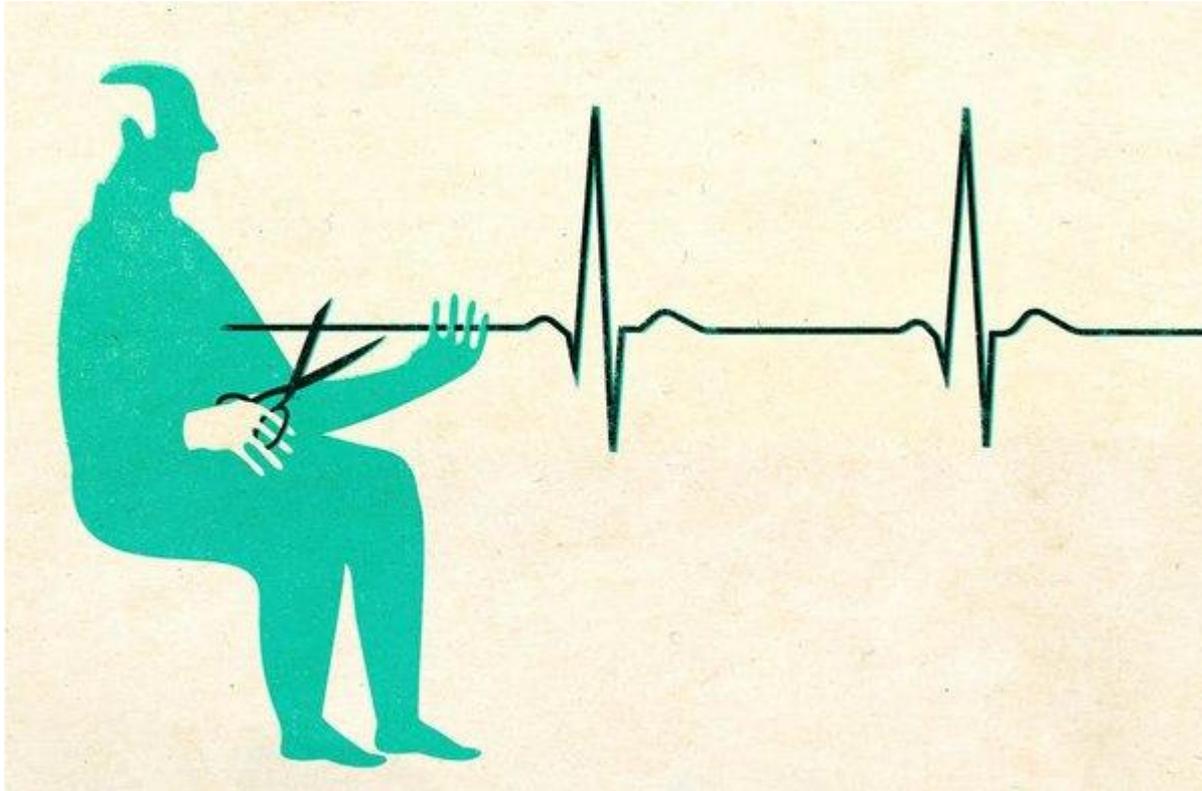
**"EUTANASIA
DICHIARAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO
ACCANIMENTO TERAPEUTICO "**

Docente
Dott. Roberto Lupo

Eutanasia

Parola greche eu, buona, e thanatos, morte e individua una o più modalità per permettere di giungere ad una morte non dolorosa, al fine di evitare o quantomeno di ridurre al minimo le sofferenze dovute a particolari malattie terminali

IL DIRITTO ALLA VITA



STORICO

Eutanasia

Giuridico

IL DIRITTO ALLA VITA
Dimensioni

Etico

Culturale

**teologico-
canonico**

Filosofico

Eutanasia

Autonomia

Infermiere

Valore

Vita

solidarietà

Eutanasia

Morte

Dignità umana

Morale

Il giuramento di Ippocrate

IPPOCRATE : “Farò uso delle misure dietetiche per il giovamento dei pazienti secondo il mio potere ed il mio giudizio e mi asterrò da nocimento e da ingiustizia. E non darò neppure un farmaco mortale a nessuno per quanto richiesto né proporrò mai un tal consiglio; ed ugualmente neppure darò ad una donna un pessario abortivo. Ma pura e pia conserverò la mia vita e la mia arte. E non procederò ad incisioni neppure su chi ha il mal della pietra, ma lascerò questo intervento agli operatori”.

Storia dell'eutanasia

- Nell'antichità (Platone repubblica 460 B) introduzione termine **eugenia**
- ripresa dal nazismo (Hitler e il documento Aktion T4)
- dibattito attuale (Dolce morte o buona morte))

Platone non ha mai utilizzato la parola eutanasia, affermava che nell'ottica della costruzione dello stato ideale gli individui fisicamente deboli devono essere lasciati morire, abbandonati a se stessi al fine di migliorare la specie e di liberare la società dal peso del loro mantenimento.

Nella Germania degli anni tra la Prima e la Seconda Guerra Mondiale – ma anche in buona parte dell'Europa occidentale -si parlava di eutanasia in maniera totalmente differente, nel senso cioè di “lasciar morire le bocche inutili da sfamare”, cioè di sopprimere gli idioti, i disabili, gli infermi, i minorati psichici.

Nel 1921/22 Hoche e Binding, un medico ed un filosofo, coniarono il concetto di **“vite indegne di essere vissute”**, riferendolo soprattutto agli **ammalati psichiatrici**, degenti nei manicomi tedeschi. Si diede così avvio ad una campagna di **“eutanasia di stato”**, che portò alla soppressione di circa 70.000 malati psichici.

Anche nell’attuale gergo corrente, non è raro imbattersi in affermazioni del tipo “vite indegne”, “indegna qualità di vita”, che sottendono un giudizio di valore sulle persone con gravissime disabilità.

“Stralcio dalla predica del vescovo tedesco Clemens August von Galen, vescovo di Münster- 3 agosto 1941”:

Nei mesi passati è stato riportato che su istruzioni provenienti da Berlino pazienti che avevano sofferto a lungo per mali apparentemente incurabili sono stati forzatamente rimossi dalle loro case e dalle loro cliniche. I loro parenti sono stati informati successivamente che i pazienti erano morti e che i corpi erano stati cremati e che potevano esserne richieste le ceneri. (...)

Nel XIV° e XX° secolo diverse ragioni conducono medici e pazienti a nuove concezioni; nel 1900 si diffondono diversi documenti:

Alfred Ploetz (*Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen*, 1895 – N.d.t.: *L'abilità della nostra razza e la tutela dei deboli* -), Alexander Tille (*Volksdienst. Von einem Socialaristokraten*, 1893 – N.d.t.: *Servizio popolare. Di un socialaristocratico*), Wilhelm Schallmayer (*Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker*, 1903 – N.d.t.: *Ereditarietà e selezione nei popoli*), Adolf Jost (*Das Recht auf den Tod. Sociale Studie*, Göttingen 1895 ; *Il diritto alla morte. Studi sociali*), Elisabeth Rupp (*Das Recht auf den Tod*, Stuttgart 1913 – N.d.t.: *Il diritto alla morte*) così come Karl Binding e Alfred Hoche (*Von der Freigabe zur Vernichtung lebensunwerten Lebens*, 1920, *Dalla liberalizzazione allo sterminio della vita non degna di essere vissuta*).

Con il nazionalsocialismo il significato di eutanasia degenera nella definizione di uccisione criminale di malati e sofferenti da parte di medici ed infermiere.

Negli anni 1940-41 si pratica ufficialmente l'eutanasia attiva, senza alcuna base giuridica, riferendosi unicamente ad un questionario privato di Hitler redatto alla fine di ottobre e ad un ordine retrodatato al 1.9.1939:

"Il comandante del Reich Bouhler e il Dottor Brandt sono incaricati di ampliare le competenze di medici da designarsi affinché ai malati inguaribili, secondo quanto si può umanamente prevedere nel caso della valutazione più critica delle loro condizioni, possa essere concessa una morte dolce". In seguito alle pressioni della chiesa cattolica e protestante, il 24 agosto 1941 si interrompono ufficialmente le pratiche di soppressione di cui furono vittima oltre 70.000 persone.

Ufficiosamente queste uccisioni (“eutanasia selvaggia”) continuano fino alla fine della guerra. **Durante il processo di Norimberga (1946/47)** vengono chiamati davanti al tribunale e condannati i responsabili di questa forma illegale e amorale dell’eutanasia attiva perpetrata senza informazione, consenso o addirittura contro la volontà dell’interessato. Differenti furono gli sviluppi storici in termini di valutazione e applicazione. Questa esperienza di pratiche eutanasiche criminali come l’uccisione di malati, disabili e moribondi senza il loro consenso o contro la loro volontà rimane un grave onere e un monito per il futuro, una soppressione che ingiustamente viene chiamata con questo nome.

La parola eutanasia ha assunto con il passare del tempo significati diversi. Si è passati dal significato di "dolce morte" (fino al '700) a quello di "azione che provoca una morte dolce" ('800) a quello attuale di "uccisione intenzionale attuata con metodi indolori per pietà"

Secondo la definizione data dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nella Relazione al Presidente del Consiglio (14/7/1995), l'eutanasia consiste nell'uccisione "diretta e volontaria di un paziente terminale in condizioni di grave sofferenza e su sua richiesta"; in altri termini essa consiste nel mettere in atto, intenzionalmente e volontariamente, azioni o omissioni che causano direttamente la morte di un paziente che si trovi nello stadio terminale della malattia di cui è affetto e che abbia chiesto o chieda di morire

Le posizioni bioetiche

Bioetica *cattolica* della sacralità della vita

(Sacralità della vita, la vita è un dono, Inviolabilità della vita, Richiamo alla legge naturale, Contrarietà a tutto ciò che turba la legge naturale; Indisponibilità del proprio corpo)

Bioetica *laica* della qualità della vita

(Qualità della vita, principio di Autodeterminazione , Disponibilità del proprio corpo)

La posizione della Chiesa cattolica

- “....nessuno può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può consentire esplicitamente o implicitamente. Si tratta infatti di una violazione della legge divina, di una offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l’umanità”

La vita è nostra, non è affatto un dono di Dio, parola di atea. Siamo noi i padroni del nostro destino, delle nostre scelte, anche di quella, indubbiamente complessa e difficile, di decidere quando morire.

Margherita HACK

Ho visto troppe morti terribili, che se avessi potuto, avrei dato io il colpo decisivo per impedire una ulteriore sofferenza (...) Ricordo ancora mia moglie, quando era alla fine, che mi supplicava con gli occhi di esaudire il suo desiderio di "staccare la spina", come si dice, appunto, e non potei farlo; ma da allora ho giurato a me stesso che, se mi capiterà l'occasione, lo farò.

Indro MONTANELLI

Io ho una gran paura della sofferenza. Per questo dico: meglio che provveda un medico, meglio morire con un po' d'anticipo se quello che ci resta da vivere è solo un martirio.

Paolo VILLAGGIO

A proposito di eutanasi e libertà, F. D' Agostino ha detto : “Praticare l' eutanasia non è rendere omaggio alla libertà di una persona che chiede di essere aiutata a morire, ma sanzionare quello stato di abbandono morale e sociale che si avrebbe il dovere – sia da parte delle istituzioni che da parte degli individui di buona volontà – di combattere strenuamente.”

Eutanasia

La solidarietà

l'autonomia

la dignità umana

depongono sia a favore che contro l'eutanasia

Eutanasia: le legalizzazioni in Europa

■ Legale

▨ Vietata, ma è autorizzata l'assistenza medica al suicidio

■ Vietata ma è autorizzata una forma di aiuto alla morte (Eutanasia Passiva)

▨ Vietate eutanasia e assistenza al suicidio ma in alcuni casi particolari si autorizza la fine di una parte di cure particolarmente pesanti per il paziente

■ Divieto totale



LEGGE BELGA (LEGGE N. 1488/001 IN VIGORE DAL 23/9/2002).

Nella Legge Belga, l' eutanasia è definita "un atto, ad opera di una terza persona, avente lo scopo di porre fine alla vita di una persona che ha richiesto questo atto". Solo un medico può praticare l' eutanasia. Il medico non commette delitto, se è certo che:

la richiesta è formulata da **un paziente adulto o minore emancipato**, il paziente ha la **piena capacità legale ed è cosciente**, la richiesta è **volontaria, ben considerata e ripetuta**, il paziente è affetto da dolore intollerabile e costante, fisico o psichico, o sofferente per una malattia o un incidente, la persona non può essere curata.

Inoltre il paziente deve essere informato sul suo stato di salute e sulla sua aspettativa di vita. Il

Il medico deve essere certo che non ci siano **altre ragionevoli soluzioni** e che la richiesta del paziente sia basata sulla sua volontà.

Il medico deve essere certo della grave sofferenza fisica e psichica del paziente.

Un altro medico deve essere consultato sulla **inguaribilità della malattia** ed il paziente deve essere informato sull' esito del consulto. La richiesta deve essere discussa anche con gli infermieri e con i parenti del malato se questi lo richiedono. Se il paziente non muore entro un dato tempo, il medico deve consultare un altro medico specialista della malattia o uno psichiatra.

Il Rapporto Eurispes 2013 offre indicazioni sulla posizione degli italiani su questioni etiche particolarmente sensibili quali quelle collegate al fine vita. A questo proposito si registra che, **tra il 2012 e il 2013 aumenta il numero di quanti si dichiarano favorevoli all'eutanasia (dal 50,1% al 64,6%)** Per quanto riguarda il suicidio assistito – che determina la fine della vita con l'intervento di un medico anche in assenza di malattie – è contrario il **63,8%** degli italiani (lo scorso anno era convinto di questo il **71,6%**), ma ottiene comunque il favore del **36,2%** (contro il **25,3%** del 2012). Il testamento biologico registra un aumento di consensi oltre dieci punti percentuali passando dal **65,8%** del 2012 al **77,3%** del 2013.

Nei paesi bassi l'eutanasia è stata introdotta nel 2002 ed è applicabile ai minorenni con più di 16 anni, ritenuti capaci di valutare le proprie necessità previo consenso dei genitori (art2.3). La possibilità di ricevere l'eutanasia è stata estesa nel 2014 a bambini con meno di 3 anni, previo consenso di 3 esperti e di medico indipendente. In tutti i casi la richiesta deve essere spontanea e ben ponderata e le sofferenze devono essere intollerabili in assenza di possibilità di miglioramento.

I genitori devono fare richiesta al medico curante, il quale sottopone il caso al Dipartimento di controllo federale e valutazione dell'eutanasia, responsabile di dare il consenso a procedere dopo aver esaminato lo stato mentale del paziente

Eutanasia

definizioni

Eutanasia attiva diretta: quando il decesso è provocato tramite la somministrazione di farmaci che inducono la morte (sostanze tossiche)

Eutanasia passiva quando è provocata dall'interruzione o dall'omissione di un trattamento medico necessario alla sopravvivenza dell'individuo (nutrizione artificiale)

Eutanasia volontaria quando segue la richiesta esplicita del soggetto espressa in grado di intendere e di volere oppure mediante il cosiddetto testamento biologico

Eutanasia attiva indiretta quando l'impiego di mezzi per alleviare le sofferenze per esempio l'uso di **morfina** causa, come effetto secondario la diminuzione dei tempi di vita

Eutanasia non volontaria nei casi in cui non sia il soggetto stesso ad esprimere tale volontà ma un soggetto terzo designato (eutanasia infantile o disabilità mentale)

Eutanasia involontaria quando è praticata contro la volontà del paziente

Eutanasia

dibattito attuale

Occorre distinguere tra

Eutanasia attiva nella quale il medico cagiona la morte del paziente, da una **eutanasia passiva** in cui il sanitario si astiene da una terapia indispensabile alla sopravvivenza dell'assistito.....anche se l'eutanasia è sempre in un certo senso passiva per chi la riceve (il malato) e sempre attiva da parte di chi la provoca sia con un'azione sia con un'omissione

EUTANASIA

ASPETTI GIURIDICI

In Italia le pratiche di eutanasia e l'aiuto al suicidio sono per l'ordinamento giuridico **illegittime** e si collocano nei reati contro la persona.

L'eutanasia senza il consenso si qualifica come **omicidio volontario (art 575-577 cp)**, mentre l'eutanasia con il consenso del paziente rientra nella disciplina **dell'art 579 c.p (omicidio del consenziente)** e l'aiuto al suicidio è **previsto pure esso come reato (art 580 c.p)**

EUTANASIA

ASPETTI GIURIDICI

**Omicidio del consenziente art
579 c.p**

**Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui,
è punito con la reclusione dai sei a 15 anni**

**Si applicano le disposizione dell'omicidio volontario se il
fatto è commesso contro una persona minore degli anni
18, contro una persona inferma di mente, o che si trova in
condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o
per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti**

**Oppure contro una persona il cui consenso sia stato dal
colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione
ovvero carpito con inganno**

EUTANASIA ASPETTI GIURIDICI

Istigazione o aiuto al suicidio art 580 c.p

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 5 a 12 anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a 5 anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.

L'intervento di terzi nel suicidio

- L'istigazione
- Il rafforzamento del proposito
- L'aiuto al suicidio tramite "l'agevolazione"

Consigli, esortazioni, convincimenti, suggestioni, promessa di assistenza ai familiari ecc.

Il ruolo dei terzi: fornire i mezzi per il suicidio (pistola, veleno ecc); dare istruzioni sul mezzo più idoneo al suicidio; rimuovere ostacoli o difficoltà; impedire il soccorso ecc.

L'agevolazione richiede che nel soggetto preesista la volontà suicidaria e che il suicida sia l'esecutore del proprio suicidio.

EUTANASIA

ASPETTI DEONTOLOGICI

ART 38 CODICE DEONTOLOGICO 2009

L'Infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito

ART 36 CODICE DEONTOLOGICO 2009

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita

QUESITI ETICI

Un prolungamento della vita in termini temporali risulta possibile anche quando c'è la perdita delle funzioni vitali importanti, ma la si può considerare vita vera o solo una vita superficiale, quindi poco umana o poco degna di essere vissuta?

La vita ha un valore in sé in e in quanto tale necessità della massima tutela e garanzia, la persona che possiede quella vita è pur sempre fonte di diritto, che devono essergli riconosciuti

QUESITI ETICI

Quando la persona perde autonomia e consapevolezza di sé e della sua vita, la sua vita può essere interrotta perché vita biologica e dipendente dalle tecnologie?

I Trattamenti di sostegno vitale possono continuare ad essere effettuati anche quando la persona ne richiede l'interruzione? Se il paziente chiede la sospensione di un trattamento?

la sua richiesta non può essere comunque accolta dal medico nel caso in cui dalla suddetta sospensione consegua in breve tempo la morte.

Risposte a quesiti della Conferenza episcopale statunitense circa
l'alimentazione e l'idratazione artificiali

Congregazione per la dottrina e la fede

1° agosto 2007

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.

ES: LO STATO DI ELUANA

«Il suo cervello pur avendo perso gran parte delle funzioni mantiene vitalità tale da rendere possibili la respirazione autonoma, l'attività circolatoria, quella metabolica e un controllo delle cosiddette funzioni vegetative (temperatura corporea, pressione arteriosa, diuresi)».

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

Drammatica udienza dopo la mossa della Casa Bianca. I genitori della Schiavo: "Fatela vivere"
Bush firma la legge per salvare Terri
Ora tocca al giudice federale dire sì alla ripresa delle terapie



Manifestazione per Terri Schiavo FLORES D'ARCAIS ALLE PAGINE 8 e 9

IL CASO TERRI SCHIAVO

LA REPUBBLICA

STACCARE IL TUBO
Il giudice federale si prepara a pronunciare il verdetto sul caso Schiavo. Il marito si oppone alla ripresa delle terapie

IL CONGRESSO
L'assemblea di Bush si prepara a votare una legge che impedisca al giudice di staccare il tubo

LA FIRMA DI BUSH
Il presidente ha firmato una legge che impedisce al giudice di staccare il tubo

LE STAPPE
In Florida si attende il nuovo verdetto sul caso della donna in coma cui è stato staccato il tubo di alimentazione

Terri, l'ultimo giudizio

l'America divisa in due

La famiglia contro il marito davanti al magistrato

CONFUSIONE DI ALCUNI TERMINI

COMA

E' una condizione clinica che deriva da un'alterazione del regolare funzionamento del cervello. **Lo stato di coscienza è compromesso.** Anche nei casi più gravi di coma le **cellule cerebrali sono vive** ed emettono un segnale elettrico che viene rilevato dall'elettroencefalogramma e altre metodiche. Esistono diversi stadi di coma, un processo dinamico che può regredire o progredire, e che dalla fase acuta può prolungarsi

MORTE CEREBRALE – Le cellule cerebrali sono morte, non mandano segnale elettrico e l'elettroencefalogramma risulta piatto. Nella morte cerebrale il paziente perde in modo irreversibile la capacità di respirare e tutte le funzioni cerebrali, quindi non ha controllo delle funzioni vegetative (temperatura corporea, pressione arteriosa, diuresi).. Questa condizione coincide con la morte della persona

STATO VEGETATIVO

Le cellule cerebrali sono vive e mandano segnali elettrici evidenziati dall'elettroencefalogramma. Il paziente può respirare in modo autonomo, mantiene vivacità circolatoria, respiratoria e metabolica. Lo stato vegetativo non è mai irreversibile.

Lo stato vegetativo

Lo stato vegetativo è caratterizzato da:

- Non evidenza di consapevolezza
- Presenza di vigilanza (la persona ha gli occhi aperti ed è vigile);
- Buona conservazione del ritmo sonno/veglia, con relativi tracciati dell' elettroencefalogramma conservati;
- Totale disautonomia per ogni necessità fisiologica;
- Variabile conservazione della funzionalità dei nervi cranici e dei riflessi spinali

Piergiorgio Welby



Il “caso” Welby Con una conferenza stampa alla Camera, i Rappresentati del Partito Radicale e dell’ Associazione Luca Coscioni hanno annunciato la mattina del 21 dicembre 2006 che, nella notte precedente, Pier Giorgio Welby era morto. Un medico anestesista dopo averlo sedato, ho staccato la macchina che da 9 anni gli permetteva di respirare. Così è terminata, nel peggiore dei modi, la vicenda umana di un uomo di 61 anni malato di distrofia muscolare progressiva tenuto in vita con ventilazione assistita tramite tracheotomia.

-”dalla mia prigionia infame, da questo corpo che - per etica si intende - mi sequestrano...”



Le persone in "stato vegetativo" hanno spesso un **livello di coscienza e percezione dell'ambiente esterno anche se "non comunicabile"** e, inoltre, in quanto è **possibile uscire da questo stato** e tornare a comunicare e relazionarsi anche se con vari livelli di disabilità.

LO STATO VEGETATIVO È UNA CONDIZIONE IRREVERSIBILE/PERMANENTE?

Grazie alle moderne tecnologie di neuroimaging (risonanza magnetica funzionale, PET, SPECT) e di elettroencefalografia con stimolazione magnetica transcranica **si è accertato che una forma di percezione cosciente è presente e conservata nella persona in stato vegetativo.**

Fino ad una decina di anni fa, la totalità del mondo scientifico pensava di sì. Poi hanno iniziato ad arrivare segnalazioni documentate di **“risvegli” anche dopo numerosi anni** in stato vegetativo e, ad oggi, sono circa una trentina i casi – ripeto, documentati – al mondo di forme di recupero variabile dopo anni. **Oggi si parla di Stato Vegetativo Persistente E NON PIU PERMANENTE o di Disturbo Prolungato di Coscienza.**

Lo stato vegetativo è una gravissima forma di disabilità, con altissima probabilità di stazionarietà senza, però, che questo significhi certezza di irreversibilità scientifica. Vale la pena di ricordare che, in ambito medico, l'unica condizione universalmente considerata irreversibile, è la **“morte cerebrale”**, intendendo con essa la condizione di “cessazione totale ed irreversibile delle funzioni cerebrali (cervello, cervelletto e tronco encefalico)”, che vengono accertate attraverso un preciso protocollo stabilito per legge (legge 578/93 e DM 582/94).

STATO VEGETATIVO: ECCO ALCUNI CASI DI RISVEGLIO



STATO VEGETATIVO: ECCO ALCUNI CASI DI RISVEGLIO

Salvatore Crisafulli

«Non ero cosciente, ma capivo tutto»

Trentottenne catanese rimasto in stato vegetativo per poco più due anni, dopo che il suo motorino si era scontrato con un furgone mentre andava al lavoro - si è risvegliato. «I medici dicevano che non ero cosciente, ma io capivo tutto - dice Crisafulli - e piangevo perchè non riuscivo a farmi capire». Dell'incidente l'uomo non ricorda nulla, ma di tutto quello che accadde dopo quel maledetto 11 settembre 2003 sì. «Sentivo mio fratello che diceva che secondo lui invece capivo tutto - racconta Crisafulli - e lo sentivo urlare perchè non gli credevano. Ma io non potevo parlare, non potevo muovermi, non potevo far nulla per fargli capire che c'ero, che li sentivo. Così piangevo».

STATO VEGETATIVO: ECCO ALCUNI CASI DI RISVEGLIO

Rom

Houben

Per 23 anni pensavano fosse in stato vegetativo

Lottatore sportivo e studente di ingegneria, il belga Rom Houben era caduto nel presunto stato vegetativo dopo un incidente in macchina nel 1983. Per i medici era in coma. L'uomo, tuttavia, era quasi completamente cosciente. Per i dottori e gli infermieri della struttura della cittadina belga di Zolder, in Belgio, il paziente era stato classificato come un caso senza speranza, la sua coscienza era data per spenta. "Stato vegetativo persistente" è la diagnosi che ha accompagnato la sua scheda personale, almeno sino a che i ricercatori dell'università di Liegi hanno trovato una via per capire che il cervello era ancora in attività: Houben, in verità, in tutti questi anni era «paralizzato». Imprigionato in un corpo che non riusciva più a muovere. Le immagini di un esame hanno rivelato che il suo cervello era rimasto quasi completamente funzionale. Adesso il paziente può comunicare con l'aiuto di un computer dotato di una speciale tastiera. «Ho urlato, ma non si sentiva nulla». «Mai dimenticherò il giorno in cui hanno scoperto che non ero incosciente: è stata la mia seconda nascita»

STATO VEGETATIVO: ECCO ALCUNI CASI DI RISVEGLIO

Massimiliano

Tresoldi

Si fa il segno della croce da solo

Nel 1991 si è schiantato con l'auto ed è entrato in stato vegetativo. I medici sconsigliavano di curarlo, definendolo un "tronco morto". Per quasi 10 anni la madre lo ha nutrito pazientemente, lo ha fatto viaggiare, ogni sera gli ha preso il braccio e fatto fare il segno della croce. Finché il giorno di Natale del 2000, stanca, ha avuto un momento di sconforto, come lei stessa racconta: "Mi sono sfogata. Gli ho proprio detto: 'Adesso basta, questa sera non ce la faccio. Se vuoi farti il segno della croce, te lo fai da solo!' Era una frase buttata lì, rivolta più a me stessa che a lui. Ma improvvisamente Massimiliano ha alzato la mano, si è fatto il segno della croce e mi ha abbracciato. Stentavo a crederci, si era risvegliato". Massimiliano ha fatto capire che durante la malattia sentiva quello che veniva detto intorno a lui. Da lì è iniziata [una lunga riabilitazione](#), con una logopedista che oggi gli sta reinsegnando a scrivere e parlare. A 36 anni non può ancora parlare, ma comunica attraverso l'alfabeto dei segni e la scrittura.

EUTANASIA TRA ACCORCIAMENTO DELLA VITA E ASSISTENZA ALLA MORTE

linea di confine



L'eutanasia tra accorciamento della vita e assistenza alla morte, tocca profondamente l'immagine che l'uomo ha di sé e del mondo, il concetto di malattia e morte, di libertà e dipendenza, di natura, società e cultura. L'eutanasia, a seguito del progresso tecnico-scientifico, dei mutamenti demografici con l'aumento di anziani e disabili e l'esplosione dei costi della sanità, costituisce una sfida per la medicina e la società, per medici, personale sanitario e per il malato, una sfida quindi per l'intera collettività. Una sfida che perde sempre di più di vista un elemento: la sacralità della vita e la dignità dell'essere umano

QUEL CONFINE TRA EUTANASIA E ACCANIMENTO

Ha senso prolungare la vita di un uomo con mezzi tecnologici straordinari se la vita è tormentata dalla vita, dalle sofferenze, se è senza speranza, se cioè è una vita biologica, vegetativa, senza possibilità di comunicare col prossimo, senza cioè che il soggetto abbia mai la capacità di gioire e soffrire?

**“IL MEDICO E L’INFERMIERE DIFENDONO SEMPRE LA VITA
DELL’UOMO FINO ALLA FINE”**

Un intervento medico è sempre giustificato quando **il rischio prevedibile è inferiore al beneficio presumibile;** questo prendendo in considerazione tutti gli aspetti relativi alla persona malata, quindi non solo quelli medici. Basandosi su questo principio, in certi malati saranno possibili terapie estremamente pesanti, debilitanti e che peggiorano apparentemente la qualità di vita, perché esiste una ragionevole probabilità, basata su conoscenze di fatto, che l'intervento possa permettere alla persona una dignitosa continuazione della vita. Quello stesso intervento può non essere possibile in altri malati apparentemente identici, ma in condizioni soggettive od oggettive differenti.



La salute nella Costituzione

art. 32

La Repubblica riconosce la salute come diritto dell'individuo e interesse della collettività. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge.

Nessun trattamento sanitario può essere somministrato senza il consenso della persona e questo risulta imperativo dell'etica, della deontologia medica , della giurisprudenza e delle deontologia infermieristica

I casi di Terry Schiavo (2005), Pier Giorgio Welby (2006) ed Eluana Englaro (2009) hanno lasciato un grande interrogativo:

si trattava di accanimento terapeutico e, quindi, di impedimento alla natura di fare il suo corso o di eutanasia e, quindi, di arbitraria interruzione di esistenze umane?

Definizioni di accanimento

Con "accanimento terapeutico" si deve intendere 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.

Accanimento diagnostico-terapeutico

art. 14 cdm

- Il medico deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possa fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità della vita.

Codice deontologico Ipasvi

art. 4.15

L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

Assistenza al malato inguaribile

art. 37 cdm

- 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.

Assistenza al malato inguaribile

art. 37 cdm

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

Il sostegno vitale dovrà essere mantenuto sino a quando non sia accertata la perdita irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo.

IL RIFIUTO DELLA MORTE

Non è raro trovare medici che ritengono che la morte dei propri pazienti sia espressione di un insuccesso terapeutico.

Questa condizione determina coscientemente un comportamento finalizzato a ritardare con tutti i mezzi possibili il momento del decesso. Oggi si assiste ad una eccessiva medicalizzazione delle fasi terminali della vita. Il morente viene quasi sempre ospedalizzato, abbandonato dal suo ambiente e dai suoi affetti familiari. Il motivo è quello di favorire le cure atte a salvare la vita, il motivo reale è quello di evitare di rimanere coinvolti in un momento così doloroso. Il rifiuto alla morte può indurre all'accanimento terapeutico, così come il rifiuto della sofferenza può favorire una scelta di eutanasia

Il malato terminale

L'accanimento terapeutico quale espressione di una errata prassi medica deve essere sempre rifiutato. È facile confondere l'accanimento terapeutico con l'insistenza terapeutica. **L'insistenza terapeutica è il prolungamento delle terapie e/o delle cure di sostegno vitale, anche per lungo tempo, a fronte di situazioni cliniche con prognosi non sicuramente prevedibile (SLA,) con prognosi di sopravvivenza può variare da qualche mese a molti anni, con condizioni di disabilità molto variabili da caso a caso.** Il rischio è di favorire l'abbandono terapeutico o una vera e propria scelta di eutanasia. Si ritiene terminale un paziente quando è possibile emettere una prognosi infausta a breve termine, cioè quando è possibile prevedere l'exitus entro poco tempo

“Sostenere le funzioni vitali del paziente in condizioni terminali può configurare un atteggiamento di accanimento terapeutico? Non farlo può essere ritenuto abbandono terapeutico o una scelta di eutanasia passiva”?

Quindi accanimento terapeutico

Ci sono dei criteri oggettivi per cui definire accanimento terapeutico:

Documentata inefficacia: inutilità della terapia

Gravosità del trattamento: può sfociare in violenza terapeutica

Eccezionalità dei mezzi terapeutici: non deve essere sproporzionati agli obiettivi

Alla base dell'accanimento terapeutico 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 Comitato Nazionale di Bioetica, nella Relazione al Presidente del Consiglio sottolinea l'alto valore bioetico delle **cure palliative** osservando che: "Queste, infatti, **trovano la loro sostanza non nella pretesa illusoria di poter strappare un paziente alla morte, ma nella ferma intenzione di non lasciarlo solo, di aiutarlo quindi a vivere questa sua ultima radicale esperienza nel modo più umano possibile, sia dal punto di vista fisico sia da un punto di vista spirituale**. Volte primariamente ad alleviare il dolore in generale, e in particolare quello dei malati terminali, le cure palliative hanno allargato e continuano ad allargare il loro orizzonte e il loro ambito di azione e si presentano nel nostro tempo come uno dei campi in cui la moderna medicina manifesta la sua vocazione profonda di cura, in senso globale, quindi non solo fisico, ma anche psicologico ed esistenziale, dei sofferenti.

CURE PALLIATIVE E SEDAZIONE TERMINALE: DOV'È IL LIMITE?

Le cure palliative sono state definite dall'OMS nel 1990, su proposta dell'Associazione Europea di Cure Palliative, come la “cura totale attiva dei pazienti la cui malattia non risponde a trattamento curativo”

Nella sua dichiarazione, l'OMS sottolineava che le cure palliative non dovevano limitarsi agli ultimi giorni di vita, ma applicarsi progressivamente man mano che avanza la malattia e in funzione delle necessità dei pazienti e dei loro familiari.

In sintesi le cure palliative per ammalati di male incurabile sono cure:

- multidisciplinari (del malato si prende cura non solo il medico, ma anche l' infermiere, lo psicologo, il ministro del culto, la famiglia, volontari preparati)
- che non prolungano la vita, ma ne migliorano globalmente la qualità

Cos'è la sedazione terminale?

Secondo la guida di pratica clinica sulle cure palliative del Sistema Sanitario Nazionale, l'obiettivo della sedazione terminale è l'alleviamento della sofferenza del malato mediante una riduzione proporzionata del livello di coscienza. Si ottiene mediante la somministrazione di farmaci nelle dosi e nelle combinazioni specifiche per ogni caso.

La sedazione terminale è un caso particolare di sedazione palliativa. Ci sono autori che preferiscono definire la sedazione terminale “sedazione nell'agonia”, per evitare che la definizione possa portare a confusione nel senso di interpretare che sia la sedazione a portare alla morte del paziente.

VALUTAZIONE BIOETICA

Le cure palliative, per come descritte, costituiscono un trattamento adeguato, moralmente lecito e che quindi deve essere applicato a ogni paziente con una malattia che non risponde alle cure.

In primo luogo bisogna definire nel modo più preciso possibile quando ci troviamo di fronte a una situazione terminale, ovvero prevedibilmente irreversibile e con una morte ormai prossima.

In secondo luogo, va definito il grado di sedazione da applicare in ogni caso; la sedazione profonda – prevedibilmente irreversibile – deve limitarsi ai casi in cui i sintomi refrattari siano di un'intensità sufficiente e non esista alternativa terapeutica.

In terzo luogo, deve raccogliersi in ogni caso il consenso informato del paziente, se questi è nelle condizioni di fornirlo, o dei familiari più prossimi, non dovendo essere applicata in assenza di questo consenso, come indicato nella Legge Generale sulla Sanità all'articolo 10

In quarto luogo, l'applicazione della sedazione non deve essere intenzionalmente volta a provocare la morte del paziente o a precipitarla, ma unicamente ad alleviare la sua sofferenza.

Dichiarazione anticipate di trattamento

Con tale locuzione si fa riferimento all'espressione di volontà, mediante un documento scritto, da parte di un soggetto, fornita in condizioni di lucidità mentale, con il quale vengono dettate indicazioni anticipate di trattamento circa

le terapie che intende o non intende seguire nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità ad esercitare il proprio diritto ad acconsentire o meno alle cure proposte per malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti,

malattie che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione.

Dichiarazione anticipate di trattamento

STATI UNITI

La normativa degli Stati Uniti riguardo le direttive anticipate nasce dalla discussione suscitata nell'opinione pubblica da due casi clinici in particolare. Il primo, quello di Karen Anne Quinlan, risale agli anni '70, quando i genitori della donna, che si trovava in stato vegetativo permanente dopo un incidente stradale, chiedono ed ottengono la **sospensione della ventilazione forzata**; dal dibattito sulla vicenda origina il Natural Death Act, il quale, in virtù del diritto alla privacy (cioè del fatto che lo Stato non può commettere ingerenze nelle scelte che riguardino l'esistenza), consente anche il rifiuto dei trattamenti salvavita nei maggiorenni.

L'altra legge fondamentale trae spunto da una storia drammatica, molto simile a quella di Eluana Englaro; anche in questo caso sono i genitori di una donna, Nancy Cruzan, a chiedere **la sospensione di alimentazione ed idratazione artificiali nel rispetto di volontà espresse dalla figlia** precedentemente all'instaurarsi della condizione di stato vegetativo persistente. Le direttive vengono rispettate con una motivazione diversa rispetto alla situazione descritta prima, e cioè in nome del diritto fondamentale di cura sancito dalla Costituzione

Dichiarazione anticipate di trattamento

EUROPA Il documento più significativo in ambito europeo è la **Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (o Convenzione di Oviedo) del 1997**, che si pone come obiettivo la "protezione della dignità" e la "difesa dell'integrità umana"; redatto tra il 1992 e il 1996 dal Comitato direttivo per la bioetica del Consiglio d'Europa, è stato poi recepito dall'Italia con la Legge del 28 marzo, n.145. In particolare l'articolo 9 accoglie sia il diritto di autodeterminazione del malato che il principio di autonomia del medico, e sostiene quindi la pari dignità del medico e del paziente, che si muovono nell'ambito di una relazione di alleanza terapeutica. L'introduzione delle DAT inizia a partire dai primi anni '90; in alcune nazioni, come la Danimarca e la Spagna, esse devono essere obbligatoriamente rispettate dal medico, mentre in Francia né le direttive né la nomina del fiduciario sono vincolanti.

Dichiarazione anticipate di trattamento

Nel nostro Paese non esiste invece, al momento, una normativa sulle DAT. Lo scalpore suscitato dalla vicenda di Eluana Englaro ha portato, nel 2009, alla stesura del disegno di legge, non ancora convertito in legge “Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento” che consente, nell’ambito di quanto è previsto dalla legge, di poter esprimere i desideri in relazione ai trattamenti sanitari da praticare o meno in condizioni di perdita della capacità di intendere e volere. Esso consente anche la nomina di un fiduciario autorizzato per legge a fare le veci del paziente nell’interazione con i sanitari al fine di tutelare gli interessi del soggetto che rappresenta. Nelle DAT, secondo il disegno di legge, non possono essere date disposizioni riguardo la sospensione di nutrizione ed idratazione artificiali. Le dichiarazioni anticipate, inoltre, non sono vincolanti per il medico, che pure deve riconoscere e tenere conto delle volontà precedentemente espresse dal soggetto

La posizione di garanzia del sanitario rimane valida se la persona non ha espresso in precedenza il proprio rifiuto a trattamenti necessari nella attualità o quando “espressi verbis o per facta concludentia” ha revocato la propria volontà di rifiuto. Il dovere di astensione del medico discende da una norma Costituzionale.

La posizione di garanzia non può porsi in conflitto con il principio di autodeterminazione della persona che, rispettando i limiti dell'ordinamento, ha espresso la sua specifica volontà

Dichiarazione anticipate di
trattamento e testamento
biologico
- differenze-

Le differenze tra le D.A.T. e il testamento biologico si esprimono sia sul piano soggettivo, sia sul piano oggettivo: mentre le D.A.T. possono contenere indicazioni di volontà per qualsiasi trattamento sanitario — da un intervento di chirurgia estetica ad una procedura di sostegno vitale — il testamento biologico, ha un contenuto più ristretto riportando, normalmente, disposizioni relative unicamente alle procedure di sostegno vitale e agli altri trattamenti in grado di consentire un prolungamento artificiale della vita. A ciò si aggiunga che in esso, proprio per la sua natura "testamentaria", è in genere esplicitata la volontà del soggetto su questioni attinenti al fine vita

Dichiarazione anticipate di trattamento

Il desiderio — tendenzialmente comune ad ogni soggetto — di essere padrone unico della propria esistenza fino alla sua conclusione nasce, dunque, dalla difficoltà, di riconoscere il limite come condizione propria dell'esistenza umana

Dichiarazione anticipate di trattamento

Sono lo strumento che potrebbe allargare i confini dell'autonomia personale riconoscendo il diritto della persona di esprimere la propria volontà anche quando si trovava in uno stato di incoscienza. Tale strumento consente alla persona di essere protagonista del proprio percorso di cura, diritto che avrebbe manifestato attraverso il consenso informato se fosse stata cosciente e in grado di scegliere tra le possibilità di trattamento proposte dal medico

Dichiarazione anticipate di trattamento

Il 24 ottobre 2008 è stato approvato dal Comitato nazionale di bioetica il parere su "Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico". Il parere affronta la questione del rifiuto (richiesta di non inizio) e della rinuncia (richiesta di sospensione) di trattamenti sanitari salva-vita da parte di un paziente cosciente e capace di intendere e di volere, adeguatamente informato sulle terapie e in grado di manifestare contestualmente la propria volontà. In questa situazione viene differenziata la condizione del paziente autonomo, ossia in grado di sottrarsi a terapie indesiderate senza coinvolgere il medico o l'equipe medica, e quella del paziente in stato di dipendenza, che di contro ha bisogno del loro intervento

Affidabilità delle dichiarazioni anticipate

- Devono essere redatte in un momento anteriore a quello in cui devono attuarsi
- Devono essere vincolanti o orientative?

Affidabilità delle dichiarazioni anticipate

Disegno di legge: a che punto siamo?

Il 26 Marzo viene approvata dal Senato della Repubblica la proposta di Legge n2350

Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento. Elaborare una legge con oggetto Dichiarazioni anticipate di trattamento risulta una necessità per il rispetto della volontà e della libertà del malato e per il pieno rispetto di libertà e volontà di medici e infermieri.

La convenzione di Oviedo

Legge 145/2001

Art. 9

Volontà precedentemente espresse

Saranno prese in considerazione le volontà precedentemente espresse nei confronti dell'intervento medico da parte del paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la propria volontà.

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Le dichiarazioni anticipate di trattamento non hanno un carattere obbligatorio né vincolante. Devono essere sottoscritte da un medico abilitato e conservate da un notaio a titolo gratuito. A meno che il soggetto non sia divenuto incapace, la dichiarazione ha una validità di cinque anni trascorsi i quali perdono di efficacia e devono essere rinnovate .

Possono essere revocate o modificate in qualsiasi momento anche in modo parziale dal soggetto interessato. Hanno l'importanza dal punto di vista clinico e vanno inserite nella cartella clinica; in condizioni di emergenza e di urgenza non possono essere applicate a meno che non sia possibile una immediata acquisizione

Dal 2009, numerosi Comuni e province italiane hanno istituito i cd. registri per la raccolta delle direttive anticipate.

➤ Alcuni Comuni/Province hanno previsto la redazione delle dichiarazioni anticipate davanti a un notaio lasciando all'ente locale il solo ruolo di custode degli estremi del documento;

➤ Altri enti locali, invece, hanno previsto la raccolta delle dichiarazioni redatte su modelli predisposti dagli enti stessi, con l'indicazione del luogo e dei soggetti presso cui sono state compilate, in particolare notai e/o medici di famiglia, i quali nella loro qualità, ne garantiscono la certezza della data di sottoscrizione e la fonte di provenienza

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il fiduciario nominato dall'interessato deve essere maggiorenne, capace di intendere e di volere e deve operare secondo le intenzioni legittimamente esplicitate dal soggetto, in modo da contribuire a realizzare le sue volontà. Il fiduciario si impegna al rispetto della volontà del dichiarante vigilando perché vengano somministrate le migliori terapie palliative, evitando l'accanimento, forme di abbandono terapeutico o forme di eutanasia.

L'implementazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento

- a) Devono avere carattere pubblico, siano fornite di data, redatte in forma scritta e non orale, da soggetti maggiorenni, capaci di intendere e volere, informati, autonomi e non sottoposti ad alcuna pressione familiare, sociale e ambientale
- b) Possibilmente redatte con l'assistenza di un medico che deve controfirmarle
- c) Siano personalizzate (no a moduli prestampati), siano redatte con l'assistenza di un medico e non equivoche

Dichiarazioni anticipate di trattamento

La proposta di legge A.C. 1298 ART 3 disciplina la dichiarazione anticipata sui trattamenti sanitari, disponendo, in particolare, **che ogni persona maggiore di sedici anni può redigere una dichiarazione anticipata di volontà, valida e vincolante per i medici anche nel caso di perdita della capacità naturale, con la quale dà disposizioni per il proprio fine vita.** A tali fini, la persona può esprimere la volontà di rifiutare qualsiasi trattamento sanitario

La dichiarazione anticipata assume valore dopo che un collegio medico, formato da **neurologo, neurofisiologo, neuroradiologo, medico curante e medico specialista della patologia**, designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero, abbia effettuato la valutazione dello stato clinico e accertato che il soggetto non sia più in grado di prendere attualmente decisioni sul proprio percorso di cura. Tutte le decisioni devono essere prese consultando i familiari o un fiduciario, se `e stato nominato dall'interessato

Il suicidio assistito e l'omicidio su richiesta o per pietà, possono essere figli della cultura moderna una cultura per la quale non è importante essere, ma avere; per la quale non è importante vivere, ma vivere bene. **Come ha scritto il Cardinal Martini in occasione della VIII Giornata per la Vita del 2/2/1986, per questa cultura: "La Vita sarebbe apprezzabile nella misura in cui è connotata da benessere, cioè da quello stato fisico-psicologico di soddisfazione, procurato mediante oggetti e prestazioni messe a disposizione dal sistema economico, scientifico, sanitario"**

La dignità della persona umana non dipende dalle qualità che possiede o dalle capacità che manifesta di compiere azioni o compiti qualificanti.

La semplice esistenza in vita, senza ulteriori specificazioni, fonda la dignità inviolabile di ogni persona umana, ed impone il rispetto della sua esistenza. Anzi, il valore di civiltà di una società si misura proprio sul parametro di quanto sa prendersi cura delle persone più deboli e fragili (Massimo Gandolfini)

"la Vita è insieme il primo e l' ultimo valore"

"la Vita è un dono"

procurare la morte ad un vivente significa andare contro la sua stessa natura

"La linea di comportamento verso il malato grave e il morente dovrà ispirarsi al rispetto della vita e della dignità della persona; dovrà perseguire lo scopo di rendere disponibili le terapie proporzionate, pur senza indulgere in alcuna forma di "accanimento terapeutico", dovrà raccogliere **la volontà del paziente quando si tratta di terapie straordinarie o rischiose**, cui non si è moralmente obbligati ad accedere; dovrà assicurare le cure ordinarie (comprese la nutrizione e idratazione, anche se artificiali) e impegnarsi nelle cure palliative, soprattutto nella terapia del dolore, favorendo sempre il dialogo e l'informazione del paziente stesso

Nell' immediatezza di una morte che appare ormai inevitabile e imminente è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, poichè c' è grande differenza tra **"procurare la morte"** e **"permettere la morte"**: il primo atteggiamento rifiuta e nega la vita, il secondo accetta il naturale compimento di essa". La strada da percorrere è stata indicata da Giovanni Paolo II: "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.

CHI CHIEDE DI MORIRE FORSE È UNA PERSONA SOLA, ABBANDONATA DA TUTTI

Carta degli Operatori Sanitari: "L' ammalato che si sente circondato da presenza amorevole umana e cristiana non cade nella depressione e nell' angoscia di chi si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte e chiede di farla finita con la vita. E' per questo che l' eutanasia è una sconfitta di chi la teorizza, la decide, la pratica"

