SOCIETÀ E ISTITUZIONI

PARERE DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA SULLA PROPOSTA DI RISOLUZIONE SULL'ASSISTENZA AI PAZIENTI TERMINALI

Approvata dalla Commissione per la protezione dell'ambiente, sanità pubblica e tutela dei consumatori del Parlamento Europeo 30 aprile 1991

Comitato Nazionale per la Bioetica

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA

Simbolo della vita nella tradizione delle più diverse culture, è l'albero. In copertina particolare di un'espressione moderna del simbolo: l'*Albero orizzontale* di Piet Mondrian (1911).

SOMMARIO

Presentazione 5

Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica 7

Materiale del Parlamento Europeo 9

Proposta di risoluzione presentata dall'on. Van Hemeldonck (3 agosto 1989) 9

Documento di lavoro sull'assistenza ai pazienti terminali Relatore: on. Schwarztenberg (11 luglio 1990) 10

Progetto di relazione all'assistenza ai pazienti terminali Relatore: on. Schwarztenberg (7 febbraio 1991) 15

Emendamenti al progetto di relazione sulla assistenza ai pazienti terminali - Relatore: on. Schwarztenberg (17 aprile 1991) 22

Relazione sull'assistenza ai pazienti terminali Relatore: on. Schwarztenberg - Testo approvato - (30 aprile 1991) 35

Materiale di lavoro presentato da membri del Comitato Nazionale per la Bioetica 43

Considerazioni sulla proposta di risoluzione del Parlamento Europeo sull'assistenza ai pazienti terminali (A. Bompiani) 43

Criteri di valutazione giuridica della proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali presentata al Parlamento Europeo (F. D'Agostino) 51

Considerazioni sul «Progetto di relazione sull'assistenza ai pazienti terminali» presentato al Parlamento Europeo (C. Manni) 57

Osservazioni del centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore sulla proposta di risoluzione del Parlamento Europeo sull'assistenza ai pazienti terminali 58

PRESENTAZIONE

Il Comitato nazionale per la Bioetica si è riunito il 10 giugno 1991 per esprimere «Parere» sul testo approvato dalla Commissione ambiente e sanità del Parlamento Europeo il 30 aprile 1991, pubblicato come «Documento di seduta» (edizione in lingua italiana n. A3-0109/91) nella serie degli Atti e documenti di lavoro del Parlamento Europeo, con il titolo «Relazione della Commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori» sull'assistenza «ai malati terminali» (relatore on. Léon Schwarztenberg).

In questo fascicolo è pubblicato il «Parere» elaborato dal Comitato nazionale per la Bioetica su detto documento, «parere» peraltro già reso noto tempestivamente nella forma integrale.

Inoltre, vengono raccolti i vari documenti che — in sede di Parlamento Europeo — riguardano più da vicino il problema del trattamento dei «pazienti terminali», succedutisi dal 1989 al 30 aprile 1991 e preparatori della «Relazione».

Infine, sono allegati documenti di lavoro, presentati da alcuni Membri del Comitato nazionale per la Bioetica nella seduta del 10 giugno e riguardanti sia un esame del «Progetto di relazione» (documento del 7 febbraio 1991), che la «Relazione» approvata dalla predetta Commissione europea il 30 aprile 1991, con l'annessa «Proposta di risoluzione» (Doc. IT/RR108939).

Al momento della convocazione del Comitato, furono sottoposti infatti ai Membri del Comitato i documenti preparatori.

Il Comitato nazionale per la Bioetica ha considerato l'intera materia, ma si è espresso, ovviamente, sull'ultimo documento — contenente la Proposta di risoluzione emendata (Doc. IT/RR/108939, del 30 aprile 1991) — in quanto formalmente votato dalla Commissione ambiente e sanità e suscettibile di proseguire l'iter in sede di Parlamento Europeo.

Roma, 6 settembre 1991

Il Presidente
A. Bompiani

PARERE SULLA PROPOSTA DI RISOLUZIONE DEL PARLAMENTO EUROPEO AVENTE PER OGGETTO L'ASSISTENZA AI PAZIENTI TERMINALI

(Doc. A3-0109/91)

Il documento della Commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori del Parlamento Europeo si qualifica essenzialmente non per la parte, pur preponderante nel testo, in cui si auspica la promozione e il miglioramento dei metodi specifici per le «cure palliative», ma per il punto 8, che recita: «mancando qualsiasi terapia curativa e dopo il fallimento delle cure palliative correttamente impartite sul piano tanto psicologico quanto medico, ed ogni qualvolta un malato pienamente cosciente chieda in modo insistente e continuo che sia fatta cessare un'esistenza ormai priva per lui di qualsiasi dignità ed un collegio di medici costituito all'uopo constati l'impossibilità di dispensare nuove cure specifiche, detta richiesta deve essere soddisfatta senza che in tal modo sia pregiudicato il rispetto della vita umana». È del tutto evidente che, attraverso questa formulazione, sia sollecitata la legalizzazione della cosiddetta «eutanasia attiva».

Al proposito il Comitato nazionale per la Bioetica si riserva di dibattere in maniera più approfondita i temi emergenti dal documento, e soprattutto gli ulteriori diversi aspetti del problema della eutanasia (attiva e passiva).

Il Comitato nazionale per la Bioetica, premesso che:

– l'insieme eterogeneo delle tematiche affrontate nel documento ne rende disagevole una rigorosa analisi e valutazione unitaria, cosicché appare problematica l'individuazione delle ulteriori linee operative che la Proposta sottende;

– la questione più acuta sul piano etico, quella relativa alla eutanasia attiva, appare introdotta in modo frettoloso e quasi incidentale e priva di una argomentazione pertinente;

– il documento appare utile laddove porta all'attenzione della Comunità Europea l'ineludibile problema del miglioramento dell'assistenza ai pazienti definiti «terminali»;

– *ritiene* che vada condivisa ogni proposta che renda facilmente fruibile un alto standard di cure globali da prestare al malato terminale indipendentemente dalle forme in cui tale assistenza possa essere organizzata;

– *esprime* il timore che, ove tali cure fossero confinate in strutture chiuse, esclusivamente adibite a tale fine, esse, in un contesto socio-culturale come quello odierno, potrebbero generare atteggiamenti irrazionali e condizioni di isolamento, emarginazione e rifiuto;

– *approva* l'istanza, contenuta nel documento, di un coinvolgimento, oltre che dei familiari, anche delle associazioni di volontariato e di quanti possano portare un sostegno nell'assistenza a tali pazienti;

– *concorda* nel sostenere la necessità di una adeguata formazione del personale sanitario, che deve essere dotato anche di attitudini e competenze per prendersi cura dei malati in fase terminale;

– *ritiene* non adeguata e ambigua la definizione di morte suggerita dal documento nella parte in cui mostra di far riferimento alla sola morte corticale, per le ragioni addotte nel proprio Parere «Definizione e accertamento della morte nell'uomo» del 15 febbraio 1991, che identifica la morte dell'individuo con la morte cerebrale totale;

– *riconosce* l'importanza — nell'assistenza integrale portata al malato — anche delle cure palliative, intese come quelle volte al trattamento dei sintomi, al miglioramento della qualità della vita e in particolare al lenimento del dolore in malati inguaribili. Depreca altresì ogni indebito «accanimento terapeutico», la rinuncia al quale va tenuta distinta dall'eutanasia passiva;

– *insiste* sulla necessità di valorizzare costantemente il principio clinico della proporzionalità delle cure con il coinvolgimento, fin dove possibile, del paziente nelle decisioni che gli vengono prospettate;

– *non condivide* la Proposta nella parte in cui afferma che il medico «deve» soddisfare la domanda del paziente, che gli chiede di porre fine alla sua vita;

– *auspica* che in qualunque sede avvenga — ivi comprese quelle altamente qualificate del Parlamento Europeo — il dibattito sull'eutanasia si sviluppi non surrettiziamente ma in modo esplicito, nel pieno rispetto di tutte le opinioni al riguardo, ma anche con la dovuta attenzione alle problematiche morali, deontologiche e giuridiche che esso solleva e col dovuto approfondimento che una tematica così lacerante per la coscienza umana esige.

MATERIALE DEL PARLAMENTO EUROPEO

PROPOSTA DI RISOLUZIONE (Doc. B3-27/89)

presentata dall'on. Van Hemeldonck, a nome del Gruppo socialista a norma dell'articolo 63 del Regolamento sul diritto del paziente di prendere visione della propria cartella clinica

3 agosto 1989

Il Parlamento Europeo:

A) considerato che ogni paziente è responsabile di se stesso;

B) considerando che ciascuno ha diritto al rispetto della propria integrità fisica e psichica e all'autodeterminazione, e che tale diritto include quello di accettare o rifiutare un trattamento medico;

C) considerando che sia il consenso che il rifiuto presuppongono la conoscenza delle alternative e delle conseguenze;

D) considerando che i dati relativi ai pazienti vengono sempre più frequentemente inseriti ed elaborati in banche dati, senza che il paziente possa in alcun modo intervenire o ricorrere a qualsiasi forma di verifica;

E) considerando che sempre più spesso decisioni che presentano una rilevanza sotto il profilo sociale vengono basate anche sui dati clinici registrati;

1) afferma che il paziente ha diritto a prendere visione e ad ottenere copia dei dati raccolti dal medico a suo riguardo nella cartella clinica;

2) invita gli Stati membri a procedere quanto prima a rendere le rispettive legislazioni conformi al principio sopra esposto;

3) incarica il suo Presidente a trasmettere la propria risoluzione al Consiglio, alla Commissione, ai governi e ai parlamentari degli Stati membri.

DOCUMENTO DI LAVORO (Doc. B3-6/89)

sull'assistenza ai pazienti terminali

Relatore: on. Léon Schwartzenberg

11 luglio 1990

L'assistenza della persona umana non può essere ridotta alle funzioni *naturali* della vita: il cuore che batte, il sangue che circola, i polmoni che respirano — ossia alle funzioni della vita vegetativa: una pianta può supplirvi.

È il funzionamento cerebrale che determina il livello di *coscienza* ed è il livello di quest'ultima che definisce un essere umano. La cessazione del funzionamento cerebrale decreta la morte dell'individuo, anche in caso di prosecuzione del funzionamento biologico: *la morte cerebrale*, con la morte della coscienza, segna la scomparsa dell'appartenenza alla specie umana.

Le tappe della marcia verso la morte in una persona cui è stata appena rivelata la diagnosi di malattia mortale sono state descritte dalla *signora Elysabeth Kubler-Ross:*

I) la negazione («non è vero»);
II) la rivolta («perché io e non un altro»);
III) il mercanteggiamento («se obbedisco alle prescrizioni, se mi comporto bene, ce la farò»);
IV) la solitudine («sono io che partirò, non voglio essere compatito, che mi si lasci solo»);
V) l'acquiescenza («capisco, accetto»).

La morte improvvisa è desiderata dalla maggioranza dei nostri contemporanei (in aereo, in treno, per arresto cardiaco brutale), ossia la morte senza preavviso, senza preparazione, inattesa: la morte di cui si sa che può sopravvenire, alla quale non ci si crede.

La morte senza paura è uno dei grandi sogni dell'umanità che ha, per riuscire a vincere questa paura, *immaginato un'altra vita* dopo la morte, un «al di là».

Poiché dobbiamo tutti morire un giorno, siamo tutti dei *moribondi* a più o meno lunga scadenza. Non appena nati, la morte ci chiama. Donde l'imprescindibile necessità di educare i bambini in tenera età, non appena raggiunta l'età della ragione (7 anni), a questa fine ineluttabile e necessaria.

L'accettazione non è la rassegnazione del proprio destino: è un fenomeno attivo, positivo. La rassegnazione al proprio destino è un fenomeno passivo, negativo.

Occorre sottolineare la rilevanza *delle cure palliative* che vanno decise allorquando la guarigione risulta impossibile perché la terapia medica specifica risulta inefficace. Le cure palliative consistono nell'attenuare i sintomi di una malattia senza agire sulle cause. Occorre in tal caso lottare contro il dolore, contro la sete, contro la fame, contro la paura.

Il dolore è inutile e nefasto. Esso non ha alcun valore redentore, esso indebolisce la coscienza e isola l'individuo dalla cerchia di parenti, amici e conoscenti.

Il dolore, può essere vinto, nella maggioranza dei casi, somministrando droghe adeguate. Non si deve aver paura di ricorrere ai rimedi antalgici più efficaci fra cui primeggia la *morfina*. Essa va somministrata a intervalli sufficientemente ravvicinati per allontanare il dolore e impedirne la ricomparsa.

In Gran Bretagna per primo e successivamente in Canada, negli Stati Uniti e in Francia si è dato vita a unità sperimentali di cure palliative. Lungi dal rimanere unità modelli e rare esse debbono svolgere il ruolo di unità pilota in vista dell'allestimento di altre unità di questo tipo. *Ogni servizio ospedaliero* deve comprendere siffatte unità o più semplicemente talune stanze destinate a questo tipo di malati che si deve evitare di concentrare in locali appositi che rassomiglierebbero a «ghetti».

Il corretto esercizio delle cure palliative e la corretta sorveglianza dei pazienti sull'orlo dell'accanimento terapeutico, rende necessaria *la formazione del personale curante*, medici e infermieri, in modo da renderli atti a garantire:

1) il trattamento e la guarigione di pazienti affetti da malattie acute guaribili;

2) il trattamento e il mantenimento nelle migliori condizioni possibili di pazienti affetti da malattie croniche;

3) cure adeguate per i pazienti inguaribili che non «reagiscono» più a terapie specifiche;

4) il dialogo comprensivo e attento con i pazienti nell'imminenza della loro scomparsa (ivi compreso l'esame della problematica metafisica e religiosa oltre che il rispetto della fede di ciascun individuo).

Il compito di amministrare le cure palliative non spetta solo all'istituzione medica bensì anche alla famiglia, agli amici, ai conoscenti e a quella che si può chiamare la società in generale: la *solidarietà* può manifestarsi a livello di attori benevoli (ruolo dei «Vidas» in Italia).

La speranza può essere perduta se il malato viene isolato dalla cospirazione del silenzio. Se sente «che non si può fare più nulla»; se il dolore e gli

altri sintomi non sono trattati o sono persino ignorati, se si sente solo o mal sopportato.

Non distruggere mai la speranza è uno dei motivi di frequente invocati per non informare il malato sullo stato serio delle sue condizioni; un ottimismo di facciata può rivelarsi tuttavia un potente distruttore di speranza.

Una comunicazione dolce, simpatica e graduata della *verità*, in un contesto di sostegno e d'incoraggiamento, fa molto per ripristinare e mantenere la speranza. La rivelazione di una verità dolorosa non distrugge necessariamente la speranza. Ad onta di un continuo deterioramento fisico, la speranza può essere rinnovata allorquando si aiuta il malato a far fronte alla diagnosi e alla prognosi.

La speranza della guarigione può essere sostituita da una forma *di speranza alternativa*: la speranza che la sua vita vissuta sulla terra non sia stata inutile; la speranza di una morte in pace con se stesso e con gli altri; la speranza di una certa forma d'immortalità qualunque ne sia la modalità; la speranza di continuare ad essere amato su terra da coloro che si è amati.

Non si tratta d'insegnare alla gente a morire. Si possono dare *lezioni* solo a se stesso.

Occorre evitare di voler guarire a qualsiasi costo allorquando la malattia non è più guaribile. Occorre evitare l'errore dell'accanimento terapeutico, che è uno sbaglio medico frutto di cocciutaggine intellettuale.

L'auspicio di qualsiasi essere umano, di qualsiasi ammalato, è di evitare di diventare un oggetto e di rimanere *un soggetto* fino all'ultima tappa della vita. Il rispetto della persona e della sua dignità richiede che si eviti il prolungamento di una vita che non è più vita, un prolungamento della morte lenta.

Nessun malato desidera l'accanimento terapeutico, in quanto nessun malato accetta di subire la tecnicità medica e una condiscendenza relazionale: «la malattia è un ostacolo per il corpo ma non per la volontà», diceva Epitteto.

I malati vogliono vivere a tutti i costi, ma non vogliono vivere a qualsiasi costo. Lo stesso vale per i popoli: i popoli vogliono vivere la pace a tutti i costi, ma non vogliono la pace a qualsiasi costo. «*A tutti i costi*» è il valore della vita, il valore della pace; ma non «*a qualsiasi costo*» per un essere umano, non al costo di perdere la sua dignità; per un popolo: non al costo di perdere il suo onore.

La fine della vita è già iniziata per il moribondo. La morte si è insediata nella sua vita.

Un individuio che sta morendo, un individuo vicino alla morte, abbisogna di aiuto. Si tratta nel senso proprio «di assistenza a persona in pericolo».

Occorre offrire al paziente, ove lo desideri, le condizioni ottimali di un consenso a finirla. Non si tratta di un consenso all'approvazione della morte bensì alla cessazione di un'esistenza che ha terminato di essere una vera vita. Peraltro nella terminologia medica un essere umano che ha già iniziato la sua agonia viene denominato un paziente *allo stadio terminale.*

Capita che si oppongono due forme di *eutanasia*:

I) si scollega o si disinserisce un apparecchio che consente di mantenere le funzioni della vita vegetativa (respirazione...): è l'eutanasia *passiva*;

II) si effettua un'intravenosa che consente di interrompere le funzioni vitali: è l'eutanasia *attiva.*

Esiste una vera differenza fra l'azione di chiudere un rubinetto e quella di aprirlo?

Non si dà la morte bensì si accelera la vita. Non si chiama la morte bensì si ferma il moribondo.

A proposito di eutanasia c'è chi parla di una «buona morte», e c'è chi parla di un «assassinio». Infatti, tutto rientra nell'ordine vero, nell'ordine umano, se esiste il consenso del malato di cui è impossibile privarsi: in tal caso si può parlare di *suicidio assistito.*

Occorre parlare della lotta contro la pena di morte alla quale il corpo medico-curante non deve mai partecipare, specie all'esecuzione capitale legalizzata con la siringa. Cinquemila infermiere provenienti da 80 paesi si sono di recente pronunciate contro la partecipazione in qualsiasi circostanza, diretta o indiretta, alla pena di morte. Allo stesso divieto di partecipare alle torture e alla pena di morte debbono sottostare i medici.

La sola morte concepibile, sempreché sia volontaria, è la morte a domicilio: lasciare la vita circondati da coloro che si amano. La morte nell'ospedale costituisce, per l'atto più personale di tutta la nostra esistenza, una fine di vita istituzionalizzata, e (nonostante i riguardi e la gentilezza delle infermiere) anonima.

Oggigiorno i più muoiono nella solitudine in ospedale. Questa morte va evitata e la presenza di un accompagnatore al suicidio rivela una presenza umana lenitiva.

L'eutanasia non è un gesto di morte bensì un gesto di *rispetto della vita.* Occorre ascoltare il malato lungamente, non di rado, occorre imparare ad ascoltarlo e a capirlo: «la morte più volontaria è la più bella. La vita dipende dalla volontà degli altri, la morte dalla nostra» (Montaigne).

I grandi ammalati, coloro che giungono alla fine di una vita difficile e di lotta contro una malattia diventata incurabile chiedono tutti di dormire, dormire a lungo. Tutto il loro essere aspira a addormentarsi: la morte non è

che un lungo sonno senza sogni (Chamfort scriveva: «Il sonno è un palliativo, la morte è un rimedio»).

Per il malato cosciente, la decisione, ancorché penosa, è relativamente agevole: è lui che decide da solo. Ciascuno è depositario della propria vita e nessun altro: né un medico, né una famiglia, né un dio.

Per il malato incosciente, talune associazioni per il diritto a morire nella dignità hanno proposto un «testamento biologico» rinnovabile annualmente nel quale si chiede di evitare il ricorso a manovre terapeutiche intempestive in caso d'impossibilità di ricuperare la propria autonomia anteriore e di essere pertanto eventualmente sottoposto a una eutanasia attiva; un siffatto documento ha tuttavia scarso valore giuridico. Perché non immaginare che un essere umano possa demandare, in caso d'impedimento, a una persona di sua scelta la cura di vigilare sui suoi ultimi istanti? Questo testamento di amorevole fiducia farebbe di colui o di colei che fosse prescelto il legatario di una fine di vita nella dignità.

PROGETTO DI RELAZIONE

sull'assistenza ai pazienti terminali

Relatore: on. Léon Schwarztenberg

7 febbraio 1991

Nel corso della seduta dell'11 settembre 1989 il Presidente del Parlamento Europeo ha annunciato di avere rinviato la proposta di risoluzione dell'on. Van Hemeldonck sull'assistenza ai pazienti terminali, presentata a norma dell'articolo 63 del Regolamento, alla commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori.

Nella riunione del 1° dicembre 1989, la commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori ha deciso di elaborare una relazione ed ha designato relatore l'on. Schwarztenberg.

A) **Proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali**

Il Parlamento Europeo:

– vista la proposta di risoluzione presentata dall'on. Van Hemeldonck sull'assistenza ai pazienti terminali (Doc. B3-0006/89);

– vista la sua risoluzione del 19 gennaio 1984 (1) su una «Carta europea dei diritti del paziente»;

– vista la sua risoluzione del 13 maggio 1986 (2) su una «Carta europea dei bambini degenti in ospedale»;

– vista la relazione della commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori (A3- /91);

A) considerando che il fondamento della vita di un essere umano è la *dignità*, e quindi che l'esistenza di una persona non è riducibile alle funzioni *naturali*, vale a dire alle funzioni della vita vegetativa;

---

(1) *G.U.* n. C. 46 del 20 febbraio 1984, pag. 104.

(2) *G.U.* n. C. 148 del 16 giugno 1986, pag. 37.

B) considerando che la morte di un individuo è definita in funzione dell'arresto delle funzioni cerebrali, anche nel caso in cui continuino le funzioni biologiche;

C) considerando che le funzioni cerebrali determinano il livello di coscienza e che *il livello di coscienza* definisce un essere umano;

D) considerando che occorre evitare di cercare la guarigione a tutti i costi quando la malattia è incurabile nello stato attuale delle conoscenze mediche e che occorre evitare l'accanimento terapeutico che rappresenta un attentato alla dignitià della persona;

E) considerando che nella Carta europea dei diritti del paziente dovrebbe essere inserito il «diritto di morire nella dignità» (punto 3, lettera *o*);

F) considerando che nella Carta europea dei bambini degenti in ospedale dovrebbe essere inserito il «diritto a non subire terapie inutili, così come disagi fisici e psichici non necessari» (paragrafo 4, lettera *l*);

G) considerando che il dolore è inutile e nefasto, che indebolisce la coscienza, isola la persona dal suo ambiente familiare, dagli amici e dalla società e rappresenta un attentato contro la dignità umana;

H) considerando che il dolore deve essere combattuto con tutti i mezzi e in particolare mediante medicinali adeguati come la morfina e i suoi derivati, somministrati secondo le norme in vigore;

I) considerando che al giorno d'oggi la morte in solitudine è purtroppo diventata frequente negli ospedali;

J) considerando pertanto che è indispensabile assicurare cure «palliative» volte ad accompagnare il malato verso la fine della sua esistenza quando la guarigione è diventata impossibile e la terapia medica specifica non è più efficace;

K) considerando che il termine «cure palliative» che non comporta per definizione alcun trattamento specifico e che sembra escludere qualsiasi nuova terapia, dovrebbe essere sostituito con il termine «cure superiori» che risponderebbe maggiormente al concetto di cure mediche totali;

L) considerando che il compito di assicurare le cure palliative o superiori non spetta soltanto alla sola istituzione medica ma anche alla famiglia, all'ambiente, agli amici e alla società nel suo insieme;

M) considerando che l'aspirazione a un sonno definitivo non costituisce una negazione della vita ma rappresenta una richiesta di interruzione di un'esistenza a cui la malattia ha tolto ogni dignità;

1) ritiene che per il buon esercizio della medicina sia necessario formare il personale di cura, i medici, gli infermieri e il personale paramedico in modo che sia capace di assicurare:

a) la cura e la guarigione di pazienti con malattie acute guaribili;

b) la cura e il mantenimento nelle migliori condizioni di pazienti colpiti da patologie croniche;

c) cure appropriate per i pazienti inguaribili che «non rispondono più» a nessuna terapia specifica;

d) una presenza premurosa e attenta presso i pazienti all'avvicinarsi del momento della scomparsa;

2) chiede che a tal fine la Commissione incoraggi nell'ambito di programmi già esistenti gli scambi di esperienze e di personale allo scopo di approfondire le conoscenze e migliorare i metodi specifici per le «cure palliative» o «superiori»;

3) chiede che vengano rapidamente create in ogni servizio ospedaliero della Comunità europea unità di cure palliative o superiori, prevedendo inoltre la creazione di sale di cura palliative o superiori in tutti i servizi che curano i malati gravi;

4) chiede alla Commissione delle Comunità europee di realizzare uno studio sulla situazione degli ospedali della Comunità europea per quanto riguarda gli aspetti particolari di tale tipo di cure;

5) chiede che, al momento della concessione di aiuti per la costruzione di ospedali nell'ambito del Fondo di sviluppo regionale, venga presa in considerazione la creazione di unità di cure palliative superiori e l'esistenza di strutture che consentano ai malati gravi di essere assistiti fino alla fine della loro esistenza dalla famiglia e/o da coloro a cui vogliono bene;

6) chiede che vengano prese tutte le misure possibili per privilegiare l'ospitalizzazione a domicilio ogniqualvolta ciò sia possibile dal punto di vista medico;

7) chiede che vengano incoraggiate e aiutate le associazioni volontarie che, tanto in Italia, quanto in Gran Bretagna e in Belgio, sostituiscono efficacemente il corpo medico per quanto riguarda la prestazione di cure palliative o superiori;

8) ritiene che ogniqualvolta un medico decide, in piena coscienza, di accogliere la richiesta pressante e continua di un malato di aiutarlo a chiudere un'esistenza che ha perso per lui ogni dignità, tale medico agisce nel rispetto di una vita umana;

9) chiede che venga avviata, su iniziativa della Comunità europea, una riflessione d'insieme sul rispetto dovuto al malato alla fine della sua esisten-

za riunendo intorno a una tavola rotonda le autorità morali, politiche e mediche;

10) incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione alla Commissione e al Consiglio.

B) **Motivazione**

Nonostante gli straordinari progressi realizzati dalla medicina negli ultimi 40 anni, al giorno d'oggi alcune malattie sono ancora incurabili. Trascurata da molto tempo, l'assistenza ai moribondi dev'essere considerata come una delle missioni di una medicina moderna di elevato spessore tecnico ma non dimentica del fatto che l'uomo è il suo unico oggetto e che la vita umana viene definita in funzione della dignità.

Ogni riflessione sull'assistenza ai pazienti terminali deve avere come punto di partenza alcuni postulati:

– l'esistenza di una persona umana non è riducibile alle funzioni naturali della vita: il cuore che batte, il sangue che circola, i polmoni che respirano... è il funzionamento del cervello che determina il livello di coscienza ed è il livello di coscienza che definisce l'essere umano. L'arresto delle funzioni cerebrali decreta la morte dell'individuo anche in caso di continuazione del funzionamento biologico.

– Bisogna evitare di cercare la guarigione a ogni costo quando la malattia è incurabile nello stato attuale della medicina. Bisogna evitare l'accanimento terapeutico che rappresenta un errore medico dovuto a un'ostinazione intellettuale e che, sul piano politico, ha portato ad alcuni abusi a nome della ragion di Stato.

– Il dolore è inutile e nefasto, nella maggior parte dei casi può essere vinto grazie alla somministrazione di medicinali idonei. Non bisogna aver paura di far ricorso ai principali antalgici, tra cui spiccano la morfina e i suoi derivati.

A livello medico l'assistenza ai pazienti terminali si cela sotto le parole «cure palliative» (3): tali cure devono essere decise quando la guarigione è diventata impossibile perché la terapia specifica si rivela inefficace.

(3) Il termine «cure palliative» il cui valore ed efficacia sono stati riconosciuti recentemente, e che comprende un trattamento sintomatico con esclusione di ogni trattamento specifico, sembra costituire una limitazione delle cure mediche portate al malato. Esso lascia in disparte la possibilità di una nuova terapia, e sarebbe vantaggiosamente sostituito con il termine «cure superiori».

Le cure palliative consistono nell'attenuare i sintomi di una malattia senza agire sulla causa. Esse consentono di lottare contro il dolore, contro lo sconforto, contro la paura.

Sono state create unità sperimentali di cure palliative prima in Gran Bretagna, poi in Canada, negli Stati Uniti e in Francia. Tali unità devono svolgere il ruolo di unità pilota: non devono rimanere unità modello e rare.

Ogni servizio ospedaliero deve essere dotato di sale di cure palliative destinate a tale tipo di malattia e non devono essere concentrate in luoghi specializzati con una conseguente ghettizzazione.

La realizzazione da parte della Commissione di uno studio sulla situazione delle unità di cure palliative (o cure superiori) nel settore ospedaliero di tutta la Comunità potrebbe servire da base per un'azione comunitaria più vasta. In seguito a ciò si potrebbe creare una struttura di scambi di esperienze a cui potrebbe partecipare l'insieme del corpo ospedaliero.

In effetti, è innegabile che per il buon esercizio della medicina e di tali cure palliative (o superiori), è necessario procedere alla formazione di tutto il personale ospedaliero in modo che sia in grado di assicurare:

– la cura e la guarigione dei pazienti colpiti da malattie acute guaribili;

– la cura e il mantenimento nelle migliori condizioni possibili dei pazienti colpiti da malattie croniche;

– le cure idonee per i pazienti inguaribili che «non rispondono più» ad alcuna terapia specifica;

– un atteggiamento comprensivo e attento nei confronti dei pazienti vicini alla morte.

Il compito di assicurare la cure palliative terminali non spetta soltanto all'istituzione medica. Esso spetta anche alla famiglia, all'ambiente, agli amici e alla società in generale.

In Italia e in Gran Bretagna associazioni volontarie (movimento Vidas et Hospice) hanno sviluppato strutture per l'aiuto dei malati gravi: visite regolari all'ospedale, luogo d'accoglienza per i malati autorizzati a uscire dall'ospedale... Tali iniziative devono essere incoraggiate e sviluppate in tutta la Comunità.

Proprio perché al giorno d'oggi la morte in solitudine in ospedale è diventata purtroppo eccessivamente comune, bisogna fare tutto il possibile per privilegiare l'ospitalizzazione a domicilio; è inoltre altamente auspicabile che gli ospedali della CEE vengano dotati di strutture di accoglienza che consentano ai malati gravi di essere accompagnati fino alla fine della loro esistenza dai membri della famiglia e da tutti coloro che li amano.

La dignità è l'elemento che definisce la vita umana. Quando alla fine di una lunga malattia contro la quale ha lottato con coraggio, il malato chiede al medico d'interrompere un'esistenza che ha perso per lui ogni dignità, e quando il medico decide, con piena coscienza, di soccorrerlo e di addolcire i suoi ultimi istanti consentendogli di addormentarsi pacificamente e definitivamente, questo aiuto medico e umano (talvolta denominato eutanasia) significa rispetto della vita.

PROPOSTA DI RISOLUZIONE

presentata conformemente all'articolo 63 del Regolamento dagli onn. Muscardini, Bonetti, Melis, Simeoni, Bettini, Mazzone, Pisoni, Fini, Laroni, Borgo sullo sviluppo delle cure palliative in Europa

15 febbraio 1991

Il Parlamento Europeo

A) considerato il totale impegno dell'Organizzazione mondiale della sanità, nonché dell'Associazione europea di cure palliative, a favore dello sviluppo di cure che non prolunghino artificialmente la vita di malati in fase terminale, ma che siano in grado di ridurre tanto la sofferenza fisica che quella psicologica;

B) preso atto dell'interesse concreto per le cure palliative da parte della Comunità europea attraverso una speciale sottocommissione del programma «Europa contro il cancro»;

C) sottolineato che questo tipo di terapia deve avere una totale complementarietà tra cure mediche e preparazione psicologica del malato;

chiede:

1) l'ampliamento ed il potenziamento della sottocommissione «cure palliative» del programma «Europa contro il cancro», affinché questo comprenda ogni aspetto organizzativo di una precisa strategia per lo sviluppo in tutta la Comunità di questo delicatissimo settore della medicina;

2) un servizio pubblico disponibile 24 ore su 24 di cellule mediche multidisciplinari, sia per telefono, che per intervento domiciliare;

3) l'istituzione di speciali corsi di formazione che permettano di abbinare alla conoscenza medica anche il necessario approccio psico-sociale per il trattamento dei malati in fase terminale.

EMENDAMENTI

al progetto di relazione
sull'assistenza ai pazienti terminali (PE 146.436)
Relatore: on. Schwarztenberg

17 aprile 1991

Emendamento n. 1
presentato dall'on. Van Der Waal

Nei paragrafi 2, 3, 5 e 7, sostituire l'espressione «cure palliative o superiori» con: «cure palliative».

Emendamento n. 2
presentato dall'on. Van Der Waal

Preambolo – introdurre un primo trattino *bis* (nuovo), del seguente tenore:

– visti il giuramento di Ippocrate, le dichiarazioni dell'Associazione mondiale dei medici di Ginevra (1948) e di Madrid (1987), nonché la dichiarazione del Comitato permanente dei medici della Comunità (doc. CP 86/76 F) del 4 settembre 1986.

Emendamento n. 3
presentato dall'on. Van Der Wall

Preambolo – Introdurre un secondo trattino *bis* (nuovo), del seguente tenore:

– viste le raccomandazioni del Consiglio d'Europa e del CABHI sui diritti dei malati e dei morenti (raccomandazione n. 779 del 29 gennaio 1976).

Emendamento n. 4
presentato dall'on. Van Der Waal

Considerando A

A) *considerando che la dignità umana è inerente alla condizione umana e che la persona umana è un'entità spirituale e materiale che va al di là della semplice somma delle funzioni fisiche e psichiche,*

Emendamento n. 5
presentato dagli onn. Oomen-Ruijten e Muscardini

Considerando A – Sopprimere le parole:

«e quindi che l'esistenza di una persona non è riducibile alle funzioni naturali, vale a dire alle funzioni della vita vegetale»,

Emendamento n. 6
presentato dagli onn. Pompidou e Vernier, a nome del gruppo RDE

Considerando A:

A) considerando che il fondamento della vita di un essere umano è *la dignità e la spiritualità*, e quindi che l'esistenza di una persona non è riducibile alle funzioni *naturali*, vale a dire alle funzioni della vita vegetativa,

Emendamento n. 7
presentato dall'on. Muscardini

Considerando A-*bis* (nuovo)

A-*bis*) considerando che una società civile fondata su rapporti di solidarietà umana può definirsi tale se riesce ad assicurare la tutela degli individui senza difesa e dei malati giunti allo stadio terminale, nonché a garantire il loro legittimo diritto ad una condizione di vita improntata alla dignità,

Emendamento n. 8
presentato dall'on. Muscardini

Considerando B

Sopprimere questo considerando

Emendamento n. 9
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando B

B) *considerando che la morte di un individuo è definita in base all'arresto di tutte le sue funzioni*,

Emendamento n. 10
presentato dall'on. Van Der Waal

Considerando B

B) considerando che la morte di un individuo è definita in funzione *della morte cerebrale, ivi compresa la morte del tronco cerebrale che non consente più di parlare di entità spirituale e materiale,*

Emendamento n. 11
presentato dall'on. Hadjigeorgiou

Considerando B

B) *considerando che, stando alle concezioni odierne e allo stato attuale delle conoscenze mediche, una persona è considerata deceduta allorché l'encefalogramma è piatto o allorché non si possono individuare altre reazioni della regione cerebrale in cui hanno sede le funzioni superiori, quali il pensiero, la memoria, la coscienza, i movimenti muscolari volontari,*

Emendamento n. 12
presentato dall'on. Pompidou a nome del gruppo RDE

Considerando B

B) considerando che la morte di un individuo è definita in funzione dell'arresto delle funzioni cerebrali, anche nel caso in cui continuino le funzioni biologiche *e cellulari,*

Emendamento n. 13
presentato dall'on. Muscardini

Considerando C

Sopprimere questo considerando,

Emendamento n. 14
presentato dall'on. Van Der Waal

Considerando C

C) considerando che *la morte cerebrale determina la scomparsa permanente della coscienza, ma che l'assenza di manifestazioni della coscienza non significa che il paziente non abbia più coscienza,*

Emendamento n. 15
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando C

C) considerando che le funzioni cerebrali determinano il livello di coscienza *e che quest'ultimo definisce le funzioni umane*,

Emendamento n. 16
presentato dagli onn. Pompidou e Vernier, a nome del gruppo RDE

Considerando C

C) considerando che le funzioni cerebrali determinano il livello di coscienza e che *il livello di coscienza* definisce un essere umano *nella sua componente relazionale*,

Emendamento n. 17
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando D

D) *considerando che l'accanimento terapeutico può costituire un attentato alla dignità della persona umana*,

Emendamento n. 18
presentato dall'on. Hadjigeorgiou

Considerando D

D) considerando che non bisogna tentare con accanimento e ad ogni costo, a scapito della dignità del malato, di conservare talune funzioni essenziali di una persona dichiarata dai medici allo stadio terminale di una malattia incurabile, che precede la morte.

Emendamento n. 19
presentato dall'on. Van Der Waal

Considerando D

D) considerando che occorre evitare *di tentar di guarire il paziente ad ogni costo...* (resto immutato),

Emendamento n. 20
presentato dall'on. Van Der Waal

Considerando E

E) considerando che nella Carta europea dei diritti del paziente dovrebbe essere inserito il diritto *ad una adeguata assistenza alla morte* (paragrafo 3 punto o),

Emendamento n. 21
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando F

Sopprimere le parole: «*dei bambini degenti in ospedale*»

Emendamento n. 22
presentato dall'on. Van Der Waal

Considerando G

G) considerando che il dolore *impedisce al paziente di essere lui stesso e lo isola dalle persone circostanti*,

Emendamento n. 23
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando G

G) considerando che il dolore è inutile e nefasto (*16 parole soppresse*) e *può presentare* un attentato contro la dignità,

Emendamento n. 24
presentato dagli onn. Pompidou e Vernier, a nome del gruppo RDE

Considerando G

G) considerando che il dolore è (*2 parole soppresse*) nefasto, che indebolisce la coscienza, isola la persona dal suo ambiente familiare, dagli amici e dalla società e *può recare pregiudizio* alla dignità umana,

Emendamento n. 25
presentato dall'on. Diez De Rivera

Considerando G

considerando che il dolore *fisico* è inutile e nefasto, che indebolisce la coscienza, isola la persona dal suo ambiente familiare, dagli amici e dalla società e rappresenta un attentato contro la dignità umana,

Emendamento n. 26
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando H – sopprimere le parole:

«e in particolare mediante medicinali adeguati come la morfina e i suoi derivati, somministrati secondo le norme in vigore»

Emendamento n. 27
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando J

J) considerando (*1 parola soppressa*) che è indispensabile assicurare *tutte le* cure palliative (*11 parole soppresse*) *ai malati* quando la guarigione è diventata impossibile e la terapia medica specifica non è più efficace,

Emendamento n. 28
presentato dall'on. Muscardini

Considerando I-*bis* (nuovo)

I-*bis*) *considerando che quasi tutti i pazienti giunti allo stadio terminale non chiedono di morire, bensì semmai di vivere il resto della loro vita in condizioni di dignità,*

Emendamento n. 29
presentato dall'on. Muscardini

Considerando I-*ter* (nuovo)

I-*ter*) *considerando che l'eutanasia è in contrasto con le cure palliative in quanto esclude il rapporto tra malato e strutture di sostegno socio-sanitario, recando al problema una soluzione del tutto contraria alla finalità delle cure dispensate ai malati che sono giunti allo stadio terminale,*

Emendamento n. 30
presentato dall'on. Muscardini

Considerando I-*quater* (nuovo)

I-*quater*) *considerando che l'eutanasia offende la coscienza umana, reca pregiudizio ai principi della vita sotto il profilo tanto della morale laica quanto della morale religiosa, squalifica la professione medica, la medicina e la ricerca scientifica in generale,*

Emendamento n. 31
presentato dall'on. Pompidou, a nome del gruppo RDE

Considerando K

Sopprimere questo considerando

Emendamento n. 32
presentato dall'on. Van Der Waal

Considerando K

K) considerando che, quando la guarigione non è più possibile, è necessario lottare contro i sintomi e in particolare contro il dolore, il che significa che occorre ricorrere alla medicina palliativa,

Emendamento n. 33
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando L

L) considerando che il compito di assicurare le cure palliative o superiori *spetta esclusivamente alle professioni del settore medico,*

Emendamento n. 34
presentato dall'on. Pompidou, a nome del gruppo RDE

Considerando L

L) considerando che il compito di assicurare le cure palliative (*2 parole soppresse*) non spetta soltanto alla sola istituzione medica ma anche alla famiglia, all'ambiente, agli amici e alla società nel suo insieme,

Emendamento n. 35
presentato dagli onn. Pompidou e Vernier, a nome del gruppo RDE e dall'on. Muscardini

Considerando M

Sopprimere questo considerando,

Emendamento n. 36
presentato dall'on. Hadjigeorgiou

Considerando M

M) *considerando che le «cure superiori» dovranno rispettare la dignità del malato,*

Emendamento n. 37
presentato dall'on. Van Der Wall

Considerando M

M) considerando che l'aspirazione *alla morte, che in genere deriva dalla gravità della situazione, deve essere evitata mediante cure appropriate e che la malattia non può determinare la scomparsa della dignità della vita,*

Emendamento n. 38
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Considerando M

M) considerando che, *in numerosi casi*, l'aspirazione a un sonno definitivo non costituisce una negazione della vita ma rappresenta una richiesta *di essere tirati fuori dalla situazione in cui ci si trova,*

Emendamento n. 39
presentato dall'on. Pompidou, a nome del gruppo RDE

Paragrafo 1, lettera *c*)

C) cure appropriate per i pazienti inguaribili *la cui malattia non reagisce più ad alcuna* terapia specifica;

Emendamento n. 40
presentato dall'on. Pompidou, a nome del gruppo RDE

Paragrafo 2

2) chiede che a tal fine la Commissione incoraggi nell'ambito di programmi esistenti gli scambi di esperienze e di personale allo scopo di approfondire le conoscenze e di migliorare i metodi specifici per «le cure palliative»;

Emendamento n. 41
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Paragrafo 3

3) chiede che vengano rapidamente create in ogni servizio ospedaliero della Comunità europea *delle equipe incaricate di assistere attentamente i malati gravi;*

Emendamento n. 42
presentato dall'on. Pompidou, a nome del gruppo RDE

Paragrafo 3

3) chiede che vengano rapidamente create (*4 parole soppresse*) nella Comunità europea *delle sale* di cure palliative (*2 parole soppresse*) prevedendo inoltre la creazione ulteriore di *unità* di cure palliative in tutti i servizi che curano i malati gravi;

Emendamento n. 43
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Paragrafo 5

5) chiede che, al momento della concessione di aiuti per la costruzione di ospedali nell'ambito del Fondo europeo di sviluppo regionale, venga presa in considerazione (*9 parole soppresse*) l'esistenza di strutture che consentano ai malati gravi di essere assistiti fino alla fine della loro esistenza dalla famiglia e/o da coloro a cui vogliono bene;

Emendamento n. 44
presentato dagli onn. Pompidou e Vernier, anome del gruppo RDE

Paragrafo 5

5) chiede che, al momento della concessione di aiuti per la costruzione di ospedali nell'ambito del Fondo europeo di sviluppo regionale, venga presa in considerazione la creazione *di sale, quindi* di unità di cure palliative superiori e l'esistenza di strutture che consentano ai malati gravi di essere assistiti fino alla fine della loro esistenza dalla famiglia e/o da coloro a cui vogliono bene;

Emendamento n. 45
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Paragrafo 7

7) chiede che vengano incoraggiate e aiutate le associazioni volontarie che, tanto in Italia, quanto in Gran Bretagna e in Belgio, *spalleggiano* efficacemente il corpo medico *aiutandolo a curare i pazienti nella fase terminale della loro vita;*

Emendamento n. 46
presentato dagli onn. Pompidou e Vernier, anome del gruppo RDE

Paragrafo 7

7) chiede che vengano incoraggiate e aiutate le associazioni volontarie che, tanto in Italia, quanto in Gran Bretagna e in Belgio, *affiancano* efficacemente il corpo medico per quanto riguarda la presentazione di cure palliative;

Emendamento n. 47
presentato dall'on. Vernier a nome del gruppo RDE e dall'on. Muscardini

Paragrafo 8

Sopprimere questo paragrafo

Emendamento n. 48
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Paragrafo 8

8) *ritiene che la partecipazione medica attiva e deliberata all'interruzione della vita umana non sia di pertinenza dell'etica medica e debba, in linea di principio, rimanere punibile;*

Emendamento n. 49
presentato dall'on. Van Der Waal

Paragrafo 8

8) *ritiene che, se un paziente chiede che sia fatta cessare la sua vita, il medico curante sia tenuto a ricercare le cause somatiche, spirituali o sociali di tale richiesta e a curarle in maniera efficace, il che spesso necessiterà cure palliative specialistiche, ma che un atto deliberato di eutanasia non sia lecito in quanto contrario alla natura e ai principi etici della medicina così come sono definiti nell'ambito del giuramento di Ippocrate, delle dichiarazioni dell'Associazione mondiale dei medici (Ginevra 1948 e Madrid 1987), nonché della dichiarazione del Comitato permanente dei medici della Comunità (doc. CP 86/76 F del 4 settembre 1986);*

Emendamento n. 50
presentato dall'on. Hadjigeorgiou

Paragrafo 8

8) *ritiene che, con riferimento ad una persona che sia stata considerata cerebralmente morta e che viene mantenuta in vita con mezzi artificiali, sia possibile, con il benestare dei parenti, del medico curante e del procuratore, far cessare il ricorso ai mezzi artificiali che la conservano in vita;*

Emendamento n. 51
presentato dall'on. Ceci

Paragrafo 8

8) *ritiene che, ogni qual volta un malato pienamente cosciente chieda, in maniera insistente e continua, che sia fatta cessare un'esistenza*

ormai priva per lui di qualsiasi dignità ed un collegio di medici, costituito all'uopo, constati l'impossibilità di dispensare nuove cure specifiche, detta richiesta debba essere soddisfatta, senza che, in tal modo, sia pregiudicato il rispetto della vita umana:

Emendamento n. 52
presentato dall'on. Pompidou, a nome del gruppo RDE

Paragrafo 8

8) ritiene che, *mancando qualsiasi terapia curativa e dopo il fallimento delle cure palliative correttamente impartite sul piano tanto psicologico quanto medico*, allorché il medico decide, in piena coscienza, di accogliere la richiesta pressante e continua di un malato di aiutarlo a chiudere un'esistenza che ha per lui ogni dignità, tale medico agisce nel rispetto *del malato e senza nascondersi che, ricorrendo ad un veleno violento, il medico si presta ad un atto disperato di suicidio per interposta persona;*

Emendamento n. 53
presentato dall'on. Oomen-Ruijten

Paragrafo 9

9) *ritiene che l'eutanasia attiva, in quanto forma di assistenza ai morenti, non corrisponda adeguatamente ai bisogni profondi delle persone che sono giunte nella fase terminale della loro vita;*

Emendamento n. 54
presentato dall'on. Muscardini

Paragrafo 9

9) chiede che venga avviata, su iniziativa della Comunità europea, una riflessione d'insieme sul rispetto dovuto al malato alla fine della sua esistenza riunendo intorno a una tavola le autorità morali, politiche, mediche *e religiose.*

RELAZIONE

della commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori sull'assistenza ai pazienti terminali

Relatore: on. Léon Schwarztenberg

30 aprile 1991

Nel corso della seduta dell'11 settembre 1989 il Presidente del Parlamento Europeo ha annunciato di aver rinviato la proposta di risoluzione dell'on. Van Hemeldonck sull'assistenza ai pazienti terminali, presentata a norma dell'articolo 63 del Regolamento, alla commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori.

Nella riunione del 1° dicembre 1989, la commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori ha deciso di elaborare una relazione ed ha designato relatore l'on. Schwartzenberg.

Nel corso delle riunioni del 27 novembre 1990, 20 marzo 1991 e 25 aprile 1991 essa ha esaminato il progetto di relazione.

Nel corso dell'ultima riunione essa ha adottato la proposta di risoluzione con 16 voti favorevoli, 11 contrari e 3 astensioni.

Hanno partecipato alla votazione gli onn.: Collins, Presidente; Schleicher, Vicepresidente; Schwartzenberg, relatore; Alber, Amendola, Banotti, Bertens, Bombard, Bowe, Caudron (in sostituzione dell'on. Avgerinos), Ceci, Chanterie, Diez de Rivera, di Rupo, Guidolin, Hadjigeorgiou (in sostituzione dell'on. Donste-Blazi), Kuhn, Langenhagen (in sostituzione dell'on. Florenz), Llorca Vilaplana, Muntingh, Navarro (in sostituzione dell'on. Gaibisso), Oomen-Ruijten, Partsch, Pimenta, Pollack, Roth-Behrendt, Valverde Lopez, Vertemati, Veil, Vohrer.

La relazione è stata depositata il 29 aprile 1991.

Il termine per la presentazione degli emendamenti a tale relazione è indicato nel progetto di ordine del giorno della tornata nel corso della quale essa sarà esaminata.

A) **Proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali**

Il Parlamento Europeo,

– vista la proposta di risoluzione presentata dall'on. Van Hemeldonck sull'assistenza ai pazienti terminali (doc. B3-0006/89),

– vista la sua risoluzione del 19 gennaio 1984 (1) su una «Carta europea dei diritti del paziente»,

– vista la sua risoluzione del 13 maggio 1986 (2) su una «Carta europea dei bambini degenti in ospedale»,

– vista la relazione della commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori, (A3-0109/91)

A) considerando che il fondamento della vita di un essere umano sono la dignità e la spiritualità e quindi che l'esistenza di una persona non è riducibile alle funzioni naturali, vale a dire alle funzioni della vita vegetativa,

B) considerando che la morte di un individuo è definita in funzione dell'arresto delle funzioni cerebrali, anche nel caso in cui continuino le funzioni biologiche,

C) considerando che le funzioni cerebrali determinano il livello di coscienza e che il livello di coscienza definisce un essere umano,

D) considerando che occorre evitare di tentare di guarire il paziente ad ogni costo quando la malattia è incurabile nello stato attuale delle conoscenze mediche e che occorre evitare l'accanimento terapeutico che rappresenta un attentato alla dignità della persona,

E) considerando che nella Carta europea dei diritti del paziente dovrebbe essere inserito il «diritto di morire nella dignità» (punto 3, lettera *o*),

F) considerando che nella Carta europea dei bambini degenti in ospedale dovrebbe essere inserito il «diritto a non subire terapie inutili, così come disagi fisici e psichici non necessari» (paragrafo 4, lettera *l*),

G) considerando che il dolore è inutile e nefasto e che può rappresentare un attentato contro la dignità umana,

H) considerando che il dolore deve essere combattuto con tutti i mezzi e in particolare mediante medicinali adeguati come la morfina e i suoi derivati, somministrati secondo le norme in vigore,

---

(1) *G.U.* n. C 46 del 20 febbraio 1984, pag. 104

(2) *G.U.* n. C 148 del 16 giugno 1986, pag. 37

I) considerando che al giorno d'oggi la morte in solitudine è purtroppo diventata frequente negli ospedali,

J) considerando che è indispensabile assicurare tutte le cure «palliative» ai malati quando la guarigione è diventata impossibile e la terapia medica specifica non è più efficace,

K) considerando che il compito di assicurare le cure palliative o superiori non spetta soltanto alla sola istituzione medica ma anche alla famiglia, all'ambiente, agli amici e alla società nel suo insieme,

L) considerando che l'aspirazione a un sonno definitivo non costituisce una negazione della vita ma rappresenta una richiesta d'interruzione di un'esistenza a cui la malattia ha tolto ogni dignità,

1) ritiene che per il buon esercizio della medicina sia necessario formare il personale di cura, i medici, gli infermieri e il personale paramedico in modo che sia capace di assicurare:

a) la cura e la guarigione di pazienti con malattie acute guaribili;

b) la cura e il mantenimento nelle migliori condizioni di pazienti colpiti da patologie croniche;

c) cure appropriate per i pazienti inguaribili la cui malattia non reagisce più ad alcuna terapia specifica;

d) una presenza premurosa e attenta presso i pazienti all'avvicinarsi del momento della scomparsa;

2) chiede che a tal fine la Commissione incoraggi nell'ambito di programmi già esistenti gli scambi di esperienze e di personale allo scopo di approfondire le conoscenze e migliorare i metodi specifici per le «cure palliative» o «superiori»,

3) chiede che vengano rapidamente create in ogni servizio ospedaliero della Comunità europea unità di cure palliative o superiori, prevedendo inoltre la creazione di sale di cure palliative o superiori in tutti i servizi che curano i malati gravi;

4) chiede alla Commissione delle Comunità europee di realizzare uno studio sulla situazione degli ospedali della Comunità europea per quanto riguarda gli aspetti particolari di tale tipo di cure;

5) chiede che, al momento della concessione di aiuti per la costruzione di ospedali nell'ambito del Fondo europeo di sviluppo regionale, venga presa in considerazione la creazione di sale, quindi di unità di cure palliative superiori e l'esistenza di strutture che consentano ai malati gravi di essere assistiti fino alla fine della loro esistenza dalla famiglia e/o da coloro a cui vogliono bene;

6) chiede che vengano prese tutte le misure possibili per privilegiare l'ospitalizzazione a domicilio ogni qualvolta ciò sia possibile dal punto di vista medico;

7) chiede che vengano incoraggiate e aiutate le associazioni volontarie che, tanto in Italia, quanto in Gran Bretagna e in Belgio, spalleggiano efficacemente il corpo medico aiutandolo a curare i pazienti nella fase terminale della loro vita;

8) ritiene che, mancando qualsiasi terapia curativa e dopo il fallimento delle cure palliative correttamente impartite sul piano tanto psicologico quanto medico e ogni qualvolta un malato pienamente cosciente chieda, in modo insistente e continuo che sia fatta cessare un'esistenza ormai priva per lui di qualsiasi dignità ed un collegio di medici, costituito all'uopo, constati l'impossibilità di dispensare nuove cure specifiche, detta richiesta deve essere soddisfatta senza che, in tal modo, sia pregiudicato il rispetto della vita umana;

9) chiede che venga avviata, su iniziativa della Comunità europea, una riflessione d'insieme sul rispetto dovuto al malato alla fine della sua esistenza riunendo intorno a una tavola rotonda le autorità morali, politiche e mediche;

10) incarica il suo Presidente di trasmettere la presente risoluzione alla Commissione e al Consiglio.

B) **Motivazione**

Nonostante gli straordinari progressi realizzati dalla medicina negli ultimi 40 anni, al giorno d'oggi alcune malattie sono ancora incurabili. Trascurata da molto tempo, l'assistenza ai moribondi dev'essere considerata come una delle missioni di una medicina moderna di elevato spessore tecnico ma non dimentica del fatto che l'uomo è il suo unico oggetto e che la vita umana viene definita in funzione della dignità.

Ogni riflessione sull'assistenza ai pazienti terminali deve avere come punto di partenza alcuni postulati:

– l'esistenza di una persona umana non è riducibile alle funzioni naturali della vita: il cuore che batte, il sangue che circola, i polmoni che respirano... è il funzionamento del cervello che determina il livello di coscienza ed è il livello di coscienza che definisce l'essere umano. L'arresto delle funzioni cerebrali decreta la morte dell'individuo anche in caso di condizioni del funzionamento biologico.

– Bisogna evitare di cercare la guarigione a ogni costo quando la malattia è incurabile nello stato attuale della medicina. Bisogna evitare l'accanimento terapeutico che rappresenta un errore medico dovuto a un'ostinazio-

ne intellettuale e che, sul piano politico, ha portato ad alcuni abusi a nome della ragion di Stato.

– Il dolore è inutile e nefasto, nella maggior parte dei casi può essere vinto grazie alla somministrazione dei medicinali idonei. Non bisogna aver paura di far ricorso ai principali antalgici, tra cui spiccano la morfina e i suoi derivati.

A livello medico l'assistenza ai pazienti terminali si cela sotto le parole «cure palliative» (3): tali cure devono essere decise quando la guarigione è diventata impossibile perché la terapia specifica si rivela inefficace. Le cure palliative consistono nell'attenuare i sintomi di una malattia senza agire sulla causa. Esse consentono di lottare contro il dolore, contro lo sconforto, contro la paura.

Sono state create unità sperimentali di cure palliative prima in Gran Bretagna, poi in Canada, negli Stati Uniti e in Francia. Tali unità devono svolgere il ruolo di unità pilota: non devono rimanere unità modello e rare.

Ogni servizio ospedaliero deve essere dotato di sale di cure palliative destinate a tale tipo di malattia e non devono essere concentrate in luoghi specializzati con una conseguente ghettizzazione.

La realizzazione da parte della Commissione di uno studio sulla situazione delle unità di cure palliative (o cure superiori) nel settore ospedaliero di tutta la Comunità potrebbe servire da base per un'azione comunitaria più vasta. In seguito a ciò si potrebbe creare una struttura di scambi di esperienze a cui potrebbe partecipare l'insieme del corpo ospedaliero.

In effetti è innegabile che per il buon esercizio della medicina e di tali cure palliative (o superiori), è necessario procedere alla formazione di tutto il personale ospedaliero in modo che sia in grado di assicurare:

– la cura e la guarigione dei pazienti colpiti da malattie acute guaribili;

– la cura e il mantenimento nelle migliori condizioni possibili dei pazienti colpiti da malattie croniche;

– le cure idonee per i pazienti inguaribili che «non rispondono più» ad alcuna terapia specifica;

– un atteggiamento comprensivo e attento nei confronti dei pazienti vicini alla morte.

---

(3) Il termine «cure palliative» il cui valore ed efficacia sono stati riconosciuti recentemente, e che comprende un trattamento sintomatico all'esclusione di ogni trattamento specifico, sembra costituire una limitazione delle cure mediche portate al malato. Esso lascia in disparte la possibilità di una nuova terapia, e sarebbe vantaggiosamente sostituito con il termine «cure superiori», denominazione che la maggioranza della commissione non ha ritenuto opportuno mantenere.

Il compito di assicurare le cure palliative terminali non spetta soltanto all'istituzione medica. Esso spetta anche alla famiglia, all'ambiente, agli amici e alla società in generale.

In Italia e in Gran Bretagna associazioni volontarie (movimento Vidas et Hospice) hanno sviluppato strutture per l'aiuto dei malati gravi: visite regolari all'ospedale, luogo d'accoglienza per i malati autorizzati a uscire dall'ospedale... Tali iniziative devono essere incoraggiate e sviluppate in tutta la Comunità.

Proprio perché al giorno d'oggi la morte in solitudine in ospedale è diventata purtroppo eccessivamente comune, bisogna fare tutto il possibile per privilegiare l'ospitalizzazione a domicilio; è inoltre altamente auspicabile che gli ospedali delle CEE vengano dotati di strutture di accoglienza che consentano ai malati gravi di essere accompagnati fino alla fine della loro esistenza dai membri della famiglia e da tutti coloro che li amano.

La dignità è l'elemento che definisce la vita umana. Quando alla fine di una lunga malattia contro la quale ha lottato con coraggio, il malato chiede al medico d'interrompere un'assistenza che ha perso per lui ogni dignità, e quando il medico decide, con piena coscienza, di soccorrerlo e di addolcire i suoi ultimi istanti consentendogli di addormentarsi pacificamente e definitivamente, questo aiuto medico e umano (talvolta denominato eutanasia) significa rispetto per la vita.

ALLEGATO I

PROPOSTA DI RISOLUZIONE (doc. B3-0006/89)

presentata dall'on. Van Hemeldonck
a norma dell'articolo 63 del Regolamento
sull'assistenza ai pazienti

Il Parlamento Europeo,

A) considerando che ogni persona ha il diritto ad una vita dignitosa e ad una morte dignitosa,

B) considerando che, grazie ai progressi della medicina, la diagnosi e prognosi medica per quanto concerne l'inizio del processo di decesso è divenuta più precisa, con riferimento tra l'altro ai malati di cancro e di AIDS,

C) considerando che gli ospedali tradizionali, principalmente orientati verso la guarigione dei pazienti sotto il profilo dell'organizzazione, della formazione del personale paramedico e della motivazione dei medici, si preoccupano scarsamente dell'assistenza del paziente terminale,

D) considerando che il prestare assistenza sanitaria ai pazienti tanto da guarire quanto terminali nell'ambito di un medisimo istituto ospedaliero comporta un sovraccarico sanitario, psichico e morale per i medici, i paramedici, i pazienti e i loro familiari,

1) si compiace della creazione di ospedali specializzati per i pazienti terminali (quali gli «hospices» nel Regno Unito);

2) auspica l'elaborazione di un codice speciale per i pazienti terminali a livello di norme in materia di somministrazione di analgesici, nonché di assistenza psicologica e morale dei pazienti e dei loro familiari;

3) chiede alla Commissione di presentare proposta in proposito nel quadro della politica della sanità e di approntare uno Statuto del paziente terminale.

MATERIALE DI LAVORO PRESENTATO DAI MEMBRI DEL COMITATO

CONSIDERAZIONI (doc. IT/PR/102451)

sulla proposta di risoluzione del Parlamento Europeo sull'assistenza ai pazienti terminali

A. Bompiani

Premessa

1. Può essere *giustificato un documento di sanità pubblica*, nazionale o internazionale, che riconosca formalmente il «valore sociale» di quel complesso di attività organizzate che va sotto il nome di «cure palliative» (*).

Si deve riconoscere che «terapie palliative» (in generale antidolorifici) vengono somministrate, nelle fasi terminali della vita soprattutto in malati di cancro, da parte delle normali strutture ospedaliere e da parte dei medici curanti, che assistono tali malati.

(*) Si intendono per «cure palliative» le cure totali offerte al paziente dal momento in cui la malattia non è più responsiva ai trattamenti antitumorali (Ventafridda, 1989).

Il controllo del dolore, degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali rappresenta la parte più importante delle cure palliative, il cui obiettivo è offrire la massima qualità di vita al paziente e alla famiglia. Molti aspetti delle cure palliative possono essere applicati in tempi precoci durante la malattia, in unione con trattamenti antitumorali. Le cure palliative vedono la vita e la morte come un processo naturale, non vogliono né affrettare né posporre la morte, provvedono al sollievo del dolore e degli altri sintomi, integrano gli aspetti psicologici e sociali nella cura del paziente, offrono un sistema di aiuto continuo al malato fino all'ultimo istante di vita e un supporto alla famiglia per affrontare la malattia e il lutto.

Gli esami sono ridotti al minimo, i trattamenti sono finalizzati al controllo dei sintomi e dei problemi psicologici e non verso il processo morboso ingravescente.

La radioterapia, la chemioterapia e la chirurgia hanno un posto nelle cure palliative e possono essere usate comunque in modo da assicurare che i benefici sintomatici dei trattamenti siano superiori agli svantaggi (Ventafridda, 1990).

Si deve convenire, tuttavia, che molto spesso questi trattamenti sono insufficienti e condotti in modo empirico, con risultati molto variabili a seconda della specifica preparazione ed esperienza del curante.

Pertanto, ogni «organizzazione» che migliori la qualità delle prestazioni in se stesse e le renda idonee ad essere usufruite da un maggior numero di persone non può che essere un obbiettivo positivo, che i vari sistemi sanitari dei diversi paesi (indipendentemente dalla loro organizzazione assistenziale) dovrebbero promuovere (*).

2. Va affermato che *i «bisogni» del malato terminale sono molteplici e diversificati.*

Anzitutto, le fasi avanzate e terminali di tutti questi pazienti sono caratterizzate da un grave incidenza di sintomi fisici: dalla dispnea, che nel 60% dei pazienti affetti da cancro del polmone arriva al soffocamento, al dolore che varia dal 40 all'85% nelle fasi terminali e a tutta una serie di altri sintomi che riguardano i problemi della cavità orale, vescicale, della pelle, l'astenia, l'anoressia ecc. (Walsh, 1989). Questi sintomi sono spesso associati a situazioni sociali di abbandono, di mancanza di comunicazione con i portatori di cure, medici e infermieri, e con la famiglia, all'isolamento e all'emarginazione in cui spesso si trovano queste persone.

3. La modalità che si è dimostrata più idonea per affrontare tali bisogni è stata quella di creare *«centri per le cure palliative»* (qualsiasi assetto giuridico e denominazione assumono tali organizzazioni) che — servendosi di personale dalla diversa professionalità (infermieri, medici, assistenti sociali, volontari) ma caratterizzati da una formazione e da una «motivazione» comune — offrono un sistema di interventi costituito da:

1) assistenza domiciliare basata su un modello cooperante con i servizi interni a un'istituzione ospedaliera o autonomi, che ha come punto principale dell'intervento il domicilio del malato.

2) servizi di consultazione — questi possono essere localizzati negli ospedali e nelle unità sanitarie locali e provvedono al controllo dei sintomi nelle corsie e nell'ambulatorio per i malati esterni, con i malati e le famiglie, lavorando in stretto contatto con i centri di intervento domiciliare. Questo

(*) Ricorda Ventafridda che «la necessità di cure al malato terminale diventa sempre più impellente. Ogni anno nel mondo vengono diagnosticati circa sette milioni di nuovi casi di cancro e cinque milioni di persone muoiono di questa malattia (World Health Organization, 1986). Malgrado tutti i progressi compiuti nel campo della ricerca, nei paesi sviluppati due terzi dei malati di cancro muoiono e in quelli in via di sviluppo tale percentuale è ancora più elevata. Per questi malati, una cura di supporto attiva appare perciò l'unico approccio umano realistico per molti anni ancora, fino a quando la prevenzione e la diagnosi precoce avranno il massimo impatto e i servizi sanitari e il personale preparato saranno disponibili».

modello si è sviluppato in Italia — ad es. — attraverso la Fondazione Floriani con l'aiuto della Lega Tumori di Milano in ben 10 centri di questa città; un secondo esempio è rappresentato dal Policlinico Gemelli di Roma;

3) modello hospice — struttura di 8/10 letti aperti ai familiari, che può stare sia nell'ospedale, sia autonoma a sé stessa, in collegamento con gruppi di assistenza domiciliare;

4) supporto per il lutto. Questa parte di attività impegna i gruppi di intervento domiciliare, particolarmente le infermiere e i volontari.

In alcuni Paesi, e in alcune zone (peraltro molto limitate) di altri, come ad esempio in Italia, sono stati realizzati centri efficienti; nel complesso tuttavia le cure palliative condotte con rigorosi criteri sono poco diffuse.

Secondo Ventafridda (1990), i maggiori ostacoli nella promozione delle cure palliative sono:

a) l'assenza di una politica sanitaria sul dolore da cancro e sugli altri aspetti delle cure palliative;

b) la carenza di educazione del personale sanitario e di coloro che si occupano della sanità pubblica;

c) la paura che l'uso medicinale della morfina e degli altri oppioidi possa contrastare con le leggi e le prescrizioni contro la tossicodipendenza;

d) la mancata disponibilità e distribuzione di farmaci oppioidi per il sollievo del dolore;

e) le restrizioni imposte dagli ospedali e dalle USSL sulle prescrizioni, che non consentono un sufficiente quantitativo di dosaggi per il malato;

f) la scarsa professionalità dei medici nel prescrivere gli analgesici;

g) la mancanza di risorse economiche per la ricerca e lo sviluppo delle cure palliative.

4. È fondamentale, nell'azione di questi Centri, il comportamento impostato sulla corretta «comunicazione» con il malato; ciò che implica come valori etici reciprocamente attivati la *veridicità* (dire il vero) e l'*accoglienza della volontà del malato*, espressa dopo che egli sia stato correttamente e lealmente informato. La prassi della «*proporzionalità delle cure*» ad ogni fase della stessa malattia terminale, che deriva dall'armonizzazione delle potenzialità espresse dalla medicina (nella concreta valutazione delle indicazioni e controindicazioni di ogni atto medico, nelle circostanze e nelle concrete disponibilità assistenziali di mezzi e di luogo) con il rispetto della volontà del malato (come sopra definita) non si sottrae peraltro ad alcune scelte etiche cardinali, che si riconducono al dilemmma se il paziente cosciente («compos sui» nella pienezza dei termini) abbia «titolo giuridico» verso la disponibilità della propria vita (nelle circostanze ipotizzate della malattia terminale pervenuta allo statio pre-agonico) e se il medico abbia — nelle sud-

dette circostanze — il diritto/dovere di assecondare la volontà espressa dal paziente.

Il diritto positivo elaborato nei vari Paesi, attualmente vigente, nega questa possibilità, ed io ritengo che questo divieto debba essere fermamente confermato.

Tuttavia non si può tacere che, a fianco di una antropologia che si informa al principio della «intangibilità» della vita (qualsiasi fondamento si voglia dare a tale principio) — secondo il quale né il paziente può disporre della vita né il medico può direttamente disporre della stessa o assecondare la richiesta del paziente in tal senso (in rapporto «all'obbligo di garanzia» derivante dalla sua specifica professione) — è venuta, negli ultimi anni, delineandosi una diversa antropologia che attenua il valore assoluto del principio della intangibilità della vita, proponendo invece e giustificando comportamenti derogatori allorché — nella valutazione del paziente — la «*qualità della vita*» sia scaduta a livello ritenuto di «*non dignità*». Di fronte a tale giudizio, che — si ripete — spetterebbe unicamente al paziente, il medico non solamente sarebbe esonerato dall'ossequio del principio della intangibilità della vita, ma in forza del principio di «benevolenza» nei riguardi del malato (e per non incorrere nella «malevolenza» verso di esso, con possibili accuse di praticare l'«accanimento terapeutico») dovrebbe essere tenuto a consentire ed anzi a facilitare l'*exitus*.

L'antropologia descritta trova sparsi, ma accaniti sostenitori in diversi Paesi occidentali, e sembra particolarmente coltivata in Olanda (pertanto, non fa meraviglia che il proponente la risoluzione, On. Van Hemeldonck, sia delegato di quel Paese al Parlamento Europeo), ove si ritiene che pratiche di cripto-eutanasia non siano infrequenti.

Si sostiene, da parte dei propugnatori di tale antropologia, che una legge che si fondi sul principio del «suicidio razionale assistito» possa reciprocamente garantire sia i pazienti terminali che i medici, i quali — altrimenti — sarebbero costretti ad operare nella clandestinità o, almeno, nella «tolleranza» dell'Autorità giudiziaria, senza certezza di diritto penale.

5. È certamente da ritenersi doverosa, da parte del medico, la *terapia diretta ad alleviare il dolore e la sofferenza.*

È questa una pratica consolidata dall'antichità, che trova nel progresso della «terapia del dolore» — quasi branca specialista della medicina — una sempre maggiore consistenza di risultati.

È prassi diffusa ed eticamente ammessa, anche dai più rigorosi custodi del principio della «sacralità della vita», che un trattamento necessario per alleviare le gravi sofferenze del malato e che per sua natura sia a ciò direttamente finalizzato, non possa considerarsi «eutanasico» anche se, come effetto

secondario (prevedibile in base alla comune esperienza ma non intenzionalmente voluto) conduca ad una anticipazione della morte del paziente stesso.

La natura e le modalità del trattamento sono comunque affidate alla discrezionalità prudente del medico, che in termini di scienza e coscienza — a norma delle leggi e del codice deontologico vigente — deve porre in atto ogni accorgimento per raggiungere il primo degli obiettivi (l'abolizione del dolore) ed evitare il secondo (l'anticipazione della morte).

Come dimostra la prassi dei «Centri per le cure palliative», questo risultato può largamente ottenersi allorché il personale abbia raggiunto una adeguata esperienza (*).

6. *La questione morale assume connotazioni diverse a seconda delle modalità con le quali viene praticata la terapia antalgica.*

Possono individuarsi, in pratica, tre ipotesi, che sembrano quelle più, ricorrenti:

1) viene praticata una somministrazione discontinua e periodica di morfina (eventualmente orale) che consente fasi di obnubilamento e fasi di veglia del paziente sì da permettere anche l'alimentazione, la pulizia ecc.;

2) la somministrazione è continua e per via endovenosa (goccia a goccia) e si limita ad erogare analgesici od oppiacei alle dosi appena necessarie al completo e costante obnubilamento della coscienza, e viene praticata senza arrestarne la somministrazione sintantoché sopravvenga la morte;

3) alla somministrazione di anestetici — effettuati in misura massiva (e forse oltre i limiti richiesti dal controllo della soglia dolorifica) — vengono associate sostanze elettrolitiche, capaci di realizzare — per accumulo — effetto tossico sul muscolo cardiaco e l'arresto del cuore.

Di fronte a queste tre ipotesi è evidente che il giudizio «morale» deve basarsi non solo sull'intenzionalità del trattamento, ma sulla coerenza fra l'intenzionalità e le modalità (mezzi e caratteristiche di impiego) con cui il trattamento viene condotto.

Mentre il primo caso è perfettamente coerente con il principio di «sacralità della vita» e con la «benevolenza» riguardo al malato, già il secondo è

(*) Ventafridda così si esprime: «I sintomi che intervengono nei malati di cancro negli ultimi giorni di vita sono estremamente penosi e in particolare per il soffocamento, per il dolore incoercibile è necessario somministrare dosaggi di oppioidi che riducono spesso lo stato di coscienza del malato, senza però accelerarne la morte. Ciò chiarisce il concetto che le cure palliative sono in netta contrapposizione con ogni forma di eutanasia attiva, cioè ogni atto deliberato del medico per porre immediatamente fine a una vita. L'eutanasia legale è un modo per sfuggire all'approccio delle cure palliative, che richiede personale, tempo, educazione ed è un modo per non riconoscere che la vita del malato nella fase terminale ha un valore fino all'ultimo istante, se sorretta da un aiuto che offra una presenza umana motivata, preparata fino al trapasso».

più opinabile, pur sembrando consentito allorché il malato gravemente sofferente, non più sensibile allo schema terapeutico precedente e pervenuto alla fase agonica (accertata dalle caratteristiche rilevate obiettivamente dal medico) ne abbia fatto esplicita richiesta.

In tal caso, il principio della «proporzionalità delle cure», inteso come dovere di evitare inutili sofferenze con l'impiego di mezzi non direttamente lesivi della vita del paziente può ritenersi — di stretta misura — ancora rispettato, ed altrettanto l'ossequio alla volontà del malato.

Viceversa, è moralmente da considerarsi eutanasica la terza eventualità, poiché all'azione analgesica si aggiunge la prevista (e preordinata) azione cardioplegica.

Analisi del documento «Proposta di risoluzione del Parlamento Europeo circa l'assistenza del malato terminale»

Adriano Bompiani

Il documento appare, a giudizio personale, anzitutto largamente incoerente nelle diverse «motivazioni».

I punti A-B-C accolgono quella definizione di «persona» che sostiene fra l'altro la cosiddetta teoria della *«morte personale»*, o *cognitiva* o *neocorticale* secondo la quale la caratteristica principale dell'essere umano è la *capacità di coscienza e di interazione sociale.* Pertanto la morte consisterebbe nella perdita irreversibile di questa capacità, indipendentemente dall'esistenza di funzioni vegetative ed autonome di durata prolungata, come possono osservarsi ad esempio nei cosiddetti pazienti con *stato vegetativo persistente.*

Il paziente che abbia perduto le funzioni corticali (che imprecisamente il documento chiama cerebrali) sarebbe privo di dignità, essendo l'essere umano «definito» dal *livello di coscienza.*

Le proposizioni dei punti A-B-C, sono, a mio parere, inammissibili.

Sono viceversa ammissibili, ma anche generiche e scontate le affermazioni di cui ai punti D-E-F e non sembrano apportare un reale vantaggio ai fini della definizione dei contenuti giuridici della «proposta di risoluzione».

È valida l'affermazione contenuta al punto G (riguardante il dolore); H (mezzi per combattere il dolore); I (sotto l'aspetto sociologico); J (circa la indispensabilità di assicurare cure palliative).

È dubbio il vantaggio (e per molti aspetti è erronea la giustificazione) di proporre la sostituzione del concetto di *cure palliative* con quelle di *cure superiori* (K). Più esatto, semmai, il termine «cure totali».

Valido il concetto indicato in L.

Appare del tutto contraddittoria la lettera M: non si vede come la «richiesta di interruzione di una esistenza a cui la malattia ha tolto ogni dignità», con l'aspirazione ad «un sonno definitivo», non costituisca una «negazione alla vita». Certamente, sarebbe stato più onesto affermare che si dà per determinante, ai fini della condotta medica, la volontà espressa dal paziente in merito al personale giudizio sulla «qualità della vita».

In definitiva, le considerazioni espresse in A-B-C e M sono fra loro strettamente correlate e «determinanti» ai fini del richiesto disposto giuridico di cui al punto 8 del «dispositivo».

Si ritiene opportuno espungere dal testo le «motivazioni» di cui ai punti A-B-C-O e il punto 8 del «dispositivo».

Circa il «Dispositivo» (numeri 1-7 e 9-10) si concorda con l'utilità di farne oggetto di una «Risoluzione».

Qualora non venissero espunti i punti A-B-C-L e il punto 8, si avrebbe la certezza che si vogliano raggiungere due obiettivi:

1) l'organizzazione di centri di cure terminali;

2) l'autorizzazione legale a pratiche inevitabilmente eutanasiche nella forma «attiva».

È evidente che il primo obiettivo finirebbe per rappresentare la «copertura» giuridica del secondo.

Si sottolinea, infine, che l'autorizzazione per legge di pratiche eutanasiche (sia pure per esplicita richiesta del paziente) non potrebbe fugare il sospetto che «pratiche» eutanasiche possano comunque essere perseguite anche al di fuori del consenso del soggetto in detti «Centri», screditando la fiducia verso queste opportune strutture.

BIBLIOGRAFIA

DI MOLA G. – *Cure palliative. Approccio multidisciplinare alle malattie inguaribili*, Masson, Milano 1988, pagg. 302.

PETRINI M. – *Accanto al morente.* Vita e Pensiero, Ed., Milano 1990.

PIGHIN B. F. – *Assistenza al malato terminale.* Ed. Scuola Maran, Pordenone, 1987.

ROMANINI A., SPEDICATO M. R. – *Unità di cura continuativa. Progressi clinici 3/3*, Piccin, Ed., Padova 1988.

SAUNDER C. – *The management of terminal illness.* Hospital medicine Publications Ltd., London 1967.

VENTAFRIDDA V. – *Continuing care: a major issue in cancer pain management.* Pain, 36: 137, 1989.

VENTAFRIDDA V., DE CONNO F. – *Una medicina che si prenda cura. La filosofia delle cure palliative.* Anestesia e rianimazione 31/1-2, 27-100, 1990.

CRITERI DI VALUTAZIONE GIURIDICA (doc. IT/PR/102451)

della proposta di risoluzione
sull'assistenza ai pazienti terminali
presentata al Parlamento Europeo

Francesco D'Agostino

0. *La Proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali* approvata dalla «Commissione per la protezione dell'ambiente, la sanità pubblica e la tutela dei consumatori» del Parlamento Europeo si qualifica essenzialmente — come hanno subito rilevato tutti i commentatori e tutti gli organi di stampa — non per la parte in cui si auspica la promozione e il miglioramento dei metodi specifici per le «cure palliative» (destinata a trovare un consenso generalizzato, al di là di alcune possibili modifiche migliorative del testo), ma per il punto n. 8, che recita: «Il Parlamento Europeo... ritiene che ogni qual volta un medico decide in piena coscienza, di accogliere la richiesta pressante e continua di un malato a chiudere un'esistenza che ha perso per lui ogni dignità, tale medico agisce nel rispetto di una vita umana». È del tutto evidente che attraverso questa formulazione si sollecita l'accettazione — a livello sociale — e la legalizzazione — a livello normativo — della c.d. «eutanasia attiva».

Presupposti argomentativi del punto n. 8 sono tutte le «considerazioni» che aprono il documento; ma in modo particolare quelle indicate sotto le lettere A, B, C ed M. Queste considerazioni appaiono teoricamente piuttosto povere e tali spesso da generare confusione. A mero titolo di esempio si noti che dopo che si è perentoriamente affermato, nel punto A, che l'esistenza di una persona non è riducibile alle sue funzioni *naturali*, si sostiene invece, nel punto C, una definizione dell'essere umano che non può non essere ritenuta strettamente «naturalistica», quella per la quale ciò che definisce l'uomo sono le *funzioni cerebrali* (funzioni eminentemente «naturali»!). Nelle considerazioni che aprono il documento, peraltro, l'uso del linguaggio è caratterizzato da una insistenza su tonalità affettive — insistenza indebita, quando l'argomento in oggetto richiede al contrario la massima *freddezza* di analisi e di giudizio — e soprattutto da una certa *ambiguità* costitutiva, che lascia il lettore perplesso sull'esatta valenza dei termini usati e che in certi casi sorpassa le soglie dell'eufemismo, per attingere quelle della mistificazione linguistica. Così ad es. l'espressione «sonno definitivo» del punto M sembra evidentemente usata per evitare il ricorso al termine — più diretto ma anche più corretto — di *morte*.

0.1. Le considerazioni seguenti intendono valutare la *Proposta di risoluzione* a partire da una prospettiva particolare, ma di grande rilievo all'interno della prospettiva interdisciplinare propria della bioetica: la prospettiva del *diritto*. Con l'espressione «diritto» faccio certo riferimento al sistema normativo vigente, ma soprattutto alle esigenze strutturali che il diritto difende e promuove, che qualificano l'esperienza giuridica come una modalità specifica di relazione sociale e non semplicemente come un epifenomeno di altre dimensioni dell'esistenza (politiche, religiose, etiche in senso lato, ecc.). Se il diritto ha una sua struttura propria, esso imporrà alla prassi sociale (nel nostro caso a quella terapeutico sanitaria) *limiti di principio*, indipendenti da quelli che alla stessa prassi potrebbe porre un'altra dimensione dell'esperienza (ad. es. la religione o la morale in senso lato). È compito del giurista tener desta la consapevolezza di queste esigenze specificamente giuridiche (e questo, e solo questo, giustifica la presenza della sua voce all'interno del dibattito bioetico, se non vuole ridurre il proprio ruolo a quello di mero notaio di decisioni prese ad altri e diversi livelli, in particolare a livello politico).

Questo punto si è imposto con evidenza nella cultura contemporanea, almeno da quando si è universalmente diffusa la consapevolezza della rilevanza dei diritti umani, come spettanze *meta-legali*, ma nello stesso tempo *specificamente giuridiche* (e pertanto giuridicamente difendibili e rivendicabili). Peraltro, ogni qual volta la struttura propria del diritto viene ignorata o ridotta a forme allotrie o comunque subisce violenza, seguono caratteristici effetti, a tutti ben noti, che possono andare dall'obiezione di coscienza alla inosservanza generalizzata delle norme positive, fino al ricorso da parte dello Stato alla repressione, più o meno cieca, per sostituire alla mancata obbedienza fondata sul consenso un'obbedienza coatta fondata sul terrore.

1. La *proposta di risoluzione* sull'assistenza ai pazienti terminali non crea alcun grave problema giuridico nella parte in cui intende promuovere la diffusione delle cure palliative e più in generale l'ottimizzazione dell'assistenza ai malati terminali. Finalità del genere — proprie di una accorta politica sanitaria — hanno rilevanza giuridica, nei limiti in cui siano riconosciute omogenee — come di fatto sono — ad un valore giuridico fondamentale, quale quello del c.d. *diritto alla salute.*

Perplessità specificamente giuridiche e particolarmente gravi suscita invece il punto 8 della *Proposta*, nella parte in cui, nel nome della *dignità umana*, avalla azioni eutanasiche da parte del medico.

2. Nella prospettiva del diritto — come esperienza di relazionalità sociale — *dignità* della vita umana significa, essenzialmente, che ad ogni individuo umano è riconosciuta di principio e senza eccezione alcuna la *capacità giuridica*. Tale riconoscimento si fonda su ragioni intrinsecamente giuridiche, cioè sulla pura logica dell'intersoggettività: può giovarsi di ulteriori

motivazioni (per lo più etiche e religiose), ma non ne ha di per sé bisogno alcuno.

Per convincersi di quanto si è appena detto, si consideri che perché si instauri un rapporto giuridico non c'è alcun bisogno di presupporre che le parti del rapporto condividano la medesima religione o analoghi valori etici, né che facciano parte di una stessa comunità politica: è sufficiente che entrambi si riconoscano come soggetti umani e — se si preferisce — che ciascuno riconosca la *dignità* dell'altro, la sua capacità di essere titolare, in quanto uomo, di diritti e di doveri.

Nella prospettiva del diritto, *dignità* della vita umana implica l'*indisponibilità* di principio della vita stessa da parte di chiunque. Se infatti il diritto considerasse la vita umana (anche se solo in alcuni casi) come di principio *disponibile*, ciò implicherebbe l'arbitrio, per colui nelle cui mani tale disponibilità venisse posta (in breve: per i detentori del potere), di riconoscere o di non riconoscere alcuni individui umani come *soggetti di diritto*. Verrebbe così meno il presupposto fondamentale del diritto; la volontà politica detterebbe la sua legge al diritto, stravolgendolo nella sua struttura: *uomini* sarebbero solo coloro che la volontà politica decidesse di riconoscere come tali. Riconoscere la dignità della vita umana e di conseguenza la sua *indisponibilità* è quindi il *presupposto* di ogni discorso giuridico sull'uomo; è, se così si preferisce dire, il *diritto umano fondamentale*.

La dignità — nella valenza giuridica del termine — non va quindi riferita né consegue a nessuna caratterizzazione ulteriore, né fisica, né culturale, né morale, ma solo alla mera appartenenza alla specie umana. La dignità della vita non presuppone una sua qualità, ma è piuttosto vero il contrario: si può parlare di qualità della vita umana solo se se ne presuppone la dignità. La malattia — o l'indigenza o la povertà di spirito — non tolgono dignità all'essere dell'uomo, più di quanto non gliela conferiscano la salute o la ricchezza o l'intelligenza. Che la salute (e l'agiatezza) siano beni da promuovere e la malattia (e la penuria) mali da combattere sono verità (del tutto ovvie), che hanno certamente rilievo per il giurista, non però perché significative per identificare l'essere dell'uomo, ma per meglio difenderlo nelle sue spettanze.

3. Il principio dell'indisponibilità della vita umana è struttuato dal diritto attraverso l'elaborazione e l'adozione di un principio di carattere generale e transculturale: quello della *presunzione della illiceità dell'omicidio* (inteso come azione, intenzionale e consapevole, volta a uccidere una vita umana innocente). Non contraddice il principio dell'indisponibilità della vita la non punibilità del (tentato) suicidio, che resta, ancorché non punibile, un'azione strutturalmente antigiuridica, come si evince (oltre che dalla puni-

bilità dell'*aiuto al suicidio*) dal principio generale secondo cui è da ritenere doveroso prestare soccorso nei confronti di colui che, avendo attentato alla propria vita, non l'abbia ancora perduta.

Nella definizione che abbiamo dato dell'omicidio rientra certamente la c.d. *eutanasia attiva*: rientra la c.d. *eutanasia passiva*, qualora l'omissione terapeutica sia posta in essere per ottenere come fine proprio e intenzionale, anche se indiretto, quello della soppressione della vita del paziente; non rientra — altrettanto sicuramente — la *sospensione delle cure*, quando ciò sia richiesto in modo inequivocabile e con piena coscienza dal paziente stesso (in virtù del principipo — giuridicamente indiscutibile — *voluntas aegroti suprema lex*); non rientrano, infine, la soppressione o il rifiuto di porre in essere il c.d. *accanimento terapeutico* (poiché la rinuncia all'accanimento non ha la finalità di provocare in sé e per sé la morte del malato, ma quella di evitargli lo strazio di interventi straordinari, da lui non richiesti, non finalizzati di per sé né alla guarizione, né all'alleviamento delle sofferenze, ma esclusivamente alla mera sopravvivenza biologica dell'organismo).

4. Per sostenere la liceità (giuridica) delle pratiche eutanasiche propriamente dette, è quindi necessario introdurre nel quadro sopra delineato un'*eccezione*, adeguatamente giustificabile sul piano del diritto. Una mera giustificazione *etica* di tale eccezione che non fosse *giuridicamente* suffragabile non potrebbe avere rilevanza per il diritto (pena la completa e non auspicabile *moralizzazione* del diritto stesso) se non come attenuante della gravità del reato (si consideri comunque che nel diritto penale italiano vigente tale attenuante è già riconosciuta a chi agisca per motivi «di particolare valore morale e sociale»).

Per giustificare tale eccezione si potrebbe, in linea di principio:

a) ritenere in generale obiettivamente *priva di dignità* la vita del malato terminale (e/o, più in generale, quella di soggetti «deboli», come ad es. gli handicappati gravi) e riconoscere alla società il diritto — essenzialmente fondato su considerazioni economico-demografiche, anche se il più delle volte giustificato con argomenti umanitari — di sopprimerla.

Questa via — praticata più volte nella storia, anche se in circostanze storico-sociali particolari — è stata riproposta nel nostro secolo da C. Binding e A. Hoche, nel libro *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* (Leipzig 1922) che ha costituito la base teorica del programma di selezione eugenetica promosso dal nazismo.

Non sembra obiettivamente questa la logica che sta dietro la *Proposta di risoluzione* presentata al Parlamento Europeo, nella quale non si fa cenno ad un preteso — e peraltro indimostrabile — diritto della società sulla vita dei consociati.

b) ritenere l'atto eutanasico come un'estensione di un potere di disposizione sulla propria vita da riconoscersi al soggetto.

In questa prospettiva la società non avrebbe il diritto di uccidere, ma sarebbe il soggetto a poter rivendicare alla propria libertà insindacabile il *diritto di morire (con dignità)*. Rendere giuridicamente fondato tale diritto e riconoscere come intrinseco ad esso quello di poter ottenere un aiuto altrui per dargli effettualità implicherebbe — per l'ordinamento giuridico — rendere altri soggetti destinatari di un corrispondente *dovere*, quello *di uccidere*. Sembra questa l'opzione teorica che sorregge il punto 8 della *Proposta di risoluzione* che stiamo esaminando.

Si osservi che se si vuol riconoscere al soggetto un potere di disposizione sulla propria vita, questo equivale a dover riconoscere il suicidio come un diritto, indipendentemente da qualsiasi considerazione ulteriore sulla situazione esistenziale in cui possa versare il soggetto stesso. Se cioè il diritto al suicidio venisse riconosciuto solo al soggetto che fosse malato terminale (secondo quello che sembra essere lo spirito della *Proposta*), ciò implicherebbe il riconoscimento che la malattia altera *oggettivamente* lo statuto giuridico ed esistenziale dell'essere umano, e corrode *oggettivamente* quella dignità che giustifica la difesa della vita. Ma se la vita umana perde dignità *oggettivamente* — in virtù del suo essere vita malata — essa diviene *oggettivamente* disponibile, e non perché così vuole — liberamente e insindacabilmente — il soggetto. L'ipotesi *sub b* che stiamo considerando verrebbe di fatto a coincidere con quella *sub a*, che abbiamo esaminato (e rifiutato) in precedenza.

5. Limitandoci ad una valutazione strettamente giuridica (che non preclude ovviamente altri tipi di valutazione), di questa seconda ipotesi, va messo in evidenza come ad essa facciano ostacolo le seguenti considerazioni:

a) l'impossibilità di porre quello alla vita — sia pure alla propria — tra i diritti *disponibili* da parte del soggetto.

È opinione oramai comunemente condivisa, quella per cui i *diritti fondamentali* sono nel loro principio *indisponibili*. Nessuna convenzione giuridica può essere ritenuta valida ove tramite essa si disponga dei valori che qualificano la dignità dell'uomo. Non posso disporre della mia potestà di genitore, non posso disporre dei miei diritti politici o della mia libertà, fisica o di pensiero. Ritenere disponibile la vita, a partire da una manifestazione soggettiva di volontà, introdurrebbe nell'esperienza giuridica un'eccezione, che legittimerebbe qualunque ulteriore eccezione, a partire da quella concernente la libertà personale.

b) L'estrema difficoltà di accertare l'attendibilità della manifestazione di volontà eutanasica.

Una volontà eutanasica andrebbe ritenuta giuridicamente accertabile solo se manifestata da un soggetto in un suo stato di assoluta lucidità mentale, all'interno di una situazione esperienziale concreta e dopo una corretta, esauriente e non controvertibile informazione medica: ipotesi, queste, di difficile riscontro concreto e tali comunque da attivare mille possibilità di contenzioso. Ancora più problematica la possibilità di *presumere*, eventualmente sulla base di un *Testamento di vita* o *testamento biologico* — a volte redatto molti anni prima — la volontà eutanasica attuale di un paziente non cosciente.

c) L'assolutizzazione antirelazionale (e di conseguenza antigiuridica) della volontà soggettiva del paziente.

La volontà eutanasica del paziente può certo trovare di fatto consenziente il medico, ma può anche trovarlo non consenziente per ragioni di principio (religiose, deontologiche, etiche, ecc.) o per ragioni particolari, legate strettamente al caso concreto (ad es., perché egli ritiene possibile sperimentare nuove prassi terapeutiche, o perché ritiene l'esito ragionevolmente lontano, o perché comunque ritiene *ben curabile* anche se *non guaribile* la malattia di cui il paziente soffre, ecc.). È soprattutto in questo secondo caso che emerge bene la difficoltà del problema dell'eutanasia come *problema giuridico*. Se infatti si riconosce al soggetto un *diritto* alla buona morte — a partire da una sua decisione soggettiva — si dovrebbe per coerenza far gravare sul medico l'*obbligo* di porre in essere l'azione eutanasica. La simmetria relazionale dei due soggetti verrebbe così alterata radicalmente: la prassi medica, da cooperazione interpersonale in vista di un obiettivo voluto da entrambi (medico e paziente) per una finalità *scientificamente obiettiva* (la terapia) diverrebbe qualcosa di obiettivamente diverso, assimilabile a un rapporto (politico) di dominio: la volontà del paziente *dominerebbe* quella del medico, imponendosi ad essa. Se viceversa al medico fosse riconosciuta la potestà di *integrare* con la sua la volontà eutanasica del paziente, sarebbe in definitiva al medico che verrebbe riconosciuta dal diritto una vera e propria *potestà* sulla vita del paziente. In un modo o nell'altro la situazione sarebbe costitutivamente antirelazionale, non potrebbe essere ricondotta alla tipicità del rapporto medico/paziente e sarebbe in definitiva giuridicamente non controllabile: il diritto *istituzionalizzerebbe* un *potere* di disporre della vita di cui non si ha nell'esperienza giuridica propriamente detta alcun esempio.

CONSIDERAZIONI

sul «Progetto di relazione sull'assistenza ai pazienti terminali» presentato al Parlamento Europeo

Caro Presidente,

sono perfettamente in accordo con le considerazioni da Te esposte nel documento del 27 maggio 1991.

In particolare ritengo utile sottolineare maggiormente la nostra netta opposizione a quanto riportato nei paragrafi A - B - C relativi alla definizione della morte ed ai criteri neurologici per il suo accertamento.

Nei suddetti paragrafi si propone, di fatto, lo «stato vegetativo persistente» quale criterio neurologico sufficiente per l'accertamento della morte della persona.

In tal senso abbiamo più volte espresso parere contrario, in quanto solo la completa ed irreversibile necrosi di tutto il contenuto della cavità cranica, fino al primo segmento cervicale, determina la morte dell'individuo.

Al contrario (1) lo stato vegetativo persistente — a volte impropriamente definito «morte corticale» — è caratterizzato dalla conservazione delle funzioni delle strutture tronco-encefaliche e, quindi, dalla conservazione di una autonoma funzione cardiorespiratoria. Rimangono pertanto attive le capacità di regolazione centrale omeostatiche dell'organismo e la capacità di espletare in modo integrato le funzioni vitali compresa la respirazione.

Va rilevato, inoltre, che «stato vegetativo persistente» non vuol dire di per sé irreversibile e si segnalano casi che hanno recuperato, anche se parzialmente ed in tempi lunghi, una vita di relazione. Peraltro sussiste, al momento attuale, una oggettiva difficoltà clinica ad accertare, senza alcuna possibilità di errore, una necrosi completa ed irreversibile della sola corteccia cerebrale.

In pratica lo stato vegetativo persistente definisce una significativa riduzione della qualità della vita ma non una condizione di morte.

Questi concetti sono stati riproposti nel documento del Comitato nazionale per la Bioetica (2) su «Definizione e accertamento della morte nell'uomo» recentemente presentato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Queste osservazioni, se le ritieni utili, potrebbero integrare il documento da Te inviatomi.

Prof. C. Manni

---

(1) C. Manni: *La morte e i parametri clinici. Medicina e Morale*, 2; 231-249, 1988.

(2) Comitato Nazionale per la Bioetica: «*Definizione e accertamento della morte nell'uomo*», 15 febbraio 1991.

OSSERVAZIONI (doc. IT/RR/108939)

del Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore sulla proposta di risoluzione del Parlamento Europeo sull'assistenza ai pazienti terminali

Sul piano antropologico:

– il considerando A («considerando che il fondamento della vita di un essere umano sono la dignità e la spiritualità e che quindi l'esistenza di una persona, non è riducibile alle funzioni naturali, vale a dire alle funzioni della vita vegetativa») pur riconoscendo alcune caratteristiche importanti della persona non considera come valore fondamentale della vita umana la vita corporea, cioè lo statuto della corporeità viene ignorato e negato. Inoltre, il concetto di «funzioni naturali» non può essere identificato solo con quello di «funzioni della vita vegetativa».

– il considerando C («considerando che le funzioni cerebrali determinano il livello di coscienza e che il livello di coscienza definisce un essere umano») confonde i caratteri distintivi dell'essere umano della razionalità e della coscienza con il loro esercizio = capacità attuale di ragionamento e di coscienza. Ne deriverebbe che ove non c'è o non c'è più esercizio di razionalità e coscienza non esisterebbe l'individuo umano (feti, pazzi, anencefali, gravi cerebropatici, ecc.) da proteggere e a cui garantire la vita.

Da questo inoltre deriverebbe la possibilità, che è invece inaccettabile, di prelevare per esempio gli organi ai fini di un trapianto da soggetti privi di coscienza nei quali vi siano ancora le funzioni cardiovascolare e respiratoria autonome.

Entrambi i consideranda non concordano con altre precedenti Raccomandazioni fornite dal Consiglio d'Europa in merito ai malati terminali (punto 8 della Raccomandazione 779/1976) e ai feti.

Sul piano medico-neurologico:

il combinato del considerando B (« considerando che la morte di un individuo è definita in funzione dell'arresto delle funzioni cerebrali, anche

nel caso in cui continuino le funzioni biologiche») e del considerando C confonde volutamente le funzioni *cerebrali* con le funzioni *corticali*. Deve essere ribadito con chiarezza che è la morte cerebrale totale che equivale alla morte dell'individuo, come accettato da tutti i rapporti dei comitati *ad hoc* internazionali da quello di Harvard in poi.

Sul piano deontologico:

il considerando L unitamente al punto 8 della proposta di risoluzione fa riferimento alla richiesta di «interruzione di un'esistenza» che si configura come una eutanasia attiva vera e propria e non come rifiuto dell'accanimento terapeutico. Ciò è in contrasto con i «Principi di Etica Medica Europea» e con numerosi codici di deontologia medica, nonché con i diritti dell'uomo e le costituzioni di molti Stati.

Sul piano culturale e interculturale:

affermare che il dolore non ha alcun significato non è rispettoso della posizioni di quanti (specialmente fra i credenti) credono di poter dare e di dover dare un senso al dolore, per cui la stessa analgesia deve essere praticata con il consenso espresso o presunto del paziente e non può essere imposta a chi la rifutasse per mantenere, ad es., la lucidità di pensiero.

Sarebbe auspicabile, inoltre, che la proposta di risoluzione ribadisse in forma esplicita che, dal punto di vista etico:

– in nessun caso, anche se richiesto dal paziente, il medico potrà porre in essere trattamenti diretti ad abbreviare la vita del malato in quanto ogni atto mirante a provocare deliberatamente la morte di un paziente è contrario all'etica medica;

– ogni intervento terapeutico sul paziente terminale deve essere ispirato al criterio della proporzionalità terapeutica fra i costi umani e i benefici attesi;

– ci si deve astenere da ogni accanimento terapeutico in relazione a trattamenti di comprovata inefficacia, che aumentano la sofferenza e che siano gravemente sproporzionati con i benefici;

– anche in fase terminale devono essere fornite al paziente tutte quelle cure appropriate (alimentazione, idratazione, cura delle ulcere, ecc.) tali da conservare per quanto possibile la qualità e la dignità della vita che si sta spegnendo.

MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (*)

Prof. Adriano Bompiani - *Presidente*
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Prof. Adriano Ossicini - *Vice Presidente*
Ordinario di Psicologia

Prof.ssa Rita Levi Montalcini
Membro e Professore «ospite»

Cons. Livia Barberio Corsetti
Consigliere di Stato

Prof. Mauro Barni
Ordinario di Medicina Legale

Prof. Luigi Carenza
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica

Dr. Paolo Cattorini
Responsabile Scuola di Medicina e Scienze Umane dell'Ist. Scient. «S. Raffaele» di Milano

Prof. Giovanni Chieffi
Ordinario di Biologia generale

Prof. Ettore Cittadini
Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologia

Prof. Francesco D'Agostino
Ordinario di Filosofia del diritto

Prof. Giuseppe Dalla Torre
Ordinario di Diritto ecclesiastico

Prof. Luigi De Carli
Ordinario di genetica

Prof. Gianfranco Fegiz
Ordinario di Clinica chirurgica

Prof. Angelo Fiori
Ordinario di Medicina-legale

Prof. Carlo Flamigni
Ordinario di Endocrinologia ginecologica

Prof. Luigi Frati
Ordinario di Medicina sperimentale

Prof. Giulio Giorello
Ordinario di Storia della scienza

Prof. Aldo Isidori
Ordinario di Andrologia

Prof.ssa Giancarla Landriscina
Docente di Diritto e Deontologia medica

Prof. Eugenio Lecaldano
Ordinario di Storia delle Dottrine morali

Prof. Antonino Leocata
Primario Pediatra

Prof. Corrado Manni
Ordinario di Anestesiologia e rianimazione

Prof. Francesco Antonio Manzoli
Direttore Istituto Superiore di Sanità

Prof. Silvio Merli
Ordinario di Medicina Legale

Prof. Sergio Nordio
Ordinario di Pediatria

Prof. Rodolfo Paoletti
Ordinario di Farmacologia

Prof. Eolo Parodi
Presidente Federazione Ordine dei Medici

Prof. Pietro Rescigno
Ordinario di Diritto civile

Prof. Carlo Romano
Ordinario di Medicina legale

Prof. Luigi Rossi Bernardi
Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche

Prof.ssa Giovanna Rossi Sciumè
Ricercatore di Sociologia

Prof. Gaetano Salvatore
Ordinario di Patologia generale

Prof. Elio Sgreccia
Ordinario di Bioetica

Prof. Bruno Silvestrini
Ordinario di Farmacologia

Prof. Sergio Stammati
Ordinario di Diritto pubblico

Prof. Fabio Terragni
Biologo

Prof. Glauco Tocchini Valentini
Biologo

Prof. Umberto Veronesi
Direttore Generale Istituto Nazionale Tumori

Prof. Carlo Augusto Viano
Ordinario di Storia della Filosofia

Prof. Giuseppe Zannini
Presidente Consiglio Superiore di Sanità

Sede del Comitato Nazionale per la Bioetica

Via dei Villini, 15 - 00161 Roma – Telefono: Presidente 44.04.279 - Segreteria 44.04.283 - Fax 44.04.282
Fanno parte della Segreteria la signorina Franca Barrano e la signora Colomba Malerba

(*) Ai sensi del DPCM 28 marzo 1990 «Istituzione del Comitato Nazionale per la Bioetica»

Documenti pubblicati dal Comitato Nazionale per la Bioetica:

- *Terapia genica*
- *Definizione e accertamento della morte nell'uomo*
- *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche*
- *Documento sulla sicurezza delle biotecnologie*
- *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*