

NUCLEO DI CURE PALLIATIVE

ULSS 5

CARTA DEI DIRITTI DEI MORENTI

Il presente documento è frutto di una rielaborazione della "Carta dei diritti dei morenti" redatta dal Comitato Etico presso la Fondazione Floriani (C.E.F.F.) nel Maggio 1999.

Il medico che vede se stesso come colui che cura la malattia o come colui che si batte contro la morte è spesso impotente; il medico che sa che la sua funzione è di aiutare il malato al limite delle proprie conoscenze è quasi sempre capace di offrire qualcosa. Nelle sue mani i malati sono protetti dall'abbandono, dalla paura e dalla solitudine, agonie che sono peggiori della morte.

Eric J. Cassel, *The Healer's art*, 1976, Capitolo 7

Prefazione

Il rapporto tra il malato e il personale sanitario, soprattutto nella struttura pubblica, è oggetto da tempo nel nostro Paese di critiche che provengono sia dall'opinione pubblica sia dagli addetti ai lavori. Il disagio nasce principalmente da un eccesso di tecnicismo, dalla scarsa attenzione alle esigenze delle persone malate e dal perdurare di atteggiamenti paternalistici da parte dei medici. Gli operatori, infatti, in nome di un preteso miglior vantaggio del malato, tendono a decidere per lui senza informarlo adeguatamente. Questa pratica è fonte di disagi particolarmente profondi e rappresenta una violazione più grave dei diritti nel caso di malati prossimi alla morte. Nei confronti di queste persone, particolarmente vulnerabili, il paternalismo medico spesso si accentua, grazie anche alla complicità dei famigliari, che, spinti da un intento protettivo, chiedono che il loro congiunto sia tenuto all'oscuro della reale situazione. Tutti questi atteggiamenti sono espressione di una medicina che, proprio perché rivolta alla malattia più che al malato, appare poco attenta ad affrontare, dando adeguate risposte, la sofferenza del paziente prossimo alla morte. Questa pratica diffusa non corrisponde alle norme che regolano il rapporto fra il paziente e l'operatore sanitario. L'articolo 32 della Costituzione, infatti, lascia libero il malato di accettare o di rifiutare le terapie e, in generale, gli interventi medici che gli vengono proposti (diritto alla autodeterminazione). Il presupposto indispensabile per una scelta autonoma e consapevole è il diritto del malato ad essere correttamente informato sulla diagnosi, sulla futura evoluzione della malattia, sulle possibili alternative diagnostiche e terapeutiche e sui loro costi e benefici (principio del consenso informato). La libertà di scegliere le cure, infatti, fa parte delle libertà fondamentali garantite a tutte le persone dall'articolo 13 della Costituzione. Tale libertà, peraltro, se da una parte esprime il diritto del malato di scegliere se e come curarsi, dall'altra non può estendersi fino alla pretesa di ricevere dal medico qualunque trattamento, anche di efficacia non comprovata. La Medicina Palliativa, dalla fine degli anni Sessanta, ha affrontato i problemi del malato prossimo alla morte in modo globale, tenendo conto della complessità delle sue esigenze, non solo fisiche (ad esempio il controllo del dolore), ma anche psicologiche, spirituali e di relazione con chi gli è vicino. E, in effetti, questa nuova forma di assistenza e di cura, dopo molte difficoltà, si va finalmente affermando anche in Italia. Sta nascendo una nuova consapevolezza dei bisogni del morente e delle risposte ad essi più adeguate, che non è, però, ancora diffusa fra gli stessi operatori sanitari, né presente in maniera significativa nella nostra mentalità. Per rafforzare questa nuova consapevolezza il Comitato Etico presso Fondazione Floriani ha sentito l'esigenza di elaborare "La Carta dei diritti del morente". Lo scopo è sviluppare e diffondere una cultura e una prassi delle cure centrata sui bisogni e sui diritti del malato, anzitutto sul suo diritto all'autodeterminazione. Tra i diritti affermati nella "Carta" alcuni rappresentano posizioni già protette dalle regole giuridiche, altri costituiscono piuttosto domande etiche, volte a sollecitare scelte di politica sanitaria capaci di fornire risposte ai problemi dei malati che non possono guarire e a mettere in discussione abitudini e atteggiamenti dominanti nella medicina tradizionale, per arrivare ad una nuova consapevolezza e ad una nuova cultura del morire.

Chi sta morendo ha diritto a essere considerato persona sino alla morte

Parlare di un individuo come di una persona significa renderne immediatamente evidente l'importanza morale, legittimarne il ruolo di centro di imputazione di diritti e di doveri, affermarne l'attitudine ad essere soggetto, e non oggetto, delle decisioni rilevanti che riguardano la sua vita. Quando si afferma il diritto di chi sta per morire a essere considerato persona sino alla morte, si intende sottolineare che, nonostante la sua situazione, il morente è ancora capace di esercitare i diritti di cui è titolare, e che tale capacità va rispettata. Si tratta, piuttosto, di superare la diffusa convinzione che la vicinanza alla morte giustifichi la separazione dei morenti dal contesto del vivere sociale, e la sospensione, nei loro confronti, delle regole e dei principi ai quali si ritiene che la vita degli individui debba essere informata. Si può ancora aggiungere che parlare del morente come di una persona è un modo per richiamare l'attenzione dei medici e degli operatori sanitari, ma in genere di tutti coloro che lo assistono, sulla necessità di rapportarsi al malato non come ad una collezione di organi malati, bensì come ad una personalità completa ed integrale, a cui, nel poco tempo residuo a disposizione, va data la maggiore possibilità di espressione, garantendogli quella centralità che gli è, talora, stata negata in altre fasi della sua malattia o della sua vicenda esistenziale in genere.

Chi sta morendo ha diritto a essere informato sulle proprie condizioni, se lo vuole

Riconoscere al morente la dignità di soggetto capace delle scelte e delle decisioni che lo riguardano, e quindi la dignità di persona, fa tutt'uno con il riconoscergli il diritto di essere adeguatamente e correttamente informato su ciò che gli sta accadendo. Solo un paziente adeguatamente informato è infatti in grado di effettuare con consapevolezza le scelte inerenti la sua salute e la sua vita. E' certo, comunque, che l'informazione a cui ha diritto il morente, non può avvenire in modo catartico sul letto di morte e compiersi in un unico atto. Deve iniziare assai prima e configurarsi come un processo graduale all'interno di un'articolata e complessa relazione comunicativa tra il malato ed un medico capace di scegliere i modi, i tempi, le strategie utili a promuovere la consapevolezza e l'autonomia dei diversi pazienti. Quello all'informazione è un diritto, ma il malato può scegliere di non esercitarlo. Una persona può essere, infatti, interessata a conoscere le proprie condizioni di salute, e in questo caso ha diritto a essere informata, ma potrebbe anche avere un interesse a non conoscerle, e in questo secondo caso ha il simmetrico diritto a non essere informata. Pertanto, sul diritto dei morenti a essere informati incide la loro volontà.

Chi sta morendo ha diritto a non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere

La "congiura del silenzio", la rete di omissioni e di menzogne pietose che gli operatori e i parenti costruiscono intorno al paziente passo passo fin dal momento della diagnosi, si rafforza e si autoalimenta nell'aggravamento stesso della malattia, rendendo poi difficilissima un'informazione tardiva, che assume inevitabilmente le connotazioni di una condanna a morte. Il "gioco" della finzione messo in atto dai medici e dai parenti non

protegge il paziente dalla sofferenza di sapere la verità (il malato anche se non ne parla, “sente” che la propria vita è al termine) mentre lo priva della possibilità di esprimere, all'interno di una relazione autentica, i suoi stati d'animo, le sue emozioni ed angosce. Crea inevitabilmente una comunicazione distorta, destinata, cioè, a creare rapporti improntati alla diffidenza, con conseguenze difficili da gestire. Si crea una situazione che mina alla base la fiducia reciproca, dando origine a sospetti estremamente pericolosi. Per superare queste difficoltà si deve affrontare la questione della verità con franchezza e semplicità: non è necessario rivelarla in modo brutale al malato, ma chi gli è vicino deve dare sempre risposte veritiere. Se il paziente chiede, la sua domanda non deve, né può essere elusa. Quando si ribadisce che anche in punto di morte deve essere offerta ad un individuo la possibilità di conoscere la propria malattia e di essere informato sulla gravità delle proprie condizioni, si intende richiamare l'attenzione di tutti verso un'inversione di tendenza, verso una medicina meno “egocentrica”, che rispetti, cioè, la libertà di scelta della persona e il suo diritto ad autodeterminarsi, ad essere consapevole e, quindi, ad essere informata.

Chi sta morendo ha diritto a partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della propria volontà

Quando il morente è in grado di comprendere, di decidere e di manifestare propria volontà, la responsabilità delle scelte è chiara: ai curanti compete di offrire trattamenti che hanno una ragionevole speranza di dare sollievo senza comportare rischi eccessivi per il paziente, spiegandone i benefici e gli eventuali limiti. Il morente è così messo in grado di scegliere liberamente. E' tuttavia anche possibile che il morente deleghi all'équipe curante queste decisioni, e anche in tal caso la sua decisione va rispettata. E' frequente, peraltro, che il morente esprima una richiesta, ma poi deleghi alla capacità professionale dell'operatore di individuare il trattamento più appropriato in relazione al suo bisogno, salvo riappropriarsi poi di certe decisioni. In quest'ultima ipotesi va sempre rispettata la volontà espressa da ultima dal paziente. Le richieste volte a porre fine alla vita attualmente non possono essere soddisfatte perché la deontologia medica e la legge proibiscono l'eutanasia. Deve, però, in ogni caso essere rispettato il rifiuto delle cure.

Chi sta morendo ha diritto al sollievo del dolore e della sofferenza

Nel caso dei malati prossimi alla morte non è più possibile porre in atto trattamenti volti a perseguire la guarigione. Ma a questi malati può e deve essere garantita la migliore qualità di vita compatibile con la gravità delle loro condizioni. Il controllo del dolore e dei sintomi fisici è il primo passo per ridurre la sofferenza di chi muore. In effetti, un paziente ottenebrato dal dolore non è in grado di avere relazioni, di affrontare il proprio stato, di elaborare le proprie emozioni, di esprimere i propri sentimenti. Ma, in realtà, il dolore e i sintomi correlati troppo spesso sono ancora sottostimati dai medici e, di conseguenza, non vengono adeguatamente trattati. Un esempio ben noto è costituito dalla difficoltà con cui talvolta i malati riescono a farsi prescrivere gli oppioidi, nonostante i recenti provvedimenti ministeriali per rendere la prescrizione di tali farmaci più snella e meno burocratizzata. L'utilità della morfina è talmente nota che il suo consumo pro capite è stato assunto come indicatore di qualità della terapia del dolore da cancro: quest'indice è così importante che

l'Organizzazione Mondiale della Sanità l'ha scelto come uno degli indicatori della qualità dei servizi sanitari di un paese, per cui è lecito affermare che dove si consuma poca morfina, c'è un sistema sanitario scadente. E' importante ricordare che la sofferenza, intesa come percezione cosciente, può anche assumere una valenza spirituale e psicologica che prescinde dalla percezione del dolore fisico. In tal caso, la sofferenza può esistere anche in assenza di dolore o di altri sintomi fisici, e può dipendere dalla perdita del senso della vita, dalla dipendenza da altri, dal configurarsi di una condizione di vita che il malato reputa inaccettabile. Si intende affermare che al malato va evitata quella sofferenza e la degradazione che ad essa si accompagna, e che intervenire in queste situazioni costituisce per la nostra epoca un impegno di grande civiltà.

Chi sta morendo ha diritto a cure e assistenza continue nell'ambiente desiderato

I progressi nei trattamenti medici hanno via via distolto l'attenzione dal "prendersi cura" dei malati come se, trovata la terapia giusta, non ci fosse più bisogno di assistenza. Si ritiene, invece, che l'assistenza al morente implichi, necessariamente, l'individuazione di queste esigenze e il tentativo, per quanto è possibile, di soddisfarle. La terapia interviene alleviando il dolore, ripristinando le funzioni anche se gli organi sono danneggiati, ma non aiuta le persone a soddisfare i bisogni, quale, ad esempio, quello di alimentarsi o di avere cure igieniche adeguate. I malati cronici devono essere aiutati anche a dare un senso alla propria condizione, ad affrontarla, a conviverci. Chi sta morendo deve poter contare sulla creazione delle circostanze cliniche ed assistenziali capaci di favorire una morte serena, per quanto è possibile. L'ambiente scelto dalla persona morente è un nodo decisionale molto delicato. D'altro canto, diversi studi, compiuti sia in Italia, sia in altri paesi, hanno individuato le preferenze del malato rispetto al luogo di cura e di assistenza: e questo pare essere soprattutto la casa. La casa, infatti, è il luogo dove la biografia di una persona trova un "compimento" naturale, può assicurare più comfort, una maggiore privacy, e un'intensità di relazioni affettive impossibili in una struttura sanitaria. Perché tutto questo si realizzi è però indispensabile poter contare su un servizio di assistenza medico-infermieristica in grado di fornire alla famiglia mezzi, materiali, informazioni e supporto psicologico. Sulla preferenza del malato per la casa come luogo in cui morire possono, però, sovrapporsi situazioni ed esigenze che orientano verso una scelta diversa, ad esempio la necessità di ricorrere a trattamenti che non sono attuabili a domicilio o la scarsità delle risorse economiche disponibili. In tale caso deve essere assicurata alla persona morente la possibilità di accedere in tempi ragionevoli a strutture adeguate.

Chi sta morendo ha diritto a non subire trattamenti che prolunghino il morire

Negli ultimi anni il perpetuare un trattamento curativo fino alle soglie della morte, pratica corrente per molto tempo, è stato oggetto di una sempre più ampia valutazione negativa da parte degli stessi medici. Lo stesso codice deontologico della categoria afferma, del resto, che il medico deve astenersi da trattamenti dai quali non possano derivare benefici per il paziente o un miglioramento della sua qualità di vita). È necessario ribadire che rispettare le esigenze del morente significa anche riconoscere il suo diritto ad avere dal medico trattamenti di validità scientifica accertata, capaci di dare un miglioramento delle

condizioni cliniche a fronte di una qualità di vita accettabile. La cura è, dunque, da considerarsi adeguata non solo quando procura un momentaneo sostegno vitale, ma quando ha riflessi positivi sulle condizioni generali del paziente, che non è un insieme di organi malati, ma una persona che soffre. Ciò non significa escludere l'eventualità che sia lo stesso malato a richiedere al medico di proseguire le cure volte a prolungare la sopravvivenza, nel qual caso la richiesta va soddisfatta, nei limiti della possibilità. È auspicabile, peraltro, che l'équipe che ha in carico il malato si impegni a conoscere la volontà del paziente sulle cure attuate in quel momento, ma anche su quelle che possono rendersi necessarie in una fase più avanzata della malattia, soprattutto se si prevede come imminente la perdita dello stato di coscienza.

Chi sta morendo ha diritto a esprimere le proprie emozioni

Nella società attuale prevale un controllo esasperato della sfera emotiva, come se certi stati d'animo dovessero sempre e comunque essere tenuti nascosti. Questa autocensura, senz'altro dominante per tutto il corso della vita, sembra accentuarsi quando ci si trova di fronte alla morte e al morire. L'individuo che muore evoca negli altri emozioni troppo dolorose per essere vissute. Si ha l'impressione che chi sta per morire rinunci ad esprimere le proprie emozioni per pudore, o forse per timore di infrangere il velo che è stato frapposto fra lui e i "viventi". Ma il mondo emozionale è parte integrante dell'individuo, e bloccare le emozioni significa, per chi sta per morire, porre in atto un meccanismo di negazione e di dissimulazione tanto gravoso quanto ingiustificato alla fine della vita. Manifestare le proprie emozioni è per il morente un diritto da rivendicare con la stessa forza con cui si rivendica il diritto del morente a non soffrire. Non si può inoltre escludere che attraverso l'espressione delle emozioni abbia luogo un'elaborazione della situazione di fine vita che può consentire a chi è alla fine della propria esistenza di accettare l'idea della morte come conclusione naturale della vita, e di viverne l'esperienza più serenamente. Diversi studi mostrano, infatti, che, se è vero che i sintomi depressivi e l'ansia sono comuni nei morenti e ne influenzano la qualità di vita, è altrettanto vero che la comprensione delle difficoltà e dei conflitti emozionali dei morenti da parte di curanti e familiari disposti ad instaurare rapporti non viziati da reticenze e dissimulazioni, può alleggerire l'angoscia e diminuire la sofferenza di chi muore.

Chi sta morendo ha diritto all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le proprie convinzioni e la propria fede

Riaffermare questo diritto serve a riproporre, cercando anche di dare una risposta, una domanda talmente elusa nella società attuale - come morire? - da essere stata quasi messa da parte. La percezione dell'imminenza della morte è inevitabilmente, oggi come in passato, carica d'angoscia. Chi sta per morire si sente sovrastato dalla sensazione di essere impotente di fronte al proprio annullamento, e vive dolorosamente la prospettiva della separazione dalle persone che gli sono care. Storicamente, nella nostra cultura, l'assistente spirituale nel morire è stato rappresentato dal sacerdote (cattolico o di altre religioni, secondo la fede del morente), ma l'assistenza psicologica e spirituale del morente - specialmente nella morte medicalizzata in ospedale - non può essere più delegata soltanto a questa figura, sia perché i non credenti resterebbero privi di aiuto o riceverebbero un aiuto non appropriato e non rispettoso dei loro convincimenti, sia perché l'assistenza spirituale può non essere sufficiente. Deve nascere anche una nuova e

diversa capacità di ascolto da parte del personale medico e infermieristico, oggi spesso indifferente al mondo interiore del malato, ai suoi sentimenti, alla sua sofferenza, alle sue domande, sovente inesprese. Non si tratta di voler consolare a tutti i costi, ma piuttosto di assicurare una presenza disposta ad ascoltare colui che se ne va. Il morente deve sentire di essere degno di rispetto, di continuare ad esistere come persona anche per il medico, pur non essendo più oggetto delle cure destinate a guarire.

Chi sta morendo ha diritto alla vicinanza dei propri cari

E' opinione di senso comune che le persone tendano alla socialità ed amino vivere con gli altri, soprattutto con coloro che sono "cari", ossia con le persone con cui si ha una consonanza di vita. Nelle fasi finali dell'esistenza, la presenza di queste persone risulta di particolare importanza per garantire all'interessato la migliore qualità possibile della vita residua, ed anche della morte. Questo aspetto è del tutto decisivo in situazioni in cui non resta altro che la prossimità fisica, essendo le altre relazioni spesso difficili, se non addirittura impossibili. Privare il morente di questa relazione di vicinanza equivale quindi a procurargli un vero e proprio danno. Si deve comunque prestare attenzione ad un importante aspetto della vita sociale attuale. Mentre tradizionalmente i "cari" si identificavano con i famigliari, nella società attuale altrettanto, e talora anche più importanti, sono diventate le relazioni degli affetti. Ora "caro" non indica necessariamente il parente, bensì la persona con cui si ha una consonanza di vita. La corretta identificazione di chi è "caro" dovrebbe diminuire di molto anche i possibili contrasti in altre direzioni, ossia quelli emergenti dal disaccordo o dal palese conflitto di opinioni circa le procedure da seguire nelle fasi finali della vita. Non si deve mai dimenticare che è il paziente e non altri soggetti, nemmeno quelli a lui più vicini, il titolare del diritto a ricevere informazioni e a prendere le decisioni che riguardano l'ultima fase della sua vita, ma si può ragionevolmente ritenere che grazie alla "consonanza di vita", che scaturisce dall'affetto e dalla condivisione di molti valori fra il malato e i suoi cari, questi possano utilmente assumere, quando necessario, il ruolo di fedeli portavoci di colui con cui condividono convinzioni profonde e valori.

Chi sta morendo ha diritto a non morire nell'isolamento e nella solitudine

La rimozione della morte, diffusa in società, quali quelle dei paesi industriali avanzati, nelle quali i miti della produttività e dell'efficienza si sono intrecciati con le aspettative alla guarigione sempre e comunque conseguibile, alimentate da una medicina tanto incline ad enfatizzare i propri successi, quanto a dissimulare i propri limiti, ha, come si è già osservato in precedenza, la sua più concreta e drammatica manifestazione nell'allontanamento dal contesto sociale, e quindi nella determinazione di una sorta di morte sociale, antecedente alla morte biologica, di quei soggetti che la medicina si dichiara impotente a guarire. L'isolamento e la solitudine del morente sono, innanzitutto, le condizioni psicologiche di un soggetto che, quand'anche assistito da famigliari e operatori sanitari, finisce, sovente, per richiudersi in se stesso perché al centro di una rete di inganni e di dissimulazioni tanto fitta da precludere qualunque forma di sincera relazione. Ma l'isolamento e la solitudine sono anche, assai di frequente, le condizioni materiali di un soggetto che non trova il contesto appropriato alla sua delicata situazione né nella casa, né nell'ospedale. Non è infrequente il caso di un malato che vive solo, e, quand'anche il

malato abbia una famiglia, i famigliari si trovano pur sempre a dover conciliare la presenza accanto al malato con l'assolvimento di compiti della vita quotidiana che non possono essere trascurati o delegati. Altresì in ospedale accanto a sollecite ed adeguate risposte alle molteplici necessità ed emergenze connesse alle ultime fasi della malattia, spesso non si accompagna l'attenzione ed il rispetto per fondamentali esigenze alla cui soddisfazione si lega la possibilità di una morte umana e dignitosa. Tra queste, il bisogno di mantenere il più possibile le proprie abitudini e ritmi di vita, e il bisogno di disporre di spazi adeguati in cui ricevere, senz'altro, assistenza ed aiuto da parte di un personale sanitario preparato e disponibile, ma in cui, soprattutto, trascorrere, le ultime fasi della propria esistenza con il conforto delle persone care, senza rigide limitazioni orarie e senza continue violazioni della privacy.

Chi sta morendo ha diritto a morire in pace e con dignità

L'intrusione di tecniche e conoscenze mediche sul tempo del morire cresce proporzionalmente all'incapacità dei curanti di affrontare il senso del limite, di accettare i confini della scienza ed in definitiva di accettare la propria impotenza. Verso il morente manca oggi un atteggiamento positivo, appoggiato da una saggezza filosofica che motiva e permette di accettare le sconfitte; prevale invece la dichiarazione di onnipotenza della medicina e una vasta propaganda sui trionfi della tecnica. In questo scenario il morire del malato senza possibilità di guarigione è considerato come uno sgarbo ad una società che promette una vita di lunga durata, nel benessere e nell'efficienza. La malattia inguaribile è lo scandalo massimo: deve essere isolata, nascosta, rimossa anche dalla coscienza. Per questo il contesto nel quale il malato prossimo alla morte trascorre parte o tutto il tempo del proprio morire è oggi identificabile con strutture di ricovero, ospedali pubblici o privati, dove spesso sono del tutto disattesi i suoi bisogni. Il morire non avviene in un'atmosfera caratterizzata dalla presenza di cose e persone famigliari, dalla serena accettazione dell'inevitabilità della morte, dal rapporto dialogico tra morente ed astanti e dai desideri espressi dal malato. Riaffermare quindi il diritto a "morire in pace" ha il significato oggi di permettere al morente di trascorrere i suoi ultimi giorni nel luogo che preferisce, dove più abbia la possibilità di riconciliarsi con tutto ciò che sta lasciando, evitandogli qualsiasi intervento che non sia in armonia con le sue scelte. In questa prospettiva, per garantire al malato le più ampie possibilità di scelta, vanno promosse e sostenute attività curativo/assistenziali, che favoriscano interventi di supporto presso diverse realtà: il domicilio, innanzitutto, quando ciò è reso possibile dalla presenza e disponibilità dei famigliari e dall'aiuto portato da unità di cura; il ricovero ospedaliero, in letti di Servizi di cure palliative, dedicati ai malati morenti o in strutture "ad hoc" - come gli hospice - dove il malato può ritrovare un'atmosfera ed un ambiente quanto più possibile simili a quelli famigliari e rispondenti ai suoi bisogni.

Carta dei **diritti** dei morenti

Chi sta morendo ha diritto:

- 1 A essere considerato come persona sino alla morte
- 2 A essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole
- 3 A non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere
- 4 A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
- 5 Al sollievo del dolore e della sofferenza
- 6 A cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato
- 7 A non subire interventi che prolunghino il morire
- 8 A esprimere le sue emozioni
- 9 All'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
- 10 Alla vicinanza dei suoi cari
- 11 A non morire nell'isolamento e in solitudine
- 12 A morire in pace e con dignità

Il Comitato Etico presso la Fondazione Floriani - C.E. F.F.

Patrizia Borsellino presidente

Giorgio Di Mola, Michele Gallucci,
Alessandro Liberati, Maura Lusignani, Valerio Pocar,
Franca Porciani, Amedeo Santosuosso,
Marcello Tamburini, Franco Toscani

Milano, 15 Maggio 1997