

IL MEDICO TRA ACCANIMENTO TERAPEUTICO ED EUTANASIA

Prof. Emilio Rocchi

Docente di Terapia Medica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Modena e Reggio Emilia, Direttore Struttura Complessa di Degenza Post Acuzie, Azienda Ospedaliero - universitaria Policlinico di Modena

Domodossola 18/04/2009

Premessa

L'enorme progresso della medicina negli ultimi anni ha aperto orizzonti di speranza e di benessere, ma anche di preoccupazione e di disagio.

Si sa che uno dei motivi del crescente favore verso l'eutanasia è proprio tale preoccupazione.

“Il medico è sempre più capace di strappare una vita dal morso della morte; ma è pure probabile che in realtà la persona venga solo consegnata in modo sempre meno umano al morso prolungato e crudele di una morte comunque inevitabile”.

Il malato si trova spesso a dover affrontare gli ultimi momenti della sua vita in un ambiente ospedaliero freddo e tecnicizzato; come un anonimo «caso», vigilato da un monitor e legato a una serie di strumenti che né capisce, né capiscono. Vorrebbe forse solamente poter vivere gli ultimi momenti vicino ai suoi, e morire serenamente. Ma ciò gli viene negato.

Tutto questo suscita paura; e *questa paura della medicina porta alcuni a chiedere alla medicina di essere liberati dalla medicina stessa*: l'eutanasia come antidoto contro «l'accanimento terapeutico».

In realtà il terreno sul quale germina il «favore eutanasi» si compone di molti e complessi elementi culturali. Ma la disumanizzazione della medicina e certi suoi abusi reali o potenziali lo hanno «innaffiato» abbondantemente.

È significativo, e allo stesso tempo triste, che sia proprio lo sviluppo della scienza e della tecnica medica a provocare disagio e preoccupazione crescenti tra i pazienti e gli operatori sanitari.

Si tratta in realtà di un esempio in più del bisogno imperante di «orientare» correttamente le forze e le nuove possibilità, nate dal progresso scientifico e tecnologico. A tal fine non sembrano essere sufficienti le leggi e le norme deontologiche vigenti, ma sembra sempre più indispensabile una seria riflessione morale, una riflessione bioetica, che da circa 30 anni è stata individuata e si sta sempre più diffondendo per offrire “un ponte verso il futuro” ad un’umanità sempre più minacciata dall’uso sconsiderato dei mezzi bio-tecnologici. Ma solo l’attenzione alla persona in quanto tale potrà fornire un criterio condivisibile di comportamento.

L’Accanimento Terapeutico

Il termine "accanimento terapeutico", di per sé impreciso anche se efficace, è usato solo nelle lingue neo-latine.

Lo ritroviamo, infatti, in francese (*encharnement thérapeutique*) in spagnolo (*encarnizamiento terapéutico*) e in portoghese (*obstinação terapêutica*).

Nel mondo anglosassone si parla, invece, di *futility* o di *life sustaining treatment*, anche se i due termini indicano prassi distinte e in ogni caso fanno riferimento solo a tipologie specifiche di accanimento terapeutico. Da un po' di tempo alcuni utilizzano il termine *distanasia* che, tuttavia, ha un riferimento troppo diretto con la "cattiva morte".

I trattamenti inutili (futility).

La prima tipologia di accanimento terapeutico riguarda quella che gli inglesi chiamano appropriatamente *futility* cioè i trattamenti che, di fatto, si rivelano "futili".

Si tratta sostanzialmente dell'insistenza nel ricorso a procedure medico-chirurgiche non

incidenti in modo significativo sul naturale decorso della patologia, né su una migliore qualità di vita del paziente.

Alla luce della definizione data, non si vede perché mai si dovrebbe mettere in atto un'azione che configuri un accanimento terapeutico, data la sua inutilità. Il problema, in realtà, è più complesso.

Innanzitutto perché l'esclusione di un tale trattamento deve essere una decisione che fa seguito alla chiara consapevolezza della sua irrilevanza. Ma tale consapevolezza è ostacolata dagli atteggiamenti di due "protagonisti" dell'assistenza al malato: i familiari ed il medico. Molto spesso è ostacolata anche dal malato stesso per cui la funzione placebo della cura diventa quanto mai utile o necessaria in certe fasi drammatiche di malattia.

Ma innanzitutto i familiari, soprattutto se il proprio congiunto si trova in una fase terminale, instauratasi in tempi relativamente brevi - cioè senza aver causato quella tipica stanchezza che accompagna tali patologie - chiedono il più delle volte di "fare tutto il possibile". Ben sapendo che di fatto non vi è nulla di "possibile", l'idea della sospensione di farmaci o di altri provvedimenti terapeutici appare loro come un vero e proprio abbandono terapeutico.

La molla affettiva, il senso del dovere e la coscienza di dover assistere "senza limiti" il proprio familiare li porta a non valutare il disagio che può provocargli un inutile sovraccarico assistenziale. In un certo senso l'appagamento della propria coscienza è superiore al reale bene del paziente.

A volte paradossalmente proprio quei familiari che hanno consentito che il loro congiunto anziano visse solo in balia di assistenti domiciliari (badanti), pretendono l'impossibile in termini di cura e di assistenza, minacciando ritorsioni o peggio.

Tuttavia è necessario seriamente chiedersi che senso abbia imbottire una persona di farmaci sicuramente inutili quando questa si avvicina al naturale e irreversibile esito della sua malattia; a qual fine tormentare un paziente che sta per lasciare questo mondo provocandogli vomito, diarrea, dolori o persino il semplice disagio di un prelievo ripetuto infinite volte?

In effetti il medico, non essendo coinvolto affettivamente, dovrebbe essere nelle condizioni ideali per evitare questa inutile sofferenza al paziente. A volte, però, nonostante tale ideale neutralità, egli viene "pesantemente investito" emotivamente dai familiari, che delegano alla sua esclusiva responsabilità l'eventuale decisione di sospendere ogni terapia.

A questo punto, pur nella lucida consapevolezza di un trattamento inutile, questo viene eseguito, anche per evitare possibili conflittualità con i familiari, che potrebbero non comprenderne la futilità o, addirittura, per il timore sempre più attuale di possibili contenziosi medico-legali.

I trattamenti straordinari (extraordinary means).

La seconda possibilità di "accanimento terapeutico" è costituita dal ricorso a quelli che una volta venivano chiamati mezzi "straordinari" e oggi, più opportunamente, "sproporzionati" (vedremo oltre).

Da un punto di vista generale possiamo dire che un mezzo terapeutico è straordinario quando eccede le ordinarie capacità che ha il paziente di usufruirne e la previsione di apportare reali benefici.

In realtà non esiste un "obbligo" in senso stretto a cercare la terapia più ardua o l'intervento più azzardato, pur di tentare "il tutto per tutto". Questo è importante sottolinearlo perché spesso è uno degli elementi che più angustia i familiari. Un impegno di questo tipo è più comprensibile ad esempio per un bambino, un giovane o un giovane genitore, ma non certamente di fronte ad un anziano, in cattive condizioni di salute, con scarse speranze di vita, che viene imbarcato in costosi quanto inutili "viaggi della speranza", pur di utilizzare fino all'ultimo ogni sia pur esile speranza di guarigione. Il non farlo farebbe sentire in colpa i familiari.

I medici, in genere, sono abbastanza lucidi a riguardo ma, di fronte alle insistenze della famiglia, non se la sentono di negare quest'ultima illusione. Questo non significa che sia eticamente

disdicevole fare ricorso a un mezzo sproporzionato anche se, forse, sarà inutile. Occorre tuttavia valutare attentamente se tale sproporzione sia solo un elemento che sconsigli di ricorrere ad esso e renda lecita la possibilità di non farne uso, oppure, al contrario, se configuri un vero proprio accanimento terapeutico.

Bisognerà valutare, in ogni singolo caso, se si tratti realmente di un provvedimento inutile o non addirittura dannoso. L'agire sempre per il bene del paziente (fine, questo, che è sia del medico che dei familiari) può a volte decisamente sconsigliare un intervento di questo tipo. Successivamente verrà analizzata una possibile criteriologia a tal riguardo.

Una situazione particolare riguarda, poi, il ricorso a provvedimenti terapeutici a carattere fortemente sperimentale, molti dei quali vengono sagggiati proprio su malati terminali o per i quali nessun altro trattamento sia efficace (è il caso, ad esempio, di alcuni farmaci contro l'AIDS). Il farmaco ancora in fase sperimentale se pur avanzata, può venire sagggiato sui pazienti che non rispondono ai farmaci usuali o in cui, per le particolari condizioni cliniche, il farmaco tradizionale potrebbe essere controindicato. In questo caso non solo l'intervento è lecito, ma addirittura potrebbe essere anche meritorio. A usufruire dei suoi benefici, infatti, potrebbe essere non solo quel paziente ma anche altri, sui quali un domani il farmaco potrebbe essere impiegato. Ovviamente in questi casi è quanto mai necessaria un'informazione piena e dettagliata ed un consenso quanto mai esplicito e documentato; ed al di là di queste indicazioni sempre valide, è auspicabile uno stretto rapporto medico-paziente, che deve essere tanto più stretto quanto più l'impegno terapeutico lo richieda.

I trattamenti di sostegno vitale (life sustaining treatments)

Il terzo significato assunto dal termine accanimento terapeutico indica il prolungamento intensivo di funzioni vitali in via di cessazione. Si tratta, sostanzialmente, di quanto viene fatto negli stati di coma e negli *stati vegetativi persistenti o permanenti*.

Oggi siamo in grado di mantenere in uno stato di vita vegetativa un individuo, ventilando artificialmente i suoi polmoni, stimolandone elettricamente il cuore, sottoponendolo a dialisi renale. Cioè siamo in grado di sostituire le sue principali funzioni vitali, qualora queste vengano progressivamente a cessare, come è caratteristico delle condizioni di coma. Poiché la fase terminale di una malattia spesso interviene quando il paziente è ospedalizzato e, pertanto, può essere sottoposto a tali trattamenti intensivi, ecco porsi il problema dell'accanimento terapeutico. Questo poi si presenta drammaticamente qualora il paziente entri in quello che viene definito "stato vegetativo permanente".

Nel cervello dell'uomo dobbiamo distinguere essenzialmente la "corteccia cerebrale" che supporta le funzioni neurologiche superiori (pensiero, memoria, motilità volontaria, ecc.) e il "tronco", sede delle funzioni vegetative quali respirazione, termoregolazione, riflessi nervosi, ecc. Oggi vi è un motivato e unanime consenso nel ritenere "morto" un individuo quando tutto il suo cervello è morto, anche se sono ancora presenti alcune funzioni (come la stessa attività cardiaca). La morte, per quanto ci è dato descrivere da un punto di vista medico, non si presenta come un "istante" - bene identificabile - in cui l'anima si separa dal corpo, ma un "processo" che inizia quando tutto il cervello muore. Non corrisponde cioè alla morte di tutto l'organismo (visto che alcune funzioni rimangono), ma alla morte dell'organismo come un tutto. Quando, sul piano clinico e strumentale si ha l'assoluta certezza della morte cerebrale (cioè della perdita irreversibile delle funzioni della corteccia e del tronco) l'individuo è morto, anche se per un certo tempo potrà avere ancora un cuore che batte. Tutti i casi riportati dalla stampa e relativi a improvvisi "risvegli" dal coma non si riferivano a individui in questo stadio: dalla morte non si torna più indietro. Questo aspetto è di grande importanza perché è grazie alla diagnosi di morte cerebrale con cuore battente

che si può procedere all'espianto degli organi ai fini dei trapianti.

Lo "stato vegetativo permanente" è una particolare situazione in cui, per vari eventi patologici, la corteccia cerebrale non funziona più mentre è perfettamente funzionante il tronco. Il soggetto in questo stato respira, deglutisce (non sempre), reagisce alla luce e al dolore, ha un ritmo sonno-veglia, anche se è in stato di assoluta incoscienza o per lo meno è incapace di qualsiasi comunicazione con l'ambiente esterno. Pertanto non si tratta assolutamente di un individuo "morto". In tali condizioni quindi non si può procedere all'espianto di organi, visto che l'individuo non è morto, né tantomeno si può "accelerare" la cessazione delle funzioni tronculari per dichiarare l'individuo morto e poterne prelevare gli organi. Tuttavia, e al di là della correlazione col problema dei trapianti, bisogna serenamente interrogarsi sul senso di una possibile "ostinazione" terapeutica in una situazione di questo tipo mettendo in atto trattamenti di sostegno vitale se diventassero necessari. Certo si comprende il significato affettivo che la presenza fisica di un proprio caro assume, ma non avrebbe senso "ostacolare" oltre misura un processo che ormai irreversibilmente volge al suo naturale tramonto, in un persona che non ha più alcuna possibilità di reale miglioramento vitale, ma non sempre ciò è definibile. In particolare nello stato vegetativo permanente (e si definisce tale una condizione di perdita delle funzioni corticali superiori, in presenza di conservate funzioni vegetative, che perduri oltre l'anno) non sono necessari trattamenti artificiali di sostegno vitale (apparati di supporto delle funzioni cardio-respiratorie, trattamenti dialitici, farmaci vasopressori...) ed il soggetto non può certo essere considerato terminale in quanto necessita spesso soltanto di nutrizione e di idratazione come qualsiasi altro individuo. Vi è forse un "diritto alla morte" (o, per meglio dire, alla "dignità della morte"), inteso come serena condiscendenza a un evento ormai irreversibile, contro cui non si può combattere? Non sarebbe dignitoso, infatti, trasformare il corpo in una serie di macchine che vivono al posto suo. Non si deve accelerare la morte, ma, al tempo stesso nemmeno ostinarsi a prolungare l'agonia. Ma d'altro canto non si può pensare di provocare la morte di un individuo, sia pure inconscio (per quel che ne sappiamo, che è molto poco ed anche scientificamente confutato), ma per il resto completamente vitale, semplicemente privandolo di un supporto nutrizionale. A nulla vale confondere la nutrizione e l'idratazione (di cui tutti gli esseri viventi necessitano in ogni fase della loro vita) con i "trattamenti di supporto vitale", che come tali (essendo terapie) possono essere legittimamente rifiutati. Certamente il fornire nutrienti, e acqua attraverso il sistema venoso centrale con cateteri venosi inseriti nelle vene centrali, si può considerare un vero e proprio trattamento artificiale, che impiega prodotti dell'industria farmaceutica, ma nutrire un soggetto mediante una sonda nasogastrica in cui possono semplicemente essere somministrati alimenti liquidi (latte, brodo, succhi, acqua...) che passano direttamente nel tubo digerente, pare un modo medicalmente assistito di fornire nutrienti, non molto diverso dall'uso di un biberon per un neonato. Anche la gastrostomia-percutanea endoscopica (PEG) è una tecnica che richiede un piccolo intervento iniziale mediante una gastroscopia, ma poi consente di alimentare il paziente che non sia in grado di deglutire, in modo del tutto adeguato utilizzando il tubo digerente in modo fisiologico e anche con alimenti liquidi del tutto naturali. Ma poi oggi si è visto chiaramente che il problema è un altro. Oggi l'opinione pubblica viene chiamata ad esprimersi se una determinata qualità di vita (es. in stato vegetativo) sia da tutelare o da sopprimere in nome di una presunta o accertata volontà di autodeterminazione dell'individuo. E' un vecchio problema del liberalismo o del principio di autonomia di stampo anglosassone, se sia concepibile un principio di libertà e di autonomia che prevarichi il diritto alla vita, e di per sé tale assunto razionalmente dimostra tutta la sua inconsistenza, ma quando si tratta di introdurre nelle legislazione degli stati il diritto alla morte, sia pure sotto l'egida della "buona morte" (eutanasia) ciò scardina completamente i principi di difesa della vita a cui gli Stati per primi sono chiamati e di cui medici nella loro millenaria missione sono chiamati ad essere garanti. Il medico di fronte ad un qualsiasi malato in stato vegetativo, in coma o altro, non si chiede se la nutrizione e idratazione siano parte dell'assistenza di base o se siano terapie, sa che sono necessarie (ma mai "forzate" come si tenta di far intendere) e si chiede se e come possano essere fornite per consentire la vita del paziente qualunque essa sia. Certo quando

l'idratazione o la nutrizione per particolari condizioni clinico-metaboliche non possano essere tollerate (stati edemi geni, intolleranze metaboliche) le sospende o le rallenta e cerca di non introdurre manovre artificiali per fornirle se queste non possono essere tollerate o mantenute a lungo.

Nessun medico legittimamente in Italia oggi si chiede se la vita di un paziente sia degna di essere vissuta o no, ma certamente rapporterà i suoi interventi di sostegno e o di trattamento in funzione della vita o della dignità e spettanza di vita del paziente che ha in cura. Meglio se le decisioni possano essere condivise all'interno di una equipe medica, con i familiari ed anche tenendo conto delle volontà del paziente per quanto concerne le terapie salvavita o trattamenti artificiali.

Norme deontologiche

Di fronte a queste situazioni quale è dunque il dovere del medico?

Teoricamente non vi sono possibilità di dubbio. Dalla notte dei secoli la medicina ha fornito codici di comportamento validi moralmente e condivisi fino ai giorni nostri o quasi. Basti pensare al Giuramento di Ippocrate, che ancora oggi è ripreso dai vari Codici Deontologici, compreso l'ultimo del 1998, revisionato nel 2006. Ma altri Organismi scientifici Internazionali e Nazionali hanno dettato norme generali di comportamento che citeremo in modo sintetico:

La Dichiarazione di Helsinki ha formulato da decenni le norme di comportamento nel campo della ricerca biomedica "Recommendations guiding medical doctors in biomedical research involving human subjects" 18th World Medical Assembly, Helsinki 1964.

Il Codice di Deontologia Medica (CDM) ha ripreso ed adattato a più riprese (1998-2006) alle condizioni attuali i principi deontologici della medicina ippocratica di tutela della vita.

La diffusione della Carta di Autodeterminazione o Testamento Biologico è determinata dall'intento di garantire il soggetto rispetto a qualsiasi intervento che possa integrare una forma di Accanimento terapeutico. Ma tale garanzia è già stabilita come norma di comportamento deontologico, ovvero come DOVERE del medico, in caso di malattia in fase terminale o a prognosi sicuramente infausta di *"limitare la sua opera all'assistenza morale e alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona"* (CDM 2006, art. 39 CAP. V "Assistenza al malato inguaribile"). Ancora più esplicito l'art.16 del CDM: *"Il medico, anche tenendo conto della VOLONTÀ del paziente, laddove espresse, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti diagnostici e terapeutici da cui non si possa fondatamente attendere un BENEFICIO PER LA SALUTE DEL MALATO..."*.

Il Consiglio europeo nella "Convenzione sui diritti umani e la biomedicina" (Oviedo 4 Aprile 1997), ratificata dal Parlamento Italiano il 14 Marzo 2001 ha ulteriormente precisato aspetti bioetici generali come all'art.9 "al riguardo di un intervento medico concernente un paziente che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere il proprio volere *devono essere presi in considerazione i desideri* da lui precedentemente espressi". Però ha anche precisato che "Quando questi desiderata sono stati espressi molto tempo prima e le condizioni scientifiche hanno fatto progressi può essere giustificato non seguire l'opinione del paziente".

In sintonia con tutti i documenti ufficiali internazionali le raccomandazioni che si possono individuare devono essere in linea con i principi etici generali, applicati da sempre nella relazione medico-paziente:

1. AUTONOMIA: rispetto per l'autodeterminazione del paziente (che deve essere commisurata con il rispetto delle leggi e delle norme professionali cui il medico è tenuto).
2. BENEFICIALITA': promozione del bene del paziente.
3. NON MALEFICIALITA': esclusione di pratiche dannose per il paziente (*primum non nocere*).
4. GIUSTIZIA DISTRIBUTIVA: equa distribuzione delle risorse.

Queste regole però sono troppo generiche. Ad esempio: quando le vite in gioco sono due: autonomia di chi? della madre o del feto? E l'autonomia del paziente può spingersi fino alla richiesta di morte? E' più importante la vita o l'autonomia? Il bene del paziente è la vita o la morte in certe condizioni?

Ben si vede come queste norme generali possano dare adito a comportamenti del tutto opposti in relazione alle idee di fondo che si hanno sulla vita, sul suo significato ultimo, sul concetto di libertà, di giustizia ecc., tanto che ci troviamo qui a discutere da un lato di accanimento terapeutico e dal lato opposto di eutanasia, come di due estremi comportamenti rispetto alla vita, che lacerano comunque le nostre coscienze di medici. Direi di medici "ippocratici", di medici cioè che hanno scelto questa professione perché sono sinceramente convinti di servire la vita qualunque essa sia, e consapevoli che la nascita e la morte sono due eventi naturali non disponibili più di tanto alle manipolazioni tecnologiche, che invece hanno permesso queste aberrazioni.

Fin qui è quanto già sappiamo, ma tutti ci aspettiamo qualche cosa in più, che illumini il nostro agire di fronte a questi veri e propri dilemmi. Non vi è dubbio, come sopra accennato, che sia necessaria una riflessione bioetica ulteriore, che ovviamente non può prescindere dai fondamenti filosofici della morale cui ci riferiamo.

Da "medici ippocratici" in altre parole da convinti sostenitori della vita, intrinsecamente dotata di dignità indipendentemente dalla sua espressione relazionale o sociale, come bene primario e irrinunciabile, e ancor prima che da credenti sosteniamo il principio filosofico ed etico del Personalismo, che afferma il valore assoluto della persona, rispetto alla quale tutti gli altri valori devono essere commisurati e giudicati. Tale principio afferma cioè il primato dell'uomo, del singolo, della persona come punto di riferimento per la società stessa.

E' evidente che la Rivelazione cristiana, l'origine dell'uomo come immagine ed atto di amore di Dio, l'incarnazione, la Redenzione e la vita di Dio nell'uomo diano una luce ulteriore a questo principio, ma ci sembra, ripetiamo, che il primato della persona in quanto tale, indipendentemente dalle valutazioni economiche o sociali, possa essere norma condivisa anche da chi non riconosce il dono della Fede.

In quest'ottica l'etica si definisce come la scienza dell'agire morale al fine della salvaguardia e della crescita della persona stessa. Nel personalismo rientrano tutti gli altri principi di autonomia, di utilità, di sviluppo, ma in funzione esclusiva della persona, persona che è composta inescandibilmente di corpo, mente, spirito, affettività ...

Ed ora alcune indicazioni comportamentali di fronte al problema dell'accanimento terapeutico e poi dell'eutanasia omissiva e passiva, secondo questa ottica dichiarata della bioetica personalistica.

Lo sforzo di orientamento, guidato soprattutto da un acuto senso etico, deve avere un punto di riferimento, una stella polare chiara e genuina. Questa stella dovrebbe essere, mi pare, *il vero bene della persona paziente* nella sua integralità. In realtà è tutta la medicina a dover essere orientata in questo senso, a nostro parere.

È evidente che la persona paziente si trova inserita in un ampio gioco di relazioni sociali; è ovvio anche che nel favorire il bene della persona bisogna tenere in conto anche il «bene comune» (proprio in quanto fattore di protezione e promozione del bene delle persone); è chiaro che sarà necessario un sano realismo che valuti possibilità, risorse disponibili, relazione costi-benefici, ecc. nella considerazione di ogni singolo caso in rapporto alla comunità sociale in cui è inserito... Ma tutto questo non deve distogliere il nostro sguardo dalla vera stella polare: la persona paziente concreta, viva, degna di rispetto e di tutela, centro e senso di ogni agire medico e di tutta la medicina (inclusa la pura ricerca scientifica).

Fare tutto il possibile

Seguendo questo criterio, dunque, credo si possa affermare innanzitutto che il medico sia chiamato a fare «tutto il possibile» per ridare salute al malato, e mantenere in vita chi non è morto ancora. A volte noi medici sentiamo un certo disagio quando più o meno velatamente siamo accusati di «interventismo» e di «oltranzismo», quando in realtà cerchiamo soltanto di compiere la nostra missione di sanare e curare. La parola ACCANIMENTO TERAPEUTICO non piace a nessun medico.

Il medico ha studiato, si è preparato e si prepara ogni giorno (o dovrebbe farlo) per guarire, riscattare dalla morte minacciosa, mantenere ciò che può restare di vita. Ed è logico che si senta a disagio quando gli si dice che «deve lasciar perdere», che quell'ultimo tentativo è un «accanimento» ingiusto. Potrebbe anzi essere un cattivo segno che accettasse supinamente il «minimo possibile», quell'atteggiamento passivo, che purtroppo comincia a diffondersi in alcuni ambienti. Sarebbe forse il segno che si va sfumando il senso della sua vocazione e della sua missione.

Il vero bene della persona paziente, anche in stato di patologia cronica o terminale, esige che si faccia «tutto il possibile», perché la vita della persona umana possiede un *valore trascendente*. Con questo termine mi riferisco qui alla realtà del valore in quanto non legato al tempo e allo spazio, non «misurabile» dal QUALY o dal CUA, non condizionato da circostanze esterne all' essere stesso della persona (appartenenza a una razza o all' altra, età, qualità varie, stato di salute, riconoscimento da parte degli altri e anche di se stesso..). Non è necessario credere in un Dio trascendente per capire questa realtà.

Qui mi interessa soprattutto evidenziare la trascendenza del valore della vita personale in relazione alla sua estensione nel tempo. Di per sé non vale più la vita di una persona che vive a lungo che quella di un altro che muore in età ancora giovane. Lo comprendiamo meglio se consideriamo che l'essere umano è capace di realizzare atti di valore eccelso in un istante, in un attimo quasi a-temporale. Un atto interiore di perdono sincero può valere più di mille giorni vissuti nell' odio; un «ti voglio bene» autentico, detto a parole o con un gesto istintivo, può valere più di molti mesi o anni vissuti nell'egoismo o nell'indifferenza.

È per questo che non dobbiamo perdere di vista il valore che può avere quel «poco tempo» di vita; anzi, quell' «ultimo istante». Gli ultimi momenti (mesi, giorni, ore) possono essere paragonati alla «coda» di una composizione musicale. I grandi autori la scrivono con grande cura, ben consci che è essa a lasciare nell'animo dell'ascoltatore il tono e la sensazione finale, dopo il fiume di note e di ritmi.

Viene alla mente il consiglio dell'autore del libro del Siracide: «Prima della fine non chiamare nessuno beato; un uomo si conosce veramente alla fine» (*Sir* 11, 28). Nessuno, tanto meno chi per professione è chiamato a custodirlo e promuoverlo, dovrebbe disprezzare quell'«ultimo istante». Quando si parla del malato cronico o terminale come di una «vita senza valore» o «un vegetale senza dignità», significa che si è persa la misura del vero valore della persona, sana o malata che sia.

Fare solo il possibile

Se il vero bene della persona paziente esige di fare «tutto il possibile», esso richiede anche di fare «*solo* il possibile»: fare tutto ciò che veramente giova alla persona, evitare ciò che è futile, inutile o dannoso. Il medico responsabile e rispettoso del bene della persona sa impegnarsi e impegnare la propria competenza e i mezzi attuali della scienza e della tecnica medica, ma sa anche fermarsi presso quella «frontiera» al di là della quale non si promuove più il bene vero della persona, e dunque le si procura un male.

Se ciò che conta fosse mantenere attivi gli organi, prolungare la vitalità dei vari apparati, prolungare il «fenomeno biologico vita», allora sì che si potrebbe fare *di tutto* pur di ottenere il risultato. Ma quello che conta è la persona, il suo vero bene. E la persona va vista nella sua integrità, come si diceva. Non si tratta di un insieme di cellule, tessuti e organi vivi; in fondo, non è neanche «la vita» che conta quanto la «persona vivente», quel misterioso intreccio di componenti fisiche, psichiche e spirituali che fanno che ognuno di noi sia «IO». In questo senso è vero quanto dice Cuyas: «La medicina non è al servizio della vita ma della persona».

Bisogna inoltre ricordare che la vita della persona è un bene fondamentale, ma non un bene assoluto. Solo così si comprende che possa essere messa a rischio o addirittura offerta per un valore considerato superiore: come la propria fede, l'amore a Dio e agli altri... Lo conferma il papa Giovanni Paolo II nell'Enciclica *Evangelium Vitae*, quando afferma che «la vita del corpo nella sua condizione terrena non è un assoluto per il credente, tanto che gli può essere richiesto di abbandonarla per un bene superiore»¹⁰. È per questo che l'uomo non è tenuto a preservarla «ad ogni costo» (né di carattere spirituale, come nella rinuncia alla propria fede, né di carattere fisico, psicologico o economico)¹¹. Quando, dunque, l'intervento medico non può fare altro che accentuare le sofferenze e prolungare il processo di morte, il vero bene della persona può esigere l'astensione o l'interruzione della procedura già iniziata.

Non solo, ma anche l'uso di farmaci antidolorifici maggiori quali gli oppiacei è lecito e raccomandabile quando sia necessario al fine esclusivo e raccomandabile di alleviare il dolore di una condizione neoplastica avanzata o comunque irreversibile, anche se l'impiego di tali farmaci può ridurre la sopravvivenza del paziente (Pio XII). Allora, nel 1957, quando certo la Chiesa non poteva essere accusata di eccessivo modernismo, ricevendo un gruppo di medici riuniti in congresso a Roma, papa Pacelli affermò perfino, a proposito dei «moderni apparecchi di respirazione artificiale» che «la tecnica della rianimazione... non ha in sé nulla di immorale... D'altra parte, siccome queste forme di cura superano i *mezzi ordinari*, ai quali si è obbligati a ricorrere, non si può sostenere che sia obbligatorio usarle e, di conseguenza, darne autorizzazione al medico».

Ora è del tutto evidente che a distanza di 50 anni i mezzi ordinari e straordinari sono del tutto cambiati, e non sono in grado ora di affrontare l'argomento: avremo fra 15 giorni un vero esperto di Anestesia e Rianimazione per cui si potrà allora eventualmente affrontare anche questo aspetto dei supporti artificiali. Per ora mi pare sufficiente richiamare la *Dichiarazione sull'eutanasia*¹³ del 1980 della Congregazione per la Dottrina della Fede che riaffermò l'insegnamento dottrinale di Papa Pacelli. Nel paragrafo IV affermava: «Nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero un prolungamento precario e penoso della vita, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi». La *Dichiarazione sull'eutanasia* segnala come «alcuni preferiscono parlare di mezzi "proporzionati" e "sproporzionati"», anziché distinguere tra mezzi «ordinari» e «straordinari», riconoscendo l'imprecisione di questi termini e la difficoltà ad applicare tale distinzione a causa dei rapidi progressi della terapia. Infatti, ciò che in un determinato tempo e luogo viene considerato straordinario, può essere ordinario in un altro luogo o diventare ordinario poco tempo dopo.

Nei nostri paesi oggi sono di «ordinaria amministrazione» mezzi di monitoraggio come i cateteri endovasali, i vari stimolatori, defibrillatori ormai impiantabili senza troppe difficoltà e i

sincronizzatori dell'attività cardiaca, gli strumenti che consentono il mantenimento di buona emodinamica attraverso la contropulsazione aortica in attesa di interventi cardiocirurgici ecc...

Ma più importante ancora è la considerazione che in certe condizioni l'impiego di un mezzo considerato straordinario può essere giustificato, in quanto utile per salvare una vita, mentre in altre può non essere corretta l'applicazione di un mezzo ordinario, in quanto servirebbe soltanto a prolungare un penoso processo di morte, o addirittura ad aumentare le sofferenze del paziente.

In realtà, come qualcuno ha notato, i teologi moralisti, che parlavano prima di mezzi «ordinari» o «straordinari», si riferivano sì al dovere di usare i mezzi ordinari per promuovere o difendere la propria vita e salute; ma quando parlavano di «mezzi straordinari» si riferivano al *peso* che certi mezzi presupponevano per il paziente (e per altri). Se il peso, o «costo» (nel senso di sofferenza fisica o psichica, di pericolo o anche di spesa economica) era troppo oneroso, i mezzi erano considerati «straordinari». Ciò significa che il criterio morale non era tanto il fatto che il mezzo venisse utilizzato frequentemente, facilmente, in modo «ordinario» o no, quanto il rapporto in termini di costo/beneficio per il paziente (non costo/beneficio per la società). In fondo, è questo rapporto con il bene del paziente che conta. La considerazione attuale della «proporzione» o «sproporzione» in relazione ai mezzi da utilizzare non fa altro che puntare più direttamente e chiaramente a questo stesso criterio: il vero bene del paziente.

In parole povere ma chiare, potremmo dire che la domanda da porsi prima di iniziare o di interrompere una determinata terapia, è questa: «Vale la pena?». L'espressione popolare contrappone due valori contrastanti, o meglio, un valore e un controvalore. Si riconosce che c'è una *pena*, un *peso* nell'azione; e ci si domanda se il beneficio che si prevede di ottenere vale quel peso.

La soggettività e la complessità delle variabili non solo professionali, ma umane ed etiche che entrano in campo ben difficilmente troverà risposta nella Medicina basata sull'evidenza scientifica e statistica, che appare oggi come la verità ultima con cui confrontarsi. Dirò soltanto che anche la Medicina basata sull'evidenza è figlia del pensiero filosofico utilitaristico od evoluzionistico di marca anglo-sassone, ma ci sarà modo di approfondire. La *Dichiarazione sull' eutanasia* offre alcune precisazioni per facilitare l'applicazione del principio generale della «proporzionalità». In primo luogo ricorda che «è lecito ricorrere... ai mezzi messi a disposizione dalla medicina più avanzata». Aggiunge però che «è anche lecito interrompere l'applicazione di tali mezzi, quando i risultati deludono le speranze riposte in essi», riferendosi anche alla valutazione della proporzionalità tra «l'investimento di strumenti e di personale» e «i risultati prevedibili», tra «le sofferenze e i disagi imposti al paziente» e i «benefici che se ne possono trarre». Afferma poi che «è sempre lecito accontentarsi dei mezzi normali che la medicina può offrire», e che «non si può imporre a nessuno l'obbligo di ricorrere a un tipo di cura che, per quanto già in uso, tuttavia non è ancora esente da pericoli o è troppo oneroso».

Non si tratta, dice il documento, di qualcosa di «equivalente al suicidio: significa piuttosto semplice accettazione della condizione umana, desiderio di evitare la messa in opera di un dispositivo medico sproporzionato ai risultati che si potrebbero sperare, o ancora volontà di non imporre oneri troppo gravi alla famiglia o alla collettività». Finalmente, l'istruzione afferma che «nell'imminenza di una morte inevitabile nonostante i mezzi usati, è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita... ».

Deve essere però tenuta in conto anche la dimensione *soggettiva*, la quale può essere più o meno direttamente collegata agli elementi oggettivi. E un'esigenza di rispetto del criterio del bene integro della persona paziente.

Pio XII diceva, nel discorso segnalato prima, che «il medico... non ha, nei confronti del paziente, un diritto separato o indipendente; in generale, può agire solo se il paziente lo autorizza esplicitamente o implicitamente (“direttamente o indirettamente”). Il testo del Pontificio Consiglio *Cor Unum*, preparato nel 1976, su «Alcune questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti», dice esplicitamente: «Alcuni (criteri) sono di ordine *oggettivo*... altri sono di ordine *soggettivo*,

come la necessità di evitare a un certo paziente shock psicologici, situazioni di angoscia, disagi, ecc.»).

In fondo, dunque, è soprattutto la persona paziente chi dovrà valutare se una determinata misura terapeutica «vale la pena».

Un paziente può desiderare fortemente di vivere ancora un po', magari in uno stato precario, un altro invece, nelle stesse condizioni fisiche e cliniche, considera di aver vissuto ormai la sua esistenza, e desidera soltanto di finirla in pace, magari godendosi a casa quel poco tempo che gli resta, insieme agli amici e ai parenti: non vi è dubbio che questo sia il modo migliore di finire i propri giorni, purtroppo nella nostra società tale possibilità è sempre più remota, ma rimane comunque auspicabile a parer mio.

Quando il paziente non può esprimere i propri desideri, il fiduciario, il familiare «deve attenersi a quanto con ragione suppone avrebbe deciso l'interessato che si trova in stato di incoscienza o a ciò che si presuppone gli porterà maggiore beneficio, se non è possibile congetturare la sua volontà. La responsabilità sua e quella dei familiari, d'altra parte, deve misurarsi con quella del malato. Non sono obbligati, pertanto, che all'uso dei mezzi ordinari e proporzionati». La *Dichiarazione sull'eutanasia* afferma: «Prendere delle decisioni spetterà in ultima analisi alla coscienza del malato o delle persone qualificate per parlare a nome suo, oppure anche dei medici, alla luce degli obblighi morali e dei diversi aspetti del caso».

A questo proposito si rimanda a quanto già ampiamente detto sui «testamenti vitali» o «testamenti biologici» (o in inglese, *Living will*).

Si tratta, dunque di un *giudizio prudentiale*. La prudenza in questo ambito, infatti, è quella virtù grazie alla quale siamo capaci di analizzare correttamente le circostanze che avvolgono ogni nostra decisione e azione, al fine di decidere e fare ciò che veramente è il bene e conviene fare «qui ed ora». La prudenza è, in altre parole, la capacità di «fare bene il bene», che nasce da una profonda adesione al bene e non vi è alcun dubbio che sia una virtù alla quale il medico è deontologicamente legato. Nella situazione concreta di questo malato, in queste circostanze, con queste possibilità terapeutiche...quale è il vero bene?

Fare il meglio possibile

Non basta fare «tutto e solo il possibile». Bisogna anche farlo «il meglio possibile». Non si tratta solo di «quantità» terapeutica: ci vuole uno sforzo di «qualità». E sempre seguendo la luce della «stella polare»: il vero bene della persona paziente.

Innanzitutto, bisogna offrire sempre le *cure normali* da dispensare ad ogni paziente. Quando la *Dichiarazione sull'eutanasia* segnala che è lecito rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita, essa aggiunge: «senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi». E' documento *Cor Unum* specifica che «rimane l'obbligo di proseguire ad ogni costo l'applicazione dei mezzi cosiddetti "minimali", di quelli cioè che normalmente e nelle condizioni abituali sono destinati a mantenere la vita (alimentazione, trasfusioni di sangue, terapie antibiotiche e soprattutto analgesiche, ecc.). Interromperne la somministrazione significherebbe in pratica voler porre fine ai giorni del paziente».

Tra le «cure normali» da dispensare sempre, c'è evidentemente l'assistenza alle funzioni fisiologiche vitali, l'assistenza igienica e infermieristica di base.

Il problema si pone oggi soprattutto in relazione alla nutrizione.

Alimentazione e idratazione (A/I)

Il documento *Cor Unum* le include esplicitamente ed altrettanto la *Carta degli Operatori Sanitari*:

«L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente somministrate, rientrano tra le cure

normali dovute sempre all'ammalato, quando non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di una vera e propria eutanasia".

Non tutti sono comunque d'accordo. Anzi in alcuni paesi, come gli Stati Uniti, e chi vive giorno e notte negli ospedali italiani sa che anche qui da noi si registra con una certa frequenza la pratica di sospendere la A/I a pazienti terminali, soprattutto, ma non solo, se in stato permanente di incoscienza o di incompetenza (incapacità di decidere).

Giova ricordare la distinzione tra *prolungare* la vita e *mantenere* la vita. Anche nei casi in cui non si può prolungare la vita, o quando lo si potrebbe fare solo in maniera sproporzionata ai reali benefici procurati al paziente terminale, bisogna impegnarsi comunque nel mantenimento di quella vita attraverso l'A/I sia entrale che parenterale.

Conviene piuttosto ricordare che l'A/I possiede un suo specifico e speciale valore nei confronti della vita umana e della dignità del paziente. Innanzitutto si tratta di un elemento fondamentale per la vita, anzi il primordiale, poiché tutti abbiamo necessità dell'alimento e della bevanda. E d'altra parte è un elemento che sta alla portata di tutti: non si tratta di una azione sofisticata, impegnativa, difficile o eccelsa. Per questo «dare da mangiare» (al neonato, al bambino, alla persona bisognosa) è un'espressione elementare del riconoscimento dell'altro. C'è un simbolismo singolare nel «dare da mangiare» o «dare da bere». Gesù lo pone come simbolo dell'amore verso il prossimo: «Chiunque vi darà da bere un bicchiere d'acqua nel mio nome perché siete di Cristo, vi dico in verità che non perderà la sua ricompensa» (Mc 9,41). E c'è anche tutto un significato negativo, orrendo, nel negare a qualcuno quel minimo indispensabile per la vita: «lasciar morire di fame, o di sete».

Questo simbolismo incide profondamente sia sull'operatore sanitario che si trova di fronte a un malato terminale, sia sul paziente stesso, sia anche sui suoi familiari. C'è, in quella omissione, il messaggio della sconfitta che porta allo sconforto.

Tutto ciò non toglie che possano verificarsi circostanze che ci inducano a concludere che in questo o quel caso non è obbligatorio o addirittura non bisogna iniziare o portare avanti la procedura di A/I, soprattutto quella artificiale. Possiamo identificare tre situazioni: 1. quando è inutile, 2. quando può essere nociva, 3. quando è impossibile. La sospensione di un trattamento proporzionato e soprattutto della A/I possono configurare quello che va sotto il nome di eutanasia omissiva. Di cui merita infine accennare.

Eutanasia omissiva, differenza tra omissione e astensione

Da quanto detto dovrebbe risultare chiara l'esatta configurazione dell'accanimento terapeutico e la valutazione eticamente negativa che di esso viene data. A questo punto però subentra un possibile dubbio che riguarda la "zona di confine" tra accanimento terapeutico ed eutanasia. L'illegittimo e persino doveroso rifiuto di accanirsi in inutili ostinazioni terapeutiche non rischia forse di mascherare un sottile o inconscio desiderio di eutanasia? Spesse volte il parente, stanco di veder soffrire un proprio congiunto vorrebbe porre fine a tale condizione penosa ma al tempo stesso non farebbe nulla per farla cessare in modo attivo. La possibilità di non ricorrere a ulteriori provvedimenti che possono apparire inutili o sproporzionati può presentarsi ai suoi occhi come un facile sotterfugio per evitare una pratica eutanasia, legittimandola col rifiuto dell'accanimento terapeutico. Sono proprio i casi in cui più frequentemente, anche se impropriamente si parla di "eutanasia omissiva o di eutanasia passiva". Nelle persone più sensibili ciò potrebbe condurre a un serio conflitto di coscienza.

Occorre allora chiarire la profonda differenza che esiste tra "omissione e astensione" terapeutica. La prima determina per sua natura la morte del paziente, mentre la seconda non incide significativamente sul decorso della malattia, anche se potrebbe prolungarla di un po' ma, in tal caso non si tratterebbe tanto di prolungare la vita quanto l'agonia. L'eutanasia, in sostanza (anche quando realizzata con la semplice non-somministrazione terapeutica od omissione terapeutica), fa

morire, mentre il rifiuto dell'accanimento terapeutico lascia morire. Non si tratta di una sottigliezza linguistica o moralistica quanto piuttosto di una diversa natura etica dei due atti. Prendiamo il caso ad esempio, di un paziente con una neoplasia in fase terminale. Non ha senso sottoporlo a inutili (e spesso anche dannose) terapie farmacologiche, fisiche o chirurgiche la cui sospensione non modifica significativamente il quadro morboso, anche se può in parte accelerarne l'evoluitività. La sola aspettativa di qualche settimana di vita in più non giustifica il ricorso a un armamentario terapeutico, che ha il solo effetto di togliere agli ultimi giorni del malato la necessaria serenità per affrontare in modo veramente umano la morte. In questo caso, quindi, siamo di fronte a una semplice "astensione" terapeutica, che è l'espressione positiva (e anche più gradevole) con cui indicare il rifiuto dell'accanimento. Viceversa, se a quello stesso paziente viene sospesa l'alimentazione parenterale o lo si priva di un farmaco necessario per sostenere l'attività cardiaca, dato che ormai "non c'è più niente da fare", di fatto si sta praticando un atto di eutanasia.

Si comprende bene come non sempre queste due situazioni si presentino così radicalmente differenti. Le zone d'ombra e di sovrapposizione possono essere molte e il dubbio di coscienza può essere difficilmente risolvibile. Occorre in tal caso decidere "in coscienza" quella che appare la scelta più rispettosa della vita e della dignità della morte e non vi è dubbio che il medico sia la figura di riferimento in questa decisione che auspicabilmente deve coinvolgere il paziente, i familiari e possibilmente tutta l'equipe di cure.

Per semplificare ulteriormente il concetto si può dire che ci si può astenere da una terapia, ma mai ci si può sottrarre alla "cura", al prendersi cura della persona paziente. La cura (care) è il "farsi carico" globale del paziente: queste sono le cure palliative. Rientrano in quest'ambito l'igiene e la climatizzazione ambientale, la detersione delle piaghe, l'alimentazione impropriamente detta "artificiale".

A questo punto si dovrebbe parlare delle "cure palliative", che contrariamente all'accezione del termine, sono le cure globali alla persona, ma questo si farà nel prossimo incontro.

Nelle fasi terminali della vita la cosa più difficile è distinguere tra ciò che è il bene del paziente e ciò che è il bene o il desiderio dei congiunti.

Per questo non si può considerare l'eutanasia una "buona morte", ma quello che realmente è "un omicidio compassionevole" rimarcando il controsenso tra l'atto che sopprime una vita e il sentimento di compassione di "pietas", che è l'espressione più alta dell'amore.

Ma questo atto che segue una richiesta del paziente quanto può essere considerato libero da condizionamenti? Quanto incide la sofferenza il disagio psicologico di familiari e di curanti? E quanto maggiormente inciderebbe se fosse mai legalizzato?

Vorrei concludere con un responso religioso illuminante e affascinante della tradizione ebraica halakhica, riportato sull'*American Journal of Medicine* del 1997. Il rabbino Rabbi Hayim Palanche della scuola rabbinica di Izmir (l'antica Smirne in Turchia) nel 19° secolo fu interpellato da un devoto ebreo circa la possibilità che la tradizione ebraica consentisse o meno a lui di pregare per la morte della moglie che versava in uno stadio ormai terminale di una lunga ed inguaribile malattia. Questo avrebbe potuto essere considerato un atto legittimo e compassionevole. Al termine di una lunga disquisizione il rabbino concluse che in queste gravi circostanze fosse legittimo pregare per la cessazione delle sofferenze con la morte, ma egli limitò questa possibilità a coloro che non fossero direttamente coinvolti nella cura della donna. Ne erano esclusi i familiari e tutti quelli che l'accudissero per evitare che le loro preghiere fossero in qualche modo contaminate dal loro personale interesse nella morte di quella persona.

Per terminare anche con un paio di massime "laiche": la prima di Marie-Francois Xavier Bichat, fondatore della medicina francese dell'ottocento, che a 30 anni nelle Sue "Ricerche sulla vita e sulla morte", scriveva che "la partecipazione alla morte è il metro vero della cultura del medico" e per restare più vicini a noi il mio Maestro, il Prof. Mario Coppo, che pure si rifaceva alla più nobile tradizione medica "laica" d'oltralpe, concludeva le Sue famose lezioni di Clinica Medica con la massima, più che mai valida oggi "Il medico talvolta guarisce, spesso cura, sempre consola".

BIBLIOGRAFIA

1. Miranda G. *Riflessioni etiche intorno alla fine della vita*. In: Mazzoni A. Ed. *A sua immagine e somiglianza*. Citta Nuova editrice, Roma 1997, pp.180-202.
2. Potter VR. *Bioethics: the science of survival*. *Perspect Biol Med* 1970; 14(1):127-53.
3. Potter VR. *Bioethics: bridge to the future*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York, 1971.
4. Sgreccia E. *Manuale di Bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*. Vol.1 (II ed.), Milano, Vita e Pensiero 1994.
5. Leone S. *Accanimento terapeutico*. In: Leone S. Ed. *Manuale di Bioetica*. Istituto Siciliano di Bioetica, Palermo 2003, pp.168-174.
6. Sgreccia E. *Introduzione. La bioetica alle soglie del 2000*. In: Mazzoni A. Ed. *A sua immagine e somiglianza*. Citta Nuova editrice, Roma 1997, pp.11-30.
7. Rocchi E. *Fondamenti di bioetica*. Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Modena, 115, 2000, 1-2-3:7-10.
8. Rocchi E. *La bioetica.origini e diffusione*. Bollettino della Società Medico-Chirurgica di Modena, 115, 2000, 1-2-3:1-5.
9. Cuyas M. *Eutanasia. L'etica, la libertà e la vita*. Ed. Piemme, Casale Monferrato 1989, p.27.
10. Giovanni Paolo II. *Evangelium Vitae* Ed. Paoline, 1995.
11. Pio XII *Allocuzione sulla Rianimazione*, 24 Novembre 1957. In AAS, 49,1957 pp.1027-1033.
12. Congregazione per la Dottrina della Fede. *Iura et Bona. Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 Maggio 1980. In AAS (1980) pp. 542-552.
13. *Catechismo della Chiesa Cattolica*. Libreria Editrice vaticana 1992, n.2278.
14. Connery J., *Prolonging Life: The Duty and its Limits*. In D.G. McCarthy - A.S. Moraczewski, *Moral Responsibility in Prolonging Life Decisions*, Franciscan Herald Press, Chicago 1981, pp. 124-138.
15. *Enchiridion Vaticanum*. Documenti Ufficiali della S.Sede 1980-1981, EDB, Bologna, pp. 1133-1173. Il documento servì alla preparazione della *Dichiarazione sull'eutanasia* della Congregazione per la Dottrina della Fede, e fu poi pubblicato il 27 luglio 1981.
16. Pontificio Consiglio per la Pastorale per gli Operatori sanitari. *Carta degli Operatori Sanitari*. Città del Vaticano 1994. In: *Medicina e Morale* 46(4):761, 1996.
17. Glick S M. *Euthanasia: an unbiased decision ?* *American Journal of Medicine*, 102:294-6, 1997.
18. Cosmacini G. *Storia del pensiero medico di fronte alla morte*. *Annali Italiani di Medicina Interna*, 18(suppl.1): 209S, 2003.