

Assistenza nell'ora della morte o aiuto a far morire ?

Posizione dell'Associazione medici cattolici svizzeri sulla problematica dell'eutanasia e dell'aiuto al suicidio.

Introduzione

Il problema dell'eutanasia da alcuni anni è entrato sempre più in discussione nella sfera pubblica. E sempre più vien richiesto un'atteggiamento flessibile e "liberale". In Svizzera il dibattito vien condotto soprattutto sotto il titolo " Aiuto al suicidio" e su questo esiste già una regolamentazione legale molto liberale. La propaganda insistente di organizzazioni fatte a tal scopo risveglia nella popolazione richieste sempre maggiori e crea , secondo noi, effetti di assuefazione fatali. Recentemente ebbe un peso particolare un giudizio del Tribunale federale,il quale nella sua interpretazione dell'art.8 della convenzione europea per i diritti dell'uomo,postulava il diritto ad una propria morte .¹⁾ A riguardo dell'ammissibilità dell'aiuto medico al suicidio il Tribunale rimandava alle direttive dell'accademia svizzera delle scienze mediche del 2004(ASSM) ²⁾ e a riguardo della possibile estensione a casi di malattie psichiche,esso indicava anche la presa di posizione N°9 della Commissione etica nazionale del 27.4.05 (NEK=CEM) ³⁾ Non si può misconoscere che questa sentenza giuridica avrà un influsso importante sui futuri dibattiti politici ed etici.

Le conseguenze disastrose di una giurisprudenza "liberale" in questo campo sono già evidenti nei Paesi bassi.Esse dimostrano all'osservatore neutrale che anche un'uccisione "regolata" (Eutanasia attiva diretta),rispettivamente una "regolamentazione" del suicidio (aiuto al suicidio) sotto criteri di decisione oggettivi ed entro certe regole legali precise (dovere di attenzione= Sorgfaltspflicht), rimane un'illusione.⁴⁾Il suicidio assistito perciò non dovrebbe essere sostenuto dal legislatore,poiché chi legifera su **un'azione avente conseguenze letali**, nello stesso momento le dà una legittimazione.

Per questo motivo appare opportuno attualizzare la nostra dichiarazione che data dal 1999.La problematica dev'essere trattata da una posizione di coerente difesa della vita, corrispondente ai principi dell'attività medica e che tien conto della tradizione ippocratica e cristiana.

1) BGE(decisioni del trib.fed.) del 3.11.2006

2) Assistenza di pazienti in fin di vita :direttive medico-etiche dell'ASSM) del 25.11.04 : da una parte l'aiuto al suicidio non fa parte dell'attività medica, perché è in contrasto con gli scopi della medicina.D'altra parte il rispetto della volontà del paziente è fondamentale nel rapporto medico-paziente.Questa situazione di dilemma richiede una decisione personale di coscienza del medico.La decisione di offrire aiuto nel caso singolo al suicidio, è da rispettare" (citato dal capitolo 4.1)

3) Così vien puntualizzato nelle raccomandazioni del NEK (CEM)a pag.71: " Se il desiderio di suicidio è espressione o sintomo di una malattia psichica, non dev'essere dato nessun aiuto al suicidio", e " perciò il suicidio assistito di regola è da escludere"Questa posizione restrittiva da un lato è da valutare positivamente, però se in seguito si parla di condizioni eccezionali e vien data come norma che suicidi assistiti non devono avvenire in istituti psichiatrici, si desume che eccezioni alla regola vengono accettate.

4) Si veda anche la diffusione in Olanda , rispetto ad altre nazioni europee, dell'eutanasia , compresa l'uccisione senza richiesta del paziente(!), malgrado la legislazione <http://image.thelancet.com/extras/03art3298web.pdf> ; come pure il numero di 2410 casi di Eutanasia e suicidio assistito nel 2005 secondo uno studio di A.van der Heide et al(N.Engl.Jmed 2007;356:1957-65)

Concetti

Noi ci impegnamo sul concetto che l' **Assistenza nell'ora della morte (Eutanasia)** sia un aiuto e un accompagnamento al malato cronico che sta per morire, con interventi palliativi di sostegno (**E.passiva**) **ma** non un **aiuto a far morire**, con interventi che volutamente accorciano la vita (**E.attiva**). Nel primo caso si tende per principio ad alleviare la sofferenza, ad accompagnare con premura, **ma non** a eliminare il sofferente. Questa concezione esclude categoricamente ogni intenzione di **Eutanasia attiva diretta** e perciò anche qualsiasi **aiuto al suicidio**.

Per contro oggi le varie espressioni usate non sono adatte a fare distinzioni chiare e a facilitare l'orientamento nei casi specifici. 5) Importanti a questo proposito sono i punti di vista seguenti: anzitutto col termine "Eutanasia" la distinzione fra interventi non problematici ed anzi medicalmente auspicabili e quelli moralmente biasimevoli è confusa. Ciò soprattutto perché non sono prese in considerazione le effettive intenzioni verso lo scopo da raggiungere. Così per il giudizio etico-morale è importante la distinzione fra il concetto "**allo scopo di ..**" e quello di "**accettando l'eventualità di ..**". Infatti anche parecchi interventi medici riconosciuti, sia curativi che palliativi, portano in sé un rischio letale, che nella speranza di azione guaritrice, vien assunto anche per malati gravi, senza che si possa parlare di eutanasia. L'importanza dell'intenzione che determina le azioni o le rinunce mediche è mostrata in modo molto impressionante nel caso di Terry Schiavo, in cui tramite la sospensione di apporto idrico e alimentare (di per sé un intervento passivo!) si è voluto attivamente uccidere una paziente non moribonda, che nel suo coma vigile in piccola misura ancora comunicava col mondo esterno.

5) Di regola oggigiorno si distingue fra **Eutanasia passiva** (rinuncia a... oppure sospensione di misure atte a conservare la vita), **E. attiva indiretta** (uso di mezzi per alleviare le sofferenze, che possono ridurre, come effetto collaterale, la durata della sopravvivenza) **E. attiva diretta** (somministrazione mirata di una sostanza mortale da parte di una terza persona) **Aiuto al suicidio** (preparazione o prescrizione con ricetta di una sostanza mortale, per rendere possibile a una persona di procurarsi la morte.) La terminologia non viene sempre usata in modo unitario. Si confronti ad esempio: Schweiz.Med.Forum 2005; 7:193-198; SAEZ (bollettino dei svizzeri 2001;82:1609-10

Anche il concetto di **E.attiva indiretta**, in questo contesto, può dare adito a malintesi, perché l'intenzione non è di causare la morte del paziente ma di ridurre la sofferenza.

Autonomia e dignità umana.

Nelle discussioni attuali sui temi Eutanasia e Aiuto al suicidio i sostenitori usano spesso l'argomento di una dignità umana diminuita o persa in seguito alla malattia e sofferenza che ha colpito la persona e quello dell'autonomia decisionale d'ogni persona. Con ciò si mette alla pari dipendenza e sofferenza con perdita di dignità. Morire dignitosamente in questo contesto significherebbe decidere e realizzare sé stessi la propria morte.

Autonomia

La maggior parte delle argomentazioni pretende che l'autonomia decisionale dell'uomo sia assoluta. In senso stretto dunque un'autarchia che non vuol appoggiarsi né su aspetti della società né su precetti divini. Una persona alla fine della vita agirebbe autonomamente se decide e realizza con regole proprie la sua morte. Secondo il filosofo O.Marquard per il moderno "homo faber" la morte si trasforma da una disposizione del "destino" in un "manufatto" responsabilmente voluto 6). Questa concezione di autonomia applicata proprio ai malati cronici e ai morenti è una costruzione teorica astratta che non corrisponde per nulla alla realtà. Quale essere socievole la persona umana è sottoposta, particolarmente nella malattia e nell'impedimento fisico, ad una quantità tale di dipendenze e di influssi esterni più o meno sottili, che la pretesa di una

2.

decisione "autonoma" alla fine della vita è da considerare un'illusione. Questo vale ancora di più per le persone con alterazioni psichiche come depressioni reattive ecc. Ancor più problematico è

il discorso sul “Diritto alla propria morte”. Questa pretesa mostra l’incapacità di concepire la vita dell’uomo nella sua realtà elementare come qualcosa che sorpassa ogni pianificazione, decisione, macchinazione e supervisione. La vita dell’uomo, proprio al suo inizio e proprio alla sua fine, non è sottoposta alla nostra autonomia.

Noi siamo a favore di una maggior accettazione, proprio nelle situazioni limite, della dipendenza dell’uomo rispetto alla vita, come dono, sul quale non si può disporre illimitatamente.

Dignità umana. 8)

Noi riconosciamo all’uomo una dignità intrinseca, che gli viene dal fatto stesso di essere uomo e che quindi non può mai perdere. Essa non può nemmeno essere relativizzata sulla base di circostanze esterne.

In particolare è da escludere a questo proposito un’assegnazione graduale di dignità (come viene presentata dalla Commissione etica nazionale).

6) citato in: “Sterben in Würde?” = Morire in dignità? (H. Rügger) 2003; p. 47

7) “ “ “ = “ “ “ (H. Rügger) 2003; p.52-53

8) Altre argomentazioni per differenziare in H. Rügger e G. Pöltner. Grundkurs Medizin-Ethik, 2002 = corso base medicina-etica

L’uomo fine a sé stesso e la sua dignità posta, come valore intrinseco assoluto, al di sopra di qualsiasi prezzo fu già dichiarata in modo inequivocabile da Immanuel Kant. 9). Infatti “ciò che ha un prezzo, può anche essere scambiato come equivalente al posto di qualcos’altro”. 10)

Questa dignità umana non ammette alcuna motivazione basata su condizioni empiriche e accertamenti sulla persona, sul suo modo di comportarsi o situazioni di vita esterne. Essa non viene toccata nemmeno se la capacità di intendere e volere è andata persa, rispettivamente se non è ancora stata raggiunta. La dignità umana è una questione di riconoscimento incondizionato e non di attribuzione o conferimento. Perciò se si parla di dignità del morente, secondo noi si deve intendere solo la sua dignità intrinseca. Questa è intoccabile, imperdibile e invulnerabile. Bisogna riconoscere che dal profilo cristiano questo concetto di dignità viene ancora ulteriormente valorizzato dalla visione di creatura e di immagine di Dio che la persona umana rappresenta.

In contrapposizione a questo i sostenitori di soluzioni permissive sull’eutanasia presuppongono la così detta “dignità umana contingente”, che fanno dipendere cioè dal comportamento, dalla qualità di vita, dalla funzionalità dell’organismo e dalla domanda sulle reali previsioni di successo vitale.

Dalla dignità intrinseca risulta evidentemente l’esigenza di una cura dignitosa. Ma proprio una cura dignitosa della persona non può consistere nella sua eliminazione, attraverso le azioni di eutanasia attiva e di aiuto al suicidio. La dignità intrinseca, come valore intoccabile, non è influenzata da interventi medici (né di mantenimento né di ricupero) poiché sta di sopra a loro. 11)

Sviluppi sociali, eutanasia e medicina palliativa

La società attuale rifiuta di assumere la sofferenza poiché nessuno di noi vorrebbe rinunciare ai progressi che la medicina ha raggiunto. Il rovescio della medaglia è però che si è disimparato a soffrire assieme, risp. a dar spazio a una compassione che resiste e che non consiste solo in pietà ma anche in premura d’assistenza al malato. Qui ha il suo posto la medicina palliativa, una specialità che indiscutibilmente viene ancor troppo poco messa in opera e che merita il sostegno di tutti.

9) “Solo l’essere umano, visto come persona, cioè portatore di una ragione morale-pratica, è al di sopra di ogni prezzo, poiché come tale (homo noumenon) egli non è solo da valutare come mezzo per i fini di altri simili e persino suoi, bensì come scopo di sé stesso; Cioè egli possiede una dignità (un valore intrinseco assoluto), grazie alla quale egli costringe al rispetto tutti gli altri esseri viventi ragionevoli ...” Immanuel Kant, Metafisica dei costumi, 1797, VI 434 - 435

10) Immanuel Kant, Grundlegung (fondamento sulla metafisica dei costumi) zur Metaphysik der Sitten 1785

11) H. Rügger, Boll. dei med. svizz. 2007, 88:57-60

Le misure di medicina palliativa ci proteggono anche da un falso attivismo nel senso di accanimento terapeutico. Questo ci sembra tanto più importante al momento in cui la medicina moderna ha ampliato in modo “drammatico” sia le possibilità di salvaguardia della vita che anche quelle dirette ed indirette della sua soppressione. Che in questo contesto nelle decisioni terapeutiche si debba tener conto delle disposizioni o della presumibile volontà del paziente è cosa ovvia. Tuttavia bisogna tener presente che decisioni volontarie spesso sono distorte da condizioni interne e esterne del momento e in più dipendenti dalle possibilità terapeutiche disponibili, risp. dalle raccomandazioni che le accompagnano.

Dimensione sociale e religiosa del morire.

Il morire non comprende solo aspetti soggettivi, biografici, bensì anche una dimensione sociale e religiosa¹²⁾ Per lo meno la dimensione sociale dovrebbe essere evidente per tutti i cittadini. Si sa che il malato cronico e il morente dipendono di regola da un aiuto e da una cura premurosa da parte dei suoi simili. Anche l’assistenza al suicidio si autodefinisce esplicitamente quale risposta ad un bisogno di sostegno esterno. Il morire non può dunque essere solo una questione di programmazione autonoma della vita bensì ha conseguenze sociali che influiscono su tutta la società. Un aiuto a morire (E.attiva) e un aiuto al suicidio si prestano a recar pregiudizio alla valorizzazione di un malato o invalido. Poiché una società che ammette che una persona possa valutare la propria vita come definitivamente senza valore, riconosce che anche obiettivamente esiste una vita “senza valore”. E con ciò giunge sul piano inclinato e scivoloso delle valutazioni della vita di una persona da parte del soggettivismo

di terzi, col risultato, che non solo il singolo può disporre della propria vita, ma anche altri. Specialmente là dove egli non lo può più fare. Alla fine, nel peggior dei casi, rimane il calcolo o la bilancia di valutazione da parte della società e dei sistemi sanitari fra i costi e i benefici.

Su questo si inserisce anche una crescente pressione sociale sugli invalidi e gli infermi, di porre fine alla propria vita¹³⁾

Aiuto al suicidio annulla la prevenzione del suicidio.

I lodevoli sforzi fatti finora per prevenire il suicidio vengono messi fuori giuoco dall’aiuto al suicidio.

Alla fine sia il Tribunale federale che la Commissione etica nazionale si dichiarano a favore (pur con la “massima” prudenza) all’applicazione dell’assistenza al suicidio, persino nei casi di malattie psichiche.

12) La dignità della persona morente, lettera pastorale dei vescovi svizzeri sul tema Eutanasia 2002

13) R.Baumann-Hölzle in SAEZ=:Bollettino dei medici svizzeri 2007 ; 88 (35):1450 (suicidio come costrizione sociale)

Ciò si basa sulla distinzione discutibile fra suicidio “emozionale” e suicidio “di bilancio”. La maggior parte dei professionisti psichiatrici dichiarano illecito l’aiuto al suicidio poiché la propensione suicidale in questi malati è sempre espressione della malattia soggiacente. Inoltre nelle crisi suicidal più o meno prolungate la capacità di discernimento è di regola ridotta e limitata alla costellazione dei problemi personali. In generale si sconsiglia quindi di aderire alla richiesta di un suicidio assistito se motivato da disturbi psichici.¹⁴⁾ Da notare il rifiuto senza compromessi di qualsiasi aiuto al suicidio da parte della Società svizzera di psichiatria e psicoterapia geriatrica (SGAP) e del Comitato centrale della FMH. !

A maggior ragione riteniamo tragico l’ampliarsi delle cerchie di persone favorevoli al suicidio assistito.¹⁵⁾

Assistenza al suicidio e Eutanasia attiva.

Bisogna sottolineare la vicinanza indiscutibile fra il suicidio assistito e l' illegale uccisione su richiesta. Bisogna pensare che nel caso di persone invalide o inferme l'auto-applicazione della sostanza letale può essere difficoltosa e richiedere aiuto per cui si passerebbe facilmente all'uccisione su richiesta. A parte questo già la preparazione dei mezzi necessari costituisce comunque un contributo importante all'uccisione stessa. Così la frontiera tra l'assistenza al suicidio e l'Eutanasia attiva , pur se proibita senza eccezioni, tende sempre più a sparire. 16)

L'aiuto al suicidio e l'uccisione voluta di un malato grave o d'un morente non sono compiti medici e son contrari agli scopi della medicina. Purtroppo rispetto al suicidio assistito questa affermazione è stata annacquata dall'Accademia svizzera delle scienze mediche (SAMW= ASSM) in quanto la decisione personale del medico di aiutare il suicidio dev'essere rispettata, in considerazione del riguardo dovuto alla volontà del paziente 17)

Con ciò fu relativizzata in modo fatale la tradizione medica che ci deriva da Ippocrate. La forza normativa di una tale affermazione è dimostrata dalla citazione del Tribunale federale, che definisce questa direttiva della SAMW (ASSM) quale “ regola professionale riconosciuta” e quindi nel suo giudizio coinvolge il medico nell'assistenza al suicidio e ne legittima l'azione. Per noi qui l'attività medica abbandona il suo scopo.. La fiducia dei pazienti può reggere solo se rimane chiaro che il medico non si lascerà mai coinvolgere in azioni di uccisione.

14) Dichiarazioni analoghe si trovano anche nella pres di posizione N° 9 della NEK(CEN), “ Aiuto al suicidio”, specialmente pag. 58-60. Però nelle raccomandazioni definitive non vengono tratte le conclusioni necessarie.

15) http://www.saez.ch/pdf_d/2007/2007-30/2007-30-leserbriefe.PDF; http://www.saez.ch/pdf_d/2007-11/2007-11-210.PDF

16) R.Baumann-Hölzle in SAEZ 2007;88(35): 1450

17) vedi nota a piè di pagina 2)

18)BGE(decisione tribunale federale) del 3.11.2006, parte 6.3.4 della motivazione del giudizio.

In più le nuove direttive spingono il medico **su 2 strade proibite** (al posto di ” in contraddizioni insolubili”) , perché egli professionalmente non deve andar contro agli scopi della medicina, ma anche quale persona privata non è autorizzato a prescrivere ricette di sostanze letali.

Queste contraddizioni nelle direttive medico-etiche devono essere eliminate e deve esser ribadito il valore prioritario del medico al servizio della vita.

Chi non vuole che in tempi brevi e col diffondersi nella società del concetto “aiuto al suicidio” questo non diventi un obbligo di ” decorosa soluzione “ per i malati terminali o psichiatrici , deve impegnarsi per un'assistenza sensibile e affettuosa a queste persone, senza l'opzione del suicidio assistito.

Concludendo dichiariamo con chiarezza che l'Eutanasia attiva , risp. tutti gli interventi volti ad un raccorciamento della vita e particolarmente l'aiuto al suicidio **sono da rifiutare**.La risposta umana alla vita non è l'eliminazione del sofferente bensì la sua cura e assistenza premurosa e di sollievo .

Solo così si può dare un contributo alla cultura di rispetto per la vita.

Dr.med.Peter Ryser, segretario

Associazione medici cattolici svizzero

febbraio-marzo 2008

RIASSUNTO

Il dibattito in corso sull'eutanasia si concentra principalmente su un' aiuto e favoreggiamento a **far** morire, come mostra l'attuale sviluppo. Inoltre le decisioni concettuali correnti confondono la differenza fra azioni moralmente accettabili e quelle riprovevoli.

Noi difendiamo il concetto che per "eutanasia" s'intenda l'aiuto ed il sostegno **al momento di** morire. Con questo aiuto si aspira alla diminuzione della sofferenza, all'assistenza previdente e **non all'eliminazione** del sofferente.

I fautori dell'eutanasia attiva e dell'aiuto al suicidio presuppongono un'autonomia assoluta dell'individuo mentre la sua dignità la fanno dipendere da diverse condizioni esterne. Noi in contrapposizione parliamo a favore di una maggior considerazione delle reciproche risorse e creatività delle persone in situazioni limite (malato e persone che l'assistono)

La vita umana va considerata come dono sul quale non si può disporre autonomamente. La dignità riconosciuta alla persona è intoccabile e comunque a lei dovuta. Questa non vien intaccata se si perde la capacità di discernimento o non la si è ancora raggiunta. Il morire non ha solo una dimensione soggettiva, ma ne ha anche una eminentemente sociale e religiosa.

L'aiuto al suicidio e l'uccisione voluta di un malato grave o d'un morente non sono compiti medici e son contrari agli scopi della medicina. L'aiuto al suicidio annulla gli sforzi di prevenzione contro lo stesso suicidio e rappresenta un'affinità fatale all'eutanasia attiva e all'uccisione su richiesta.

La fiducia dei pazienti può reggere solo se rimane chiaro che il medico non si lascerà mai coinvolgere in azioni di uccisione.

Le nuove direttive spingono il medico **su 2 strade proibite**, perché egli professionalmente non deve andar contro agli scopi della medicina, ma anche in qualità di persona privata non è autorizzato a prescrivere ricette di sostanze letali.

L'associazione medici cattolici svizzeri rifiuta categoricamente l'Eutanasia attiva, risp. tutti gli interventi volti ad un raccorciamento della vita e particolarmente l'aiuto al suicidio. Una legiferazione per controllare le organizzazioni addette all'assistenza al suicidio è da rifiutare poiché ciò legittimerebbe l'intervento - come abbiamo l'esempio in Olanda - e non impedirebbe comunque gli abusi. La risposta umana alla vita non è l'eliminazione del sofferente bensì la sua cura e assistenza premurosa e di sollievo. Solo così si può dare un contributo alla cultura di rispetto per la vita.