

## **Aspetti teologico-etici delle Disposizioni anticipate di trattamento**

di Martin M. Lintner, STA Bressanone

### **Introduzione**

Le *Disposizioni anticipate di trattamento* (DAT) sono uno strumento di prevenzione nei casi in cui la persona non sia più in grado di comunicare, di esercitare atti di volontà o di giudizio a causa di malattia, vecchiaia o inizio del processo di fine-vita. Attraverso tali direttive è possibile rendere nota in anticipo la propria volontà circa il trattamento o il non-trattamento sanitario, come anche il proprio atteggiamento nei confronti della malattia e della morte.

Le DAT tuttavia non possono essere intese come una sorta di adempimento dei desideri di un malato terminale o in punto di morte, bensì come strumento di salvaguardia della dignità e dei diritti di tali pazienti. In questa ottica rientra anche il rispetto delle loro volontà nei limiti eticamente sostenibili. Le DAT sono infatti uno strumento per rafforzare l'autodeterminazione dei pazienti nella malattia e nel fine vita.

### **Il diritto del consenso informato e dell'autonomia del paziente**

Per autonomia ovvero autodeterminazione del paziente si intende il diritto della persona di decidere in modo autodeterminato rispetto ai trattamenti sanitari riguardanti la sua salute o malattia. Questo diritto include il diritto al consenso informato, cioè l'accettazione che il paziente nel pieno possesso delle sue facoltà mentali esprime in merito a un trattamento sanitario dopo essere stati informati dal medico su benefici e rischi. Per autonomia del paziente in senso stretto si intende il diritto di rifiutare interventi medici e trattamenti terapeutici. In senso largo comprende anche le volontà del paziente che devono essere rispettate dai medici, dal personale infermieristico e dai familiari, a meno che non contrastino in modo evidente con il benessere, la salute o la vita di una persona. Il diritto del rispetto dell'autonomia ha il suo fondamento nel diritto della libertà di coscienza.

### **È obbligatorio redigere le DAT?**

La compilazione delle DAT non è un dovere, bensì un diritto.

Essa è consigliabile non solo dal punto di vista della pianificazione preventiva dei trattamenti sanitari, ma anche da quello della teologia morale, infatti:

- Stabilire le proprie DAT aiuta a riflettere sulla fede cristiana, sui propri valori e sulla visione della malattia, del processo di fine-vita e della morte stessa; esse offrono la possibilità di dialogare con i propri parenti o con una persona di fiducia sulle questioni inerenti alla malattia e al morire.

- Nel caso in cui nelle DAT vengano fornite precise indicazioni su misure terapeutiche, è indicato dapprima un colloquio con il proprio medico di fiducia per garantire assoluta chiarezza degli aspetti medici, specialmente laddove siano valutabili anticipatamente il decorso e le possibili complicazioni di una determinata malattia. Ciò permette anche di superare le paure e le false interpretazioni. Non è consigliabile tuttavia compilare le DAT quando i chiarimenti degli aspetti terapeutici richiesti dal caso porterebbero ad influenzare negativamente il decorso della malattia.
- I medici, gli infermieri e i familiari vengono agevolati attraverso le DAT in situazioni decisionali di estrema difficoltà, poiché vengono informati sui valori e sulla volontà del paziente. Essere informati sui valori e sui desideri del proprio parente è soprattutto un aiuto per la famiglia: per questo è opportuno indicare – accanto alle richieste di trattamento sanitario – anche l’atteggiamento del paziente nei confronti della malattia, del processo di fine-vita e della morte.
- Le DAT sono uno strumento di ausilio per agevolare l’orientamento ai medici, al personale curante e ai parenti. Tuttavia esse non possono regolamentare il processo di fine-vita e nemmeno sollevare il medico dalla propria responsabilità. Inoltre nelle DAT non si possono tenere in considerazione tutte le eventualità possibili: esse rimangono in questo senso sempre incompleto e non possono essere assolutamente vincolanti, così da obbligare il medico a seguirlo nonostante il suo parere contrario. Il medico da parte sua è tuttavia moralmente tenuto a considerare nel suo giudizio anche la volontà espressa dal paziente nelle DAT.

### **Il NO all’eutanasia diretta (aiuto attivo alla morte e suicidio assistito)**

Le DAT per ragioni morali non possono dare disposizioni in merito a misure da prendere o da evitare, che si traducano in eutanasia diretta. Lo scopo dell’eutanasia diretta è la morte della persona. La morte di un individuo, indotta volontariamente, è sempre moralmente da rigettare. L’aiuto attivo alla morte e il suicidio assistito costituiscono una diretta eutanasia.

C’è infatti una differenza etica fondamentale tra uccidere e lasciar morire. Nel Codice di deontologia medica e nella Convenzione europea di Oviedo sui diritti umani nella biomedicina (1997) è ormai garantito il principio dell’autonomia del paziente, che formulato in positivo significa diritto al consenso informato, in negativo poter rifiutare un intervento, ossia chiederne la sospensione. È importante distinguere il diritto di rifiutare una terapia e di chiederne la sospensione, da quello di richiedere un intervento. In questo caso, al medico, che deve sempre valutare la volontà del paziente secondo i principi biomedici della beneficenza e della non-maleficenza, viene garantita la libertà di obiezione di coscienza.

### **Il SI alla medicina palliativa e alle terapie di alleviamento del dolore**

È necessario distinguere l’eutanasia diretta da forme di trattamento che prevedono la rinuncia a misure terapeutiche o al ricorso a mezzi di alleviamento del dolore, come per esempio quelle fornite dalla medicina palliativa o dal Servizio Hospice. È lecito infatti sia in da un punto di vista cristiano che etico somministrare farmaci antidolorifici, anche nel caso in cui essi accor-

cino le aspettative di vita del paziente. Le cure palliative moderne comunque non hanno più questo effetto di accorciamento della vita.

### **La liceità etica di rinunciare a misure terapeutiche oppure di interromperle**

È auspicabile l'astenersi da misure terapeutiche qualora la prognosi medica non preveda un arresto del processo di fine-vita ma solo un suo prolungamento. Anche nell'ottica cristiana nessuno è tenuto a prolungare la vita di un paziente ad ogni costo quando la medicina ne prevede il processo di fine-vita. Ognuno ha il diritto di non vedersi costretto ad accettare un inutile protrarsi del proprio morire.

Una delle prime e più importanti prese di posizione di carattere dottrinale risale a Pio XII, che nell'anno 1957 afferma che “il dovere di curarsi e farsi curare non obbliga, generalmente, che all'impiego dei mezzi ordinari secondo le circostanze di persone, di luoghi, di tempo, di cultura, ossia, di quei mezzi che non impongono un onere straordinario per se stessi o per gli altri. Un obbligo più severo sarebbe troppo pesante per la maggior parte degli uomini e renderebbe troppo difficile il raggiungimento di importanti valori superiori.”

In questo senso è indirizzato anche il documento della Congregazione per la dottrina della fede del 1980: “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, senza tuttavia interrompere le cure normali dovute all'ammalato in simili casi.”

Papa Giovanni Paolo II in un discorso del 12 novembre 2004 dice: “La vera compassione promuove ogni ragionevole sforzo per favorire la guarigione del paziente. Al tempo stesso essa aiuta a fermarsi quando nessuna azione risulta ormai utile a tale fine. Il rifiuto dell'accanimento terapeutico non è un rifiuto del paziente e della sua vita. Infatti, l'oggetto della deliberazione sull'opportunità di iniziare o continuare una pratica terapeutica non è il valore della vita del paziente, ma il valore dell'intervento medico sul paziente. L'eventuale decisione di non intraprendere o di interrompere una terapia sarà ritenuta eticamente corretta quando questa risulti inefficace o chiaramente sproporzionata ai fini del sostegno alla vita o del recupero della salute. Il rifiuto dell'accanimento terapeutico, pertanto, è espressione del rispetto che in ogni istante si deve al paziente.”

Il papa quindi identifica i fini del sostegno alla vita o del recupero della salute come criteri etici fondamentali per la decisione di rinunciare a misure terapeutiche oppure di interromperle.

### **Alimentazione e idratazione artificiali**

Nell'alimentazione e idratazione artificiali bisogna distinguere tra cura e terapia. Al paziente la cura è sempre dovuta. Ciò comporta l'assistenza nel mangiare e bere e il lenire la sensazione di fame e sete (p.es. attraverso una buona igiene orale). L'alimentazione artificiale e la somministrazione di sostanze liquide possono tuttavia anche costituire una forma di terapia.

Nel momento in cui richiedono un intervento chirurgico (come ad esempio l'inserimento di una sonda gastrica PEG) esse divengono indicazione di terapia medica, vincolata al consenso del paziente.

Nella valutazione, se l'alimentazione e l'idratazione artificiali siano da considerarsi come cura o come terapia, la dottrina della Chiesa e la posizioni giuridica e medica si distinguono. Mentre per la Chiesa generalmente sono da considerarsi come cura, a livello giuridico e medico invece sono sempre una forma di terapia medica, oggetto del consenso informato. Anche la Corte di Cassazione ha affermato che alimentazione e idratazione artificiali costituiscono trattamento sanitario e che possono quindi non essere intraprese o essere sospese se questa è la volontà della o del paziente.

Indicazioni mediche per alimentazione e idratazione artificiali possono rappresentare un soddisfacimento dei bisogni elementari, un tentativo di superamento di stati critici o il mantenimento e il miglioramento della qualità della vita. Molto spesso nel concreto è il personale medico e curante a valutare l'opportunità di un'alimentazione e idratazione artificiali per il bene complessivo del paziente. Nella prassi l'alimentazione artificiale e la somministrazione di sostanze liquide viene applicata di frequente anche senza una specifica indicazione medica.

In ogni caso è eticamente lecito disporre l'alimentazione e l'idratazione artificiali solo in caso di sensatezza e di specifica indicazione medica, ovvero la loro omissione nei casi di dubbia indicazione. Si può anche richiedere la riduzione e infine la cessazione di alimentazione e idratazione artificiali qualora venga a mancare l'originaria indicazione medica o sia comprovato il mancato raggiungimento del loro scopo specifico, vale a dire l'approvvigionamento di acqua e di nutrimento.

### **Pazienti in coma vigile (stato vegetativo) e persone affette da demenza**

Bisogna premettere al problema particolare del trattamento di pazienti in coma vigile e affetti da demenza, che si tratta di persone vive e da non considerare malati in fase terminale o in procinto di morire. Sono individui con una fondamentale dignità umana, a cui sono dovute cure e vicinanza.

La Chiesa non ritiene lecito disporre l'interruzione di alimentazione e idratazione artificiali ai fini di indurre la morte nei casi di coma vigile o di demenza. La Congregazione per la dottrina della fede ha affrontato il problema nella sua risposta del 1° agosto 2007 a due domande poste dalla conferenza episcopale americana. La congregazione definisce la somministrazione di cibo e acqua "in linea di principio un mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita" e sottolinea che l'alimentazione artificiale deve essere prolungata nella misura in cui e "fino a quando dimostra di raggiungere la sua finalità propria, che consiste nel procurare l'idratazione e il nutrimento del paziente. In tal modo si evitano le sofferenze e la morte dovute all'inanizione e alla disidratazione". Il criterio etico è quindi la misura del raggiungimento della finalità propria dell'alimentazione e idratazione artificiali, vale a dire l'approvvigionamento del paziente con acqua e cibo.

Il paziente in stato vegetativo permanente "è una persona, con la sua dignità umana fondamentale" e non può essere trattato come malato terminale. Si tratta in ogni caso di preservare

un paziente in stato vegetativo permanente attraverso un “mezzo ordinario e proporzionato di conservazione della vita” dalle sofferenze e dalla morte dovute all’inanizione e alla disidratazione. L’interruzione dell’alimentazione artificiale è giustificata solo laddove “cibo e acqua non vengano più assimilati dal corpo del paziente oppure non gli possano essere somministrati senza causare un rilevante disagio fisico”.

Per alleviare il raggiungimento di una soluzione in queste difficili situazioni si può esprimere nelle DAT ad esempio il desiderio che in tali casi, al sopraggiungere di complicazioni (come p.es. infezioni o arresto circolatorio), non si provveda più ad applicare misure terapeutiche risolutive o salvavita, bensì misure volte soltanto al contrasto del dolore e all’assistenza.

### **La persona di fiducia**

È consigliabile consultarsi con almeno una persona di fiducia (familiare, amica, amico ...), che venga messa al corrente delle convinzioni personali e in special modo religiose in relazione alla vita e alla morte attraverso un colloquio dettagliato sui contenuti delle DAT. Quando in seguito dovranno essere prese decisioni gravose e non si sarà più in grado di decidere o di comunicare, tale persona di fiducia potrà intervenire per il paziente. Essa conosce le sue scelte cristiane e può contribuire per il bene del paziente -meglio di una disposizione scritta - negli spesso difficili processi decisionali. La persona di fiducia è moralmente vincolata a giudicare e decidere nell’interesse del paziente.

Molte persone sperimentano oltre a ciò un senso di tranquillità nell’affidare anche ad un congiunto le concezioni e i desideri messi per iscritto in una DAT. Spesso un tale colloquio può rappresentare una confortante opportunità di chiarimento, affrontando domande importanti, spiegando problemi finora irrisolti o districando conflitti.

### **Osservazioni finali**

La vita di una persona è cristianamente intesa come bene fondamentale da rispettare e stimare sempre. Perciò nessuno può essere consapevolmente o intenzionalmente ucciso. L’eutanasia diretta, l’aiuto attivo alla morte e il suicidio assistito sono di conseguenza sempre da rifiutare. Anche la legge italiana sulle DAT non li permette.

La vita non deve però, anche in un’ottica cristiana, essere preservata ad ogni costo e con ogni mezzo pensabile: ad una persona deve essere concesso morire, quando la sua vita si avvia alla fine. Sussiste una differenza fondamentale tra uccidere e lasciar morire una persona arrivata al termine della sua esistenza. Il morire fa parte della vita di ognuno. Il superamento della soglia della morte rappresenta l’ultimo grande compito della vita.

L’apostolo Paolo scrive: “Se viviamo, viviamo per il Signore; se moriamo, moriamo per il Signore: quindi sia che viviamo, sia che moriamo, siamo sempre del Signore“ (Rm 14,8).

*Qui é scaricabile l'opuscolo del comitato etico della provincia di Bolzano*

*[http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/downloads/Disposizioni\\_anticipate\\_di\\_trattamento.pdf](http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/downloads/Disposizioni_anticipate_di_trattamento.pdf)*