# EXIT-ITALIA-SPECIALE INFORMA

## EUTANASIA – ACCANIMENTO TERAPEUTICO – SUICIDIO ASSISTITO

### 1) - Il SIGNIFICATO DELLE PAROLE

1)-L'**eutanasia** può essere definita in senso lato come qualsiasi atto compiuto da medici o da altri, avente come fine quello di accelerare o di causare la morte di una persona. Questo atto si propone di porre termine a una situazione di sofferenza tanto fisica quanto psichica che il malato, o coloro ai quali viene riconosciuto il diritto di rappresentarne gli interessi, ritengono non più tollerabile, senza possibilità che un atto medico possa, anche temporaneamente, offrire sollievo.
2)-L'**eutanasia attiva** consiste nel determinare o nell'accelerare la morte mediante il diretto intervento del medico, utilizzando farmaci letali. Questo è il significato che attribuiremo al termine eutanasia nel proseguimento della discussione.
3)-Il **suicidio assistito** indica invece l'atto mediante il quale un malato si procura una rapida morte grazie all'assistenza del medico: questi prescrive i farmaci necessari al suicidio su esplicita richiesta del suo paziente e lo consiglia riguardo alle modalità di assunzione. In tal caso viene a mancare l'atto diretto del medico che somministra i farmaci al malato.
4)-Il termine **eutanasia passiva** viene invece utilizzato per indicare la morte del malato determinata, o meglio accelerata, dall'astensione del medico dal compiere degli interventi che potrebbero prolungare la vita stessa. In realtà, sarebbe opportuno non utilizzare il termine eutanasia in tal senso; è invece preferibile in questo caso parlare di **astensione terapeutica**.
5)-In altri casi i medici devono ricorrere, per mantenere in vita una persona, all'impiego di apparecchi meccanici oppure alla nutrizione totale mediante sonda o fleboclisi o ad entrambi i mezzi. Si definisce allora come **sospensione delle cure** la decisione di fermare questi interventi, con il risultato della morte dell'individuo, peraltro in tempi non sempre rapidi.
6)-La morte può anche essere causata o accelerata dall'impiego in dosi massicce di farmaci, come ad esempio la morfina o i suoi derivati, somministrati allo scopo di alleviare sintomi quali il dolore o la dispnea. In questi casi la morte non è la conseguenza di un atto volontario del medico, ma piuttosto un **effetto collaterale** del trattamento.

### 2) -ALCUNE CONSIDERAZIONI

A)- **Stato del dibattito-**

Si può rilevare un crescente interesse verso il termine della vita, focalizzato soprattutto sulla qualità del periodo terminale della vita e del morire.
Non c'è alcun dubbio sul fatto che si vada intensificando la percezione che le tecnologie mediche sempre più complicate e costose siano in grado di allungare la vita, ma non necessariamente di migliorarne la qualità.
E' interessante rilevare come la discussione porti sempre in primo piano il ruolo del medico nel porre termine anticipatamente alla vita. Il problema quindi non è tanto se sia lecito o no troncare volontariamente la vita, ma se sia lecito che il medico assista il malato nel suicidio o procuri la morte con un atto deliberato. Ciò comporta un profondo mutamento nel ruolo del medico stesso, che si trasforma da chi agisce esclusivamente per tenere in vita il suo paziente il più a lungo possibile in chi svolge un ruolo attivo nel procurare la morte, quando non vi siano più possibilità di conservare al paziente una dignitosa qualità di vita. E' questo aspetto del problema che sembra incontrare la più fiera opposizione negli ambienti medici.
D'altro canto, si rilevano prese di posizione contrarie all'eutanasia e al suicidio assistito fondate su argomenti giuridici, poiché la giurisprudenza in vigore nella maggior parte dei paesi considera tali atti come veri e propri omicidi; nella particolare situazione del suicidio assistito, mentre l'atto del suicidio non è mai considerato un reato, lo è invece il prestare aiuto, il facilitare il suicidio stesso.
Sul piano più strettamente etico, uno degli argomenti che ricorrono più spesso nelle argomentazioni contrarie all'eutanasia è certamente quello che si richiama alla "sacralità" della vita: per un'etica religiosa essa è data all'uomo da un Creatore che è il solo a poterne disporre e non è lecito alla creatura intervenire attivamente per abbreviare anche di poco la sua durata. Solo Dio è padrone della vita e della morte.
Contro queste argomentazioni si situa il diritto del malato di poter decidere di porre termine a un'esistenza divenuta intollerabile. Egli chiede perciò al medico di esercitare le sue conoscenze non più per mantenerlo in vita, ma per condurlo rapidamente e in maniera indolore alla morte.
In realtà, poiché molteplici e complesse sono le situazioni di fronte alle quali ci si trova, è necessario esaminare le condizioni nelle quali può sorgere la richiesta di eutanasia o di suicidio assistito.

B)- **Situazioni cliniche-**

I malati di cancro sono le persone dalle quali più spesso può venire la richiesta di eutanasia o di assistenza al suicidio. Molti tumori maligni sono oggi suscettibili di essere trattati con diverse modalità terapeutiche, sono in grado di prolungare notevolmente la vita dei malati di tumore, anche se il numero di quelli guaribili è ancora decisamente basso. Come conseguenza, nella maggior parte dei casi, questi malati vivono con la loro malattia per diversi anni, sottoponendosi a trattamenti rilevanti, che causano a loro volta gravi disturbi. Anche se le cure palliative correttamente impiegate sono in grado di controllare in parte questi sintomi, qualche volta il dolore o la dispnea sono tali che i farmaci a disposizione hanno solo degli effetti parziali. In questo stadio il paziente può considerare il suo stato intollerabile e richiedere al medico di intervenire per accelerare la morte.
La malattia di Alzheimer ha in genere un decorso di molti anni dal momento dell'esordio, caratterizzato da una perdita della memoria specie per i fatti recenti. E' possibile che il medico debba decidere se ottemperare o meno ad un testamento biologico (living will) nel quale l'individuo abbia espresso in anticipo il desiderio di non essere curato per prolungare l'esistenza in una simile situazione.
In altre malattie neurologiche a decorso ingravescente, come la sclerosi multipla e la sclerosi laterale amiotrofica, si assiste ad una progressiva perdita delle capacità motorie dell'organismo: la persona colpita diventa quindi incapace di svolgere anche le più elementari funzioni della vita. Ma le facoltà intellettuali restano perfettamente integre. Di qui può scaturire la decisione consapevole del malato di richiedere al medico di porre termine alla sua esistenza (caso Welby).
I rapidi progressi delle tecniche di rianimazione e delle terapie intensive consentono di mantenere in vita anche per lunghi periodi di tempo individui che hanno subito gravi lesioni cerebrali. Si parla allora di "stato vegetativo persistente/permanente". Le decisioni richieste ai medici curanti riguardano in questi casi la sospensione delle tecniche rianimatorie: in pratica, il paziente è "lasciato morire" (casi Terry Schiavo e Eluana Englaro).
Esistono poi molte situazioni nelle quali il medico non si trova di fronte a vere e proprie malattie gravemente invalidanti o a sintomi fisici intollerabili, ma che ugualmente possono determinare in una persona il nascere ed il consolidarsi della convinzione che la sua vita si sia esaurita e non vi sia alcuna ragione di prolungarla ulteriormente.
Tali persone spesso presentano gravi e multiple limitazioni delle capacità fisiche e psichiche, accompagnate dalla sensazione di essere "di peso" ai familiari. In queste circostanze un'eventuale richiesta di eutanasia ha da essere valutata con estrema cautela, anche perché spesso nasconde sintomi di depressione, curabili sia farmacologicamente, sia con un supporto psicologico.

C)- **Ricerca di orientamenti-**

L'opposizione della maggior parte dei medici, sulla base del loro dovere di fare tutto il possibile per mantenere in vita il malato, a praticare l'eutanasia, andrebbe riconsiderata alla luce di un concetto di medicina che comprende anche l'imperativo di evitare inutili sofferenze. Coloro che praticano la medicina hanno il dovere di applicare nel modo più completo ed efficiente le conoscenze e le tecnologie a disposizione. Occorre tenere sempre presente che simili strumenti non sono fini a se stessi, ma sono da utilizzare nell'ottica di una cura globale del paziente inteso come totalità della persona e pertanto essi possono essere impiegati per abbreviare sofferenze non altrimenti eliminabili.

Come si è accennato in precedenza, uno degli argomenti ricorrenti contro l'eutanasia e il suicidio assistito è quello della sacralità e intangibilità della vita. E' certamente vero che la vita rappresenta il valore supremo che va rispettato e salvaguardato come tale. Tuttavia è lecito chiedersi che cosa si intende esattamente e correntemente per vita. Esiste una condizione biologica, rappresentata dall'insieme delle funzioni biochimiche cellulari, dalla riproduzione cellulare, dal funzionamento dei vari organi. Queste funzioni, seppure con complessità crescente dagli organismi unicellulari fino ai primati e al genere umano, sono fondamentalmente simili in tutti gli esseri viventi. Ciò che distingue la vita umana è l'insieme delle esperienze, delle relazioni con le altre persone, delle gioe, dei dolori e delle sofferenze, delle speranze nel futuro, delle attese, degli sforzi per rendere degna e umana la vita. In altri termini, è necessario distinguere la vita biologica dalla vita biografica: quando la vita biografica cessa, come nel caso di uno stato vegetativo persistente/permanente, oppure divenga intollerabile, come nelle malattie terminali, deve essere presa in considerazione l'eventualità di porre termine alla vita biologica.

Tenendo conto di quanto detto in precedenza, una ponderata depenalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito non implicano necessariamente rischi incontrollabili per la società; conseguentemente dovremmo evitare di esprimere la nostra opinione in conformità a principi astratti e valori nei quali non tutti i cittadini di un paese sono tenuti a riconoscersi.

L'espressione di libertà implicita nella richiesta di eutanasia presuppone una completa e adeguata informazione e discussione fra medico e paziente sullo stato della malattia e sulle prospettive di vita e di morte, sempre che il paziente desideri essere informato fino in fondo sulle proprie condizioni. Non è immaginabile parlare di eutanasia quando, come avviene spesso in un contesto culturale quale quello italiano, si dicono al malato pietose bugie o gli si concedono mezze verità, ergendogli intorno una barriera che vorrebbe essere di protezione e che invece non fa altro che sottrarre al

paziente dignità e libertà (quando non ha lo scopo principale di evitare ai familiari e al medico l'imbarazzante compito di affrontare con il malato argomenti sui quali essi non sono assolutamente preparati a discutere).

(Estratto dai documenti del Gruppo di lavoro sui problemi della scienza della Tavola Valdese, 07/02/1998)

---

## EUTANASIA – ACCANIMENTO TERAPEUTICO – SUICIDIO ASSISTITO

## 3) - LEGGI, REGOLAMENTI E SITUAZIONI DI FATTO NEL MONDO

**OLANDA**

Dal '94 l'eutanasia cessa di essere perseguita penalmente pur restando un reato.
Dopo una grande campagna d'informazione ricca di documenti prodotti nel dibattito nel 2000, l'Olanda diviene il primo paese al mondo con una legge che regolamenta l'eutanasia, legge in vigore dal primo aprile del 2002, sul **controllo** dell'interruzione della vita su richiesta , come risultato di una scelta culturale dopo il coinvolgimento di tutta la popolazione in un paese di alta civiltà politica e giuridica di grande e antica pratica e coscienza democratica. Il confronto è durato trent'anni, sul tema del dolore insopportabile, della sofferenza psico-fisica dei pazienti e sul loro desiderio di una "morte onorevole", temi strettamente connessi all'aumento dell'età media, al progresso della tecnologia medica e al relativo incremento dei casi di cancro. La legge (art. 2) parla di "diligenza, prudenza e perizia", imposti al medico consenziente, di convinzione, maturata nel rapporto medico/paziente, che rivela una richiesta spontanea, ponderata e definitiva, rapporto dialogico basato sulla fiducia e sull'informazione. Verrà anche interpellato, prima di procedere, un altro medico diverso dal curante, indipendente, che si dovrà pronunciare sul caso. Gli automatismi rischiosi e possibili vengono controbilanciati da una Commissione Ministeriale che valuterà il modo in cui si è operato, sia le relazioni scritte (rapporti separati) che le dichiarazioni orali seguenti . Se l'indagine dovesse appurare che il medico non ha agito "con l'avvedutezza" prescritta, si procederà ad avviare l'azione legale nel confronto del medico. Il deterrente è così forte che i 2/3 dei casi circa vengono rifiutati a monte. Certo che in Olanda l'assistenza ai malati gravi è di fatto garantita e con particolare attenzione alla soppressione del dolore: tutti sono assicurati per la cura della salute. Ma la rigidità della legge olandese è una risposta sociale al pericolo di chine "scivolose", che negli altri paesi europei vengono paventate, salvo poi avere di fatto una presenza di 'eutanasia "clandestina", la vera minaccia di "arbitrio".

(Chi fosse interessato ad avere il testo integrale della legge olandese lo può scaricare dal nostro sito internet: WWW.EXIT-ITALIA@LIBERO.IT oppure chiederlo direttamente alla nostra segreteria indicata in calce a codesto documento).

**BELGIO**

Dal 17 maggio 2002 è in vigore una legge modellata su quella olandese che disciplina l'eutanasia, prevedendo un processo decisionale che i più critici hanno definito una burocratizzazione della morte (esiste una Commissione federale di 16 membri).

**SVEZIA**

L'eutanasia non è perseguita penalmente.

**SVIZZERA**

E' ammesso e depenalizzato il suicidio assistito:
-con l'assistenza delle associazioni Exit-Suisse Romande e Exit Dautsche-Schweitz che fanno parte della Federazione Mondiale delle associazioni per una morte dignitosa;
-con l'assistenza della Dignitas, che accoglie anche i cittadini stranieri, associazione con la quale la Exit-Italia ha formalizzato un accordo per i suoi iscritti..

Il suicidio assistito è però ammesso solo nel caso in cui il richiedente compia una scelta autonoma e abbia un ruolo nella somministrazione dei farmaci: il medico deve limitarsi a fornire i farmaci al malato, dopo ovviamente avere eseguito un approfondito esame e una accurata ponderazione del caso clinico..

**DANIMARCA**

Le direttiva anticipate e il testamento biologico hanno un valore legale. I parenti possono autorizzare l'interruzione della cura

**AUSTRIA**

Paese a maggioranza cattolica, esisteva una legge permissiva sull'eutanasia abrogata però nel '77.

**GERMANIA**

Il suicidio assistito non è reato, purché il malato sia capace di intendere e di volere, e su esplicita richiesta.

**GRAN BRETAGNA**

Nel 1936, primo tentativo di portare avanti la tematica; nel 1969 presentata una proposta di legge, ma dopo tre anni di dibattiti il presentatore della legge definì insuperabili le difficoltà per poter portarla avanti a causa della casistica molto variegata.

Oggi l'aiuto al suicidio è punito penalmente ma aperture consistenti all'eutanasia passiva si apprezzano sul piano giurisprudenziale e attualmente è in esame al parlamento una legge che permetterebbe una forma di suicidio assistito.

**AUSTRALIA**

In alcuni stati le direttive anticipate hanno valore legale.
I territori del nord avevano legalizzato nel '96 l'eutanasia attiva volontaria, ma il parlamento federale ha annullato tale provvedimento due anni fa.

**CANADA**

Negli stati di Manitoba e Ontario le direttive anticipate hanno valore legale.

**STATI UNITI**

La normativa varia a seconda degli stati: in generale le direttive anticipate hanno valore legale.
-**Nell'Oregon** nacque nel 1987 la Hemlock Society, un'organizzazione non-profit, che sponsorizzò nel 1991 la presentazione du una proposta di legge in favore del suicidio assistito al Senato di quello stato. La proposta non fu mai discussa, ma nel 1994 i cittadine dell'Oregon approvarono, con una maggioranza del 52% di voti favorevoli, la legge oggi nota come "Death with Dignità Act", che consente ai medici di prescrivere i farmaci necessari al suicidioi a favore di un paziente, purché egli sia cittadino dell'Oregon, abbia una previsione di vita non superiore a sei mesi e vi sia il parere favorevole di altri due medici. In un referendum svoltosi nel novembre 1997 i cittadini dell'Oregon, questa volta con una maggioranza del 60% a favore, hanno respinto una proposta di abrogazione della legge. Molti medici si sono espressi contro tale legge. Una posizione nettamente contraria è stata presa dall'American Medical Association. Non è chiaro come e in quale misura tale legge è applicata, anche perché a suo tempo la Drug Enforcement Agency (Agenzia di controllo sui farmaci) aveva minacciato di sospendere i medici che prescrivevano i farmaci per aiutare i pazienti a commettere suicidio. E' in ogni modo interessante rilevare che sulla stampa specializzata degli Usa sono state numerose le prese di posizione sostanzialmente favorevoli alla legge e critiche nei confronti dei medici, accusati di scegliere di prolungare le sofferenze degli ammalati piuttosto che farsi coinvolgere in una scelta indubbiamente difficile.
-**Nel Texas** dal '99 è in vigore una legge che permette ai medici di staccare la spina in alcuni casi di malattia terminale.

**CINA**

Una legge del '98 autorizza gli ospedali a praticare l'eutanasia ai malati terminali.

(Notizie ricavate da:
Radio tre mondo – ore 10,00 – Anna Maria Giordano - 18/12/2006
Rivista "Confini" diffusa dalla Socrem –Stefania Chiodino - Anno XIII - n.1- gen 2007
Dai documenti del Gruppo di lavoro sui problemi della scienza della Tavola Valdese, 07/02/1998)

---

## EUTANASIA – ACCANIMENTO TERAPEUTICO – SUICIDIO ASSISTITO

### 4) - LA POSIZIONE DELLE CONFESSIONI CRISTIANE

**CHIESA CATTOLICA**

Ritenendo che la legge morale naturale non possa contraddire quella rivelata e anzi abbia una sua specifica autonomia, denuncia come crimini contro la vita "ogni specie di omicidio, genocidio, l'aborto, l'eutanasia e il suicidio volontario" (Concilio Vaticano II nella Gaudium et spes del 1965).

Definisce l'eutanasia un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore… e niente e nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente (sic!) feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante… Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo (Dichiarazioni sull'eutanasia, 1980).

Condanna l'eutanasia come moralmente inaccettabile (Catechismo della Chiesa Cattolica, quinto comandamento, 1992) anche se aggiunge considerazioni circa l'accettazione della morte senza procedure di accanimento terapeutico "sproporzionato". Condanna con ancora più forza il "suicidio assistito" che "contraddice la naturale inclinazione dell'essere umano a conservare e a perpetuare la propria vita".

Giovanni Paolo II afferma "l'inviolabilità assoluta della vita… con atti che consistono in una grave violazione della legge di Dio…" (Evangelium Vitae. 1995).
Analogamente si esprime la Pontificia Accademia per la Vita (2000).

Il testamento biologico non compare ancora tra i pronunciamenti ufficiali della Chiesa. La United States Catholic Health Association nel 1974 aveva distribuito un documento (Christian Affirmation of Life) nel quale il paziente dichiarava che "Se inutili… non si impieghino mezzi straordinari per prolungare la mia vita". Il Comitato Episcopale spagnolo per la difesa della vita ha proposto una forma di "testamento vitale". Quindi la Chiesa Cattolica è disponibile ad una forma di testamento biologico che contempli esclusivamente la rinuncia all'accanimento terapeutico, ma non apra la porta all'eutanasia.

**CHIESA ORTODOSSA**
Giudizio decisamente contrario: "solo il Signore è padrone della vita e della morte… la Chiesa non può riconoscere come moralmente ammissibili i tentativi di legalizzare la cosiddetta eutanasia" (Mosca, 13-16 agosto 2000).

**CHIESA EVANGELICA LUTERANA**
Giudizio tendenzialmente negativo, ma aperto al dialogo: "il dibattito sull'eutanasia è molto difficile, ma non impossibile, e senz'altro auspicabile" (pastore Holger Milkau, CELI) anche se il Sinodo di qualche anno fa aveva espresso la sua contrarietà in merito alla possibilità di decidere della vita delle persone.

**CHIESA EVANGELICA BATTISTA**
Giudizio aperto al dialogo, favorevoli alla discussione, "purché non si tratti del solito dibattito tra sordi,… con le persone coinvolte che siano d'accordo nell'arrivare ad una posizione nuova" (pastore Salvatore Rapisarda, UCEBI).

**CHIESA CRISTIANA AVVENTISTA**
Giudizio aperto al dialogo, "sostiene di essere favorevole ad un dibattito che offra la possibilità a tutti di comprendere in modo adeguato il valore della vita" (pastore Daniele Benini, UICCA).

**CHIESA VALDESE ITALIANA, RIFORMATA OLANDESE, CHIESE LIBERE, METODISTE E ALCUNE PENTECOSTALI**
Tema in discussione con differenti sfumature. "Siamo uniti nella convinzione che il problema debba essere affrontato in sede pubblica, con serietà e attenzione alle diverse posizioni, nel rispetto della laicità e del pluralismo culturale e religioso della società italiana" (pastore Gianni Long, FCEI).

(Dai documenti del Gruppo di lavoro sui problemi della scienza della **TAVOLA VALDESE**, 07/02/1998, riportiamo quanto segue):

**VALDO**
monumento della Riforma a Worms

"Fino ad oggi, in ambito cristiano, a parte alcune eccezioni, è prevalso un giudizio negativo nei confronti dell'eutanasia attiva. Esso si fonda sulla Bibbia e soprattutto sulla morale cristiana, e si riassume nell'affermazione che Dio solo è colui che dà vita e la può togliere, da cui l'affermazione dell'intangibilità o della 'sacralità' della vita. Intervenire in questa relazione di vita e di morte vorrebbe dire 'prendere il posto di Dio'. Ma significa veramente sostituirsi a Dio accogliere la domanda di un malato grave che Intende porre terméine alla sua vita? Si sottrae a Dio una parte della sua signoria sul mondo e sulla vita accogliendo la richiesta di un malato grave di poter morire? Intervenire in questa relazione di vita e di morte vorrebbe dire 'prendere il posto di Dio'. Ma significa veramente sostituirsi a Dio accogliere la domanda di un malato grave che intende porre terméine alla sua vita? Si sottrae a Dio una parte della sua signoria sul mondo e sulla vita accogliendo la richiesta di un malato grave di poter morire? Nell'ambito della pastorale si parla molto del rispetto della spiritualità del malato. Ma questo rispetto sembra arrestarsi improvvisamente di fronte alla richiesta del malato inguaribile che chiede di poter morire. Quasi che questa domanda nascesse da un mondo che non gli appartiene. Che cosa impedisce di leggere anche questa domanda come segno di una spiritualità viva e cosciente, radicata nel Dio della vita e nelle sue promesse? Con quale autorità spirituale posso io contrastare la libertà e responsabilità di un altro di decidere il tempo della sua morte quando il vivere è un'umiliazione quotidiana senza speranza? Qual'é la fonte dell'autorità che mi impone di costringere una persona inguaribile di continuare a vivere una vita di morte? Chi sono io per sottrarre al malato inguaribile questo diritto di poter morire? Da quale parte sta il Dio della vita e della promessa? Dalla parte del non-senso del dolore acuto di un malato inguaribile o dalla parte del suo umano desiderio di morire? Per quanto paradossale possa essere, in una tale situazione accogliere la domanda di morte significa accogliere la domanda della vita, accogliere il diritto di morire coscientemente la propria morte. Il medico che accoglie questa domanda del malato inguaribile l'accoglie all'interno di un lungo processo di cura e di relazioni. Il medico che si rende disponibile al suicidio assistito o all'eutanasia non commette un crimine, non viola alcuna legge divina, compie un gesto umano, di profondo rispetto, a difesa di quella vita che ha un nome e una storia di relazioni".

**CHIESA ANGLICANA**
Giudizio tendenzialmente favorevole. "Ci sono forti ragioni di pietà" che portano a capire l'eutanasia volontaria e che non bisognerebbe perseguire legalmente coloro che aiutano a morire parenti malati terminali che soffrono pene terribili (Robin Grill, professore di diritto canonico, collaboratore dell'Arcivescovo di Canterbury).