

Ioannes Paulus PP. II

# Evangelium vitae

ai vescovi ai presbiteri e ai diaconi  
ai religiosi e alle religiose  
ai fedeli laici e a tutte le persone di buona volontà  
sul valore e l'inviolabilità della vita umana

1995.03.25

## INTRODUZIONE

1. Il Vangelo della vita sta al cuore del messaggio di Gesù. Accolto dalla Chiesa ogni giorno con amore, esso va annunciato con coraggiosa fedeltà come buona novella agli uomini di ogni epoca e cultura.

All'aurora della salvezza, è la nascita di un bambino che viene proclamata come lieta notizia: «Vi annuncio una grande gioia, che sarà di tutto il popolo: oggi vi è nato nella città di Davide un salvatore, che è il Cristo Signore» (Lc 2, 10-11). A sprigionare questa «grande gioia» è certamente la nascita del Salvatore; ma nel Natale è svelato anche il senso pieno di ogni nascita umana, e la gioia messianica appare così fondamento e compimento della gioia per ogni bimbo che nasce (cf. Gv 16, 21).

Presentando il nucleo centrale della sua missione redentrice, Gesù dice: «Io sono venuto perché abbiano la vita e l'abbiano in abbondanza» (Gv 10, 10). In verità, Egli si riferisce a quella vita «nuova» ed «eterna», che consiste nella comunione con il Padre, a cui ogni uomo è gratuitamente chiamato nel Figlio per opera dello Spirito Santificatore. Ma proprio in tale «vita» acquistano pieno significato tutti gli aspetti e i momenti della vita dell'uomo.

[...]

*«Sono io che do la morte e faccio vivere» (Dt 32, 39): il dramma dell'eutanasia*

64. All'altro capo dell'esistenza, l'uomo si trova posto di fronte al mistero della morte. Oggi, in seguito ai progressi della medicina e in un contesto culturale spesso chiuso alla trascendenza, l'esperienza del morire si presenta con alcune caratteristiche nuove. Infatti, quando prevale la tendenza ad apprezzare la vita solo nella misura in cui porta piacere e benessere, la sofferenza appare come uno scacco insopportabile, di cui occorre liberarsi ad ogni costo. La morte, considerata «assurda» se interrompe improvvisamente una vita ancora aperta a un futuro ricco di possibili esperienze interessanti, diventa invece una «liberazione rivendicata» quando l'esistenza è ritenuta ormai priva di senso perché immersa nel dolore e inesorabilmente votata ad un'ulteriore più acuta sofferenza.

Inoltre, rifiutando o dimenticando il suo fondamentale rapporto con Dio, l'uomo pensa di essere criterio e norma a se stesso e ritiene di avere il diritto di chiedere anche alla società di garantirgli possibilità e modi di decidere della propria vita in piena e totale autonomia. È, in particolare, l'uomo che vive nei Paesi sviluppati a comportarsi così: egli si sente spinto a ciò anche dai continui progressi della medicina e dalle sue tecniche sempre più avanzate. Mediante sistemi e apparecchiature estremamente sofisticati, la scienza e la pratica medica sono oggi in grado non solo di risolvere casi precedentemente insolubili e di lenire o eliminare il dolore, ma anche di sostenere e protrarre la vita perfino in situazioni di debolezza estrema, di rianimare artificialmente persone le cui funzioni biologiche elementari hanno subito tracolli improvvisi, di intervenire per rendere disponibili organi da trapiantare.

In un tale contesto si fa sempre più forte la tentazione dell'*eutanasia*, cioè di *impadronirsi della morte, procurandola in anticipo* e ponendo così fine «dolcemente» alla vita propria o altrui. In realtà, ciò che potrebbe sembrare logico e umano, visto in profondità si presenta *assurdo e disumano*. Siamo qui di fronte a uno dei sintomi più allarmanti della «cultura di morte», che avanza soprattutto nelle società del benessere, caratterizzate da una mentalità efficientistica che fa apparire troppo oneroso e insopportabile il numero crescente delle persone anziane e debilitate. Esse vengono molto spesso isolate dalla famiglia e dalla società, organizzate quasi esclusivamente sulla base di criteri di efficienza produttiva, secondo i quali una vita irrimediabilmente inabile non ha più alcun valore.

65. Per un corretto giudizio morale sull'eutanasia, occorre innanzitutto chiaramente definirla. Per *eutanasia in senso vero e proprio* si deve intendere un'azione o un'omissione che di natura sua e nelle intenzioni procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. «L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati».<sup>76</sup>

Da essa va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto «*accanimento terapeutico*», ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia. In queste situazioni, quando la morte si preannuncia imminente e inevitabile, si può in coscienza «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».<sup>77</sup> Si dà certamente l'obbligo morale di curarsi e di farsi curare, ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati rispetto alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte.<sup>78</sup>

Nella medicina moderna vanno acquistando rilievo particolare le cosiddette «*cure palliative*», destinate a rendere più sopportabile la sofferenza nella fase finale della malattia e ad assicurare al tempo stesso al paziente un adeguato accompagnamento umano. In questo contesto sorge, tra gli altri, il problema della liceità del ricorso ai diversi tipi di analgesici e sedativi per sollevare il malato dal dolore, quando ciò comporta il rischio di abbreviargli la vita. Se, infatti, può essere considerato degno di lode chi accetta volontariamente di soffrire rinunciando a interventi antidolorifici per conservare la piena lucidità e partecipare, se credente, in maniera consapevole alla passione del Signore, tale comportamento «eroico» non può essere ritenuto doveroso per tutti. Già Pio XII aveva affermato che è lecito sopprimere il dolore per mezzo di narcotici, pur con la conseguenza di limitare la coscienza e di abbreviare la vita, «se non esistono altri mezzi e se, nelle date circostanze, ciò non impedisce l'adempimento di altri doveri religiosi e morali».<sup>79</sup> In questo caso, infatti, la

morte non è voluta o ricercata, nonostante che per motivi ragionevoli se ne corra il rischio: semplicemente si vuole lenire il dolore in maniera efficace, ricorrendo agli analgesici messi a disposizione dalla medicina. Tuttavia, «non si deve privare il moribondo della coscienza di sé senza grave motivo»: <sup>80</sup> avvicinandosi alla morte, gli uomini devono essere in grado di poter soddisfare ai loro obblighi morali e familiari e soprattutto devono potersi preparare con piena coscienza all'incontro definitivo con Dio.

Fatte queste distinzioni, in conformità con il Magistero dei miei Predecessori <sup>81</sup> e in comunione con i Vescovi della Chiesa cattolica, *confermo che l'eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio*, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana. Tale dottrina è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta, è trasmessa dalla Tradizione della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario e universale. <sup>82</sup>

Una tale pratica comporta, a seconda delle circostanze, la malizia propria del suicidio o dell'omicidio.

66. Ora, il suicidio è sempre moralmente inaccettabile quanto l'omicidio. La tradizione della Chiesa l'ha sempre respinto come scelta gravemente cattiva. <sup>83</sup> Benché determinati condizionamenti psicologici, culturali e sociali possano portare a compiere un gesto che contraddice così radicalmente l'innata inclinazione di ognuno alla vita, attenuando o annullando la responsabilità soggettiva, il *suicidio*, sotto il profilo oggettivo, è un atto gravemente immorale, perché comporta il rifiuto dell'amore verso se stessi e la rinuncia ai doveri di giustizia e di carità verso il prossimo, verso le varie comunità di cui si fa parte e verso la società nel suo insieme. <sup>84</sup> Nel suo nucleo più profondo, esso costituisce un rifiuto della sovranità assoluta di Dio sulla vita e sulla morte, così proclamata nella preghiera dell'antico saggio di Israele: «Tu hai potere sulla vita e sulla morte; conduci giù alle porte degli inferi e fai risalire» (*Sap* 16, 13; cf. *Tb* 13, 2).

Condividere l'intenzione suicida di un altro e aiutarlo a realizzarla mediante il cosiddetto «suicidio assistito» significa farsi collaboratori, e qualche volta attori in prima persona, di un'ingiustizia, che non può mai essere giustificata, neppure quando fosse richiesta. «Non è mai lecito — scrive con sorprendente attualità sant'Agostino — uccidere un altro: anche se lui lo volesse, anzi se lo chiedesse perché, sospeso tra la vita e la morte, supplica di essere aiutato a liberare l'anima che lotta contro i legami del corpo e desidera distaccarsene; non è lecito neppure quando il malato non fosse più in grado di vivere». <sup>85</sup> Anche se non motivata dal rifiuto egoistico di farsi carico dell'esistenza di chi soffre, l'eutanasia deve dirsi una *falsa pietà*, anzi una preoccupante «perversione» di essa: la vera «compassione», infatti, rende solidale col dolore altrui, non sopprime colui del quale non si può sopportare la sofferenza. E tanto più perverso appare il gesto dell'eutanasia se viene compiuto da coloro che — come i parenti — dovrebbero assistere con pazienza e con amore il loro congiunto o da quanti — come i medici —, per la loro specifica professione, dovrebbero curare il malato anche nelle condizioni terminali più penose.

La scelta dell'eutanasia diventa più grave quando si configura come un *omicidio* che gli altri praticano su una persona che non l'ha richiesta in nessun modo e che non ha mai dato ad essa alcun consenso. Si raggiunge poi il colmo dell'arbitrio e dell'ingiustizia quando alcuni, medici o legislatori, si arrogano il potere di decidere chi debba vivere e chi debba morire. Si ripropone così la tentazione dell'Eden: diventare come Dio «conoscendo il bene e il male» (cf. *Gn* 3, 5). Ma Dio solo ha il potere di far morire e di far vivere: «Sono io che do la morte e faccio vivere» (*Dt* 32, 39; cf. *2 Re* 5, 7; *1 Sam* 2, 6). Egli attua il suo potere sempre e solo secondo un disegno di sapienza e di amore.

Quando l'uomo usurpa tale potere, soggiogato da una logica di stoltezza e di egoismo, inevitabilmente lo usa per l'ingiustizia e per la morte.

Così la vita del più debole è messa nelle mani del più forte; nella società si perde il senso della giustizia ed è minata alla radice la fiducia reciproca, fondamento di ogni autentico rapporto tra le persone.

67. Ben diversa, invece, è la *via dell'amore e della vera pietà*, che la nostra comune umanità impone e che la fede in Cristo Redentore, morto e risorto, illumina con nuove ragioni. La domanda che sgorga dal cuore dell'uomo nel confronto supremo con la sofferenza e la morte, specialmente quando è tentato di ripiegarsi nella disperazione e quasi di annientarsi in essa, è soprattutto domanda di compagnia, di solidarietà e di sostegno nella prova. È richiesta di aiuto per continuare a sperare, quando tutte le speranze umane vengono meno. Come ci ha ricordato il Concilio Vaticano II, «in faccia alla morte l'enigma della condizione umana diventa sommo» per l'uomo; e tuttavia «l'istinto del cuore lo fa giudicare rettamente, quando aborrisce e respinge l'idea di una totale rovina e di un annientamento definitivo della sua persona. Il germe dell'eternità che porta in sé, irriducibile com'è alla sola materia, insorge contro la morte».<sup>86</sup>

Questa naturale ripugnanza per la morte e questa germinale speranza di immortalità sono illuminate e portate a compimento dalla fede cristiana, che promette e offre la partecipazione alla vittoria del Cristo Risorto: è la vittoria di Colui che, mediante la sua morte redentrice, ha liberato l'uomo dalla morte, «salario del peccato» (*Rm* 6, 23), e gli ha donato lo Spirito, pegno di risurrezione e di vita (cf. *Rm* 8, 11). La certezza dell'immortalità futura e la *speranza nella risurrezione promessa* proiettano una luce nuova sul mistero del soffrire e del morire e infondono nel credente una forza straordinaria per affidarsi al disegno di Dio.

L'apostolo Paolo ha espresso questa novità nei termini di un'appartenenza totale al Signore che abbraccia qualsiasi condizione umana: «Nessuno di noi vive per se stesso e nessuno muore per se stesso, perché se noi viviamo, viviamo per il Signore; se noi moriamo, moriamo per il Signore. Sia che viviamo, sia che moriamo, siamo dunque del Signore» (*Rm* 14, 7-8). *Morire per il Signore* significa vivere la propria morte come atto supremo di obbedienza al Padre (cf. *Fil* 2, 8), accettando di incontrarla nell'«ora» voluta e scelta da lui (cf. *Gv* 13, 1), che solo può dire quando il cammino terreno è compiuto. *Vivere per il Signore* significa anche riconoscere che la sofferenza, pur restando in se stessa un male e una prova, può sempre diventare sorgente di bene. Lo diventa se viene vissuta per amore e con amore, nella partecipazione, per dono gratuito di Dio e per libera scelta personale, alla sofferenza stessa di Cristo crocifisso. In tal modo, chi vive la sua sofferenza nel Signore viene più pienamente conformato a lui (cf. *Fil* 3, 10; *I Pt* 2, 21) e intimamente associato alla sua opera redentrice a favore della Chiesa e dell'umanità.<sup>87</sup> È questa l'esperienza dell'Apostolo, che anche ogni persona che soffre è chiamata a rivivere: «Sono lieto delle sofferenze che sopporto per voi e completo nella mia carne quello che manca alle tribolazioni di Cristo nella mia carne, a favore del suo corpo che è la Chiesa» (*Col* 1, 24).

## **PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA**

### **IL RISPETTO DELLA DIGNITÀ DEL MORENTE**

#### **Considerazioni etiche sull'eutanasia**

1. A partire dagli anni '70, con inizio nei Paesi più sviluppati nel mondo, è venuta diffondendosi una insistente campagna a favore dell'eutanasia intesa come azione o omissione che di natura sua e nelle intenzioni provoca l'interruzione della vita del malato grave o anche del neonato malformato. Il motivo che abitualmente si adduce è quello di voler così risparmiare al paziente stesso sofferenze definite inutili.

Si sono sviluppate campagne e strategie in questo senso, portate avanti con il supporto di associazioni pro-eutanasia a livello internazionale, con pubblici *manifesti* firmati da intellettuali e uomini di scienza, con pubblicazioni favorevoli a tali proposte - alcune, corredate perfino di istruzioni volte ad insegnare a malati e non i vari modi di porre fine alla vita, quando questa fosse ritenuta insopportabile - , con inchieste che raccolgono opinioni di medici o di personaggi noti all'opinione pubblica, favorevoli alla pratica dell'eutanasia e, infine, con proposte di leggi portate di fronte ai Parlamenti, oltre ai tentativi di provocare sentenze delle Corti che potrebbero dare corso ad una pratica di fatto dell'eutanasia o, almeno, alla sua non punibilità.

2. Il recente caso dell'Olanda, dove già esisteva da qualche anno una sorta di regolamentazione che rendeva non punibile il medico che praticasse l'eutanasia su richiesta del paziente, pone un caso di vera e propria legalizzazione dell'*eutanasia su richiesta*, sia pure circoscritta a casi di malattia grave ed irreversibile, accompagnata da sofferenze e a condizione che tale situazione sia portata davanti ad una verifica medica che si propone come rigorosa.

Il perno della giustificazione che si vuol accampare e far valere di fronte all'opinione pubblica è sostanzialmente costituito da due idee fondamentali: a) dal *principio di autonomia* del soggetto, il quale avrebbe diritto di disporre in maniera assoluta della propria vita; b) dalla persuasione più o meno esplicitata della *insopportabilità* e *inutilità* del dolore che può talora accompagnare la morte.

3. La Chiesa ha seguito con apprensione tale sviluppo di pensiero, riconoscendovi una delle manifestazioni dell'indebolimento spirituale e morale riguardo alla dignità della persona morente e una via "utilitarista" di disimpegno di fronte alle vere necessità del paziente.

Nelle sue riflessioni, essa ha mantenuto costante contatto con gli operatori e specialisti della medicina, ricercando la fedeltà ai principi e ai valori dell'umanità condivisi dalla massima parte degli uomini, alla luce della ragione illuminata dalla fede, e producendo documenti che hanno ricevuto l'apprezzamento di professionisti e di larga parte dell'opinione pubblica. Vogliamo ricordare la Dichiarazione sull'*Eutanasia* (1980), pubblicata 20 anni or sono dalla Congregazione per la Dottrina della Fede, il documento del Pontificio Consiglio "Cor Unum" *Questioni etiche relative ai malati gravi e ai morenti* (1981), l'Enciclica *Evangelium Vitae* (1995) di Giovanni Paolo II (in particolare ai nn. 64-67), la *Carta degli Operatori sanitari*, redatta dal Pontificio Consiglio per la Pastorale della salute (1995).

In questi documenti del Magistero non ci si è limitati a definire l'eutanasia come moralmente inaccettabile, "*in quanto uccisione deliberata di una persona umana*" innocente (cfr EV 65. Il pensiero dell'Enciclica è precisato al n. 57, consentendo così la giusta interpretazione del passo del n. 65 appena citato), o come azione "*vergognosa*" (cfr Conc. Vat. II, GS 27) , ma è stato anche offerto un itinerario di assistenza al malato grave e al morente che fosse, sia sotto il profilo dell'etica medica, sia sotto il profilo spirituale e pastorale, ispirato alla dignità della persona, al rispetto della vita e dei valori della fraternità e della solidarietà, sollecitando persone ed istituzioni a rispondere con testimonianze concrete alle sfide attuali di una dilagante cultura di morte.

Recentemente, questa Pontificia Accademia per la Vita ha dedicato una delle sue Assemblee generali (dopo un lavoro preparatorio durato diversi mesi), allo stesso tema, pubblicandone poi gli Atti conclusivi nel volume intitolato "*The Dignity of the Dying Person*" (2000).

4. Vale la pena ricordare qui, pur rinviando ai documenti appena citati, che il dolore dei pazienti, di cui si parla e su cui si vuol fondare una specie di giustificazione o quasi obbligatorietà dell'eutanasia e/o del suicidio assistito, è oggi più che mai un dolore "curabile" con i mezzi adeguati dell'analgesia e delle cure palliative proporzionate al dolore stesso; questo, se accompagnato dall'adeguata assistenza umana e spirituale, può essere lenito e confortato in un clima di sostegno psicologico e affettivo.

Eventuali *richieste di morte* da parte di persone gravemente sofferenti - come dimostrano le inchieste fatte fra i pazienti e le testimonianze di clinici vicini alle situazioni dei morenti - quasi sempre costituiscono la *traduzione estrema* di un'accorata richiesta del paziente per ricevere più attenzione e vicinanza umana, oltre alle cure appropriate, entrambi elementi che talvolta vengono a mancare negli ospedali di oggi. Risulta quanto mai vera la considerazione già proposta dalla Carta degli Operatori sanitari: "*l'ammalato che si sente circondato da presenza amorevole umana e cristiana, non cade nella depressione e nell'angoscia di chi invece si sente abbandonato al suo destino di sofferenza e di morte e chiede di farla finita con la vita. È per questo che l'eutanasia è una sconfitta di chi la teorizza, la decide e la pratica*" (n. 149).

A tal proposito, vien fatto di domandarsi se per caso, sotto la giustificazione della *insopportabilità* del dolore del paziente, non si nasconda invece l'incapacità dei "sani" di accompagnare il morente nel suo difficile travaglio di sofferenza, di dare senso al dolore umano - che comunque non è mai del tutto eliminabile dall'esperienza della vita umana quaggiù - e una sorta di rifiuto dell'idea stessa della sofferenza, sempre più diffuso nella nostra società del benessere e dell'edonismo.

Non è poi da escludere che, dietro alcune campagne "pro-eutanasia", si nascondano questioni di spesa pubblica, ritenuta insostenibile ed inutile di fronte al prolungarsi di certe malattie.

5. È dichiarando curabile (nel senso medico) il dolore e proponendo, come impegno di solidarietà, l'assistenza verso colui che soffre che si giunge ad affermare il vero umanesimo: il dolore umano chiede amore e condivisione solidale, non la *sbrigativa* violenza della morte anticipata.

Per altro, il c.d. *principio di autonomia*, con cui si vuole talvolta esasperare il concetto di libertà individuale, spingendolo al di là dei suoi confini razionali, non può certo giustificare la soppressione della vita propria o altrui: l'autonomia personale, infatti, ha come presupposto primo *l'essere vivi* e reclama la responsabilità dell'individuo, che è *libero per fare il bene secondo verità*; egli giungerà ad affermare se stesso, senza contraddizioni, soltanto riconoscendo (anche in una prospettiva puramente razionale) di aver ricevuto *in dono* la sua vita, di cui perciò non può essere "padrone assoluto"; sopprimere la vita, in definitiva, vuol dire distruggere le radici stesse della libertà e dell'autonomia della persona.

Quando poi la società arriva a legittimare la soppressione dell'individuo - non importa in quale stadio di vita si trovi, o quale sia il grado di compromissione della sua salute - essa rinnega la sua finalità e il fondamento stesso del suo esistere, aprendo la strada a sempre più gravi iniquità.

Nella legittimazione dell'eutanasia, infine, si induce una complicità perversa del medico che, per la sua identità professionale ed in forza delle inderogabili esigenze deontologiche ad essa legate, è chiamato sempre a sostenere la vita e a curare il dolore, giammai a dare la morte "*neppure mosso dalle premurose insistenze di chicchessia*" (Giuramento di Ippocrate); tale convinzione etica e deontologica ha varcato i secoli intatta nella sua sostanza, come conferma, ad esempio, la Dichiarazione sull'Eutanasia dell'Associazione Medica Mondiale (39 Assemblea - Madrid 1987) "*L'Eutanasia, vale a dire l'atto di porre fine deliberatamente alla vita di un paziente, sia in seguito alla richiesta del paziente stesso oppure alla richiesta dei suoi congiunti, è immorale.*"

*Questo non impedisce al medico di rispettare il desiderio di un paziente di permettere al naturale processo di morte di seguire il suo corso nella fase finale di malattia".*

La condanna dell'eutanasia espressa dall'Enciclica *Evangelium Vitae* perché "*grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata moralmente inaccettabile di una persona umana*" (n. 65), racchiude il peso della ragione etica universale (è fondata sulla legge naturale) e la istanza elementare della fede in Dio Creatore e custode di ogni persona umana.

6. La linea di comportamento verso il malato grave e il morente dovrà dunque ispirarsi al rispetto della vita e della dignità della persona; dovrà perseguire lo scopo di rendere disponibili le terapie proporzionate, pur senza indulgere in alcuna forma di "accanimento terapeutico"; dovrà raccogliere la volontà del paziente quando si tratta di terapie straordinarie o rischiose - cui non si è moralmente obbligati ad accedere -; dovrà assicurare sempre le cure ordinarie (comprese nutrizione ed idratazione, anche se artificiali) ed impegnarsi nelle cure palliative, soprattutto nell'adeguata terapia del dolore, favorendo sempre il dialogo e l'informazione del paziente stesso.

Nell'immediatezza di una morte che appare ormai inevitabile ed imminente "*è lecito in coscienza prendere la decisione di rinunciare a trattamenti che procurerebbero soltanto un prolungamento precario e penoso della vita*" (cfr Dich. su *Eutanasia*, parte IV), poiché vi è grande differenza etica tra "procurare la morte" e "permettere la morte": il primo atteggiamento rifiuta e nega la vita, il secondo accetta il naturale compimento di essa.

7. Le forme di assistenza domiciliare - oggi sempre più sviluppate, soprattutto per il paziente malato di tumore -, il sostegno psicologico e spirituale dei familiari, dei professionisti e dei volontari, possono e devono trasmettere la persuasione che ogni momento di vita ed ogni sofferenza sono abitabili dall'amore e sono preziosi davanti agli uomini e davanti a Dio. L'atmosfera della solidarietà fraterna dissipa e vince l'atmosfera della solitudine e la tentazione della disperazione.

L'assistenza religiosa in particolare - che è un diritto ed un aiuto prezioso per ogni paziente e non soltanto nella fase finale della vita - se accolta, trasfigura il dolore stesso in atto di amore redentivo e la morte in apertura verso la vita in Dio.

Le brevi considerazioni qui offerte si pongono accanto al costante insegnamento della Chiesa, la quale, sforzandosi di essere fedele al suo mandato di "attualizzare" nella storia lo sguardo d'amore di Dio per l'uomo, soprattutto quando è debole e sofferente, continua ad annunciare con forza il *Vangelo della vita*, certa com'è che, nel cuore di ogni persona di buona volontà, esso possa risuonare ed essere accolto: tutti, infatti, siamo invitati a far parte del "popolo *della e per* la vita"! (cfr *Evangelium Vitae* 101).

*Il Presidente*

**JUAN DE DIOS VIAL CORREA**

*Il Vice-Presidente*

**Mons. ELIO SGRECCIA**

*Città del Vaticano, 9 Dicembre 2000*

# **Ddl Senato 10 -A- Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento**

## **Art. 1.**

*(Tutela della vita e della salute)*

1. La presente legge, tenendo conto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione:

a) riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile ed indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge;

b) riconosce e garantisce la dignità di ogni persona in via prioritaria rispetto all'interesse della società e alle applicazioni della tecnologia e della scienza;

c) riconosce che nessun trattamento sanitario può essere attivato a prescindere dall'espressione del consenso informato nei termini di cui all'articolo 2, fermo il principio per cui la salute deve essere tutelata come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario, se non per disposizione di legge e con i limiti imposti dal rispetto della persona umana;

d) impone l'obbligo al medico di informare il paziente sui trattamenti sanitari più appropriati, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 2, comma 4, riconoscendo come prioritaria l'alleanza terapeutica tra il medico e il paziente, che acquista peculiare valore proprio nella fase di fine vita;

e) vieta ai sensi degli articoli 575, 579 e 580 del codice penale ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica nonché di assistenza alle persone esclusivamente finalizzata alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza;

f) garantisce che in casi di pazienti in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come imminente, il medico debba astenersi da trattamenti straordinari non proporzionati, non efficaci o non tecnicamente adeguati rispetto alle condizioni cliniche del paziente o agli obiettivi di cura.

2. La presente legge garantisce politiche sociali ed economiche volte alla presa in carico del paziente, in particolare dei soggetti incapaci di intendere e di volere e della loro famiglia.

## **Art. 2.**

*(Consenso informato)*

1. Salvo i casi previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole.

2. L'espressione del consenso informato è preceduta da corrette informazioni rese dal medico curante al paziente in maniera comprensibile circa diagnosi, prognosi, scopo e natura del trattamento sanitario proposto, benefici e rischi prospettabili, eventuali effetti collaterali nonché circa le possibili alternative e le conseguenze del rifiuto del trattamento.

3. L'alleanza terapeutica costituisce all'interno della relazione fra medico e paziente ai sensi del comma 2 si esplicita in un documento di consenso informato, firmato dal paziente, che diventa parte integrante della cartella clinica.

4. E' fatto salvo il diritto del paziente di rifiutare in tutto o in parte le informazioni che gli competono. Il rifiuto può intervenire in qualunque momento e deve essere adeguatamente documentato.

5. Il consenso informato al trattamento sanitario può essere sempre revocato, anche parzialmente.

6. In caso di interdetto, il consenso informato è prestato dal tutore che sottoscrive il documento. In caso di inabilitato o di minore emancipato, il consenso è prestato congiuntamente dal soggetto interessato e dal curatore. Qualora sia stato nominato un amministratore di sostegno e il decreto di nomina preveda l'assistenza o la rappresentanza in ordine alle situazioni di carattere sanitario, il consenso informato è prestato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo dall'amministratore. La decisione di tali soggetti riguarda anche quanto consentito dall'articolo 3 ed è adottata avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della salute dell'incapace.

7. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è accordato o rifiutato dagli esercenti la potestà parentale o la tutela dopo avere attentamente ascoltato i desideri e le richieste del minore. La decisione di tali soggetti riguarda quanto consentito dall'articolo 3 ed è adottata avendo come scopo esclusivo la salvaguardia della salute psico-fisica del minore.

8. Qualora il soggetto sia minore o legalmente incapace o incapace di intendere e di volere e l'urgenza della situazione non consenta di acquisire il consenso informato così come indicato nei commi precedenti, il medico agisce in scienza e coscienza, conformemente ai principi della deontologia medica nonché della presente legge.

9. Il consenso informato al trattamento sanitario non è richiesto quando la vita della persona incapace di intendere o di volere sia in pericolo per il verificarsi di un evento acuto.

### **Art. 3.**

#### *(Contenuti e limiti della dichiarazione anticipata di trattamento)*

1. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante esprime il proprio orientamento in merito ai trattamenti sanitari in previsione di un'eventuale futura perdita della propria capacità di intendere e di volere. Nel caso in cui il paziente abbia sottoscritto una dichiarazione anticipata di trattamento, è esclusa la possibilità per qualsiasi persona terza, ad esclusione dell'eventuale fiduciario, di provvedere alle funzioni di cui all'articolo 6.

2. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il soggetto, in stato di piena capacità di intendere e di volere e in situazione di compiuta informazione medico-clinica, dichiara il proprio orientamento circa l'attivazione o non attivazione di trattamenti sanitari, purchè in conformità a quanto prescritto

dalla legge e dal codice di deontologia medica.

3. soppresso.

4. Nella dichiarazione anticipata di trattamento può essere esplicitata la rinuncia da parte del soggetto ad ogni o ad alcune forme particolari di trattamenti sanitari in quanto di carattere sproporzionato, o sperimentale.

5. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il soggetto non può inserire indicazioni che integrino le fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

6. Anche nel rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità,

fatta a New York il 13 dicembre 2006, l'alimentazione e l'idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, sono forme di sostegno vitale e fisiologicamente finalizzate ad alleviare le sofferenze fino alla fine della vita. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento.

7. La dichiarazione anticipata di trattamento assume rilievo nel momento in cui è accertato che il soggetto in stato vegetativo non è più in grado di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze e per questo motivo non può assumere decisioni che lo riguardano.

La valutazione dello stato clinico è formulata da un collegio medico formato da un medico legale un anestesista-rianimatore ed un neurologo, sentiti il medico curante e il medico specialista della patologia. Tali medici, ad eccezione del medico curante, sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o della azienda sanitaria locale di competenza.

#### **Art. 4.**

*(Forma e durata della dichiarazione anticipata di trattamento)*

1. Le dichiarazioni anticipate di trattamento non sono obbligatorie, sono redatte in forma scritta con atto avente data certa e firma del soggetto interessato maggiorenne, in piena capacità di intendere e di volere dopo una compiuta e puntuale informazione medico-clinica, e sono raccolte esclusivamente dal medico di medicina generale che contestualmente le sottoscrive.

2. Le dichiarazioni anticipate di trattamento, manoscritte o dattiloscritte, devono essere adottate in piena libertà e consapevolezza, nonchè sottoscritte con firma autografa.

3. Salvo che il soggetto sia divenuto incapace, la dichiarazione anticipata di trattamento

ha validità per cinque anni, che decorrono dalla redazione dell'atto ai sensi del comma 1, termine oltre il quale perde ogni efficacia. La dichiarazione anticipata di trattamento può essere rinnovata più volte, con la forma e le modalità prescritte dai commi 1 e 2.

4. La dichiarazione anticipata di trattamento può essere revocata o modificata in ogni momento dal soggetto interessato. La revoca, anche parziale, della dichiarazione deve essere sottoscritta dal soggetto interessato.

5. La dichiarazione anticipata di trattamento deve essere inserita nella cartella clinica dal momento in cui assume rilievo dal punto di vista clinico.

6. In condizioni di urgenza o quando il soggetto versa in pericolo di vita immediato, la dichiarazione anticipata di trattamento non si applica.

#### **Art. 5.**

*(Assistenza ai soggetti in stato vegetativo)*

1. Il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, adotta le linee guida cui le Regioni si conformano nell'assicurare l'assistenza domiciliare per i soggetti in stato vegetativo permanente.

#### **Art. 6.**

*(Fiduciario)*

1. Nella dichiarazione anticipata di trattamento il dichiarante può nominare un fiduciario maggiorenne, capace di intendere e di volere, il quale accetta la nomina sottoscrivendo la dichiarazione.

2. Il fiduciario se nominato è l'unico soggetto legalmente autorizzato ad interagire con il medico e si impegna ad agire nell'esclusivo e migliore interesse del paziente, operando sempre e solo secondo le intenzioni legittimamente esplicitate dal soggetto nella dichiarazione anticipata.

3. soppresso.

4. Il fiduciario se nominato si impegna a vigilare perchè al paziente vengano somministrate le migliori terapie palliative disponibili, evitando che si creino situazioni sia di accanimento terapeutico, sia di abbandono terapeutico.

5. Il fiduciario se nominato si impegna a verificare attentamente che non si determinino a carico del paziente situazioni che integrino fattispecie di cui agli articoli 575, 579 e 580 del codice penale.

6. Il fiduciario se nominato può rinunciare per iscritto all'incarico, comunicandolo al dichiarante o, ove quest'ultimo sia incapace di intendere e di volere, al medico responsabile del trattamento sanitario.

#### **Art. 7.**

*(Ruolo del medico)*

1. Le volontà espresse dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono prese in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno.

2. Il medico non può prendere in considerazione indicazioni orientate a cagionare la morte del paziente o comunque in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. Le indicazioni sono valutate dal medico, sentito il fiduciario, in scienza e coscienza, in applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute, secondo i principi di precauzione,

proporzionalità e prudenza.

3. soppresso

4. soppresso.

5. Nel caso di controversia tra il fiduciario ed il medico curante, la questione è sottoposta alla valutazione di un collegio di medici composto da un medico legale, un anestesista-rianimatore ed un neurologo, sentiti il medico curante e il medico specialista della patologia. Tali medici sono designati dalla direzione sanitaria della struttura di ricovero o della azienda sanitaria locale di competenza regionale.

#### **Art. 8.**

*(Autorizzazione giudiziaria)*

1. In assenza del fiduciario, in caso di contrasto tra soggetti parimenti legittimati ad esprimere il consenso al trattamento sanitario, la decisione è autorizzata dal giudice tutelare, su parere del collegio medico, di cui all'articolo 7, o, in caso di urgenza, sentito il medico curante.

2. L'autorizzazione giudiziaria è necessaria anche in caso di inadempimento o di inerzia da parte dei soggetti legittimati ad esprimere il consenso al trattamento sanitario.

3. Nei casi di cui ai commi precedenti, il medico è tenuto a dare immediata segnalazione

al pubblico ministero.

## **Art. 9.**

### *(Disposizioni finali)*

1. È istituito il Registro delle dichiarazioni anticipate di trattamento nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel predetto archivio è il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali.

2. Con regolamento da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, stabilisce le regole tecniche e le modalità di accesso, di tenuta e di consultazione del Registro di

cui al comma 1. Il decreto stabilisce altresì i termini e le forme entro i quali i soggetti che lo vorranno potranno compilare le dichiarazioni anticipate di trattamento presso il medico di medicina generale e registrarle in uffici dedicati presso le aziende sanitarie locali, le modalità di conservazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento presso le aziende sanitarie locali e le modalità di trasmissione telematica al Registro di cui al comma 1.

3. La dichiarazione anticipata di trattamento, le copie della stessa, le formalità, le certificazioni e qualsiasi altro documento sia cartaceo sia elettronico ad esse connesso e da esse dipendente non sono soggetti all'obbligo di registrazione e sono esenti dall'imposta di bollo e da qualunque altro tributo.

4. Dal presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. All'attuazione del medesimo si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie già previste a legislazione vigente.

# CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

## DOVERI GENERALI DEL MEDICO CAP. I

### Libertà, indipendenza e dignità della professione

#### **Art.3**

- Doveri del medico -

Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'Uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della libertà e della dignità della persona umana, senza distinzioni di età, di sesso, di etnia, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia, in tempo di pace e in tempo di guerra, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

La salute è intesa nell'accezione più ampia del termine, come condizione cioè di benessere fisico e psichico della persona.

#### **Art. 4**

- Libertà e indipendenza della professione –

L'esercizio della medicina è fondato sulla libertà e sull'indipendenza della professione che costituiscono diritto inalienabile del medico.

Il medico nell'esercizio della professione deve attenersi alle conoscenze scientifiche e ispirarsi ai valori etici della professione, assumendo come principio il rispetto della vita, della salute fisica e psichica, della libertà e della dignità della persona; non deve soggiacere a interessi, imposizioni e suggestioni di qualsiasi natura.

Il medico deve operare al fine di salvaguardare l'autonomia professionale e segnalare all'Ordine ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti non conformi alla deontologia professionale.

## CAPO IV

### Accertamenti diagnostici e trattamenti terapeutici

#### **Art. 16**

- Accanimento diagnostico-terapeutico –

Il medico, anche tenendo conto delle 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 e/o un miglioramento della qualità della vita.

#### **Art. 17**

- Eutanasia -

Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a

provocarne la morte.

### **Art. 18**

- Trattamenti che incidono sulla integrità psico-fisica -

I trattamenti che incidono sulla integrità e sulla resistenza psico-fisica del malato possono essere attuati, previo accertamento delle necessità terapeutiche, e solo al fine di procurare un concreto

beneficio clinico al malato o di alleviarne le sofferenze.

## CAPO IV

### Informazione e consenso

### **Art. 33**

- Informazione al cittadino -

Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione.

Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata.

### **Art. 38**

- Autonomia del cittadino e direttive anticipate -

Il medico deve attenersi, nell'ambito della autonomia e indipendenza che caratterizza la professione, alla volontà liberamente espressa della persona di curarsi e deve agire nel rispetto della dignità, della libertà e autonomia della stessa.

Il medico, compatibilmente con l'età, con la capacità di comprensione e con la maturità del soggetto, ha l'obbligo di dare adeguate informazioni al minore e di tenere conto della sua volontà.

In caso di divergenze insanabili rispetto alle richieste del legale rappresentante deve segnalare il caso all'autorità giudiziaria; analogamente deve comportarsi di fronte a un maggiorenne infermo di mente.

Il medico, se il paziente non è in grado di esprimere la propria volontà, deve tenere conto nelle proprie scelte di quanto precedentemente manifestato dallo stesso in modo certo e documentato.

CAPO V  
Assistenza ai malati inguaribili

**Art. 39**

- Assistenza al malato a prognosi infausta -

In caso di malattie a prognosi sicuramente infausta o pervenute alla fase terminale, il medico deve improntare la sua opera ad atti e comportamenti idonei a risparmiare inutili sofferenze psichico fisiche e fornendo al malato i trattamenti appropriati a tutela, per quanto possibile, della qualità di vita e della dignità della persona.

In caso di compromissione dello stato di coscienza, il medico deve proseguire nella terapia di sostegno vitale finché ritenuta ragionevolmente utile evitando ogni forma di accanimento terapeutico.