

BIOETICA:

“ETICA DELLA VITA E DELLA MORTE”.

LA MORTE // L’EUTANASIA

IL TESTAMENTO BIOLOGICO

1. IL SENSO DELLA MORTE

- La morte è impensabile senza riferimento alla vita
- Ogni interpretazione della morte suppone e comporta un’interpretazione della vita (es. valore vita = morte degna)
- L’evidenza non elimina interrogativi e riflessione
- È un sapere non un’esperienza
- È contemporaneamente imposizione e libertà

a) 5 atteggiamenti

- Morte evitata (inespressa, nascosta, rimossa)
- Morte negata (passaggio, apparenza)
- Morte cercata (istinto tanatico)
- Morte assurda (la morte è “per l’altro”)
- Morte fatta propria (integrata nel corso della vita)

b) Opzione finale e morte

- In senso passivo: è la fissazione della decisione che si ha nell’ultimo istante
- In senso attivo: è opportunità di decisione

- Rapporto con le decisioni morali durante la vita
- Rapporto disponibilità / indisponibilità della vita

c) Determinazione della morte clinica

- La determinazione della morte è un dato che compete alla scienza.
- Fino a pochi anni fa, il momento era dato dall’ultimo battito cardiaco.
- Dopo l’arresto cardiaco, in condizioni favorevoli: il cuore sopravvive 1 ora e mezza, i reni due ore, il fegato 20/30 minuti, i polmoni 30/60 minuti, il cervello 8/10 minuti.

- Oggi c’è “unanimità” nel considerare la morte nel momento della morte cerebrale irreversibile.
- Elementi:
 - Dilatazione completa delle pupille senza stimoli alla luce
 - Assenza totale di respirazione spontanea dopo distacco da respiratore per oltre 5 minuti
 - Continuo abbassamento della pressione sanguigna
 - EEG piatto per svariati minuti consecutivi

2. IL SUICIDIO

- Vanno distinti il piano soggettivo e il piano oggettivo (cfr. EV 66)
- Generalmente la responsabilità soggettiva è limitata da presenza di fattori depressivi.
- Responsabilità diretta / indiretta / in causa

3. ORTOTANASIA, EUTANASIA, DISTANASIA

- Eutanasia: abbreviazione volontaria della vita
- Distanasia: prolungamento volontario della vita (= accanimento)
- Ortotanasia: realizzazione dei due valori in gioco, rispetto della vita umana e diritto a morire degnamente

4. ORTOTANASIA: etica del morire

	L'ortotanasia è la realizzazione del duplice valore del	
Rispetto della vita umana		Diritto a morire degnamente
Valore che non è realizzato dalle eutanasia che esagera il "diritto a morire"		Valore che non è realizzato dalla distanasia che esagera il "diritto alla vita"

3. EUTANASIA

- Termine e pratica non nuova seppure in altri "modi"
 - ❑ *Felici vel honesta morte mori.*
 - ❑ Platone, *Repubblica*, 460b; *Convito*, 186b-c*
 - ❑ Cicerone, *Lettera ad Attico*, 16,7,3: eutanasia = morte degna, gloriosa, onesta
 - ❑ Svetonio, *Divus Augustus*, 99: "[...] infatti, udendo che qualcuno era morto di una morte rapida e senza sofferenza, chiedeva per sé e i suoi una simile *eutanasia*".
- Etimologicamente: "buona morte" / "dolce morte"
- Nel contesto cristiano il termine non appare.
- Programma nazista *Aktion T4* detto anche "programma eutanasia"
- Oggi: termine "ambiguo" – distinzioni talora "macchinose" → usi di fatto

a) Usi di fatto

- Eutanasia:
 - Agonica
 - Lenitiva
 - Suicida
 - Omicida
 - Diretta / indiretta
 - Attiva / passiva
 - Volontaria / non volontaria
 - Adistanasia
 - Diritto a morire con dignità

- Eutanasia diretta / indiretta: riguarda l'intenzione (la morte è cercata oppure è conseguenza non voluta)
- Eutanasia attiva / passiva: riguarda la modalità di azione (quando si somministrano farmaci nocivi o si interrompono od omettono cure necessarie)
- Eutanasia volontaria (o involontaria): quando la richiesta giunge o meno dal diretto interessato.
- Eutanasia personale o legale: la prima si realizza su opzione dell'interessato, la seconda imposta o tollerata dalla legge.

c) Il punto di vista etico

“La questione originaria e radicale è la morte stessa [...] I problemi etici non riguardano solo il momento della morte ma tutto ciò che precede. Se la vita non acquista il suo senso di vita da vivere in tutte le sue fasi, mantenendo in ciascuna di esse una qualità umana, l'etica non riuscirà a frenare né le spinte verso l'accanimento terapeutico, né le soluzioni eutanasiche (M. Aramini, *Bioetica per tutti*, Paoline, Milano 2006, 271).

- La questione originaria è la morte o la sofferenza?
- La sofferenza umana (fisica?) può essere insostenibile.
- Correlazione tra sofferenza e desiderio di morire?

I sostenitori dell'eutanasia argomentano con il principio di autonomia (interpretato in forma radicale e senza alcuna connessione con il principio di solidarietà e di responsabilità) e con il principio di beneficenza (quale atto benefico del medico o dei parenti per alleviare le sofferenze).

d) Cenni di aspetti legislativi

Bisogna porre attenzione alla differenza tra “depenalizzazione” e “legalizzazione”.

Attualmente le norme che regolano questa materia in Italia sono gli artt. 579 e 580 del codice penale e gli art. 17 del codice di deontologia medica del 2006.

art. 17 : “*Il medico, anche su richiesta del malato, non deve effettuare né favorire trattamenti finalizzati a provocare la morte*”

Alcuni esempi:

Albania ogni forma di eutanasia volontaria è legale, secondo una legge del 1999.

Austria Esisteva una legge permissiva sull'eutanasia, ma fu abrogata nel 1977.

Danimarca. Le cosiddette "direttive anticipate" hanno valore legale. I parenti del malato possono autorizzare l'interruzione delle cure.

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

Lussemburgo Il 19 febbraio 2008 il parlamento del Granducato di Lussemburgo ha approvato una proposta di legge che prevede l'eliminazione delle sanzioni penali contro i medici che mettono fine, su richiesta, alla vita dei malati. In particolare, il provvedimento prevede che l'eutanasia venga autorizzata per i malati terminali e coloro che soffrono di malattie incurabili, solo su richiesta ripetuta e col consenso di due medici e una commissione di esperti. A questa data il Lussemburgo si colloca terzo, dopo Paesi Bassi e Belgio, ad aver legalizzato l'eutanasia.

Paesi Bassi. Dal 1994 l'eutanasia cessò di essere perseguita penalmente, pur rimanendo un reato. Nel 2000 i Paesi Bassi divennero il primo Paese al mondo a dotarsi di una legge che regolamentava l'eutanasia e dal 1° aprile 2002 la legge è in vigore.

Regno Unito. L'aiuto al suicidio è perseguito a norma del *Suicide Act* del 1961, anche se sul piano giurisprudenziale e giurisdizionale vi sono aperture consistenti all'eutanasia passiva.

4. CURE PALLIATIVE E HOSPICES.

a) Hospices

- Sono “strutture” (associazioni per assistenza a domicilio, strutture “cliniche”...) sorte con lo scopo di umanizzare l'assistenza di vita dei pazienti e somministrare le cure palliative.

b) Cure palliative

- È la somministrazione di farmaci antidolorifici (oppioidi e non oppioidi).
- Linee guida dell'OMS del 1986.
- Questioni:
 - Proporzionalità
 - Aspetti culturali
 - Costi

“Voglio ricordare che il sollievo dal dolore e dei sintomi [...] non ha nulla a che vedere con l'eutanasia. L'obiettivo di questi trattamenti è di liberare i malati dal dolore che invade il corpo e la coscienza e non dà la possibilità di vivere degnamente l'ultimo tratto della vita [...] lo scopo di questi trattamenti è quello di liberare la vita dalla sofferenza, non quello di determinarne la morte. Se il termine della vita viene accelerato, questo non è legato a un atto deliberato” (V. Ventafridda, “Di fronte alla richiesta di legalizzare l'eutanasia”, in C. Viafora, *quando morire?*, Padova 1996, 256-257).

5. DISTANASIA O ACCANIMENTO TERAPEUTICO

L'accanimento terapeutico sembra una modalità diffusa nella medicina contemporanea:

- quando la medicina è considerata quella impresa umana che contrasta la morte, fino a darle scacco;
- perché l'estrema specializzazione della medicina conduce alla perdita del carattere personale della malattia: non si cura la persona del malato, ma i processi organici disturbati;
- perché il rapporto medico-paziente è sempre più orientato al contrattualismo e ciò spinge il personale sanitario a “fare di tutto” pur di non essere accusati di omissioni o negligenze;
- perché, talora, l'accanimento terapeutico è motivato dalla sperimentazione di nuove terapie, magari senza il consenso del paziente.

6. IL TESTAMENTO BIOLOGICO

È un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso (o dissenso) informato.

È come se idealmente il dialogo tra il medico e il paziente potesse continuare anche quando il paziente non sia più in grado di prendervi parte consapevolmente.

- Compito valutativo per l'autonomia professionale
- Evitare logiche di abbandono terapeutico, anche indiretto.

NON possono contenere dichiarazioni che siano in contraddizione:

- Con il diritto positivo
- Con le norme di buona pratica clinica
- Con la deontologia medica
- Con l'imposizione attiva nei confronti del medico di pratiche per lui inaccettabili in scienza e coscienza

Indicazioni che possono essere contenute:

- Sull'assistenza religiosa (e quale).
- Sull'intenzione di donare o meno gli organi per trapianti.
- Sull'utilizzo del cadavere o parti di esso per scopi di ricerca o didattica.
- Sulle cure palliative (finalizzazione e implementazione).
- Sull'housing o il ricovero in casa.
- Sulla richiesta di non attivazione di qualsiasi forma di accanimento terapeutico.
- Sul non inizio o sulla sospensione di trattamenti terapeutici di sostegno vitale (che non siano indiscutibili ipotesi di accanimento).
- Sulla sospensione dell'alimentazione e della idratazione artificiali.

Astrattezza:

- Astrattezza e genericità dovute a distanza psicologica e temporale tra il momento della redazione e la situazione di reale malattia cui verrebbe applicata.
- Una certa astrattezza non può essere del tutto evitata (argomento contro la vincolatività).
- L'interpretazione "alla lettera" determinerebbe automatismo, eliminerebbe dialogo, e il valore etico e medico-terapeutico della prassi medica > burocratismo.
 - La persona può in ogni momento revocare le sue precedenti volontà o modificarle in riferimento ai mutamenti concreti.
 - Se "*advanced health care planning*" (pianificazione sanitaria anticipata), redatti nelle prime fasi di patologie a lenta evoluzione (AIDS, morbo Alzheimer, malattie tumorali...) hanno carattere diverso.
 - CONSENSO INFORMATO!
 - Delega. Fiduciario? In Italia andrebbe rivista normativa.

Affidabilità:

Scelte formulate in un momento anteriore a quello in cui devono attuarsi Diffidenza da parte dottrina penalistica poiché non garantiscono (potrebbero non garantire) la reale volontà del paziente (nuove acquisizioni scientifiche, tecniche di trattamento,...)

- Il soggetto deve essere debitamente invitato a riflettere su questo rischio
- Rischio di paternalismo

Vincolatività:

Carattere, per il medico, vincolante o orientativo, che a tali scelte debba o possa essere attribuito?

- La Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina, 4 aprile 1997, ratificata con la legge italiana n°145 del 28 marzo 2001, art.9. usa le espressioni “souhais” e “wishes” che corrispondono al concetto di cosa desiderata e non di cosa imposta a terzi.

Rapporto esplicativo, punto 62, circa la Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina, 4 aprile 1997, ratificata con la legge italiana n°145 del 28 marzo 2001, art.9.

“questo articolo afferma che, quando le persona hanno previamente espresso i loro desideri, tali desideri dovranno essere tenuti in considerazione. Tuttavia, tenere in considerazione i desideri precedentemente espressi non significa che essi debbano necessariamente essere seguito. Per esempio, se i desideri sono stati espressi molto tempo prima dell'intervento e la scienza da allora ha fatto progressi, potrebbero esserci le basi per non tenere in conto l'opinione del paziente. Il medico dovrebbe quindi, per quanto possibile, essere soddisfatto che i desideri del paziente si applicano alla situazione presente e sono ancora validi, prendendo in considerazione particolarmente il progresso tecnico in medicina”.

Questioni aperte:

- Forma scritta o sufficiente forma orale?
- Con quali modalità?
- Chi ha il compito di raccogliere e conservare queste dichiarazioni?
- Deve esserne fatta menzione nella cartella clinica?
- Come può il medico avere la certezza che le dichiarazioni anticipate di cui è in possesso non siano state revocate o sostituite da altre (altri)?
- Come può accertarsi che esse siano state redatte da soggetti autenticamente competenti e informati?
- Nel caso in cui indichi un fiduciario, che conseguenze trarre dall'eventuale rifiuto di questi di assumersi il compito affidatogli?

Qualche lettura e spunto...

A) GIURAMENTO PROFESSIONALE DEI MEDICI:

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- di esercitare la medicina in libertà e indipendenza di giudizio e di comportamento rifuggendo da ogni indebito condizionamento;
- **di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo della sofferenza, cui ispirerò con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni mio atto professionale;**
- di curare ogni paziente con eguale scrupolo e impegno, prescindendo da etnia, religione, nazionalità, condizione sociale e ideologia politica e promuovendo l'eliminazione di ogni forma di discriminazione in campo sanitario;
- **di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona;**
- **di astenermi da ogni accanimento diagnostico e terapeutico;**
- di promuovere l'alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica;
- di attenermi nella mia attività ai principi etici della solidarietà umana contro i quali, nel rispetto della vita e della persona, non utilizzerò mai le mie conoscenze;
- di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina;
- di affidare la mia reputazione professionale esclusivamente alla mia competenza ed alle mie doti morali;
- di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;
- di rispettare i colleghi anche in caso di contrasto di opinioni;
- di rispettare e facilitare il diritto alla libera scelta del medico;
- di prestare assistenza d'urgenza a chi ne abbisogni e di mettermi, in caso di pubblica calamità, a disposizione dell'autorità competente;
- di osservare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che vedo o che ho veduto, inteso o intuito nell'esercizio della mia professione o in ragione del mio stato;
- di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della medicina e quelle giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della mia professione.

B) PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE DEGLI OPERATORI SANITARI, Carta degli operatori sanitari (1994). CAP. III - IL MORIRE

114. Servire la vita significa per l'operatore sanitario assisterla fino al compimento naturale. La vita è nelle mani di Dio: Lui ne è il Signore, Lui solo stabilisce il momento finale. Ogni fedele servitore vigila su questo compiersi della volontà di Dio nella vita di ogni uomo affidato alle sue cure. Egli non si ritiene arbitro della morte, come e perché non si ritiene arbitro della vita di alcuno.

I malati terminali

115. Quando le condizioni di salute si deteriorano in modo irreversibile e letale, l'uomo entra nello stadio terminale dell'esistere terreno. Per lui il vivere si fa particolarmente e progressivamente precario e penoso. Al male e alle sofferenze fisiche sopraggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta.

Come tale il malato terminale è una persona bisognosa di accompagnamento umano e cristiano, cui medici e infermieri sono chiamati a dare il loro contributo qualificato e irrinunciabile.

Si tratta di realizzare una speciale assistenza sanitaria al morente, perché anche nel morire l'uomo abbia a riconoscersi e volersi come vivente. «Mai come in prossimità della morte e nella morte stessa occorre celebrare ed esaltare la vita. Questa deve essere pienamente rispettata, protetta ed assistita anche in chi ne vive il naturale concludersi ... L'atteggiamento davanti al malato terminale è spesso il banco di prova del senso di giustizia e di carità, della nobiltà d'animo, della responsabilità e della capacità professionale degli operatori sanitari, a cominciare dai medici».

116. Il morire appartiene alla vita come sua ultima fase. Va perciò curato suo momento. Interpella dunque la responsabilità terapeutica dell'operatore sanitario come e non meno di ogni altro momento del vivere umano.

Il morente non solo non va dimesso come inguaribile e abbandonato alla solitudine sua e della famiglia, ma va riaffidato alle cure di medici e infermieri. Queste, interagendo e integrandosi con l'assistenza di cappellani, assistenti sociali, volontari, parenti e amici, consentono al moribondo di accettare e vivere la morte. Aiutare una persona a morire significa *aiutarla a vivere* intensamente l'esperienza ultima della sua vita. Quando è possibile e l'interessato lo gradisca gli si dia la possibilità di terminare la sua vita in famiglia con opportuna assistenza sanitaria.

117. Al malato terminale vanno praticate le cure mediche che gli consentono di alleviare la penosità del morire. In questa prospettiva rientrano le cosiddette cure palliative o sintomatiche.

La prima cura è una «presenza amorevole» da realizzare accanto al morente. C'è una presenza propriamente medico-sanitaria che, senza illuderlo, lo fa sentire vivo, persona tra persone, perché destinatario, come ogni essere bisognevole, di attenzioni e di premure. Questa presenza attenta e premurosa, infonde fiducia e speranza nell'ammalato e lo riconcilia con la morte. È un contributo unico che infermieri e medici, con il loro *esserci* umano e cristiano, prima ancora che con il loro fare, possono e devono dare al morente, perché al rifiuto subentri l'accettazione e sull'angoscia prevalga la speranza.

Si sottrae così il morire umano al «fenomeno della medicalizzazione», che veda la fase terminale della vita «svolgersi in ambienti affollati e movimentati, sotto il controllo di personale medico-sanitario preoccupato prevalentemente dell'aspetto biofisico della malattia». Tutto questo «è sentito in misura crescente come poco rispettoso della complessa situazione umana della persona sofferente».

118. «Davanti al mistero della morte rimane impotenti; vacillano le umane certezze. Ma è proprio di fronte a tale scacco che la fede cristiana ... si propone come sorgente di serenità e di pace ... Ciò che sembrava senza significato acquista senso e valore».

Quando tale «scacco» si consuma nella vita di una persona, in questa ora decisiva della sua esistenza, *la testimonianza di fede e di speranza in Cristo* dell'operatore sanitario ha un ruolo determinante. Dischiude infatti nuovi orizzonti di senso, ossia di risurrezione e di vita, a chi vede chiudersi le prospettive dell'esistenza terrena.

«Al di sopra di tutti i conforti umani, nessuno può trascurare di vedere l'aiuto enorme dato ai morenti e alle loro famiglie dalla fede in Dio e dalla speranza in un vita eterna». Realizzare una presenza di fede e di

speranza è per medici e infermieri la più alta forma di umanizzazione del morire. È più che alleviare una sofferenza. Significa adoperarsi con le proprie cure «rendere facile al malato il venire a Dio».

Morire con dignità

119. Il diritto alla vita si precisa nel malato terminale come «diritto a morire in tutta serenità, con dignità umana e cristiana».

Questo non può designare il potere di procurarsi o farsi procurare la morte, ma di vivere umanamente e cristianamente la morte e non rifuggirla «ad ogni costo». Questo diritto è venuto emergendo alla coscienza esplicita dell'uomo d'oggi per proteggerlo, nel momento della morte, da «un tecnicismo che rischia di divenire abusivo».

La medicina odierna dispone infatti di mezzi in grado di ritardare artificialmente la morte, senza che il paziente riceva un reale beneficio. È semplicemente mantenuto in vita o si riesce solo a protrargli di qualche tempo la vita, a prezzo di ulteriori e dure sofferenze. Si determina in tal caso il cosiddetto «accanimento terapeutico», consiste «nel uso di mezzi particolarmente sfibranti e pesanti per il malato, condannandolo di fatto ad un'agonia prolungata artificialmente».

Ciò contrasta con la dignità del morente e con il compito morale di accettare la morte e lasciare da ultimo che essa faccia il suo corso. «La morte è un inevitabile fatto della vita umana»: non la si può ritardare inutilmente, rifuggendola con ogni mezzo.

120. Consapevole di non essere «né il signore della vita, né il conquistatore della morte», l'operatore sanitario, nella valutazione dei mezzi, «deve fare le opportune scelte, cioè rapportarsi al paziente e lasciarsi determinare dalle sue reali condizioni».

Egli applica qui il principio -già enunciato- della «*proporzionalità nelle cure*», il quale viene così a precisarsi: «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. Perciò il medico non ha motivo di angustiarsi, quasi che non avesse prestato assistenza ad una persona in pericolo».

L'alimentazione e l'idratazione, anche artificialmente amministrate, rientrano tra le cure normali dovute sempre all'ammalato quando non risultino gravose per lui: la loro indebita sospensione può avere il significato di vera e propria eutanasia.

121. Per il medico e i suoi collaboratori non si tratta di decidere della vita o della morte di un individuo. Si tratta semplicemente di essere medico, ossia d'interrogarsi e decidere in scienza e coscienza, la cura rispettosa del vivere e morire dell'ammalato a lui affidato. Questa responsabilità non esige il ricorso sempre e comunque ad ogni mezzo. Può anche richiedere di rinunciare a dei mezzi, per una serena e cristiana accettazione della morte inerente alla vita. Può anche voler dire il rispetto della volontà dell'ammalato che rifiutasse l'impiego di taluni mezzi.

L'uso degli analgesici nei malati terminali

122. Tra le cure da somministrare all'ammalato terminale vanno annoverate quelle analgesiche. Queste, favorendo un decorso meno drammatico, concorrono all'umanizzazione e all'accettazione del morire.

Ciò però, non costituisce una norma generale di comportamento. Non si può infatti imporre a tutti un «comportamento eroico». E poi molte volte «il dolore diminuisce la forza morale» nella persona: le sofferenze «aggravano lo stato di debolezza e di esaurimento fisico, ostacolano lo slancio dell'anima e lograno le forze morali invece di sostenerle. Invece la soppressione del dolore procura una distensione organica e psichica, facilita la preghiera e rende possibile un più generoso dono di sé».

«La prudenza umana e cristiana suggerisce per la maggior parte degli ammalati l'uso dei medicinali che siano atti a lenire o sopprimere il dolore, anche se ne possano derivare torpore o minore lucidità. Quanto a coloro che non sono in grado di esprimersi, si potrà ragionevolmente presumere che desiderino prendere tali calmanti e somministrarli loro secondo i consigli del medico».

L'uso degli analgesici per i morenti non è comunque esente da difficoltà.

123. Anzitutto il loro impiego può avere come effetto, oltre l'alleviamento del dolore, anche l'*anticipazione della morte*.

Quando «motivi proporzionati» lo esigono, «è permesso utilizzare con moderazione narcotici che ne allevieranno le sofferenze, ma porteranno anche a una morte più rapida». In tal caso «la morte non è voluta o ricercata in alcun modo, benché se ne corra il rischio per una ragionevole causa: si intende semplicemente lenire il dolore in maniera efficace, usando allo scopo quegli analgesici di cui la medicina dispone».

124. Si dà inoltre l'eventualità di causare con gli analgesici la *soppressione della coscienza* nel morente. Tale impiego merita una particolare considerazione.

«Non bisogna, senza gravi ragioni, privare della coscienza il morente». A volte il ricorso sistematico a narcotici che riducono all'incoscienza il malato cela il desiderio, spesso inconscio degli operatori sanitari di non mantenere una relazione col morente. Così non si cerca tanto di alleviare la sofferenza del malato, ma piuttosto il disagio dei circostanti. Si priva il morente della possibilità di «vivere la propria morte», sprofondandolo in una incoscienza indegna di essere umano. È per questo che la somministrazione di narcotici al solo scopo di evitare al morente una fine cosciente è «una pratica veramente deplorabile».

Diverso è il caso di una seria indicazione clinica all'uso di analgesici soppressivi della coscienza, come in presenza di dolori violenti e insopportabili. Allora l'anestesia può dirsi lecita, ma a delle condizioni prelieve: che il morente abbia soddisfatto o potrà ancora soddisfare i suoi doveri morali, familiari e religiosi.

La verità al morente

125. La verità della diagnosi e della prognosi da dire al morente, è più in generale a quanti sono colpiti da un male incurabile, pone un problema di comunicazione.

La prospettiva della morte rende difficile e drammatica la notificazione, ma non esime dalla *veracità*. La comunicazione tra il morente e i suoi assistenti non può stabilire nella finzione. Questa non costituisce mai una possibilità umana per il morente e non contribuisce all'umanizzazione del morire.

C'è un *diritto della persona ad essere informata sul proprio stato di vita*. Questo diritto non viene meno in presenza di una diagnosi e prognosi di malattia che porta alla morte, ma trova ulteriori motivazioni.

A Tale informazione infatti sono connesse importanti e indelegabili responsabilità. Vi sono responsabilità legate alle terapie da eseguire col consenso informato del paziente.

L'avvicinarsi della morte porta con sé la responsabilità di compiere determinati doveri riguardanti i propri rapporti con la famiglia, la sistemazione di eventuali questioni professionali, la risoluzione di pendenze verso terzi. Per un credente l'approssimarsi della morte esige la disposizione a determinati atti posti con piena consapevolezza, soprattutto l'incontro riconciliatore con Dio nel sacramento della Penitenza.

Non si può abbandonare all'incoscienza la persona nell'«ora» decisiva della sua vita, sottraendola a se stessa e alle sue ultime e più importanti decisioni. «La morte rappresenta un momento troppo essenziale perché la sua prospettiva venga evitata».

126. Il dovere della verità all'ammalato terminale esige nel personale sanitario *discernimento e tatto umano*.

Non può consistere in una comunicazione distaccata e indifferente della diagnosi e relativa prognosi. La verità non va sottaciuta ma non va neppure semplicemente notificata nella sua nuda e cruda realtà. Essa va detta sulla lunghezza d'onda dell'amore e della carità, chiamando a sintonizzare in questa comunione tutti coloro che assistono a vario titolo l'ammalato.

Si tratta di stabilire con lui quel rapporto di fiducia, accoglienza e dialogo che sa trovare i momenti e le parole. C'è un dire che sa discernere e rispettare i tempi dell'ammalato, ritmandosi ad essi. C'è un parlare che sa cogliere le sue domande ed anche suscitargli per indirizzarle gradualmente alla conoscenza del suo stato di vita. Chi cerca di essere presente all'ammalato e sensibile alla sua sorte sa trovare le parole e le risposte che consentono di comunicare nella verità e nella carità: «facendo la verità nella carità» (*Ef* 4,15).

127. «Ogni singolo caso ha le sue esigenze, in funzione della sensibilità e delle capacità di ciascuno, delle relazioni col malato e del suo stato; in previsione di sue eventuali reazioni (ribellione, depressione, rassegnazione, ecc.), ci si preparerà ad affrontarle con calma e con tatto». L'importante non consiste nell'esattezza di ciò che si dice, ma nella relazione solidale con l'ammalato. Non si tratta solo di trasmettere dati clinici, ma di comunicare significati.

In questa relazione la prospettiva della morte non si presenta come ineluttabile e perde il suo potere angosciante: il paziente non si sente abbandonato e condannato alla morte. La verità che gli viene così

comunicata non lo chiude alla speranza, perché lo fa sentire vivo in una *relazione di condivisione e di comunione*. Egli non è solo con il suo male: si sente compreso nella verità, riconciliato con sé e con gli altri. Egli è se stesso come persona. La sua vita, malgrado tutto, ha un senso, e si dispiega in un orizzonte di significato invero e trascendente il morire.

Il momento della morte

128. L'impiego di tecnologie rianimative e il bisogno di organi vitali per la chirurgia dei trapianti pongono in modo nuovo il problema della diagnosi dello stato di morte.

La morte è vista e provata dall'uomo come una decomposizione, una dissoluzione, una rottura. «Sopravviene quando il principio spirituale che presiede all'unità dell'individuo non può più esercitare le sue funzioni sull'organismo e nell'organismo i cui elementi lasciati a se stessi, si dissociano. Certo, questa distruzione non colpisce l'essere umano intero. La fede cristiana - e non solo essa - afferma la persistenza, oltre la morte, del principio spirituale dell'uomo». La fede alimenta nel cristiano la speranza di «ritrovare la sua integrità personale trasfigurata e definitivamente posseduta in Cristo (cf. 1 Cor 15,22)».

Questa fede piena di speranza non esclude che «la morte sia una rottura dolorosa». Ma «il momento di questa rottura non è direttamente percettibile, ed il problema è quello di identificare i segni». La constatazione e interpretazione di questi segni non è di pertinenza della fede e della morale ma della scienza medica. «spetta al medico ... dare una definizione chiara e precisa della morte e del momento della morte». «Gli scienziati, gli analisti e gli eruditi devono portare avanti le loro ricerche ed i loro studi per determinare nel mondo più esatto possibile il momento preciso e il segno irrecusabile della morte».

Una volta acquisita questa determinazione, alla sua luce si risolvono le questioni e i conflitti morali suscitati dalle nuove tecnologie e dalle nuove possibilità terapeutiche. La morale infatti non può riconoscere la determinazione biomedica come criterio decisivo.

129. Entrando nel merito di questa determinazione, la Pontificia Accademia delle Scienze ha dato un autorevole contributo. Anzitutto alla *definizione biomedica della morte*: «Una persona è morta quando ha subito una perdita irreversibile di ogni capacità di integrare e di coordinare le funzioni fisiche e mentali del corpo».

In secondo luogo, alla precisazione del momento della morte: «La morte sopravviene quando: *a*) le funzioni spontanee del cuore e della respirazione sono definitivamente cessate, oppure *b*) si è accertata la cessazione irreversibile di ogni funzione cerebrale». In realtà «la morte cerebrale è il vero criterio della morte, poiché l'arresto definitivo delle funzioni cardiorespiratorie conduce molto rapidamente alla morte cerebrale».

La fede e la morale fanno proprie queste conclusioni della scienza. Esigono però, dagli operatori sanitari, l'impiego più accurato dei diversi metodi clinici e strumentali per una diagnosi certa di morte, al fine di non dichiarare morta e trattare come tale una persona che non lo sia.

L'assistenza religiosa al morente

130. La *crisi* che l'avvicinarsi della morte comporta, induce il cristiano e la Chiesa a farsi portatori della luce di verità che solo la fede può accendere sul mistero della morte.

La morte è un evento che introduce nella vita di Dio, su cui solo la rivelazione può pronunciare una parola di verità. Questa verità va annunciata nella fede al morente. L'annuncio «pieno di grazia e di verità» (Gv 1, 14) del Vangelo accompagna il cristiano dall'inizio al termine della vita che vince la morte e apre il morire umano alla speranza più grande.

131. Occorre dunque *evangelizzare la morte*: annunciare il Vangelo al morente. È un dovere pastorale della comunità ecclesiale in ciascun membro, secondo le responsabilità di ognuno. Un compito particolare compete al cappellano sanitario, chiamato in modo singolare a curare la pastorale dei morenti nell'ambito più ampio di quella dei malati.

Per lui tale compito implica non solo il ruolo da svolgere personalmente accanto ai morenti affidati alle sue cure, ma anche la promozione di questa pastorale, a livello di organizzazione dei servizi religiosi, di formazione e sensibilizzazione degli operatori sanitari, di coinvolgimento di parenti e amici.

L'annuncio del Vangelo al morente ha nella carità, nella preghiera e nei sacramenti le forme espressive e attuative privilegiate.

132. La *carità* significa quella presenza donante e accogliente che stabilisce con il morente una comunione fatta di attenzione, di comprensione, di premure, di pazienza, di condivisione, di gratuità. La carità vede in lui, come in nessun altro, il volto del Cristo sofferente e morente che lo chiama all'amore. La carità verso il morente -questo «povero» che sta rinunciando a tutti i beni di questo mondo - è espressione privilegiata di amore di Dio nel prossimo (cf. *Mt 25, 31-40*).

Amarlo di carità cristiana è aiutarlo a riconoscere e fargli sentire viva la misteriosa presenza di Dio al suo fianco: nella carità del fratello traspare l'amore del Padre.

133. La carità apre il rapporto con il morente alla *preghiera*, ossia alla comunione con Dio. In essa egli si rapporta a Dio come Padre che accoglie i figli che ritornano a Lui.

Favorire nel morente la preghiera e pregare insieme con lui vuol dire dischiudere al morire gli orizzonti della vita divina. Significa, al tempo stesso, entrare in quella «comunione dei santi» in cui si riannodano in modo nuovo tutti i rapporti che la morte sembra irrimediabilmente spezzare.

134. Momento privilegiato della preghiera con il morente è la celebrazione dei *sacramenti*: i segni, pieni di grazia, della presenza salvifica di Dio.

Anzitutto il sacramento dell'*Unzione degli infermi*, mediante cui lo Spirito Santo, completando nel cristiano l'assimilazione a Cristo iniziata nel battesimo, lo fa definitivamente partecipe della vittoria pasquale sul male e sulla morte.

Il *Viatico* è il nutrimento eucaristico, il pane della comunione con Cristo, che dà al morente la forza di affrontare l'ultima e decisiva tappa del cammino della vita.

La *penitenza* è il sacramento della riconciliazione: nella pace con Dio, il morente è in pace con se stesso e con il prossimo.

135. In questa *fede* piena di *carità*, l'impotenza davanti al mistero della morte non è subita come angosciante e paralizzante. Il cristiano trova la *speranza* ed in essa la possibilità, malgrado tutto, di vivere e non subire la morte.

La soppressione della vita

136. L'inviolabilità della vita umana significa e implica da ultimo l'illiceità di ogni atto direttamente soppressivo. «L'inviolabilità del diritto alla vita dell'essere umano innocente dal concepimento alla morte è un segno e un'esigenza dell'inviolabilità stessa della persona, alla quale il Creatore ha fatto il dono della vita».

Dio stesso «si erge a vindice di ogni vita innocente»: «Domanderò contro della vita dell'uomo all'uomo, a ognuno di suo fratello» (*Gen 9, 5*; cfr. *Mt 19, 18*; *Rm 13, 9*). Ed è categorico il suo comandamento: «Non uccidere» (*Es 20, 13*); «Non far morire l'innocente e il giusto, perché io non assolvo il colpevole» (*Es 23, 7*).

137. È per questo che «nessuno può attentare alla vita di un uomo innocente senza opporsi all'amore di Dio per lui, senza violare un diritto fondamentale, irrinunciabile e inalienabile».

Questo diritto viene all'uomo *immediatamente* da Dio (non da altri: i genitori, la società, un'autorità umana). «Quindi non vi è nessun uomo, nessuna autorità umana, nessuna scienza, nessuna "indicazione" medica, eugenica, sociale economica, morale, che possa esibire o dare un valido titolo giuridico per una diretta deliberata disposizione sopra una vita umana innocente, vale a dire una disposizione che miri alla sua distruzione, sia come a scopo, sia come a mezzo per un altro scopo, per sé forse in nessun modo illecito».

In particolare «niente a nessuno può autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato, incurabile o agonizzante. Nessuno, inoltre, può richiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta, infatti, di una violazione della legge divina, di un'offesa alla dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità».

138. «Ministri della vita e mai strumenti di morte» agli operatori sanitari «spetta il compito di salvaguardare la vita, di vigilare affinché essa evolva e si sviluppi in tutto l'arco dell'esistenza, nel rispetto del disegno tracciato dal Creatore».

Questo ministero vigile di salvaguardia della vita umana riprova *l'omicidio* come atto moralmente grave, in contraddizione con la missione medica, e contrasta la morte volontaria, il *suicidio*, come «inaccettabile», dissuadendo da esso chiunque fosse tentato.

Tra le modalità, omicide o suicide, di soppressione della vita ve ne sono due -l'aborto e l'eutanasia- versi cui questo ministero deve farsi oggi particolarmente vigile e in certo modo profetico, per il contesto culturale e legislativo assai spesso insensibile, se non proprio favorevole al loro diffondersi.

L'aborto

139. L'inviolabilità della persona umana dal momento del concepimento, proibisce *l'aborto* come soppressione della vita prenatale. Questa è «una diretta violazione del diritto fondamentale alla vita dell'essere umano».e costituisce un «abominevole delitto»

Occorre fare esplicito riferimento alla soppressione abortiva della vita e alla sua gravità morale, per la facilità con cui si ricorre oggi a questa pratica omicida e per l'indifferenza etica indotta nei suoi confronti da una cultura edonistica ed utilitaristica, figlia del materialismo teorico e pratico, che ha ingenerato una vera e propria mentalità abortista.

L'eliminazione della vita del nascituro indesiderato è diventata un fenomeno assai diffuso, finanziato da denaro pubblico e facilitato da legislazioni permissive e garantiste. Tutto questo porta fatalmente molti a non avvertire più alcuna responsabilità verso la vita nascente e banalizzare una colpa grave. «Purtroppo, questo inquietante panorama, lungi dal restringersi, si va piuttosto dilatando... si delinea e consolida una nuova situazione culturale, che dà ai delitti contro la vita una *aspetto inedito e -se possibile- ancora più iniquo* suscitando ulteriori gravi preoccupazioni: larghi strati dell'opinione pubblica giustificano alcuni delitti contro la vita in nome dei diritti alla libertà individuale e, su tale presupposto, ne pretendono non solo l'impunità, ma persino l'autorizzazione da parte dello Stato, al fine di praticarli in assoluta libertà ed anzi con l'intervento gratuito delle strutture sanitarie».

140. La Chiesa, come ogni uomo amante della vita, non può assuefarsi a questa mentalità e alza la sua voce a tutela della vita, in particolare di quella indifesa e disconosciuta, qual è la vita embrionale e fetale. Essa chiama gli operatori sanitari alla *fedeltà professionale*, che non tollera alcuna azione soppressiva della vita, malgrado «il rischio di incomprensioni, di fraintendimenti, ed anche di pesanti discriminazioni» che questa coerenza può comportare. La *fedeltà medico-sanitaria* delegittima ogni intervento, chirurgico o farmaceutico, diretto a interrompere la gravidanza in ogni suo stadio.

141. È pur vero che in certi casi, rifiutando l'aborto, si reca pregiudizio a beni anche importanti, che è normale voler salvaguardare. È il caso della salute della madre, dell'aggravio di un figlio in puù, di una grave malformazione fetale, di una gravidanza originata da violenza sessuale.

Non si possono disconoscere o minimizzare queste difficoltà e le ragioni che le sorreggono. Si deve però affermare anche che nessuna di esse può conferire oggettivamente il diritto di disporre della vita altrui, anche se in fase iniziale. «La vita, infatti, è un bene troppo fondamentale perché possa essere posta a confronto con certi inconvenienti anche gravissimi».

142. La delegittimazione etica, come atto intrinsecamente riprovevole, riguarda ogni forma di aborto diretto. È atto abortivo anche l'uso di farmaci o mezzi che impediscono l'impianto dell'embrione fecondato o che ne provocano il distacco precoce. Cooperava con l'azione abortiva il medico che consapevolmente prescrive o applica tali farmaci o mezzi.

Quando l'aborto segue come conseguenza prevista ma non intesa né voluta, semplicemente tollerata, di un atto terapeutico inevitabile per la salute della madre, questo è moralmente legittimo. L'aborto è conseguenza indiretta di un atto in sé non abortivo.

143. In presenza di una legislazione favorevole all'aborto, l'operatore sanitario «deve opporre il suo civile ma fermo rifiuto». «L'uomo non può mai obbedire a una legge che ammettesse, in linea di principio, la liceità dell'aborto».

Questo vuol dire che medici e infermieri sono obbligati a sollevare *obiezione di coscienza*. Il bene grande e fondamentale della vita rende tale obbligo un dovere morale grave per il personale sanitario, indotto dalla legge a praticare l'aborto o a cooperare in maniera prossima all'azione abortiva diretta.

La coscienza del bene inviolabile della vita e della legge di Dio che lo tutela, antecede ogni legge positiva umana. Quando questa la contraddice, la coscienza afferma il suo diritto primario e il primato della legge di Dio: «Bisogna ubbidire a Dio piuttosto che agli uomini» (At 5,29)

«Seguire la propria coscienza nell'obbedienza alla legge di Dio non è sempre una via facile. Ciò può comportare sacrifici e aggravi, di cui non è lecito disconoscere il peso; talvolta ci vuole eroismo per restare fedeli a tali esigenze. Tuttavia, è necessario proclamare chiaramente che la via dell'autentico sviluppo della persona umana passa per questa costante fedeltà alla coscienza mantenuta nella rettitudine e nella verità».

144. Oltre che segno di fedeltà professionale, l'obiezione di coscienza dell'operatore sanitario, autenticamente motivata, ha l'alto significato di *denuncia sociale di una ingiustizia legale* perpetrata contro la vita innocente e indifesa.

145. La gravità del peccato d'aborto e la facilità con cui lo si compie, con il favore della legge e della mentalità corrente, inducono la Chiesa a comminare la pena della *scomunica* al cristiano che lo provoca: «Chi procura l'aborto ottenendo l'affetto incorre nella scomunica *latae sententiae*».

La scomunica ha un significato essenzialmente preventivo e pedagogico. È un richiamo forte della Chiesa, mirante a scuotere l'insensibilità delle coscienze, a dissuadere da un atto assolutamente incompatibile con le esigenze del Vangelo e a suscitare la fedeltà senza riserve alla vita. Non si può essere nella comunione ecclesiale e disattendere con l'aborto il vangelo della vita.

La tutela e l'accoglienza della vita nascente, la sua imposibilità ad ogni bene, è una testimonianza decisiva e credibile che il cristiano deve dare nonostante tutto.

146. Verso i feti abortiti gli operatori sanitario hanno degli obblighi particolari.

Il feto abortito, se ancora vivente, nei limiti del possibile, dev'essere battezzato.

Al feto abortito, e già morto, è dovuto il rispetto proprio del cadavere umano. Ciò implica che non ci si può disfare di esso come di un qualunque rifiuto. Nei limiti del possibile gli va data adeguata sepoltura.

Come anche il feto non può diventare oggetto di sperimentazione e di espanto di organi, se fatto abortire volontariamente. Sarebbe una indegna strumentalizzazione di una vita umana.

L'eutanasia

147. Una mentalità sempre meno incline a riconoscere la vita come valore in se stesso, relativo a Dio solo, indipendente dal modo di essere al mondo; una concezione della qualità della vita in termini di efficienza e godibilità psicofisica, incapace di dare significato alla sofferenza e all'handicap, per ciò stesso da rifuggire ad ogni costo e con tutti i mezzi; una visione della morte come fine assurda di una vita ancora da godere, o come liberazione da una esistenza ritenuta ormai priva di senso; tutto questo -all'interno di una cultura che, prescindendo da Dio, rende l'uomo responsabile solo davanti a se stesso e alle leggi della società liberamente stabilite- è il terreno di coltura dell'eutanasia. Dove queste convinzioni si diffondono «può apparire logico e "umano" porre fine "dolcemente" alla vita propria o altrui, quando essa riserve solo sofferenze e menomazioni gravi».

«Ma questo è in realtà assurdo e disumano». *L'eutanasia è un'atto omicida, che nessun fine può legittimare.* Per eutanasia s'intende «un'azione o un'omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore. L'eutanasia si situa, dunque, al livello delle intenzioni e dei metodi usati».

La pietà suscitata dal dolore e dalla sofferenza verso malati terminali, bambini anormali, malati mentali, anziani, persone affette da mali inguaribili, non autorizza nessuna eutanasia diretta, attiva o passiva. Qui non si tratta di aiuto prestato a un malato, ma dell'uccisione intenzionale di un uomo.

148. Il personale medico e paramedico -fedele al compito di «essere sempre al servizio della vita e assisterla sino alla fine» - non può prestarsi a nessuna pratica eutanasi neppure su richiesta dell'interessato, tanto meno dei suoi congiunti. Non si dà infatti per l'individuo un diritto eutanasi, perché non si dà un diritto a disporre arbitrariamente della propria vita. Nessun operatore sanitario dunque può farsi tutore esecutivo di un diritto inesistente.

Diverso è il caso del diritto, già menzionato, a morire con dignità umana e cristiana. Questo è un diritto reale e legittimo, che il personale sanitario è chiamato a salvaguardare, curando il morente e accettando il

naturale compimento della vita. C'è radicale differenza tra «dare la morte» e «consentire il morire»: il primo è atto soppressivo della vita, il secondo è accettarla fino alla morte.

149. «Le suppliche dei malati molto gravi, che talvolta invocano la morte, non devono essere intese come espressione di una vera volontà di eutanasia; esse infatti sono quasi sempre richieste angosciate di aiuto e di affetto. Oltre le cure mediche, ciò di cui l'ammalato ha bisogno è l'amore, il calore umano e soprannaturale, col quale possono e debbono circondarlo tutti coloro che gli sono vicini, genitori e figli, medici e infermieri».

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. Tutt'altro che gesto di pietà verso l'ammalato, l'eutanasia è atto di autocommiserazione e di fuga, individuale e sociale, da una situazione provata come insostenibile.

150. L'eutanasia *sconvolge il rapporto medico-paziente*. Da parte del paziente, perché questi si rapporta al medico come a colui che può assicurargli la morte. Da parte del medico, perché egli non è più assoluto garante della vita: da lui l'ammalato deve temere la morte. Il rapporto medico-paziente è una relazione fiduciale di vita e tale deve restare.

L'eutanasia è «un crimine» cui gli operatori sanitari, garanti sempre e solo della vita, non possono cooperare in alcun modo.

Per la scienza medica essa segna «un momento di regresso e di abdicazione, oltreché un'offesa alla dignità del morente e alla sua persona». Il suo profilarsi, come «ulteriore approdo di morte dopo l'aborto», deve essere colto come un «drammatico appello» alla *fedeltà effettiva e senza riserve verso la vita*.

C) UN ESEMPIO DI TESTAMENTO BIOLOGICO (attenzione alla formulazione!)

(Da compilare in stampatello: è importante che i dati siano ben leggibili compreso nome, cognome, num. di tel. e firma del fiduciario- Le date vanno scritte a mano.)

Nome e Cognome
Luogo di nascita prov. (ev. paese estero).....data
Domicilio (via/cap/città/prov).....
Addì,..... in (città)nella pienezza delle mie facoltà fisiche e mentali,
dispongo quanto segue.

Qualora fossi affetto:

- da una malattia allo stadio terminale,
- da una malattia o una lesione traumatica cerebrale invalidante e irreversibile,
- da una malattia implicante l'utilizzo permanente di macchine o altri sistemi artificiali e tale da impedirmi una normale vita di relazione, **non voglio più essere sottoposto ad alcun trattamento terapeutico.**

Nelle predette ipotesi:

- qualora io soffra gravemente dispongo che si provveda ad opportuno trattamento analgesico pur consapevole che possa affrettare la fine della mia esistenza;
- qualora non fossi più in grado di assumere cibo o bevande, rifiuto di essere sottoposto alla idratazione o alimentazione artificiale;
- qualora io fossi anche affetto da malattie intercorrenti (come infezioni respiratorie ed urinarie, emorragie, disturbi cardiaci e renali) che potrebbero abbreviare la mia vita, rifiuto qualsiasi trattamento terapeutico attivo, in particolare antibiotici, trasfusioni, rianimazione cardiopolmonare, emodialisi.

Sempre nelle predette ipotesi:

Rifiuto qualsiasi forma di rianimazione o di continuazione dell'esistenza dipendente da macchine.

Detto inoltre le seguenti disposizioni:

- Richiedo l'assistenza religiosa (la mia confessione è:.....)
- Non richiedo alcuna assistenza religiosa
- Il mio corpo può essere donato per trapianti
- Il mio corpo non deve essere donato per trapianti
- Il mio corpo può essere utilizzato per scopi scientifici e didattici
- Il mio corpo non deve essere utilizzato per scopi scientifici e didattici
- Io sia cremato (a tale proposito ho già l'iscrizione alla Società di cremazione di.....) e le mie ceneri siano.....
- Io non sia cremato
- Il mio corpo sia inumato (in terra)
- Il mio corpo sia tumulato (in loculo)

- Io possa morire a casa mia.....
- Il mio funerale avvenga
- Che non venga fatto alcun funerale.....

Questo atto, da me coscientemente sottoscritto, avviene di fronte alle seguenti persone (compilare in stampatello):

TESTIMONI (nome e cognome)

- 1.....
- 2.....
- 3.....

FIDUCIARIO (nome, cognome, indirizzo stampatello, num. telefono)

.....
 che, sottoscrivendo, attestano la veridicità della presente mia dichiarazione di volontà.

Resta inteso che questa mia dichiarazione di volontà, purché mi trovi nella pienezza delle facoltà mentali e fisiche, potrà essere da me revocata e modificata in ogni momento: le persone coinvolte nella presente dichiarazione dovranno prenderne atto.

Lo scopo principale di questo mio documento è di salvaguardare la dignità della mia persona, riaffermando il mio diritto di scegliere fra le diverse possibilità di cura disponibili ed eventualmente anche rifiutarle tutte, diritto che deve essere garantito anche quando avessi perduto la mia possibilità di esprimermi in merito.

E questo al fine di evitare l'applicazione di terapie che non avessero altro scopo di prolungare la mia esistenza in uno stato vegetativo o incosciente e di ritardare il sopravvenire della morte.

Dispongo che copia della presente dichiarazione sia trasmessa all'Associazione EXIT - Italia per il diritto ad una morte dignitosa, di cui sono socio, con sede in Torino Corso Monte Cucco, 144.

Firma leggibile del dichiarante

.....

Firma leggibile della persona nominata fiduciaria.....

Firma leggibile dei testimoni

.....

Disposizione particolare

Nel caso in cui anche la sospensione di ogni trattamento terapeutico non determini la mia morte, chiedo mi venga praticato il trattamento eutanasi nel modo che sarà ritenuto opportuno per una buona morte.

Addì,.....(scritta a mano)

Firma leggibile del *dichiarante*

" " del *fiduciario*.....