

a.a. 2018/2019

BIOETICA

mauro.capocci@uniroma1.it

Il Lezione

FINE VITA

Nel XX secolo la ICU ha dissezionato la morte nei suoi elementi fondamentali: sappiamo “troppo” della morte.



Il momento della morte è ora in mano ai pazienti, ai parenti, ai medici: decisioni deliberate, e conseguenti responsabilità.

Due fattori (il controllo sul momento, necessità di organi) hanno riaperto il dibattito sulla morte. Ciò che era il simultaneo e improvviso stop di tutte le funzioni vitali è diventato qualcosa di diverso.

Cos'è la morte?

Perdita di coscienza e cognizione

Perdita di funzionalità del cervello

Assenza di risposte agli stimoli, EEG piatto, MRI per danni cerebrali.

Perdita dei flussi di fluidi vitali

Perdita irreversibile di funzione cardiopolmonare (->1970s)

Auscultazione, ECG, pulsazioni.

Perdita dell'integrazione funzionale

Perdita irreversibile di tutte le funzioni cerebrali, incluse quelle del tronco encefalico

Riflessi, EEG, scan del flusso sanguigno nel cervello (1970s ->).

Morte cerebrale

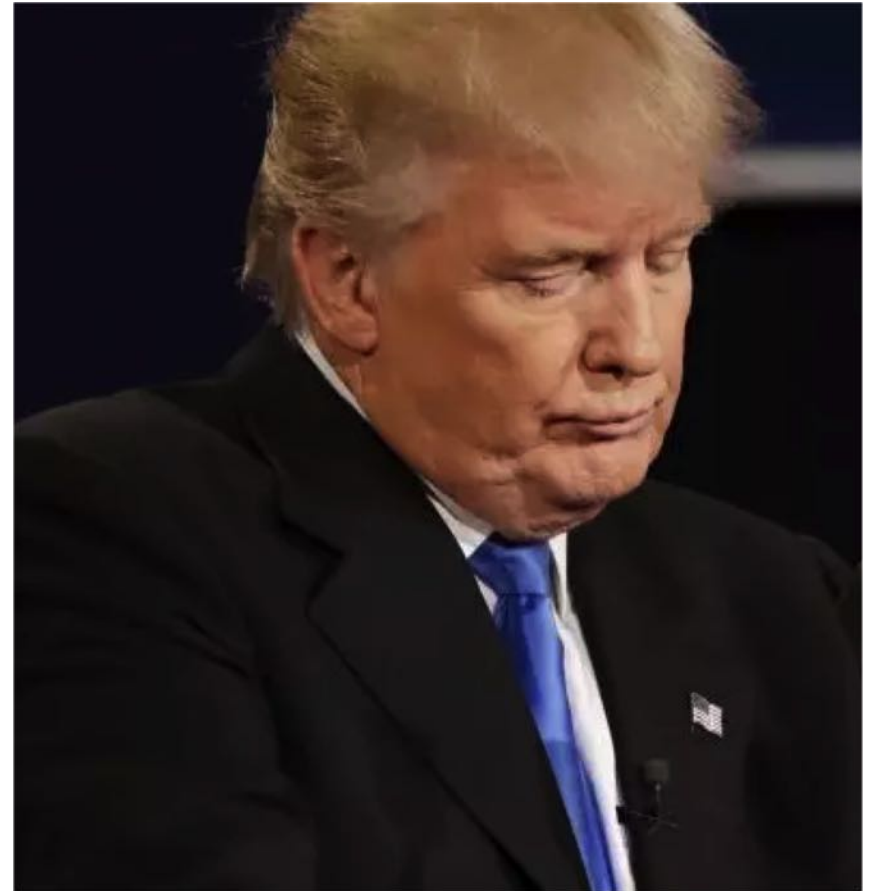
Perdita di tutte le funzioni cerebrali, incluso il tronco encefalico, ma le macchine mantengono in vita.

Criterio introdotto dalla *Harvard Medical School Ad Hoc Committee* nel 1968.

Non è una definizione , ma un criterio diagnostico.

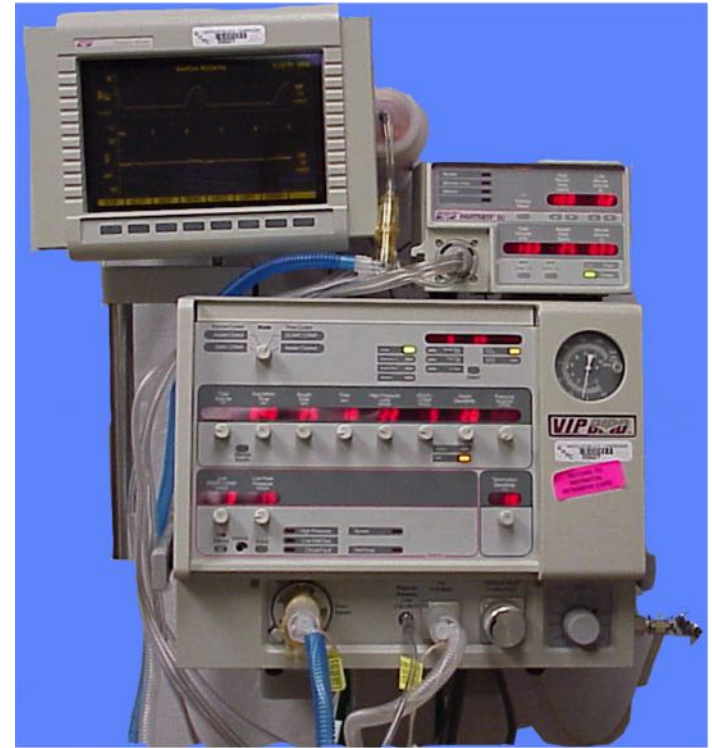
Risponde a due problemi:

- Il peso dei pazienti con gravi danni cerebrali
- La raccolta di organi per trapianti



Danni

Introduzione dei respiratori artificiali negli anni 60: non c'è preparazione legale, clinica e culturale riguardo il distacco delle machine. Il criterio introdotto previene l'accusa di omicidio.



Trapianti

Penuria di donatori. I pazienti in morte cardiorespiratoria non sono buoni, per le tossine accumulate post-mortem. I pazienti di morte cerebrale sono invece ottimi donatori. La morte cerebrale aiuta a non violare la regola della donazione da cadavere



Diversa accettazione nei diversi contesti culturali: ok negli USA (modernismo, utilitarismo, poca religione, costituzionale), meno in altri contesti in cui la tecnomedicina genera maggiori timori (Germania, Giappone).

In molti sono favorevoli perché:

- Facilmente diagnosticata
- Spesso la morte cardiopolmonare segue a breve
- La qualità della vita è inaccettabile.

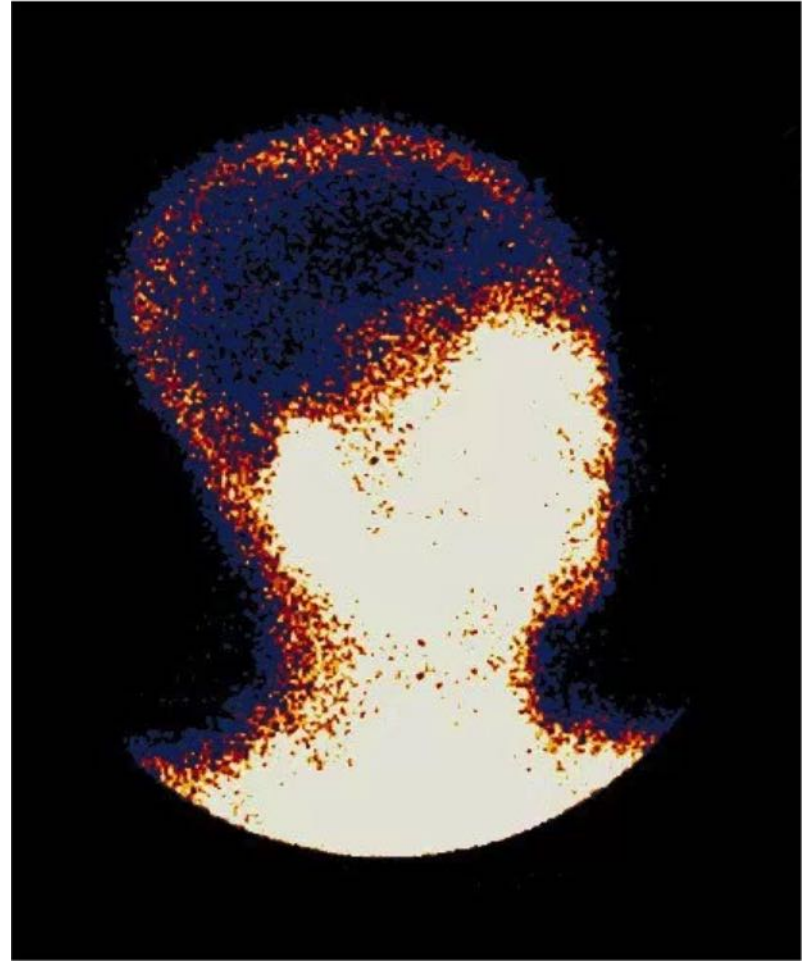
In Italia: *la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo*, legge 578/1993

La prima definizione di MC (da associare al criterio) è del 1981: «Cessazione permanente del funzionamento integrato dell'organismo» (**permanent cessation of functioning of the organism as a whole**).

Il cervello ha perso la capacità di mantenere l'omeostasi per mezzo dell'integrazione delle funzioni vegetative.

Critiche:

- “sta morendo” non è “è morto”, e le funzioni vegetative integrate non possono definire ciò che è umano.
- Alcune funzioni non vengono testate (es: ormoni).



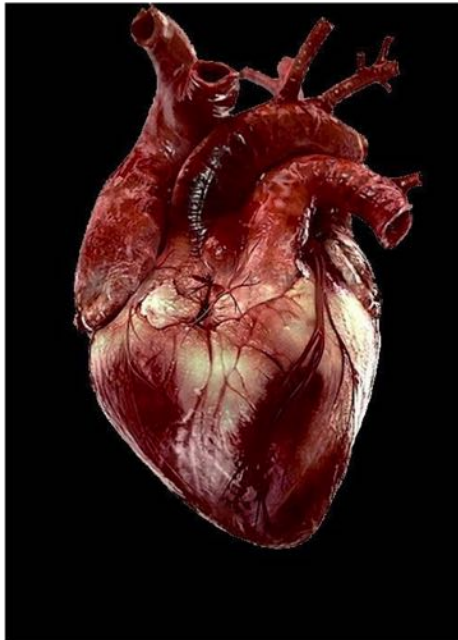
Le critiche provengono soprattutto da parte dei bioeticisti. Professionisti e pubblico – pur con idee vaghe – in genere non mettono in dubbio la morte cerebrale.



Donazione dopo morte cardiaca: non c'è ancora morte cerebrale, ma on ci sono speranze. Il paziente viene preparato, e poi spegne il respiratore. Si aspetta la morte cardiaca, e l'espianto inizia immediatamente.

La morte cardiaca implica però una definizione di irreversibilità: il cuore non riparte da solo, ma potrebbe ripartire con shock.

IRREVERSIBILITÀ



Le funzioni non possono essere ristabilite da nessuno né ora né in future (FORTE)

Le funzioni non possono essere ristabilite dai presenti.

La perdita di funzione è irreversibile, se è stata presa la decisione morale di non procedere altrimenti. (DEBOLE)

L'irreversibilità “debole” può portare al paradosso di un paziente morto o vivo a seconda del paese, per il diverso contesto morale.

EUTANASIA



Per secoli, era considerato dovere fondamentale del medico di **proteggere la vita**, ad ogni costo e in qualsiasi condizione.

Quali sono le principali questioni bioetiche implicate nelle decisioni sulla fine della vita?

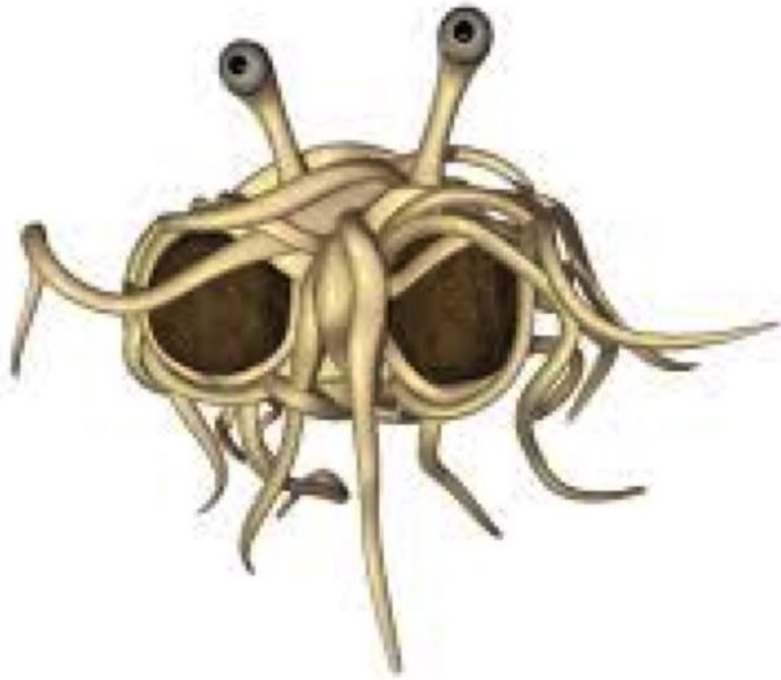
Non rianimare.

Testamento biologico (o direttive anticipate).

Rifiuto di trattamenti inutili: è etico somministrare antidolorifici che accelerano la morte? Sedazione terminale? Eutanasia? Suicidio assistito?

Da un punto vista bioetico, ogni decisione deve essere valutata in due aspetti:

- C'è una richiesta volontaria da parte del paziente per un intervento specifico?
- Questa richiesta è vincolante per i sanitari?



obey your noodly master

La questione è: la vita è sostanzialmente a disposizione dell'individuo, o credenze religiose e/o l'interesse della società dovrebbe prevalere?

EUTANASIA

EUTANASIA:

X uccide intenzionalmente Y, o ne permette la morte a vantaggio di Y.

EUTANASIA ATTIVA: *X compie un'azione che provoca la morte di Y.*

EUTANASIA PASSIVA:

X permette la morte di Y, evitando interventi che prolunghino la vita.

EUTANASIA VOLONTARIA:

Y coscientemente richiede la morte.

EUTANASIA NON-VOLONTARIA:

Eutanasia di Y che non è in grado di esprimere una volontà.

EUTANASIA INVOLONTARIA:

La morte non è desiderata da Y, ma X la permette o la impone per il beneficio di Y stesso.

SUICIDIO: *Y si uccide intenzionalmente.*

SUICIDIO (MEDICALMENTE) ASSISTITO: *X (può essere un medico) aiuta Y*

Questa classificazione consente di evitare “la riduzione al nazismo”. [Alcune idee nazista sono immorali. L’euthanasia era sostenuta dai nazisti. L’euthanasia è immorale.]

Viene introdotto l’interesse del paziente (non contemplato dai nazisti).

In generale, la deontologia professionale non è molto incline ad accettare l’euthanasia o il suicidio assistito.



PRO: Libertà e
autonomia, dignità,
qualità della vita.

CONTRO: Giuramento
Ippocratico,
difficoltà a valutare
l’autonomia del
paziente, necessità.

Etica consequenzialista: È legittimo richiedere l'eutanasia da parte del singolo individuo.

Etica deontologica: bisogna tenere conto dell'autoconservazione, quindi l'eutanasia non può essere giustificata «razionalmente». Si usa tipicamente l'argomento della «china scivolosa»: l'eutanasia potrebbe minare la fiducia nel medico, creare discriminazioni tra i pazienti, indebolire la tensione a cercare migliori terapie. Rischio di eutanasia senza consenso, per interessi economici.

Etica della virtù: vivi quando dovresti, non quanto potresti. Enfasi su qualità della vita, e non sulla quantità, anche se la qualità è un costrutto sociale.

Olanda: Dal 2002, l'eutanasia è stata legalizzata. Dolore irreversibile e insopportabile; richiesta autonoma, volontaria e ripetuta; piena coscienza della condizione, delle prospettive e delle opzioni; parere di almeno due medici; tutto deve essere fatto in setting clinico, con un medico che sovrintende alla procedura. Età minima 12 anni (ma fino a 16 è necessario il consenso dei genitori).

China scivolosa?
I dati non mostrano alcun aumento significativo dell'eutanasia.



Svizzera

Dal 1942, il suicidio assistito non è perseguito se la richiesta è ripetuta, consapevole e con solide ragioni mediche.



Se non sei annoiato a morte, un medico sarà ben felice di aiutarti

Il suicidio assistito solitamente è proibito perché è nel miglior interesse dello Stato proteggere e preservare la vita umana.

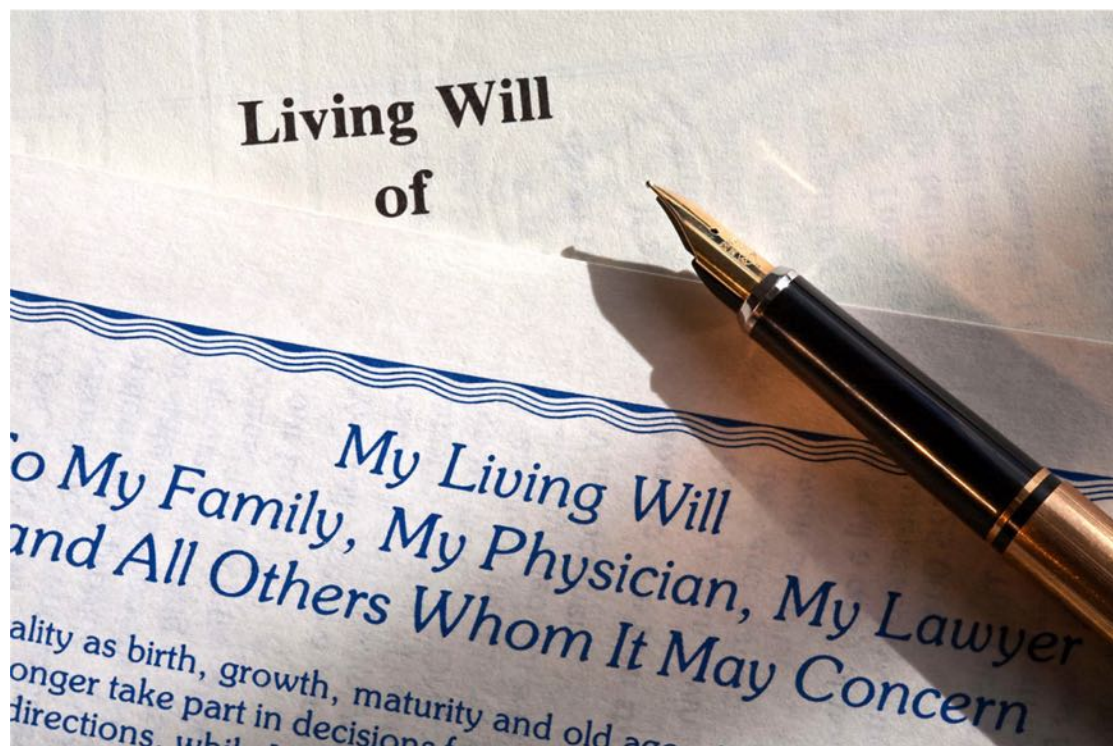
Eutanasia per pazienti minorenni

I minori sono solitamente considerati non autonomi, e quindi non dovrebbe essere permessa l'eutanasia. Tuttavia, perché a un adulto è consentito rifiutare una vita di dolore e sofferenza, mentre non lo è a un minore (e alla sua famiglia)?

Errore di valutazione da parte del paziente?

Un paziente, specialmente quando non cosciente e con chiare direttive anticipate, non può prevedere tutte le possibili situazioni, per questioni mediche o per sviluppi terapeutici.

Il paternalism è un'opzione?
Come rispettare l'autonomia del paziente?



INDIVIDUO vs SOCIETA':

Dobbiamo investire in ricerca per allungare la vita?

L'INIZIO DELLA VITA: SESSO, BUGIE E INDIVIDUI



Per secoli, la riproduzione è stata legata esclusivamente al sesso. Il controllo dell'attività sessuale era necessario per il controllo della demografia.

Il controllo della riproduzione era al centro di molte religioni: aborto, mono/poligamia, contraccezione, ecc. Il bene della comunità era al di sopra del bene dell'individuo.



MODERN SCIENCE

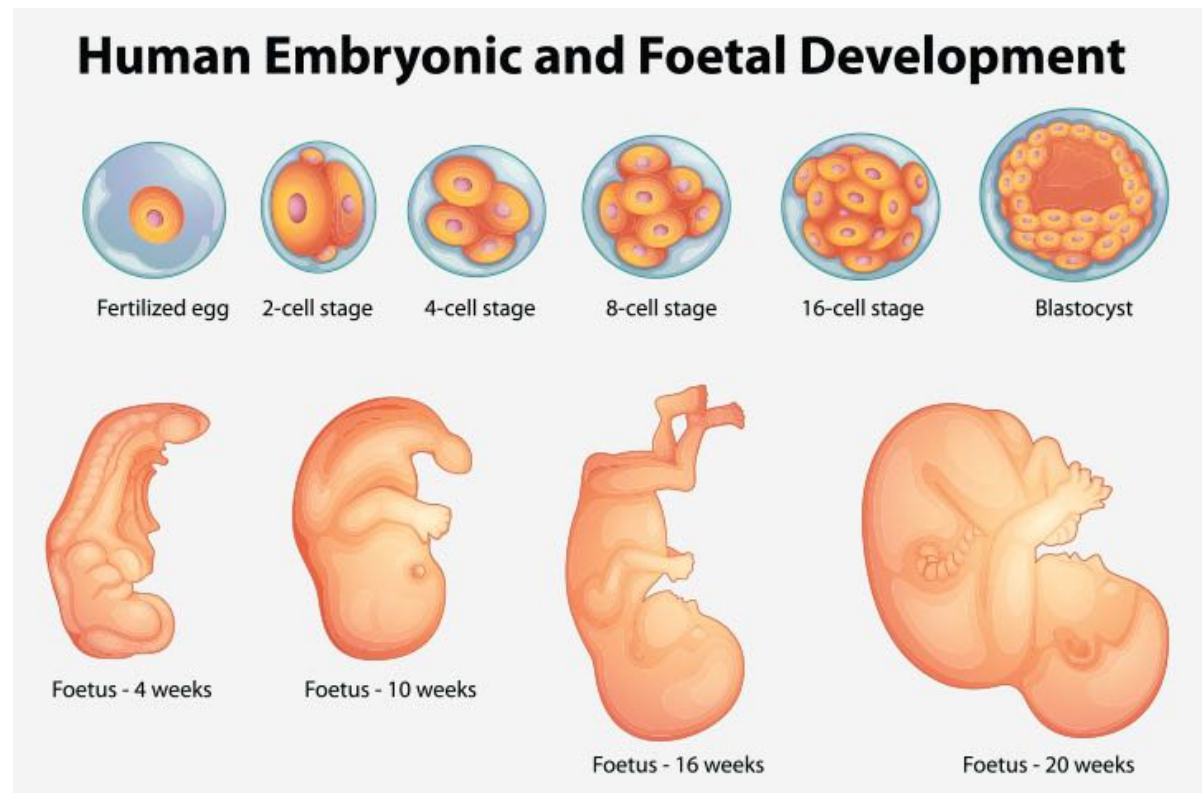
Sesso e riproduzione sono stati separate per due sviluppi principali:

- **Contraccezione** farmacologica affidabile
- Riproduzione **artificiale**

Embrione: 4^a-8^a sett.

Feto: 9^a-fine della gravidanza

Embrione: oocita attivato, oocita pronucleato, zygote, morula, blastocisti.



Ogni nuova tecnologia suscita le stesse domande:

È **giusta**? È offensiva?

Iniqua? È rischiosa? È

sbagliata perché

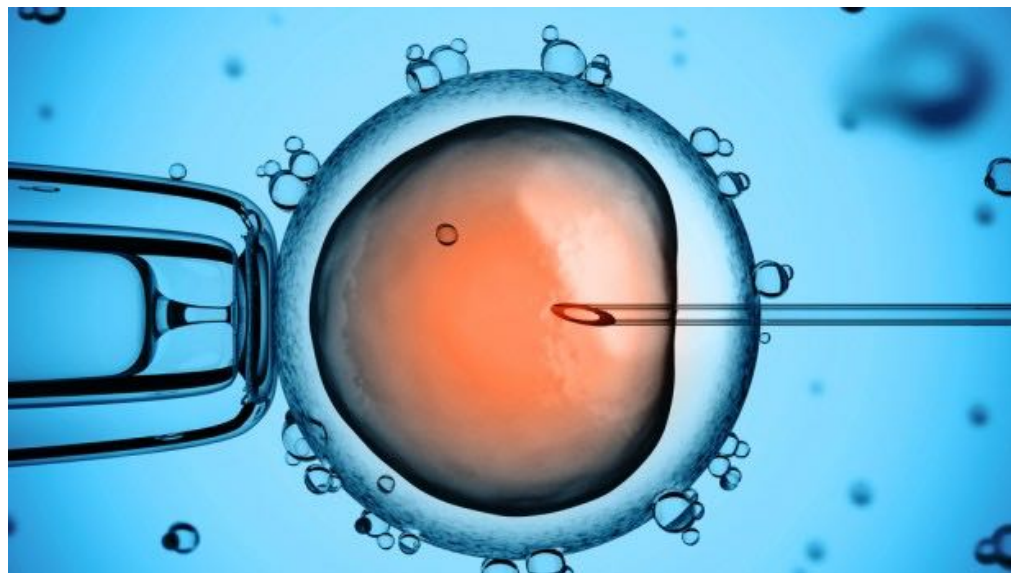
innaturale?

Quando è giusto usare

tecnologie mediche per

intervenire sulla

riproduzione?



Prima degli embrioni in vitro, le prime fasi della vita erano tendenzialmente ignorate dalla bioetica.

La discussione ha inoltre creato una vera e propria antropomorfizzazione dell'embrione umano.



Le TRA (Tecnologie per riproduzione assistita) sono ora generalmente accettate: sono sicure per i nascituri (ma qualche rischio...)

Il rischio di **malattie ereditarie/genetiche** è ridotto se c'è una selezione del donatore maschile e/o diagnosi preimpianto.



Critiche: è innaturale, sostituire dio.

Bersagli delle critiche:
FIV Eterologa; selezione degli embrioni (e diagnosi pre-impianto); maternità surrogata; crio-conservazione dei gameti e degli embrioni.

TRA sono un intervento terapeutico?

Libertà/capacità: le TRA consentono a individui con capacità ridotte di essere liberi di riprodursi.

Perché impedire l'uso di tecnologie mediche in questo campo?

In che senso aiutare la nascita di bambini in condizioni controllate sarebbe peggiore di far nascere un individuo con patologie terribili?



Più di una madre: genetica, gestante, sociale, legale?

L'ABORTO NELLA STORIA

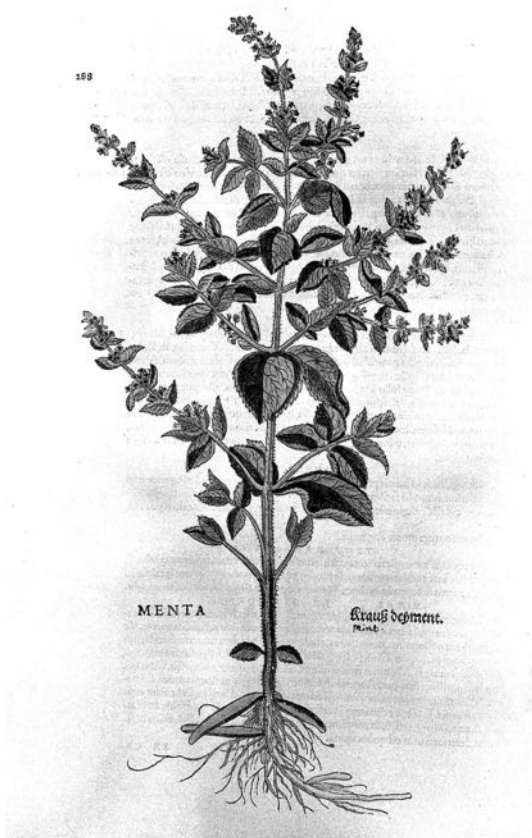
In **India**, le leggi sull'aborto erano legate alla conservazione della discendenza maschile delle caste superiori. Le donne incinte di uomini di queste caste erano punite con l'aborto.



In **Assiria**, la pena di morte era comminata alla donna che abortiva contro il volere del marito.

In **Egitto** troviamo le prime tracce di aborto indotto.

L'aborto non chirurgico era la procedura più comune: la chirurgia era pericolosa e raramente tentata con embrioni vitali.
Erbe, massaggi, posture, lavoro, salti...



La criminalizzazione dell'aborto inizia nell'800. L'accesso più facile alle tecnologie, cambiamenti sociali (costo, percezione di matrimonio e famiglia, urbanizzazione), portarono a crescenti preoccupazioni, con la morale vittoriana dominante in UK e US.

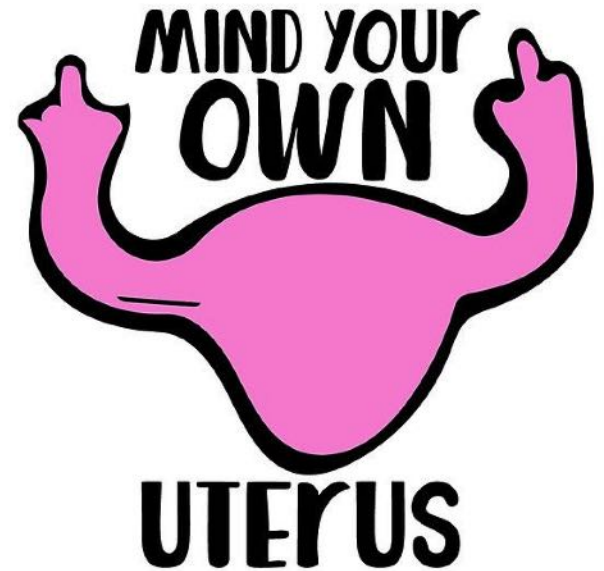


Al contrario, in Francia nell'800 era generalmente considerata una pratica ammissibile per risolvere problemi di figli fuori dal matrimonio, e il problema era solo di sicurezza clinica.

PERCHE' L'ABORTO E' SBAGLIATO?

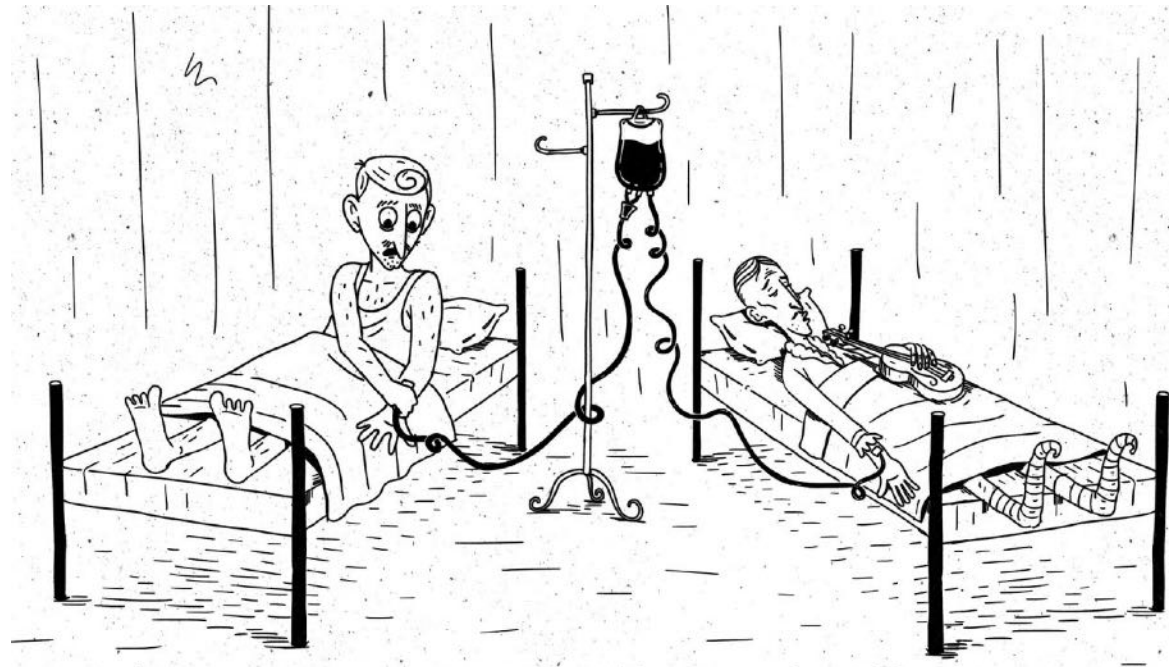
È considerato un problema solo quando vengono garantiti dei diritti all'embrione/feto. Nel passato, era considerato immorale anche perché poteva essere «un'interruzione della stirpe».

È possibile garantire il diritto alla vita all'embrione conservando la libertà di scelta della donna sul proprio corpo?



L'ARGOMENTO DEL VIOLINISTA

Vengo rapito dalla “Società dei Musicisti Famosi”, e il mio rene viene attaccato al corpo del miglior violinista del mondo il quale soffre di insufficienza renale terminale bilaterale.



È mio dovere morale rimanere attaccato al violinista?
È etico rifiutare il mio ruolo di salvatore?
È solo un problema di durata del sacrificio?

Aristotele

- L'embrione diventa umano solo gradualmente, per gradi (epigenesi).

Cristianesimo antico

Ambiguo rispetto all'aborto. Solitamente, il movimento del feto era considerato la soglia (S. Agostino, seguendo Aristotele)

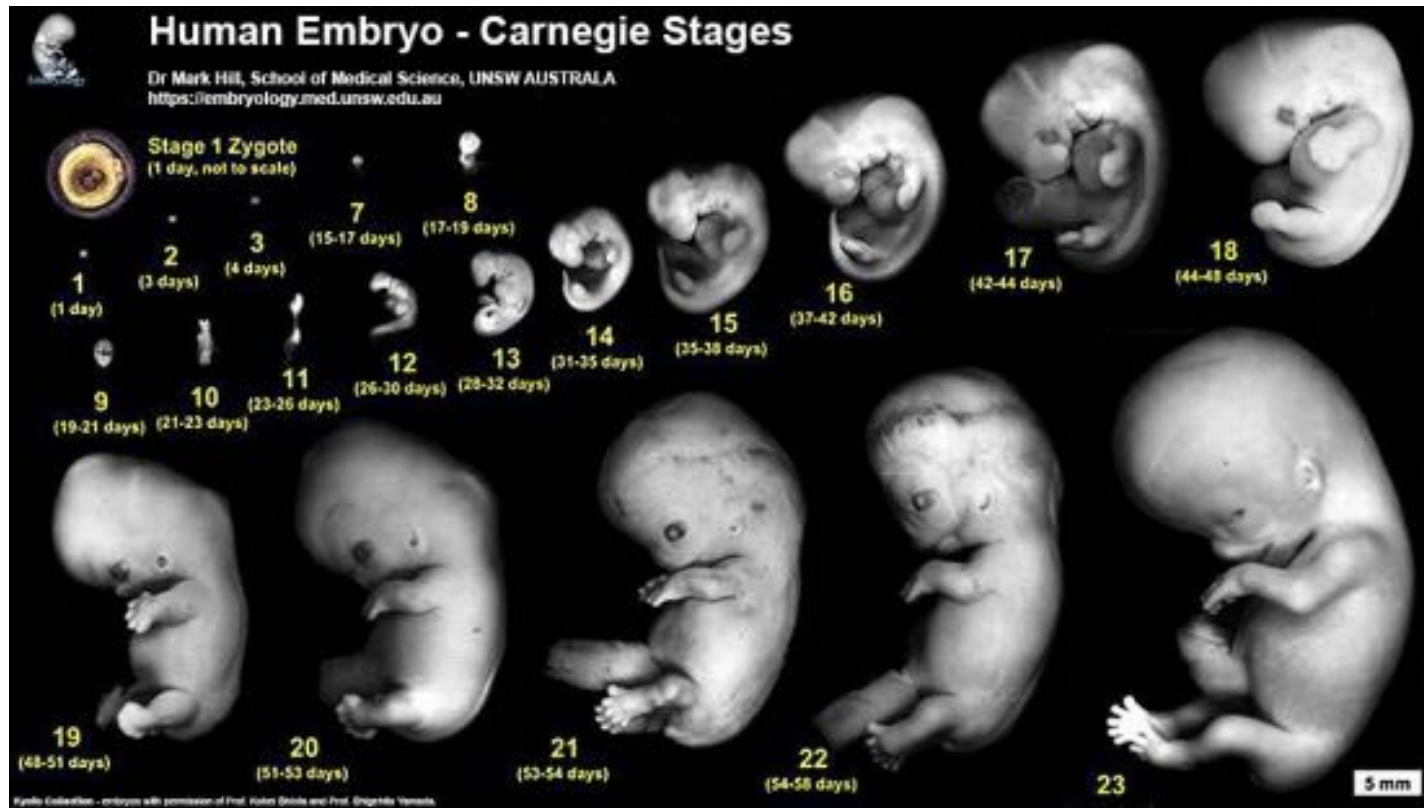
Ebraismo

- Considerazioni sociali più che etiche, e la sicurezza della madre era più importante di qualsiasi altra considerazione.

Islam

- Il feto diventa umano solo dopo 4 mesi. Prima di allora, l'aborto è possibile. Dopo, è ammesso solo in circostanze eccezionali. La salute della madre è in generale considerata più importante di quella del feto.

Quando inizia la vita?



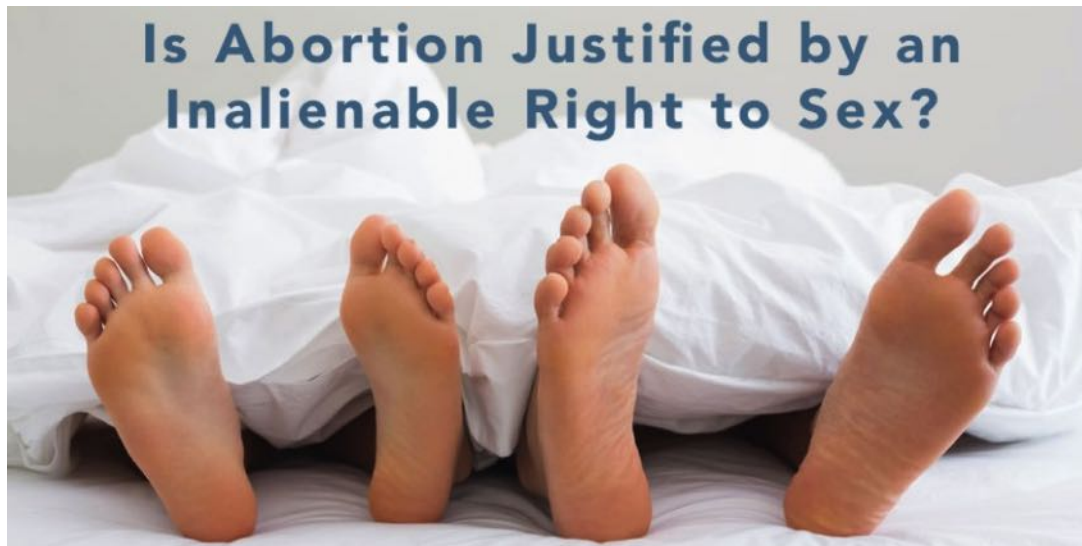
La domanda non ha senso. «Vita» in sè è un concetto ambiguo: come persona, o solo come biologia?

Segnare un «inizio» è solo una convenzione: un qualsiasi punto non è basato né sulla natura, né sulla scienza, ma su una posizione logico-filosofica.

Le argomentazioni logiche pro o contro l'aborto si riflettono necessariamente su altri tipi di uccisioni.

La protezione considerate corrette che implicano la morte del paziente. Inoltre la protezione dovrebbe essere garantita anche nel caso di stupri, di rischio per la salute della madre, per bambini con gravi disabilità, ecc.

Inoltre, il comportamento della madre potrebbe essere considerato criminale nei confronti del feto: per es., il fumo. E il rischio genetico?



A favore della libertà della donna: non puoi giustificare logicamente qualsiasi altro limite all'omicidio.

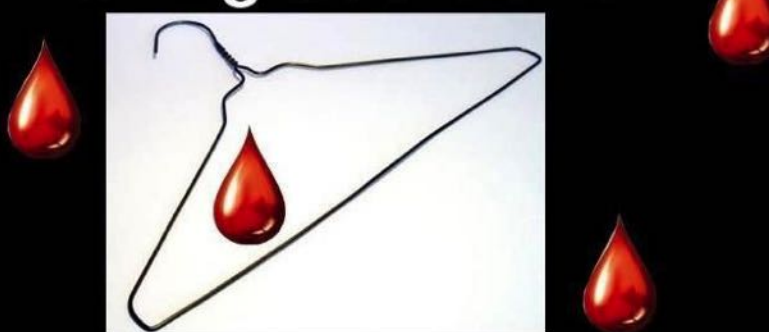
Proibizione: rischio per le donne.

Per esempio: alto numero di gravidanze (5-7 figli).

Alto rischio per i figli, in utero e dopo. Alto rischio di problem psicologici per genitori e figli.

Selezione pre-natale o pre-impianto (per donazione di cellule, tessuti, organi): un figlio come mezzo per raggiungere un fine.

Roe vs. Wade was NOT the beginning of women having abortions.



Roe vs. Wade was the END of women DYING from abortions.

CONTRACCEZIONE

Non è «contro natura». Non c'è alcuna argomentazione razionale per vietare la contraccezione in una democrazia liberale.



Dear Abby:

Why Not Let
God Plan
Your Family?

By ABIGAIL VAN BUREN

DEAR ABBY: Since God alone can create life and since God alone knows what tomorrow brings, He alone is truly qualified as a "Family Planner."

How did a lovely, brilliant girl like you ever get taken in by Planned Parenthood?

A LONG-TIME ADMIRER

DEAR ADMIRER: I read the figures on population explosion, and saw pictures of thousands of starving children born of parents who did not want them and could not feed them. I then concluded that a just God could not possibly have given life to innocent children only to doom them to death by starvation in their infancy.

RICERCA SUGLI EMBRIONI

Utilizzo dei feti abortiti?

Uso delle cellule staminali embrionali?

Uso degli embrioni derivanti da IVF non impiantati?

Diritti dell'embrione vs. diritti dei pazienti (e della ricerca)

Clonazione Umana

Famiglie omogenitoriali

SFIDE BIOETICHE GLOBALI

