

**PARERE DEL COMITATO ETICO UNICO REGIONALE
SU RICHIESTA DI ASUGI DEL 23.12.2022**

Relatori

Dott.

(Presidente C.E.U.R.) e Dott.

(Presidente Vicario C.E.U.R.)

Egregio Direttore Sanitario di ASUGI, Dott. .

Egregia Responsabile SSD Rischio Clinico, Qualità e Accreditamento, Dott.ssa I

In merito alla richiesta pervenuta da parte di ASUGI a questo Comitato in data ,
avente come oggetto «accesso legale all'aiuto al suicidio», relativa alla Paziente affetta da
patologia irreversibile, per poter fornire una risposta esaustiva risulta necessario svolgere un'attenta
analisi circa:

- A l'attuale scenario legislativo-giudiziario-bioetico-deontologico;
- B quali sono le Strutture pubbliche chiamate ad esprimersi su singoli casi;
- C se risulta già individuata una procedura di attuazione di questa specifica attività;
- D quali sono, ad oggi, le problematiche attuative tanto dal punto di vista sanitario, quanto legale dell'attività richiesta.

A

Sotto il **profilo legislativo**, l'attuale impianto normativo è rappresentato dalla L. 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) e dalla L. 38/2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore).

Con la L. 219/2017 (in cui sono presenti espliciti riferimenti alla L. 38/2010) il Legislatore ha previsto, in particolare:

- 1) la possibilità per il Paziente di **rifiutare** (da intendersi nell'accezione di non iniziare) o **rinunciare** (da intendersi nell'accezione di non proseguire) un trattamento sanitario; il medico è tenuto a rispettare tale volontà e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile e penale
- 2) il dovere del medico di adoperarsi al fine di alleviare le sofferenze del Paziente (anche in caso di rifiuto/rinuncia al trattamento sanitario), garantendo un'appropriata **terapia del dolore** e l'erogazione delle **cure palliative**

¹ Nel documento viene indicato di «...mettere a conoscenza la scrivente Direzione Sanitaria relativamente alle competenze del CEUR in materia ed al relativo percorso da seguire nel caso in oggetto».

- 3) in presenza di **prognosi infausta a breve termine** o di **imminenza di morte**, il medico deve astenersi da ogni **ostinazione irragionevole** nella somministrazione delle cure e dal **ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati**
- 4) in presenza di **sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari**, il medico può ricorrere alla **sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore**, con il consenso del paziente
- 5) è previsto che la persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le **DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento)**, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari
- 6) rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una **pianificazione delle cure condivisa (PCC)** tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità².

Sotto il **profilo giudiziario**, le principali fonti cui riferirsi sono rappresentate dalla ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018 e dalla successiva sentenza della medesima Corte n. 242/2019 (norma impugnata: Art. 580 c.p. «Istigazione o aiuto al suicidio»).

In assenza di una normativa di riferimento, il cui iter parlamentare non è stato ad oggi concluso, la pronuncia della Corte Costituzione n. 242/2019 interviene evidenziando principalmente le seguenti argomentazioni ed indicazioni (l'elenco puntato, il grassetto e le sottolineature sono inseriti da parte dei redattori del presente parere):

- 1) «È dichiarato costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., l'art. 580 cod. pen., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017...agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona...
 - (a) **affetta da una patologia irreversibile e**
 - (b) **fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili**, la quale sia
 - (c) **tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale**, ma resti
 - (d) **capace di prendere decisioni libere e consapevoli...**».
- 2) «La legislazione oggi in vigore (leggi n. 38 del 2010 e n. 219 del 2017) – per la quale il medico può, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione alla terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari – infatti, non consente al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti a determinare la morte.
Entro lo specifico ambito considerato, **il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce dunque per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del**

² L'art. 5 della L. 219/2017 prosegue inoltre indicando al c. 2 che «il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati...in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.»

- malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita.»
- 3) «Deve, infine, essere sottolineata l'esigenza di adottare opportune cautele affinché l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione palliativa profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza.»
 - 4) «Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente.»
 - 5) «La verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, cui spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze.»
 - 6) «La delicatezza del valore in gioco richiede, inoltre, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità; nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti.»
 - 7) «Quanto poi al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici.»
 - 8) «Integrando le previsioni della legge 15 marzo 2010, n. 38... la legge n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente (art. 2, comma 1). Lo stesso art. 2 stabilisce inoltre, al comma 2, che il medico può, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari. Disposizione, questa, che «non può non riferirsi anche alle sofferenze provocate al paziente dal suo legittimo rifiuto di trattamenti di sostegno vitale, quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali: scelta che innesca un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte» (ordinanza della Corte Costituzionale n. 207 del 2018)³.

³ In merito ai trattamenti di sostegno vitale risulta utile precisare che nel caso discusso nell'ordinanza n. 207 del 2018 viene indicato «...l'interessato richiese l'assistenza al suicidio, scartando la soluzione dell'Interruzione dei trattamenti di sostegno vitale con contestuale sottoposizione a sedazione profonda (soluzione che pure gli era stata prospettata), proprio perché quest'ultima non gli avrebbe assicurato una morte rapida. Non essendo egli, infatti, totalmente dipendente dal respiratore artificiale, la morte sarebbe sopravvenuta solo dopo un periodo di apprezzabile durata, quantificabile in alcuni giorni: modalità di porre fine alla propria esistenza che reputava non dignitosa e che i propri cari avrebbero dovuto condividere sul piano emotivo.» Da quanto riportato emerge l'importanza di volgere l'attenzione a quali possano essere le definizioni di trattamenti di sostegno vitale, sia in termini di loro individuazione (ad esempio, potrebbe una determinata terapia farmacologica necessaria essere considerata trattamento di sostegno vitale?), sia in merito al grado di dipendenza del Paziente dagli stessi (parziale/totale). Secondo alcuni membri del CNB favorevoli alla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito, in particolare, la sussistenza di un trattamento di sostegno vitale andrebbe considerata come «condizione aggiuntiva solo eventuale...», in quanto «ritenerla necessaria, infatti, creerebbe una discriminazione irragionevole e incostituzionale (ai sensi dell'art. 3 della Costituzione) fra quanti sono mantenuti in vita artificialmente e quanti, pur affetti da patologia anche gravissima e con forti sofferenze, non lo sono o non lo sono ancora. Si imporrebbe, inoltre, a questi ultimi di accettare un trattamento anche molto invasivo, come nutrizione e idratazione artificiali o ventilazione meccanica, al solo scopo di poter richiedere l'assistenza al suicidio, prospettando in questo modo un trattamento sanitario obbligatorio senza alcun motivo ragionevole.»



Sotto il **profilo bioetico**, il **Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)** ha licenziato in data 18 luglio 2019 un documento intitolato «Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito» (seguito all'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018) nel quale viene presa in considerazione, in particolare, la problematica relativa al bilanciamento tra i principi di salvaguardia della vita da un lato e dell'autodeterminazione del soggetto dall'altro.

Il documento è stato approvato a grande maggioranza e in esso vengono rappresentati differenti posizioni sul tema discusso.

Viene ritenuto centrale il quesito circa l'esistenza di una «...differenza intrinseca moralmente rilevante tra l'eutanasia o il suicidio assistito da un lato, e la sospensione o la non attivazione di un trattamento su richiesta del paziente dall'altro...».

Sul tema va sottolineato, inoltre, che la Corte di Cassazione (Cass. Sez. I civ., 21748/2007) ha stabilito che «...deve escludersi che il diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene vita...». Su questa linea si colloca l'impianto normativo della L. 219/2017.

Il parere del CNB indica inoltre che, se dal punto di vista giuridico il suicidio non è oggetto di divieto, esso, tuttavia, «...non costituisce esercizio di un diritto costituzionalmente garantito, ma viene inteso come una semplice facoltà o un mero esercizio di una libertà di fatto...In ogni caso, di fronte alla richiesta di essere aiutati a morire, l'approccio che ispira l'etica dell'accompagnamento nel morire è quello dell'ascolto, dell'interpretazione della richiesta...perché il medico possa comprendere cosa significhi la sua richiesta.»

Perché la richiesta di aiuto al suicidio possa considerarsi legittima, risulta irrinunciabile che la stessa sia:

- **informata**
- **consapevole**
- **libera**

Tali requisiti devono trovare giusta evidenza anche nella cartella clinica (o documentazione sanitaria) del Paziente, dalla quale deve emergere con chiarezza che lo stesso è stato informato in modo chiaro circa la natura della propria malattia, i possibili sviluppi di cure multidisciplinari, anche di prodotti in corso di sperimentazione e mirati sulla specifica patologia, nonché sull'effettiva possibilità per il Paziente di essere coinvolto in un percorso di efficaci e di continue cure palliative.

L'attuazione dell'aiuto al suicidio medicalizzato può sussistere unicamente nei casi in cui si manifesti concordanza tra la volontà del Paziente (che chiede di essere aiutato a porre fine alla propria vita) e la volontà del medico (disposto ad assecondare la richiesta del Paziente)⁴.

Preliminarmente a tale richiesta risulta necessario che venga assicurata al Paziente la possibilità di presa in carico da parte di strutture della rete palliativa i cui percorsi di cura e assistenza il Paziente sarà libero di «...accettare o rifiutare, in tutto o in parte...» in modo che l'eventuale richiesta di morte medicalmente assistita non risulti «...conseguenza di un abbandono o comunque di un'inadeguata assistenza sanitaria, specie riguardo al sollievo della sofferenza.»

Si precisa inoltre che le cure palliative non sempre sono capaci di rispondere efficacemente a tutte le situazioni, che le stesse sofferenze del Paziente risultano incontrollabili e che la medesima sedazione palliativa profonda continua può risultare per il Paziente contraria alla propria dignità e che sia preferito un percorso di morte più rapido. «In questo senso le cure palliative non sono alternative, ma preliminari e sinergiche al suicidio medicalmente assistito.»

⁴ Risulta implicito che facendo riferimento alla disponibilità del medico, l'eventuale attuazione dell'aiuto al suicidio medicalizzato non costituisce obbligo e rimane attività discrezionalmente esercitata da parte del sanitario, il quale può disattendere quindi la richiesta di partecipazione a tale attività.

Sotto il **profilo deontologico**, considerando il Codice di Deontologia Medica, è possibile riferirsi a quanto riportato relativamente agli indirizzi applicativi all'art. 17 a fronte della sentenza 242/2019, nonché anche alle previsioni contenute nel Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche e nel Codice Deontologico del Farmacista.

1) Codice di Deontologia Medica (2014 + Comunicazione FNOMCeO 2020)

art. 17 *Atti finalizzati a provocare la morte*:

«Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte».

In data 6 febbraio 2020, la FNOMCeO con la *Comunicazione N. 19* ha indicato gli indirizzi applicativi allegati all'art. 17 e correlati del Codice di Deontologia Medica ai sensi della sentenza 242/2019 dai quali risulta che «La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare.

2) Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche (2019)

Art. 24 *Cura nel fine vita*:

«L'infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del confronto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.»

3) Codice Deontologico del Farmacista (2018)

Art. 8 *Dispensazione e fornitura dei medicinali*:

«1. La dispensazione del medicinale è un atto sanitario, a tutela della salute e dell'integrità del paziente. 2. La dispensazione e la fornitura di qualunque medicinale sono prerogativa del farmacista, che assolve personalmente a tale obbligo professionale e ne assume la relativa responsabilità.»

B

Relativamente a quali siano le **Strutture pubbliche chiamate ad esprimersi** su singoli casi rileva evidenziare quanto segue⁵.

La sentenza 242/2019 nel dichiarare l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. indica che **le condizioni** riportate a pag. 2, punti a), b), c), d), e **le modalità di esecuzione** «siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del **comitato etico territorialmente competente**».

In merito al comitato etico territorialmente competente si deve precisare che il **parere** espresso dallo stesso sarà di tipo **consultivo (da ritenersi vincolante solo nel caso di negazione rispetto alla richiesta effettuata da parte del Paziente).**

⁵ Parte delle argomentazioni sono espresse in un intervento pubblicato su *quotidianosanità.it* in data 7 febbraio 2020, dal titolo «Comitati etici territoriali e suicidio assistito. Quel decreto va rivisto»

Non si tratterà quindi di un parere di tipo clinico, finalizzato ad accertare la sussistenza dei requisiti indicati dalla Corte Costituzionale.

L'**attività ricognitiva** di tali **requisiti** dovrà, infatti, essere condotta da parte della **struttura pubblica**, che si potrà avvalere delle competenze del personale sanitario che ha in cura il Paziente e/o di ulteriori sanitari che abbiano le necessarie competenze per compiere una completa e corretta valutazione del Paziente e della sua storia.

In merito a quale sia l'organismo chiamato a svolgere la **funzione consultiva**, in base a quanto previsto all'art. 1, c. 2 del DM 8 febbraio 2013 (Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici), risulta che «Ove non già attribuita a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona».

La **Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia** con la Delibera della giunta Regionale del 22.01.2016, n. 73, ha dato seguito alla «Istituzione del **Comitato etico regionale** per la sperimentazione clinica» - **CEUR** -, attribuendogli «il compito di valutare le sperimentazioni da effettuare sul territorio regionale presso le aziende per l'assistenza sanitaria, le aziende ospedaliere universitarie, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e le strutture private temporaneamente accreditate».

Con la medesima delibera è stato previsto inoltre «di istituire, presso ogni ente pubblico del Servizio sanitario regionale, un **Nucleo etico per la pratica clinica - NEPC** - al fine di assicurare un adeguato esame delle problematiche etiche connesse alle attività cliniche ed assistenziali proprie di ciascun ente».

Sulla base di quanto riportato i singoli Nuclei etici per la pratica clinica potrebbero quindi essere titolati ad esprimere pareri consultivi in merito alle richieste/tematiche di carattere etico.

Nel caso dell'interlocutoria formulata da parte di ASUGI, è possibile ipotizzare che il Nucleo etico per la pratica clinica aziendale, potrà essere titolato a svolgere attività.

C

Prima di analizzare il presente punto, vale la pena precisare che, al di là della specifica richiesta pervenuta ad ASUGI, si ritiene centrale **discutere, decidere e formalizzare a livello regionale e aziendale attribuzione di responsabilità** e, possibilmente, **metodologie applicative** da poter condividere tra le differenti realtà sanitarie, in modo da poter gestire l'attuale e le future richieste dei Pazienti in merito alla possibilità di accesso al **suicidio medicalmente assistito, garantendo sia la valorizzazione delle specificità di ciascun caso esaminato, sia assicurando** al contempo **equità ed uguaglianza di trattamento** dal punto di vista della metodologia valutativa e dell'accertamento dei requisiti indicati dalla Corte Costituzionale.

In Italia sono state già avanzate alcune richieste di accesso al suicidio medicalmente assistito. La discussione relativa all'individuazione di una procedura di attuazione di tale attività può avere inizio da quanto fatto nel caso della richiesta effettuata da parte di un Paziente all'**ASUR Marche**. In questo contesto era stato richiesto al Comitato Etico Regionale delle Marche di esprimere un parere in merito alla «Richiesta di accesso legale all'aiuto al suicidio ai sensi della sentenza n. 242/2019 Corte Costituzionale...».

In data \ \ \ il Comitato Etico ha espresso il proprio parere del quale si riportano gli elementi ritenuti maggiormente significativi:

- **preliminarmente** è stato ritenuto necessario «...comprendere, attraverso un approccio multidisciplinare a domicilio del paziente, non solo la situazione clinica ma anche le esigenze della persona che lo richiede.»
- è stato chiesto all'Azienda (...)) «...di istituire una equipe per la visita domiciliare, concordata con il paziente, composta da almeno le seguenti figure professionali: un medico palliativista, un neurologo esperto della patologia della quale è affetto il paziente, uno psichiatra, uno psicologo, un anestesista-rianimatore, un medico legale, un medico specialista nel trattamento dei sostegni vitali ai quali il paziente è sottoposto, un infermiere esperto nelle cure domiciliari integrate».
- sarà **necessario** inizialmente analizzare «...l'offerta di cure palliative in atto, per valutare con il paziente ed i propri cari, senza alcun atto coercitivo, la possibilità di concordare un piano di cura capace di ridurre la sofferenza sino ad un livello ritenuto accettabile dal paziente stesso...».
- «...oltre all'analisi della documentazione clinica...» sarà «...necessario programmare una o più visite domiciliari multidisciplinare [rectius multidisciplinari] con il compito di ascoltare il paziente, attraverso i mezzi di comunicazione possibili e ritenuti validi, e di valutare la situazione bio-psico-sociale e la rete assistenziale in atto nell'ambiente familiare.».
- «L'equipe, in collaborazione con il medico di medicina generale dell'assistito, ponendosi in ascolto con il paziente ed i suoi cari in una relazione di cura, dovrà verificare in modo collegiale la situazione, proponendo, se del caso, piani di cura integrativi ed accertando se il malato sia tenuto in vita grazie a trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o e psicologiche che egli reputa intollerabili e se lo stesso sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.».

Per quanto riguarda la **relazione collegiale dell'equipe multidisciplinare**, è stata redatta riportando le informazioni relative al caso esaminato come di seguito riportato:

- premessa
- la vicenda in esame
- la situazione clinica attuale⁶
- la situazione assistenziale domiciliare⁷
- la proposta di cure palliative e di piani di cura integrativi
- osservazioni del M.M.G.
- conclusioni

Successivamente, il **Comitato Etico**, dalla documentazione e dalla relazione collegiale dell'equipe interdisciplinare, ha preso atto della specifica condizione del Paziente in merito:

- 1 all'accesso alle cure palliative, alla terapia del dolore e alla possibilità di terapie e di assistenza integrative;
 - 2 alla capacità di intendere e di volere;
 - 3 alla patologia cronica irreversibile;
 - 4 alla sofferenza fisica e psicologica ritenuta insopportabile;
 - 5 alla presenza di trattamenti di sostegno vitale
- esprimendo parere favorevole alle richieste del Paziente.**

⁶ Comprendente la valutazione del palliativista, del neurologo (comprensiva di Esame Obiettivo Neurologico), la valutazione della condizione psichica, svoltasi in tre momenti diversi, comprendenti una valutazione congiunta psicologica e psichiatrica, una valutazione psicologica (in occasione della quale sono stati somministrati lo Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) e le Standard Progressive Matrices (SPM 38)), una valutazione psichiatrica, un colloquio psicologico, un colloquio psichiatrico, l'osservazione ambientale, la valutazione circa la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale.

⁷ Comprendente la valutazione dei bisogni assistenziali del Paziente (grado di autonomia, valutazione dell'apparato respiratorio, dello stato nutrizionale, dell'apparato genitourinario, dell'apparato gastrointestinale, dell'apparato tegumentario).

In un precedente caso di richiesta di accesso al suicidio medicalmente assistito che ha interessato sempre l'ASUR Marche era stato istituito un Gruppo Tecnico Multidisciplinare (28.12.2021) chiamato a rispondere al seguente quesito di cui all'Ordinanza del Tribunale di Ancona del giorno vale a dire «se la modalità, la metodica ed il farmaco (Tiopentone Sodico nella quantità di 20g.) prescelti siano idonei a garantirgli la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile (rispetto all'alternativa del rifiuto delle cure con sedazione palliativa profonda continuativa, e ad ogni altra soluzione in concreto praticabile, compresa la somministrazione di un farmaco diverso)».

Al termine dell'attività valutativa il Gruppo Tecnico Multidisciplinare ha ritenuto che:

1. «In merito a modalità, metodica e farmaco...il Tiopentone Sodico, somministrato per via endovenosa, appare idoneo a garantire una morte rapida (minuti) e indolore...La modalità di somministrazione del Tiopentone Sodico è quella dell'autosomministrazione mediante infusione endovenosa...»
2. «In merito alla possibilità di somministrare un farmaco diverso dal Tiopentone Sodico...tale farmaco potrebbe essere identificato nel Propofol il quale, tuttavia, mostra numerose criticità rispetto al Tiopentone...»
3. «In merito all'alternativa del rifiuto alle cure con sedazione profonda continuativa...nel caso in esame la sedazione palliativa profonda conseguente al rifiuto alle cure è possibile, ma non rapida (la morte avverrebbe a distanza di diversi giorni dall'interruzione delle manovre di sostegno vitale) ...»
4. «In merito all'individuazione della morte «più dignitosa possibile», la soggettività del concetto di autodeterminazione, unitamente all'assenza di una normativa nazionale sul fine vita, nonché la scarsa casistica sul piano della letteratura scientifica internazionale consultata e la mancanza di una consolidata esperienza clinica, non consentono a questo Gruppo Tecnico Multidisciplinare di esprimere una definizione, oggettivamente valida, circa la «morte più dignitosa possibile» tra le procedure prese in esame.».

In un ambito di confronto che si auspica possa essere iniziato a breve nella nostra realtà, le informazioni sopra riportate e le esperienze svolte possono di sicuro costituire un utile e valido termine di paragone cui fare riferimento.

D

In relazione alle possibili problematiche attuative, a titolo esemplificativo si possono ulteriormente svolgere le seguenti riflessioni, che si ritiene possano costituire parte integrante della discussione.

Dal punto di vista sanitario, nel caso il Comitato territorialmente competente abbia espresso parere favorevole rispetto alla richiesta di accesso all'aiuto al suicidio medicalmente assistito da parte di Persona che presenti tutti i criteri clinici individuati dalla Corte Costituzionale, rimane ancora da individuare un percorso stabilito e condiviso che consenta un'idonea presa in carico del richiedente, in grado di offrire tutte le garanzie necessarie a rispettare tanto la volontà espressa dallo stesso, quanto la correttezza formale e sostanziale dell'operato dei sanitari.

Su questo specifico punto è opportuno evidenziare che la mancanza di una normativa di riferimento non consente di attribuire agli operatori sanitari obblighi specifici.

In sostanza, la partecipazione alle attività di aiuto al suicidio medicalmente assistito risulta attualmente eseguibile unicamente in base alla **volontà da parte del singolo operatore⁸**, il quale, nel caso in cui invece sia in disaccordo con quanto richiesto dal Paziente, non è tenuto a partecipare alla procedura finalizzata a cagionare la morte. Non si può quindi stabilire *ex ante* l'individuazione dei professionisti e delle professionalità titolate e disponibili a prendere parte alla procedura richiesta⁹. Inoltre dovrà essere stabilito caso per caso quale sia il luogo ed il setting assistenziale ove la procedura potrà essere svolta. Per quanto riguarda questo punto sarà utile un confronto atto a definire anche gli aspetti relativi alla redazione della documentazione sanitaria, produttiva tra l'altro di effetti legali correlati all'evento morte.

Dal punto di vista legale, considerando nuovamente l'assenza di una norma di riferimento e della sua potenziale applicazione, non si può escludere che, a seguito della messa in atto della procedura di aiuto al suicidio medicalmente assistito, possa essere promossa da parte di terzi un'azione legale nei confronti degli operatori sanitari che hanno partecipato allo svolgimento della procedura stessa e/o dell'Azienda Sanitaria di riferimento.

CONCLUSIONI

Il tema trattato presenta di sicuro una importantissima valenza sotto molteplici aspetti (bioetici, sanitari, tecnico-scientifici, giuridici, amministrativi...).

L'attuale stato di indeterminatezza legislativa, nonché l'assenza di procedure standardizzate in merito alla metodologia di accertamento delle condizioni del Paziente, così come delle modalità attuative relativamente alla procedura di aiuto al suicidio medicalmente assistito, devono costituire uno sprone finalizzato a trovare delle risposte a domande che non possono rimanere disattese.

Il Comitato Etico Unico Regionale nel rendersi disponibile a fornire le proprie competenze nella discussione del tema, ritiene che sia strettamente necessario nella nostra Regione avviare tempestivamente una discussione tra i diversi enti ed operatori (sanitari e non) che a vario titolo sono coinvolti, al fine di individuare la più consona modalità di approccio e gestione della richiesta svolta da parte della Paziente, auspicando che si possa di conseguenza individuare una modalità condivisa (e da condividere) nell'ambito dei diversi contesti assistenziali presenti in Regione, a garanzia, tra l'altro, di un irrinunciabile principio bioetico di giustizia.

La Paziente deve poter ricevere una risposta alla richiesta avanzata, risposta che attualmente, nelle more venga individuato, da parte della Regione, quale debba essere l'organo collegiale terzo titolato ad intervenire e quali le modalità di intervento da svolgere, deve dare di sicuro atto del riconoscimento del diritto della Persona circa la formulazione della richiesta e che la richiesta stessa risulta oggetto di valutazione.

Questo atto iniziale si rende necessario e a tutela dei diritti di ciascun cittadino.

TRIESTE

⁸ Si ricorda che nella Comunicazione N. 19 della FNOMCeO (riportata a pagina 4) viene indicato «La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi...».

⁹ Astrattamente potrebbe venirsi a determinare una condizione in cui, pur a fronte di un parere favorevole espresso in merito alla richiesta di accesso alla procedura, l'Azienda Sanitaria di competenza non abbia personale che decida di parteciparvi.