

Roma, 1 aprile 2019

Il Comitato Etico della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI), convocata in audizione dalle Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari sociali) della Camera dei Deputati al fine di approfondire i contenuti delle proposte di legge n. 2 d’iniziativa popolare e n. 1586 (Cecconi), è stato delegato all’audizione in questione dalla Presidenza della Società e dichiara quanto segue:

PREMESSA

1. Come componenti del Comitato Etico della SIAARTI non riteniamo di dover esprimere una posizione favorevole o contraria alla legalizzazione dell’eutanasia (E) e/o del suicidio medicalmente assistito (SMA): non ne abbiamo l’autorità poiché sulle questioni che attengono all’etica clinica i nostri associati sono ovviamente liberi di definire le loro scelte morali in base alle proprie convinzioni culturali o religiose pur nei limiti definiti dal Codice di Deontologia Medica (CDM).
2. Ad oggi, gli Artt. 575 (omicidio), 579 (omicidio del consenziente), 580 (istigazione o aiuto al suicidio) del Codice Penale (CP) trovano corresponsione nell’articolo 17 del CDM che recita: “Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte”.
3. Dunque, qualsiasi legge mirante a normare la materia dell’E e del SMA deve prevedere l’esplicita possibilità per il medico di richiamarsi all’obiezione di coscienza, cosa che le due proposte di legge non fanno.
4. Se a seguito della promulgazione di una legge che garantisca il diritto a chiedere l’E e/o il SMA la Federazione degli Ordini dei Medici dovesse prevedere una modifica dell’ Art. 17 del CDM, il diritto alla obiezione di coscienza deve essere comunque garantito. Nel caso in cui la Federazione degli Ordini dei Medici invece *non* dovesse prevedere una modifica dell’ Art. 17 del CDM, il medico non obiettore di coscienza deve essere esplicitamente garantito rispetto alle sanzioni disciplinari previste dal CDM per aver violato l’ Art. 17 del CDM stesso.
5. Ogni attività e/o responsabilità prevista in capo ai medici da un dispositivo di legge inerente la materia dell’E e del SMA non può e non deve essere considerata come di competenza di una singola e specifica disciplina medica.
6. Il Comitato Etico della SIAARTI, anche in accordo con quanto da sempre sostenuto dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP), ritiene che alle persone che richiedono l’E o il SMA dovrebbe essere sempre proposto e garantito l’accesso alle reti di cure palliative poiché queste richieste potrebbero essere condizionate da una ancora non completa attuazione della legge 38/2010¹ e quindi dalla mancanza di informazioni sulla possibilità di essere adeguatamente assistiti e di poter controllare adeguatamente il disagio e la sofferenza indotti dalla malattia².

CONSIDERAZIONI IN MERITO ALLE PROPOSTE DI LEGGE N. 2 E N. 1586

1. nella proposta di legge n. 2 d’iniziativa popolare, i contenuti degli articoli 1, 2 (in parte) e 4, ricalcano i contenuti degli Artt. 4 commi 1 – 8 e 5 della legge n. 219/2017 generando una pericolosa, sostanziale confusione di ruoli, compiti e finalità tra ciascuno degli strumenti legislativi proposti da detta legge e quelli previsti dalla proposta di legge n. 2 in esame. Tale proposta di legge viene perciò considerata inadeguata.

1. Ministero della Salute – Cure palliative e terapia del dolore: rapporto al Parlamento sui dati 2015-2017 – <https://bit.ly/2V6DqHo>

2. Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al. Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. Pall Med 2015;1-13DOI: 10.1177/0269216315616524

2. la proposta 1586 include il tema dell'E e del SMA nella legge 219/2017 che invece fa esplicito riferimento alla tutela della vita, al consenso informato (articolo 1), alle dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT, Art. 4) e alla pianificazione condivisa delle cure (PCC, Art. 5) come strumenti miranti a salvaguardare il diritto della persona malata (autodeterminazione) a interrompere o non iniziare qualsiasi trattamento diagnostico o terapeutico (limitazione delle cure = LdC), non a richiedere l'E o il SMA come peraltro esplicitamente definito nell' Art. 1 comma 6. Anche tale proposta di legge viene perciò considerata inadeguata.
3. A questo proposito è utile riportare in tabella 1 uno schema riassuntivo che illustra le definizioni ufficiali e le sostanziali differenze tra E e SMA da un lato e LdC dall'altro, e in cosa consistono le cure palliative (CP) e la sedazione palliativa profonda (SPP).

Tabella 1 – Definizioni di limitazione terapeutica, eutanasia e suicidio medicalmente assistito³	
Limitazione delle Cure (LdC)⁴	Sospensione o non avvio di cure e/o supporti vitali che, non contrastando più validamente il processo di malattia, non sono in grado di modificare una prognosi ormai certamente infausta. La LdC può avvenire: 1) per decisione autonoma di un malato cosciente; 2) per decisione trasmessa da un malato incosciente tramite le DAT o la PCC con o senza un fiduciario (legge n. 219/2017); 3) per decisione dei medici nel caso di un malato non più in grado di esprimere la propria volontà, non dotato di DAT o PCC, sul quale i trattamenti non riescono più a modificare positivamente la prognosi (evitare l'accanimento terapeutico – Art. 16 CDM)
Eutanasia (E)¹	Uccisione intenzionale da parte di un medico o altra persona competente, tramite la somministrazione di farmaci, di una persona che ne fa volontaria e consapevole richiesta
Suicidio Medicalmente Assistito (SMA)¹	Aiuto intenzionale a terminare la vita fornito da un medico, tramite la messa a disposizione di farmaci, alla persona che ne fa volontaria e consapevole richiesta
Cure Palliative (CP)⁵	Insieme di interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia non risponde più ai trattamenti specifici ed è caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta
Sedazione Palliativa Profonda (SPP)⁶	Uso monitorizzato di farmaci finalizzato a ridurre intenzionalmente la coscienza del paziente e ad eliminare il sintomo dolore, fino al suo possibile annullamento, al fine di alleviare i sintomi refrattari fisici e/o psichici.

4. È quindi assolutamente necessario distinguere tra LdC ed E o SMA. Ciò significa anche necessità di:
- valutare attentamente eventuali definizioni da inserire nella normativa (come suggerito in tabella 1, o, in alternativa, le definizioni di E e/o SMA inserite nelle discipline di altri ordinamenti giuridici);
 - evitare formule che rischiano di aumentare l'incertezza a livello interpretativo e operativo;

3. Riccioni L, Busatta L, Busca MT, Orsi L. Gristina GR. La limitazione dei trattamenti: una forma di eutanasia? Un approccio scientifico al dibattito sulle decisioni alla fine della vita *Recenti Prog Med* 2016; 107:127-139

4. De Lima L, Woodruff R, Katherine Pettus K et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. Position Statement. *J Pall Med* 2017;20(1):1-7. DOI: 10.1089/jpm.2016.0290

5. European Association for Palliative Care – definition of palliative care <https://bit.ly/2U6KzLv>

6. Comitato Nazionale per la Bioetica – Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte. 2016 <https://bit.ly/2HP7CDM>

- c) valutare attentamente, anche rispetto alle possibili ricadute sul piano sistematico, la fonte sulla quale/con la quale intervenire (codice penale e/o CDM).
- d) mantenere assolutamente distinte dalla legge n. 219/2017 ogni altra possibile proposta di legge riguardante E e SMA

5. Per quanto attiene alla pratica della Sedazione in generale, e in particolare alla pratica della Sedazione Palliativa Profonda (SPP), è importante per noi anestesisti-rianimatori sottolineare che si tratta di una procedura terapeutica basata sull'uso di farmaci sedativi e analgesici, mirata al controllo di sofferenze altrimenti incontrollabili causate da sintomi refrattari ai trattamenti e non alla soppressione della vita (legge n. 219/2017 Art. 2 commi 1 – 3). Tale precisazione è a nostro avviso rilevantissima al fine di scongiurare ogni possibile confusione tra i farmaci normalmente utilizzati nella pratica clinica per il trattamento del dolore e la sedazione e quelli invece utilizzati per ottenere la morte. Anche in questo caso può essere utile uno schema esplicativo (tabella 2).

Tabella 2 – Differenze tra sedazione palliativa ed eutanasia³		
	SEDAZIONE PALLIATIVA	EUTANASIA/SUICIDIO ASSISTITO
OBIETTIVO	Controllo della sofferenza	Morte della persona
FARMACI, DOSI, VIE DI SOMMINISTRAZIONE	Finalizzati al migliore controllo dei sintomi	Finalizzati a conseguire rapidamente l'obiettivo
RISULTATO	Eliminazione del sintomo	Coincide con l'obiettivo

6. Ulteriori considerazioni sulle due proposte di legge riguardano aspetti più tecnico-procedurali, i più rilevanti dei quali si elencano di seguito:
- a) entrambe le proposte menzionano solo “atto scritto” (n. 2 Art. 4 e n. 1586 Art. 1 comma c e Art. 3 comma 2 bis) come modalità di esplicitazione delle volontà: sarebbe a nostro avviso necessario prevedere anche la “videoregistrazione”
 - b) manca in entrambe le proposte di legge una specifica e chiara procedura di accertamento relativo a “adeguatezza e congruità” (n. 2 Art. 3 comma f, Art. 4 comma 2; n. 1586 Art. 2 comma f e Art. 3 comma 2 bis) delle informazioni che il malato ha ricevuto, del fatto che la scelta del malato sia effettivamente libera, consapevole, ben ponderata e volontaria
 - c) in nessuna due proposte di legge si fa riferimento a procedure specifiche per garantire/proteggere i soggetti fragili/ vulnerabili
 - d) la proposta di legge n. 1586 sembra prevedere la messa in atto della procedura eutanasi solo in una struttura pubblica (Art. 2 comma 2): se questa è una scelta che impedisce la procedura al proprio domicilio, potrebbe essere lesiva della volontà del malato di “morire nel suo letto”

CONCLUSIONI

Il Comitato Etico SIAARTI, tenuto conto dei punti in premessa e della disamina delle due proposte di legge come sopra esposta, le considera entrambe insoddisfacenti a rappresentare la complessità del tema dell'E e del SMA. Il Comitato Etico SIAARTI sottolinea la necessità di mantenere nettamente distinto qualsiasi progetto di legge relativo a E e SMA dai contenuti della legge n. 219/2019 che considera utile e risolutiva di moltissimi problemi per i pazienti, per le loro famiglie, per gli operatori sanitari.