

Posizione SICP su Eutanasia e Suicidio Medicalmente Assistito (SMA)

1. Per definizione le Cure Palliative (CP) sono contrarie sia all'abbreviazione che all'allungamento della fase terminale della vita. Infatti, quasi tutte le definizioni di CP che negli anni si sono succedute hanno confermato l'asserto che "le cure palliative considerano la morte un evento naturale e non accelerano né ritardano la morte" (1-3).
2. Anche nelle nazioni ove l'Eutanasia e/o il Suicidio Medicalmente Assistito (SMA) sono stati depenalizzati (es. Olanda, Belgio, Lussemburgo, Canada) il dibattito dentro il mondo delle CP è sempre stato molto vivace e le Società Scientifiche di Cure Palliative si sono pronunciate contro tali pratiche, auspicando e favorendo, invece, normative e prassi che estendessero in modo diffuso i servizi di CP e valorizzassero il consenso informato, la Pianificazione Anticipata delle Cure, le Direttive Anticipate, la limitazione della sproporzione terapeutica (4). Solo una minoranza di sanitari si è espressa a favore dell'inclusione dell'Eutanasia o del SMA nelle CP (4,5-7).
3. È di fondamentale importanza implementare un sistema organizzativo (Rete Locale e Rete regionale di CP) che copra in modo efficace e omogeneo tutto il territorio nazionale, al fine di scongiurare il più possibile le richieste di Eutanasia o di SMA per mancato controllo delle sofferenze globali (fisiche, psicologiche, sociali, spirituali) e per garantire una risposta adeguata ai bisogni dei pazienti che si avviano alla fine della vita e dei loro familiari. Come sottolineato anche dall'European Association of Palliative Care (4), alle persone che richiedono l'Eutanasia o il SMA deve essere sempre garantito l'accesso alle Reti di CP, poiché queste richieste potrebbero essere condizionate dalla mancanza di informazioni sulla possibilità di essere assistiti dalle cure palliative e di poter controllare adeguatamente la propria sofferenza. Il recente Rapporto al Parlamento sullo sviluppo della Rete nazionale di CP evidenzia una presenza ancora gravemente insufficiente dei servizi di cure palliative nella maggior parte delle Regioni o in molti aree locali (8). Inoltre, non è stata ancora attuata la parte della Legge 38/2010 che prevede l'insegnamento delle CP sia nella formazione pre-laurea che, soprattutto in quella post-laurea. L'assenza di una specialità in CP o di indirizzi in CP all'interno delle Scuole di Specializzazione contemplate nella Legge 38/10 impedisce una efficace e diffusa implementazione dell'offerta di CP nei percorsi di malattia sia oncologica che non oncologica, oltre che ostacolare la diffusione culturale di un approccio palliativo alla comunicazione e alla relazione con le persone fragili ed inguaribili. Risulta quindi fondamentale completare i percorsi formativi accademici e di aggiornamento continuo con una formazione specifica che garantisca una gestione dei percorsi di cura che risponda ai bisogni globali del malato e dei suoi cari (9).

4. Parimenti va perseguita un'intensa campagna informativa sia nel mondo sanitario che nella popolazione generale perché i cittadini conoscano il loro diritto ad avere CP nei vari setting (domiciliare, Hospice, ospedaliero, RSA/RSD, ecc.) e anche in fase precoce di tutte le malattie che sono caratterizzate da bisogni di CP.
5. La Sedazione palliativa è una procedura terapeutica mirata al controllo di sofferenze intollerabili causate da sintomi refrattari ai trattamenti e non è mirata alla soppressione della vita (10); pertanto la sedazione palliativa è empiricamente e eticamente diversa dall' Eutanasia o SMA e non può essere in alcun modo utilizzata come alternativa all'Eutanasia e SMA (11).
6. Vi è evidenza scientifica e empirica che anche il miglior sistema di offerta ed erogazione di CP, pur riducendo in modo molto rilevante la domanda di Eutanasia e SMA non la annulla, perché vi sono persone gravemente malate o con gravissime disabilità che, pur trattate con le migliori CP, richiedono di abbreviare la loro vita. Parimenti vi sono persone malate che rifiutano consapevolmente l'offerta di CP. In queste persone la richiesta di morire anticipatamente risponde non tanto ad un insufficiente controllo delle sofferenze rispetto a quanto da loro desiderato, quanto ad un rifiuto a continuare a vivere in quelle condizioni di malattia che sono da loro giudicate non dignitose, non coerenti con il loro progetto di vita, con le loro preferenze, desideri, volontà e concezioni identitarie (12).
7. Questo ha da tempo indotto il mondo scientifico ad avviare ricerche sul tema Eutanasia e SMA e a dibattere sulla loro ammissibilità etica, deontologica e giuridica. Questa attenzione scientifica al tema deve continuare per poter approfondire le dimensioni epidemiologiche e antropologiche connesse.
8. La proposta di legge d'iniziativa popolare "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia presentata alla Camera dei deputati nella XVII legislatura il 13 settembre 2013 e mantenuta all'ordine del giorno ai sensi dell'articolo 107, comma 4, del Regolamento" presenta al suo interno i primi due articoli che non sono attinenti al tema Eutanasia e SMA oltre che essere stati superati dalla legge 219/2017 e che pertanto non rappresentano un adeguato punto di partenza per la discussione dei temi suddetti.

Roma, 3 aprile 2019

Il Presidente e il Consiglio Direttivo della SICP
(Società Italiana di Cure Palliative)



Italo Penco

Bibliografia:

1. Definizione di CP dell'OMS (WHO) <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Consensus-Based Definition of Palliative Care International Association for Hospice & Palliative Care (IAHPC) <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/>
3. Definizione di cure palliative della European Association for Palliative Care <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do>
4. 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;1-13 DOI: 10.1177/0269216315616524
5. Bernheim JL, Deschepper R, Distelmans W, et al. Development of palliative care and legalization of euthanasia: antagonism or synergy? BMJ 2008; 336: 864-867.
6. Vanden Berghe P, Mullie A, Desmet M, et al. Assisted dying – the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care. Eur J Palliat Care 2013; 20: 266-272.
7. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: A population-based mortality follow-back study. Palliat Med 2018;32(1):114-122
8. Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814
9. 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
10. Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa. 2007 <https://www.sicp.it/documenti/sicp/2006/10/raccomandazioni-della-sicp-sulla-sedazione-terminale-sedazione-palliativa/>
11. Comitato Nazionale per la Bioetica Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte. 2016 <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/sedazione-palliativa-profonda-continua-nell-imminenza-della-morte/>
12. Seale C, Addington-Hall J. Euthanasia: the role of good care. Soc Sci Med 1995;40(5):581-587