

ADV ALBERO DELLA VITA
Dr Paolo Fangucci - Presidente

Desidero prendere in analisi il DDL 104 a prima firma Bazoli più che altro per evidenziare ciò che a mio giudizio può creare una stortura nell'intento di legiferare una condizione come quella del suicidio assistito nell'ambito del discorso sul fine vita o come meglio definirlo e cioè eutanasia

Un primo punto lo troviamo nell'articolo 2 dove si parla di decesso cagionato da un atto autonomo volontario dignitoso e consapevole

“Autonomo” esclude qualunque altra modalità di esecuzione dell'atto stesso che non può essere demandato ad altri

Allora mi chiedo come possa essere certificata, in una persona magari che comunica con i soli movimenti oculari o in situazioni di estrema difficoltà di comunicazione, la piena capacità di intendere e di volere. Sappiamo bene che tale capacità in queste circostanze non può essere intesa come quella di un soggetto sano in piena integrità fisica e mentale

Nell'articolo 3 si fa esplicito riferimento al fatto che per accedere alla richiesta del suicidio assistito, tale persona deve avere rifiutato o interrotto le cure palliative; come se questo fatto ripristinasse la capacità dello stato di salute mentale.

Questo, forse, è perché si vuol pensare che non ci si trovi così in una condizione di offuscamento mentale indotto dai farmaci? Sinceramente penso che il dolore domini la mente più di una sedazione cosciente e per questo mi permetto di fare un esempio

Io sono un dentista e nella mia esperienza clinica assisto spesso a situazioni in cui i pazienti giungono alla mia osservazione in condizioni di dolore così intenso da essere giudicato insopportabile

In queste situazioni i soggetti sono disposti a qualunque trattamento " basta che mi tolga il dolore" anche i più fantasiosi "mi tagli una mano piuttosto"

Poi dopo una importante sedazione locale fino all'utilizzo di calmanti come ipnotici e ansiolitici, bene, in questa nuova condizione clinica mi trovo davanti ad un soggetto completamente diverso e per quanto sia in un rilassamento indotto, molto più collaborativo razionale e presente tanto che non sarebbe più disposto a rinunciare al suo arto.

E allora, come si può definire un soggetto in preda ad un dolore oltre ogni sua sopportazione, capace di intendere e di volere?

Nello stesso articolo 3 comma 2 si parla (per la possibilità di fare richiesta al suicidio assistito) di presenza di "patologie reversibili con prognosi infausta oppure portatrice di una condizione clinica irreversibile che cagionino sofferenze fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili"

Quindi un soggetto che abbia un'alterazione genetica che lo porterà ad una morte precoce e sofferente, come ad esempio un deficit da merosina, è una condizione che rispetta tali parametri. Cioè, è sufficiente sapere che si morirà dolorosamente prima del previsto per potersi suicidare!?!

Il testo della Legge 219 del 2017 su questo tema adotta una dicitura molto circostanziata e cioè "paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte"

quindi parliamo degli ultimi istanti di vita e non certo di altre condizioni

E allora a questo punto avrebbe senso parlare di tempi burocratici per l'esame di una commissione per tutte le pratiche necessarie, dalla richiesta fino all'atto finale?

E se ciò non bastasse si hanno 60 giorni per fare ricorso ed un giudice dovrebbe magari acconsentire ad un suicidio oltre il parere di una commissione bioetica specifica? con quale titolo e con quale competenza?

Nell'articolo 5 comma 7 si Individua come luogo del suicidio il proprio domicilio senza tener conto delle relazioni familiari e dei cari che potrebbero ad esempio opporsi

Inoltre, ove non sia possibile al proprio domicilio, ci si deve rivolgere ad una struttura ospedaliera che per definizione è un luogo di cura e giammai può diventare un luogo dove si fa morire, dove si muore semmai nella tutela della vita.

Sullo stesso concetto un medico che cagiona volontariamente la morte, sia direttamente che indirettamente, nell'ambito della sua attività professionale, va contro il codice deontologico in particolare nell'articolo 3 e nel giuramento di Ippocrate che è parte integrante del codice stesso

primum non nocere

Tale medico anche se non fosse perseguito penalmente dovrebbe immediatamente essere convocato dalla commissione deontologica ed inevitabilmente essere radiato dall'ordine di appartenenza

Queste obiezioni e questi quesiti solo per dire che normare in maniera completa oltre la Legge 219 del 2017 non è tecnicamente corretto, semmai sarebbe opportuno intervenire sulla legge stessa come prova a fare il Ddl 1083

La Corte Costituzionale nella sentenza 242 del 2019 al punto 6 dice:

6.– Quanto, infine, al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente 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. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato.

Non è quindi questione di obiezione di coscienza, come espresso nell'articolo 6 che andrebbe cancellato, perché non potrebbe sussistere un obbligo in quanto un medico cura e allevia le sofferenze del malato ma non uccide, mai.

Se non si dovesse sfociare in un omicidio/suicidio dal punto di vista legale lo si farebbe comunque da quello etico/deontologico con tutte le conseguenze prima esposte

Uccidere per far smettere di soffrire mi ricorda il film western in cui si uccideva il cavallo che si era slogato la zampa

Certo qui parliamo di malati terminali e per fortuna abbiamo mezzi per alleviare le sofferenze e dove queste non fossero sufficienti, nelle situazioni più estreme, esiste anche la possibilità di sedazione palliativa profonda.

Non vorrei che prevalesse la necessità di appagare fintamente la coscienza di chi resta, convinto di aver agito per il bene del malato

Un'ultima considerazione: l'articolo 9 è improntato sul non derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica

La realtà dei fatti è che ciò inevitabilmente porterà, nella realtà pratica, a far sì che la persona interessata e i suoi familiari vedrebbero nel suicidio assistito un risparmio economico per loro e per lo Stato e questa dinamica è bivalente in quanto gli operatori dello Stato stesso avrebbero comunque una spinta verso una terapia più economica per le finanze dell'amministrazione pubblica essendo il suicidio un atto gratuito

Grazie dell'ascolto