

## L'INTERVENTO SUICIDIO ASSISTITO E CURE PALLIATIVE

di **Vittorio Franciosi**

**P**ochi giorni fa, la signora Elena, veneta, 69 anni, affetta da un tumore polmonare avanzato, ha scelto di concludere la propria esistenza in Svizzera, attuando, in solitudine, il suicidio assistito. Il primo sentimento è quello dell'umana solidarietà e partecipazione al grande dolore di Elena e della sua famiglia per il dramma di una malattia inguaribile con cui lottava da molti mesi. Una tragedia che, ogni anno, colpisce decine di migliaia di pazienti oncologici e le loro famiglie. Il secondo sentimento è la disapprovazione del metodo, provocatorio, con cui il movimento proeutanasico conduce il dibattito sul fine-vita proponendo ai media, in maniera spettacolare, la sofferenza delle persone. Nel caso della signora Elena la provocazione consiste anche (...)

Segue a pagina 32

## SEGUE DALLA PRIMA PAGINA

## SUICIDIO ASSISTITO E CURE PALLIATIVE

di **Vittorio Franciosi**

Medico Oncologo, Presidente del Centro di Bioetica "Luigi Migone" di Parma

(...) nel superamento del limite, posto dalla sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale e dalla recente proposta di legge sulla morte volontaria medicalmente assistita, del mantenimento in vita da trattamenti artificiali.

Ma vorrei soffermarmi sul dubbio che non sia stato fatto tutto il possibile affinché la signora Elena potesse ricevere la migliore assistenza medica, psichica e spirituale possibile per alleviare le sue sofferenze fisiche, psicologiche ed esistenziali, nella sua casa, confortata dalla vicinanza e dall'affetto di suo marito, di sua figlia, di famigliari e amici.

Le richieste eutanasiche originano dalla disperazione, comprensibile, che deriva dalla sofferenza fisica e psichica, dalla perdita di significato di una vita divenuta insopportabile e dal senso di abbandono esistenziale.

Tanti anni di prossimità ai pazienti oncologici mi hanno insegnato che la richiesta di essere aiutati a morire, è molto raramente assoluta e irremovibile, più spesso ambivalente e fluttuante. Anche il dolore più buio si può aprire alla speranza se viene supportato da soluzioni assistenziali alternative

alla richiesta suicidaria. Ad esempio, offrendo trattamenti sintomatici e di supporto psicologico, da parte di personale sanitario specializzato, in luoghi di assistenza idonei ad offrire sollievo fisico, psichico e spirituale, in maniera personalizzata, al paziente e ai familiari, come il domicilio e l'hospice.

Le cure palliative identificano precocemente tutte le problematiche di natura fisica, psichica, sociale e spirituale dei pazienti come la signora Elena e trovano i fondamenti della loro applicazione in leggi dello Stato. La legge 38/2010 («Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore») stabilisce il diritto dei cittadini a ricevere terapie del dolore e cure palliative efficaci a domicilio, negli ambulatori, negli hospices e negli ospedali. La legge 219/2017 («Norme in materia di Consenso Informato e di Disposizioni Anticipate di Trattamento») chiarisce che con il consenso informato le persone possono iniziare, rifiutare o sospendere qualsiasi trattamento sanitario, compresi quelli di sostegno vitale come l'alimentazione, la respirazione artificiale e la dialisi; tali consensi o dis-

sensi possono essere anticipati nelle Disposizioni Anticipate di Trattamento, quando la persona è ancora in buona salute, oppure, nella Pianificazione Condivisa delle Cure, quando la malattia è già presente. Qualsiasi forma di accanimento terapeutico è disapprovata e viene legittimata la sedazione palliativa, cioè la terapia farmacologica, che si propone la riduzione o l'abolizione reversibile dello stato di coscienza, per alleviare qualsiasi sintomo, altrimenti intollerabile e refrattario alle terapie convenzionali.

La sedazione palliativa non ha nulla a che vedere con l'eutanasia. I Livelli Essenziali di Assistenza prevedono dal 2017, che le Cure Palliative, vengano erogate uniformemente in tutti i settings assistenziali, tutti i giorni della settimana, H24, con équipes medico-infermieristiche territoriali dedicate e specializzate in cure palliative domiciliari.

Purtroppo, nonostante i riferimenti normativi, osserviamo l'insufficiente applicazione delle Cure Palliative nel Sistema Sanitario dove solo il 25% dei cittadini può usufruirne, in maniera molto differenziata da regione a regione, soprattutto a

livello domiciliare e di hospice, a causa dell'insufficiente investimento organizzativo ed economico.

In conclusione, desta preoccupazione l'idea che, anche in Italia, la morte, sotto forma di eutanasia o suicidio assistito, venga equiparata ad un qualsiasi «servizio» esigibile ed erogabile dal Sistema Sanitario. Un grande investimento nelle cure palliative, attualmente carenti, soprattutto a livello domiciliare, sarebbe una risposta alle crescenti richieste dei pazienti e delle famiglie di alleviare il dolore globale delle fasi terminali delle malattie oncologiche e degenerative; ridurrebbe l'alto numero di persone in condizioni terminali, che affollano i Pronto Soccorso e che muoiono in ospedale e, dal punto di vista del dibattito sul fine vita, offrirebbe un'alternativa alle proposte eutanasiche di quei movimenti che, a livello mondiale, affermano l'assoluta disponibilità e diritto a tutte le scelte nel fine vita, comprese l'eutanasia e il suicidio assistito.

