

1

# RESPONSABILITÀ MEDICA

Diritto e pratica clinica

ETICA, MEDICINA, DIRITTO - DIALOGO SULL'AIUTO MEDICO AL MORIRE  
DAI SEMINARI DEL GRUPPO "UNDIRITTOGENTILE"

Con i contributi di:

Carla Faralli, Corrado Viafora, Paolo Benciolini, Pasquale Giuseppe Macrì, Lorenzo Menozzi, Anna Aprile, Paolo Malacarne, Gaia Marsico, Diana Bonuccelli, Davide Mazzon, Luciano Orsi, Loreta Rocchetti, Franco Maria Zambotto, Marco Azzalini, Stefano Canestrari, Gilda Ferrando, Luigi Gaudino, Francesca Giardina, Adelmo Manna, Teresa Pasquino, Debora Provolo, Elisabetta Palermo, Elena Cadamuro, Mariassunta Piccinni, Alessandra Pisu, Paolo Zatti

Gennaio-Marzo 2022

Rivista trimestrale diretta da Roberto Pucella



**Pacini  
Giuridica**

# INDICE

## Etica, Medicina, Diritto - Dialogo sull'aiuto medico al morire dai Seminari del gruppo "Undirittogentile"

Presentazione.....	pag.	3
CARLA FARALLI, <i>Etica della cura e diritto gentile</i> .....»		5
CORRADO VIAFORA, <i>Questioni etiche di fine vita: il paradigma della dignità</i> .....»		9
* * *		
PAOLO BENCIOLINI, <i>L'aiuto medico a morire. Un contributo nell'ottica della "medicina legale clinica"</i> .....»		19
PASQUALE GIUSEPPE MACRÌ - LORENZO MENOZZI - ANNA APRILE, <i>Questioni etico deontologiche su eutanasia e suicidio assistito: un'indagine conoscitiva nella comunità medica</i> .....»		25
PAOLO MALACARNE, <i>Questioni etiche, deontologiche e di politica del diritto in materia di aiuto medico al morire. È lecito per un medico essere attore dell'"aiuto medico al morire"?</i> .....»		35
GAIA MARSICO - DIANA BONUCCELLI, <i>La prima richiesta di "suicidio medicalmente assistito" in Toscana: il ruolo del comitato per l'etica clinica, il percorso intrapreso dalla Az.USL Toscana Nord Ovest</i> .....»		37
DAVIDE MAZZON, <i>Sul concetto di "trattamenti di sostegno vitale"</i> .....»		47
LUCIANO ORSI, <i>Differenze e rapporti fra Cure Palliative e Morte Medicalmente Assistita. Per favore, non facciamo confusione!</i> .....»		49
LORETA ROCCHETTI, <i>Aiuto medico al morire (inteso come: il medico somministra un farmaco che cagiona la morte al paziente)</i> .....»		53
FRANCO MARIA ZAMBOTTO, <i>Sulla questione della nozione dei life sustaining treatments</i> .....»		59
* * *		
MARCO AZZALINI, <i>Illusioni perdute o necessità di ripensamento? Per una congrua disciplina dell'aiuto nel morire dopo la sentenza 50/22 della Corte Costituzionale</i> .....»		61
STEFANO CANESTRARI, <i>I dilemmi dell'aiuto medico a morire nella prospettiva di un diritto liberale e solidale</i> .....»		71
GILDA FERRANDO, <i>Aiuto medico a morire. Contributo alla discussione sul progetto di legge</i> .....»		79
LUIGI GAUDINO, <i>Tornare al problema. Cercare le soluzioni. E trovare le parole per farlo</i> .....»		85
FRANCESCA GIARDINA, <i>Scelte di fine vita e "capacità di prendere decisioni libere e consapevoli"</i> .....»		91
ADELMO MANNA, <i>Ancora sulla differenza tra Corte costituzionale italiana e tedesca in tema di aiuto al suicidio: congetture e confutazioni</i> .....»		97
TERESA PASQUINO, <i>Sul ruolo delle cure palliative e della terapia del dolore nel fine vita</i> .....»		113
DEBORA PROVOLO – ELISABETTA PALERMO – ELENA CADAMURO, <i>Profili penali dell'aiuto a morire: problematiche attuali e considerazioni de iure condendo anche in prospettiva comparatistica</i> .....»		117
MARIASSUNTA PICCINNI, <i>La richiesta di aiuto a morire: spazi per una risposta politica "gentile" e per un intervento del legislatore</i> .....»		137
ALESSANDRA PISU, <i>Il bene "vita" tra morale, diritto e nuovi compiti della medicina</i> .....»		147
PAOLO ZATTI, <i>La questione dell'aiuto medico a morire nella sentenza della Corte costituzionale: il "ritorno al futuro" della l.219/2017</i> .....»		155



## Sul concetto di “trattamenti di sostegno vitale”

**Davide Mazzon**

*Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Belluno, Comitato Etico per la Pratica Clinica ULSS 1-Dolomiti*

La ordinanza n. 207/2018 e la successiva sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale relative al caso “DJ Fabo”, richiamano numerose volte la terminologia “trattamenti di sostegno vitale” quali trattamenti indispensabili per il mantenimento in vita, con il concreto riferimento ad esempi quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali, la rinuncia ai quali da parte della persona malata innesca un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito non necessariamente rapido è la morte. Tale condizione viene posta in questi due pronunciamenti giudiziari come uno dei requisiti per potere accedere alla morte medicalmente assistita, mediante suicidio medicalmente assistito, da inserire in una nuova norma legislativa.

Successivamente, la sentenza della Corte di Assise di Massa del 27 luglio 2020 relativa al caso “Trentini” evidenzia che il requisito dei “trattamenti di sostegno vitale”, indicato dai Giudici della Corte Costituzionale con la sentenza 242/2019, “non significa necessariamente ed esclusivamente dipendenza da una macchina”. Questa sentenza afferma quindi che si debba intendere come “strumento di sostegno vitale” “qualsiasi trattamento sanitario interrompendo il quale si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida”

Infine, la Corte d'Assise d'Appello di Genova relativamente allo stesso caso con la sentenza del 28 aprile 2021, confermando le conclusioni di primo grado, afferma: “La malattia gravissima da cui era effetto D.T. non richiedeva il ricorso a macchinari;

il trattamento farmacologico era tuttavia per lui essenziale per la sopravvivenza, poiché se non lo avesse assunto si sarebbe fatalmente alterato il delicato equilibrio che gli permetteva di sopravvivere. Anche Trentini dunque viveva una vita artificiale, fonte di insopportabile dolore fine a se stesso, perché la guarigione non sarebbe stata possibile, mentre la malattia sarebbe progredita fino a provocargli la morte in un giorno non definibile, ma certo”.

A mio modo di vedere, queste recenti specificazioni da parte giuridica in merito al caso “Trentini” identificano con maggiore indeterminatezza ma anche con maggiore adesione alla complessità della moderna pratica clinico-assistenziale, che cosa oggi debba intendersi, con riferimento alle numerose opzioni terapeutiche che sono nella attuale disponibilità dei sanitari, per “trattamento sanitario di sostegno vitale”. Quest'ultimo infatti non può riferirsi ad uno specifico apparecchio tecnologico, né ad un singolo presidio clinico-assistenziale, né ad una somministrazione farmacologica continuativa o ciclica/periodica, né ad una o più pratiche assistenziali che, in modo esclusivo, consentano alla persona malata il prolungamento della sopravvivenza. È invece l'uso simultaneo ed integrato di apparecchi, presidi, farmaci, atti sanitari di competenza infermieristica, che consente l'attuazione di un piano clinico-assistenziale individualizzato e che, applicato secondo le specifiche necessità di ciascun caso, consente la ottimizzazione di cure estremamente complesse in

persone con malattie gravi, progressive ed a prognosi infausta. Non è difficile poi né per un non addetto ai lavori comprendere né per un sanitario constatare come un assetto terapeutico fatto di plurimi supporti artificiali e/o farmacologici ed assistenziali possa definirsi nel suo insieme come “trattamento sanitario di sostegno vitale”, e come sia chiaro che anche il solo “sbilanciamento” di un delicatissimo equilibrio biologico (ad es. per un problema intercorrente) e non la vera e propria “interruzione” del trattamento possa portare la persona malata verso la fine della vita.

L'art. 3, comma 2°, lett. *b*, della legge che sta per essere discussa al Senato pone come requisito per la persona che desidera richiedere l'assistenza medica al morire l'“essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente”.

I trattamenti sanitari di supporto al mantenimento in vita della persona gravemente malata possono spaziare da apparecchi esterni per la sostituzione integrale o parziale di funzioni vitali (es. ventilatore, emodialisi, apparecchi di vario tipo per supportare la funzione di pompa cardiaca, ecc.), a dispositivi impiantati per “protezione” dalla insorgenza di Eventi Avversi (es. pacemaker cardiaci, defibrillatori automatici, ecc.), a dispositivi esterni o impiantati per la erogazione di farmaci o di stimolazioni elettriche per il trattamento di patologie che richiedono particolari infusioni o neurostimolazioni (es. diabete, m. di Parkinson, Dolore Neuropatico, ecc.). Ma “trattamenti di sostegno vitale” possono considerarsi anche la semplice Ossigenoterapia, indispensabile per moltissime persone affette da Insufficienza respiratoria da malattie cardiorespiratorie, neurologiche, ecc., nonché i numerosissimi farmaci in grado di mantenere la persona malata in compenso cardiovascolare, respiratorio, neurologico, metabolico, immunitario, ecc., rallentando la evoluzione di malattie croniche progressive ad evoluzione fatale e prevenendone le riacutizzazioni che possono implicare pericolo di vita. E ancora nella categoria di “trattamenti di sostegno vitale” debbono rientrare gli strumenti assistenziali di gestione infermieristica necessari per garantire la tracheoaspirazione, lo svuotamento di vescica ed intestino anche attraverso stomie esterne, nonché il trattamento di le-

sioni cutanee di frequente insorgenza in persone allettate o con problemi cardiocircolatori.

Le persone che si trovano nelle condizioni previste nell'art. 3, comma 2°, lett. *a*, della legge che verrà discussa al Senato, cioè di “essere affetta da una patologia attestata dal medico curante o dal medico specialista che la ha in cura come irreversibile e con prognosi infausta, oppure essere portatrice di una condizione clinica irreversibile, che cagionino sofferenze fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili” sono di norma tenute in vita da trattamenti sanitari plurifarmacologici e sottoposti ad assistenza infermieristica impegnativa per gli operatori e spesso gravosa e dolorosa per il paziente stesso, il quale talora può avere addirittura anche la necessità di vicariare funzioni vitali con supporto respiratorio, renale, cardiaco. Ecco quindi che, date le circostanze seppure concisamente riportate in cui ho cercato di esemplificare le condizioni in cui la proposta di legge che verrà discussa al Senato andrà applicata ai pazienti che rientrano in quanto espresso all'art. 3, a mio parere vi sono sufficienti garanzie affinché la valutazione clinica del medico che riceve la richiesta di suicidio assistito da parte di una persona affetta da patologia irreversibile e con prognosi infausta, oppure portatrice di una condizione clinica irreversibile che cagioni sofferenze intollerabili, non possa non qualificare come trattamenti di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente, l'insieme integrato di trattamenti sanitari medico-infermieristici che mantengono in vita tali pazienti “criticamente cronici” o “cronicamente critici” e non un singolo apparecchio/presidio/farmaco. Si tratta spesso infatti di equilibri biologici delicatissimi, destinati con macroscopica evidenza a venire meno in caso di loro interruzione.

Infine, riterrei opportuno che la qualificazione dei trattamenti che possono portare alla richiesta di suicidio assistito come “trattamenti sanitari di sostegno vitale” debba essere più opportunamente corretta in “trattamenti sanitari medico-infermieristici di sostegno vitale”