
Fine vita. Spagnolo (Univ. Cattolica): "Nella proposta di legge manca l'attenzione al rapporto col paziente"

“Il Comitato per la valutazione clinica esprime solo un parere motivato sulla esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla presente legge – sulla base dei criteri definiti dalla Corte costituzionale - a supporto della richiesta di morte volontaria medicalmente assistita e lo trasmette al medico richiedente e alla persona interessata. Non entra nel merito del rapporto col paziente, potergli parlare, capire quali sono le motivazioni della sua richiesta. Manca quel rapporto umano fondamentale in situazioni come queste”. Lo dice al Sir **Antonio Gioacchino Spagnolo**, docente di Medicina legale e coordinatore dell'Unità di Bioetica e Medical Humanities all'Università Cattolica del Sacro Cuore, in merito a uno dei punti controversi della proposta di legge "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita", noto come ddl Bazoli, che ha ricevuto l'approvazione della Camera, con sostanziali modifiche, ed è passata al Senato per il voto dell'aula. **In che cosa consiste il Comitato per la valutazione clinica, cos'è?** Originariamente il testo base prevedeva l'istituzione di Comitati per l'etica nella valutazione clinica. Poi alcuni hanno fatto presente come affidare a un comitato etico un tema di questo genere non fosse opportuno soprattutto per via del compito che avrebbero avuto. Nel testo approvato dalla Camera perciò si parla di Comitato per la valutazione clinica. Quindi la parola “etica” è scomparsa anche se viene indicato che nella composizione devono esserci anche professionisti con competenze bioetiche. E saranno, dunque, istituiti e disciplinati questi Comitati presso le Aziende Sanitarie Territoriali, con regolamento del Ministero della Salute da adottarsi entro 180 giorni dall'approvazione legge. Questa è una delle modifiche che sono state introdotte nel testo unico entrato nella Camera. Un'altra è l'introduzione dell'obiezione di coscienza che mancava proprio nel testo base. **Quanto è importante in questo senso l'obiezione di coscienza?** Non se ne parlava e non era ritenuta necessaria per la legge 219 del 2017, che permette al paziente di rifiutare qualsiasi trattamento o di sospenderlo se fosse iniziato. Effettivamente il medico in questo caso è tenuto a ottemperare alle richieste del paziente, anche se da ciò derivi la sua morte anticipata. Però, la legge riportava tre condizioni per cui il paziente non poteva chiedere al medico di effettuare interventi che fossero: 1) contro la legge; 2) contro la deontologia professionale; 3) contrari ai protocolli assistenziali e la buona pratica clinica. Questa esplicita previsione da parte della legge tranquillizza il medico che non è obbligato a fare quello che richiede il paziente, qualora vada contro quelle tre condizioni. Non si poneva, dunque, l'esigenza di prevedere l'obiezione di coscienza.

Adesso che questo ddl prevede che il medico debba fornire gli strumenti perché il paziente si possa procurare la morte, allora è giusto che il testo preveda l'obiezione di coscienza.

Peraltro rispetto al testo base di luglio risulta chiaramente che questa attuazione alle richieste del paziente si configuri addirittura come LEA (livello essenziale di assistenza), in altre parole come diritto del paziente che deve essere assicurato dal Servizio sanitario nazionale. Si porrà anche qui la questione – come per l'aborto - di cosa succederà se in una struttura sono tutti obiettori. **Si dovranno prevedere medici esterni che provvedano ad assicurare il servizio?** Sarebbe auspicabile che il Servizio Sanitario Pubblico non fosse coinvolto in una procedura di questo tipo. Né le strutture private. Questo eviterebbe non solo i necessari protocolli cui ogni ospedale sarebbe costretto ad attenersi ma salvaguarderebbe da una pericolosa e deprimente deriva suicidaria le strutture sanitarie, pubbliche e private, chiamate invece – come essenza delle professioni sanitarie, a sostenere la vita e la cura dei pazienti in nome del principio ippocratico di non maleficenza (primum non nocere), anche quando si tratta di accompagnarli, se necessario, nel percorrere gli ultimi tratti della loro esistenza terrena. **Che cosa si troverebbe concretamente a valutare il Comitato, se la proposta diventasse legge?** Intanto ha dei compiti burocratici. Nel senso che si tratterà di valutare

se il paziente è capace di intendere e di volere e di prendere decisioni libere, se è stato, adeguatamente informato, se sia stato previamente coinvolto in un percorso di cure palliative o le abbia esplicitamente rifiutate, se si configurano le indicazioni che ha dato la Corte costituzionale e cioè se la persona è affetta da una patologia irreversibile o con prognosi infausta, oppure è portatrice di una condizione clinica che cagioni sofferenze fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili e se è tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale. Quindi, è un comitato clinico che valuta sostanzialmente questi aspetti. Peraltro, quanta libertà di valutazione abbia questo Comitato per autorizzare la richiesta non lo sappiamo. E' previsto, infatti, che, in caso di parere contrario dello stesso Comitato, resta ferma comunque la possibilità per la persona che abbia richiesto la morte volontaria medicalmente assistita di ricorrere al giudice territorialmente competente. **Qual è l'opportunità di avere un Comitato clinico piuttosto che un Comitato etico?** La mia idea è che sarebbe stato importante il riferimento ad un Comitato etico – come previsto dal testo base - o a una consulenza etica, ma prima della richiesta del paziente, non per valutare la richiesta, ma per avvicinare il paziente, esaminare quali sono le ragioni della sua richiesta e cercare eventuali alternative, se possibili. Ora viene richiesta solo una valutazione tecnica che non può entrare nel merito di questioni etiche. Questa Commissione valutativa non potrà fare ciò anche se, come dicevo, è prevista la presenza di un professionista con esperienza di bioetica.

Filippo Passantino