



IL RAPPORTO TRA LE CURE PALLIATIVE E LA RICHIESTA DI SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

Position Paper della Società Italiana di Cure Palliative, elaborato dal Comitato per le questioni etiche multidisciplinare e multiprofessionale, e approvato dal Consiglio Direttivo il 5 giugno 2026



IL RAPPORTO TRA LE CURE PALLIATIVE E LA RICHIESTA DI SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

*Position Paper della Società Italiana di Cure Palliative, elaborato dal
Comitato per le Questioni Etiche multidisciplinare e multiprofessionale,
e approvato dal Consiglio Direttivo il 5 giugno 2026*

Comitato per le Questioni Etiche:

Danila Valenti (Presidente esecutiva), Giovanni Zaninetta (Presidente onorario), Ludovica De Panfilis, Luciano Orsi, Marta De Angelis, Giuseppina Digangi, Giuseppe Calicchio, Tommaso Fusaro, Don Mario Cagna, Stefano Canestrari, Padre Carlo Casalone SJ, Igor Catalano, Maria Grazia De Marinis, Alessandra De Palma, Lucia De Zen, Alberto Giannini, Giuseppe Intravaia, Pierina Lazzarin, Francesca Mengoli, Mariella Orsi, Marcello Ricciuti, Luca Savarino, Valentina Vignola.

Comitato di redazione:

Danila Valenti, Ludovica De Panfilis, Luciano Orsi, Giovanni Zaninetta

Presidente SICP:

Gianpaolo Fortini

Consiglio Direttivo SICP:

Gianpaolo Fortini (Presidente), Danila Valenti (Vicepresidente), Giuseppe Intravaia (Tesoriere), Marta De Angelis (Segretario), Pierina Lazzarin (Consigliere), Flavio Fusco (Consigliere area nord-ovest), Giovanni Poles (Consigliere area nord-est), Filippo Canzani (Consigliere area centro), Tommaso Fusaro (Consigliere area sud & isole), Gino Gobber (Past President SICP), Tania Piccione (Presidente FCP), Aurelio Filippini (Membro cooptato – Infermiere), Andrea Bovero (Membro cooptato – Psicologo)

Pubblicato il 16/06/2026 su:

<https://www.sicp.it/doc/position-paper-rapporto-CP-richiesta-SMA.pdf>

Copyright © 2026

Società Italiana Cure Palliative. Tutti i diritti riservati

Comunicazione Sanitaria Editrice
Via Giosuè Carducci 32 - 70122 Bari
P.Iva 04000910754
ISBN: 978-88-96286-395

**È vietata la riproduzione anche parziale, con qualsiasi mezzo effettuata, compresa
la stampa, fotocopia, copia del file o suo trasferimento non autorizzato**



9788896286395



POSITION PAPER DELLA SICP:
**IL RAPPORTO TRA
LE CURE PALLIATIVE
E LA RICHIESTA DI SUICIDIO
MEDICALMENTE ASSISTITO**

INDICE

Premessa e sintesi del Position Paper

Mappa Concettuale

Componenti dei Comitati

1. Introduzione

2. Definizione e obiettivi degli elementi in rapporto

2.1 Definizione e obiettivi delle Cure Palliative

2.2 Definizione e obiettivi del Suicidio Medicalmente Assistito

2.3 Nota su definizioni varie di SMA

3. Il contesto italiano

3.1 Giurisprudenza e legislazione italiana in materia di Suicidio Medicalmente Assistito

4. Lo storico ruolo delle Cure Palliative rispetto al Suicidio Medicalmente Assistito

4.1 Il ruolo storico e culturale del movimento delle Cure Palliative nell'accompagnamento all'autodeterminazione

4.2 Le Cure Palliative nel fine vita: prevenzione e sollievo della sofferenza, supporto alla persona malata e ai suoi cari

4.3 Cure Palliative e Suicidio Medicalmente Assistito: due risposte diverse a domande diverse

4.4 Il palliativista di fronte alla richiesta di informazioni sul Suicidio Medicalmente Assistito

4.5 L'importanza delle Cure Palliative nella fase valutativa delle richieste di Suicidio Medicalmente Assistito

4.6 L'estraneità delle Cure Palliative alla fase della procedura attuativa

5. Conclusioni

6. Bibliografia

7. Appendice: Panorama internazionale

8. Note





PREMESSA e SINTESI del POSITION PAPER

Gianpaolo Fortini

Presidente della Società Italiana di Cure Palliative

Danila Valenti

Vicepresidente e Presidente esecutiva del Comitato per le Questioni Etiche

La Società Italiana di Cure Palliative (SICP), attraverso il lavoro del Comitato per le Questioni Etiche (COMETE) approvato dal Consiglio Direttivo, presenta il Position Paper sul rapporto tra Cure Palliative e Suicidio Medicalmente Assistito (SMA). L'obiettivo di questo lavoro è offrire alla comunità professionale, alle istituzioni e alla società civile un documento di orientamento scientifico, etico e organizzativo su un tema di straordinaria rilevanza e complessità.

Il dibattito che si riferisce al SMA occupa oggi una posizione centrale nel confronto pubblico, giuridico e sanitario del nostro Paese, alla luce delle evoluzioni giurisprudenziali intervenute negli ultimi anni a partire dalla sentenza 242/2019 e confermate dalle successive pronunce

nel 2024 e 2025 della Corte costituzionale e del conseguente percorso di riflessione legislativa tuttora in corso. In tale scenario, il coinvolgimento, diretto o indiretto, delle Cure Palliative rende doverosa una presa di posizione chiara, argomentata e istituzionalmente responsabile da parte della SICP, quale unica società scientifica italiana specificamente dedicata alla cultura, alla pratica clinica e allo sviluppo delle cure palliative.

Il presente documento nasce dalla consapevolezza che il rapporto tra Cure Palliative e SMA costituisce uno degli ambiti più delicati del dibattito sociosanitario ed etico contemporaneo, in cui convergono questioni inerenti alla tutela della dignità della persona, al principio di autodeterminazione, alla responsa-

bilità professionale, alla protezione della fragilità e alla missione stessa della medicina e della cura.

Fin dall'avvio dei lavori, il COMETE ha scelto di affrontare questo tema attraverso un metodo di confronto aperto, rigoroso e pluralista, coerente con la natura multiprofessionale e composita sul piano valoriale della SICP. Le diverse sensibilità etiche, culturali e professionali presenti all'interno del Comitato hanno rappresentato non un ostacolo, ma il presupposto metodologico indispensabile per la costruzione di un documento capace di riflettere la complessità reale del tema e di individuare, attraverso il dialogo argomentato, punti di convergenza solidi e condivisibili.

Le Cure Palliative e il SMA rappresentano, infatti, due approcci profondamente differenti al fine vita, poiché rispondono a domande umane, cliniche ed etiche diverse. Riconoscere tale differenza non significa negare il pluralismo etico presente nelle società contemporanee, né disconoscere l'importanza che il SMA sia normato e disciplinato, come più volte indicato dalle pronunce della Corte costituzionale e, come espresso dalla maggioranza dei componenti del Comitato, riconosciuto.

Al contrario, proprio in una società pluralista, diventa essenziale man-

tenere una distinzione chiara tra Cure Palliative e SMA, affinché ogni persona possa esercitare, in base ai propri bisogni e ai propri più profondi valori e convinzioni, una libertà di scelta autentica, realmente informata e libera da fraintendimenti. Le due richieste fondamentali rimangono infatti radicalmente diverse:

Richiesta di Cure Palliative:

- *"Aiutatemi a vivere la vita fino alla fine in modo per me dignitoso, con sofferenze sostenibili e un rinnovato senso della vita nella malattia"*

Richiesta di SMA:

- *"Aiutatemi a porre fine alla mia vita in modo per me dignitoso perché la mia sofferenza è diventata insopportabile e priva di senso"*

Queste due richieste esprimono differenti concezioni di dignità che, in una società pluralista, meritano rispetto e richiedono risposte adeguate e diverse.

Le Cure Palliative nascono all'interno di una medicina della cura e dell'accompagnamento. Secondo la definizione della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) esse *"affermano la vita e considerano il morire un processo naturale; non intendono né accelerare né ritardare la morte"* (1990). La loro finalità consiste nell'alleviare la sofferenza,

accompagnare la persona, sostenere la qualità della vita, evitare l'abbandono e preservare dignità e relazioni fino alla fine naturale (per progressione di malattia) della vita. Il SMA appartiene a un paradigma differente, nel quale la morte intenzionalmente anticipata, autoprocurata, viene considerata, in determinate condizioni, una possibile risposta a una sofferenza ritenuta, dalla persona che la vive, intollerabile. La distinzione etica fondamentale riguarda l'intenzionalità: nelle Cure Palliative l'intenzione condivisa è curare e alleviare la sofferenza fino alla fine naturale (per progressione di malattia) della vita; nel SMA l'intenzione è provocare la propria morte per eliminare la sofferenza che rende intollerabile la vita.

In questa prospettiva appare utile richiamare il concetto di Gap di Calman (1984), secondo il quale la qualità della vita dipende dalla distanza tra le aspettative, i valori e i desideri della persona e la realtà concreta della condizione vissuta. Quando questo scarto (gap) aumenta, cresce proporzionalmente la sofferenza.

Le Cure Palliative cercano di ridurre tale distanza attraverso il trattamento dei sintomi, la relazione di cura, il supporto psicologico, spirituale e sociale, l'accompagnamento nella vulnerabilità e la ridefinizione

delle priorità della persona nell'evoluzione della malattia, puntando ad obiettivi realistici e alla ricerca di un possibile senso e di un nuovo significato nella malattia. Anche il SMA nasce frequentemente dall'esperienza di un "gap" percepito come insostenibile, ma propone una risposta differente: non ridurre il divario mantenendo la vita, bensì eliminare definitivamente il "gap" attraverso una morte intenzionalmente anticipata ed autoprocurata. La differenza, anche dal punto di vista etico, rimane dunque sostanziale. Pur ribadendo questa distinzione, il presente *Position Paper* sottolinea l'importanza della presenza delle équipes di Cure Palliative **nelle fasi informativa e valutativa** delle richieste di SMA.

Le Cure Palliative possiedono infatti competenze specifiche nell'ascolto attivo della relazione di cura, nella comunicazione onesta ed empatica, nella valutazione della sofferenza globale, dei sintomi refrattari, della vulnerabilità psicologica, della sofferenza esistenziale, dei bisogni relazionali e spirituali e delle paure di abbandono o di essere percepiti come un peso per i propri cari.

La presenza dell'équipe di Cure Palliative nelle fasi informative e valutative consente di garantire che la persona sia realmente informata sulle possibilità di controllo della

sofferenza e sulle opzioni terapeutiche disponibili. L'équipe di Cure Palliative può verificare se realmente la persona ha avuto la possibilità di accesso tempestivo a Cure Palliative di qualità o se la richiesta di SMA è determinata o condizionata da un'insufficiente presa in carico potenzialmente migliorabile.

In questo senso, le Cure Palliative svolgono una funzione essenziale di tutela della libertà autentica della persona malata, mirata a verificare che essa non derivi da sofferenze evitabili, da cattiva comunicazione, da abbandono terapeutico o da una mancata presa in carico globale che, pertanto, può essere quindi proposta e, se accettata, messa in atto.

Diverso è invece il tema della partecipazione diretta alla **fase attuativa** del SMA. I singoli professionisti appartenenti alle équipes di Cure Palliative possono, secondo coscienza e a titolo personale, scegliere di partecipare al SMA.

Tuttavia, pur riconoscendo tale libertà individuale, resta fondamentale mantenere distinta l'identità delle Cure Palliative dalla finalità propria del SMA e preservare la specifica missione delle cure palliative e della medicina palliativa.

Questa distinzione non nasce da un atteggiamento ideologico, ma dalla necessità di proteggere la fiducia sociale nelle cure palliative, la chia-

rezza comunicativa e la libertà di accesso alle cure palliative da parte delle persone fragili che non richiedono il SMA.

Dal punto di vista cognitivo e sociale, esiste infatti il rischio che una sovrapposizione simbolica tra Cure Palliative e SMA produca un grave fraintendimento culturale. Tale fenomeno può essere interpretato attraverso il concetto di euristica della disponibilità (Kahneman e Tversky, 1973), secondo cui le persone tendono a valutare situazioni complesse sulla base delle immagini e delle associazioni più immediatamente disponibili nella memoria collettiva, anche se erranee. Se hospice, Cure Palliative e accompagnamento al fine vita venissero culturalmente associati alla pratica del SMA, alcune persone fragili, o i loro familiari, potrebbero sviluppare il timore che accedere alle Cure Palliative significhi essere orientati verso il SMA o richiedere il SMA, che il sollievo della sofferenza nasconda una logica eutanasica, che la presa in carico palliativa coincida con una rinuncia volontaria alla vita. Questo possibile fraintendimento porterebbe all'evitamento delle Cure Palliative da parte di chi, pur con grandi bisogni di cure palliative, ne rifiuta l'attivazione nell'idea errata che esse promuovano il SMA.

La mancata chiara distinzione cul-

turale tra Cure Palliative e SMA potrebbe indurre scelte basate su un fraintendimento e, quindi, non realmente consapevoli, limitando la libertà delle persone con importanti bisogni di Cure Palliative che non desiderano il SMA. Pazienti con bisogni palliativi potrebbero ritardare la presa in carico, evitare il ricovero in hospice e l'assistenza domiciliare, rifiutando percorsi di Cure Palliative nell'idea, errata ma tuttora presente, che queste si possano identificare con il percorso SMA. Analogo rischio si produrrebbe se i sanitari che hanno in cura tali malati non attivassero tempestive Cure Palliative nel timore di anticipare il decesso dei loro assistiti.

Ciò rappresenterebbe una riduzione della libertà reale. La libertà autentica non consiste soltanto nel riconoscimento astratto di un diritto, ma anche nella concreta possibilità di scegliere senza paura, senza ambiguità e senza condizionamenti impliciti e, soprattutto, nella concreta disponibilità di Cure Palliative di qualità, organizzate e strutturate. Per tale ragione, mantenere distinta l'identità delle Cure Palliative significa proteggere la fiducia dei cittadini e dei professionisti sanitari nelle Cure Palliative, favorire l'accesso precoce ad esse, garantire la libertà di chi desidera essere accompagnato fino alla morte naturale e

permettere alle persone fragili di vivere la propria vulnerabilità senza rischio di fraintendimento.

In sintesi si afferma che:

- In una società pluralista può e, secondo la maggioranza dei componenti del Comitato, deve essere riconosciuto il diritto individuale a richiedere il SMA secondo le condizioni previste dagli ordinamenti giuridici e a ricevere ascolto e risposta. E proprio il pluralismo richiede che venga preservata una distinzione chiara tra Cure Palliative e SMA. Le Cure Palliative hanno il compito di alleviare la sofferenza, accompagnare la persona, sostenere dignità e relazioni, ridurre il "Calman's Gap" per avere una maggior qualità di vita soggettiva e garantire libertà consapevole attraverso informazione, relazione di cura e presa in carico globale.

Per questo motivo, la presenza delle équipes di Cure Palliative nella **fase informativa e valutativa** delle richieste di SMA appare appropriata e importante.

- Diverso rimane invece il piano della **fase attuativa**, rispetto alla quale è essenziale preservare una chiara distinzione simbolica, culturale e professionale tra l'accompagnare la persona nella vita fino alla morte naturale e il provocare intenzionalmente la morte.

- Questa distinzione tra la fase in-

formativo-valutativa e quella attuativa tutela soprattutto le persone più fragili, che hanno bisogno di Cure Palliative ma non desiderano il SMA, affinché possano accedere liberamente alle cure senza paura, ambiguità o fraintendimenti culturalmente fuorvianti.

- In ogni caso, per la natura stessa delle Cure Palliative e dell'etica della Cura alla quale si ispirano, i professionisti delle Cure Palliative non abbandonano mai la persona malata e la sua famiglia nel percorso, sempre difficile e sofferto, di qualunque scelta nella malattia.

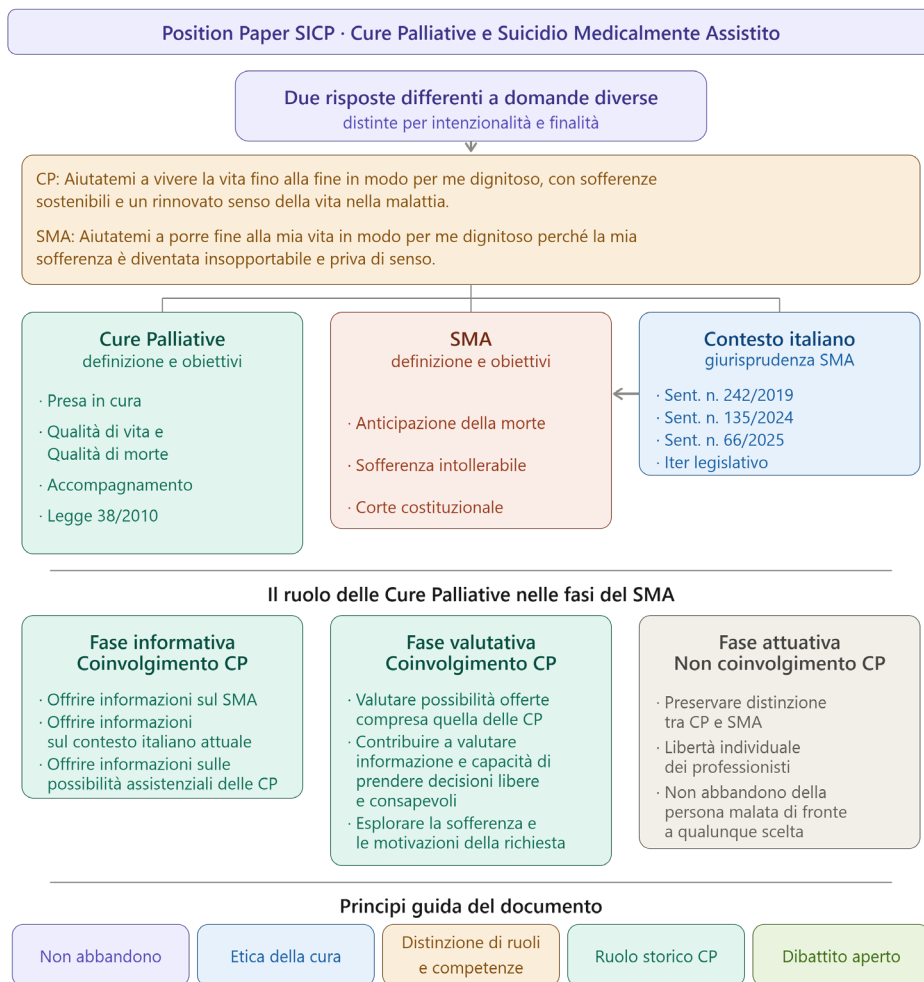
Ringraziamenti ai componenti del Comitato per le Questioni Etiche (COMETE)

Desideriamo esprimere la nostra più sincera gratitudine a tutti i componenti del Comitato per le Questioni Etiche della SICP per lo straordinario contributo e la competenza, serietà e disponibilità al dialogo profusi nella redazione di questo Position Paper.

Il documento testimonia un lavoro condotto con competenza, rigore metodologico e una continua apertura al confronto costruttivo impegnato nella ricerca e nella co-

struzione di una bioetica condivisa. Un ringraziamento particolare va agli esperti esterni alla nostra società scientifica. Il loro generoso apporto ha permesso di integrare competenze cliniche, scientifiche con competenze accademiche e bioetiche di altissimo livello, offrendo un valore aggiunto di inestimabile beneficio sia per l'intera comunità professionale sia, soprattutto, per la centralità e la cura delle persone malate.

Mappa Concettuale



I contenuti della mappa sono elaborazione degli autori. La resa grafica è stata realizzata con il supporto di sistemi di AI

Componenti dei Comitati

Comitato di redazione del Position Paper

- **Danila Valenti**
- **Ludovica De Panfilis**
- **Luciano Orsi**
- **Giovanni Zaninetta**

Componenti del Comitato per le Questioni Etiche (COMETE) della SICP

Presidente esecutivo del Comitato:

Danila Valenti

Qualifica: Medica di Cure Palliative (Emilia-Romagna)

Affiliazione: Direttrice del Dipartimento dell'Integrazione e della UOC Rete delle Cure Palliative dell'AUSL di Bologna; Vicepresidente Nazionale della SICP.

Presidente onorario del Comitato:

Giovanni Zaninetta

Qualifica: Medico di Cure Palliative (Lombardia)

Affiliazione: Fondazione Floriani; già Direttore del primo Hospice italiano Domus Salutis di Brescia e già Presidente della SICP (2007-2010).

Vicepresidente del Comitato:

Ludovica De Panfilis

Qualifica: Ricercatrice e filosofa bioeticista (Emilia-Romagna)

Affiliazione: Ricercatrice e Professoressa di Bioetica Medica presso l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna e l'IRCCS Azienda Ospedaliero-universitaria di Bologna; Presidente del Comitato per l'Etica della Clinica della Regione Emilia-Romagna (COREC).

Facilitatore del Comitato:

Luciano Orsi

Qualifica: Medico di Cure Palliative ed esperto in bioetica (Lombardia)

Affiliazione: Già Direttore del Dipartimento di Cure Palliative, saggista e figura di riferimento scientifico per la bioetica applicata al fine vita, Coordinatore del Gruppo di Lavoro Medical Humanities del COMETE.

Responsabile convocazioni straordinarie e consultazione soci del COMETE:

Marta De Angelis

Qualifica: Medica di Cure Palliative (Umbria)

Affiliazione: Dirigente Medico di Cure Palliative presso l'Azienda USL Umbria 2 (Spoleto); Segretario Nazionale nel Consiglio Direttivo SICP.

Rappresentante FCP:

Giuseppina Digangi

Qualifica: Psicologa di Cure Palliative, PsyD - Ph.D (Sicilia)

Affiliazione: Psicoterapeuta operante nelle reti di Cure Palliative della Sicilia e Membro del Consiglio Direttivo della Federazione Cure Palliative (FCP).

Figura Istituzionale:

Giuseppe Calicchio

Qualifica: Direttore Sociosanitario (Lombardia)

Affiliazione: Dirigente dell'area sociosanitaria ASST-Settelaghi, Varese con esperienza in Direzione Strategica presso aziende sanitarie e sociosanitarie regionali.

Coordinatore clinico e Rappresentante ufficiale delle Macroaree Territoriali all'interno della SICP:

Tommaso Fusaro

Qualifica: Medico di Cure Palliative (Puglia)

Affiliazione: Direttore sanitario presso l'Hospice "Aurelio Marena", Fondazione "Opera SS. Medici Cosma e Damiano", Bitonto (BA); membro del Direttivo SICP e rappresentante delle Macroaree Territoriali SICP Sud e Isole.

Don Mario Cagna

Qualifica: Assistente religioso (assistente spirituale in cure palliative) (Liguria)

Affiliazione: Assistente religioso in ATS Liguria, ASL4; assistente spirituale dedicato alle Reti di Cure Palliative locali e Hospice (ATS Liguria – ASL4).

Stefano Canestrari

Qualifica: Giurista e bioeticista (Emilia-Romagna)

Affiliazione: Professore Ordinario di Diritto Penale presso l'Università di Bologna. Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB).

Padre Carlo Casalone SJ

Qualifica: Gesuita, medico e teologo morale (Città del Vaticano)

Affiliazione: Docente presso la Pontificia Università Gregoriana (Roma); membro corrispondente della Pontificia Accademia per la Vita.

Igor Catalano

Qualifica: Medico pediatra palliativista (Lombardia)

Affiliazione: Medico responsabile del Servizio di Cure Palliative Pediatriche (hospice, day hospice e assistenza domiciliare), VIDAS ODV, Milano.

Maria Grazia De Marinis

Qualifica: Infermiera e docente di Cure Palliative (Lazio)

Affiliazione: Professore Ordinario di Scienze Infermieristiche, Responsabile Progetto Cure Palliative "Insieme nella Cura" Fondazione Policlinico Campus Bio-Medico di Roma; Presidente Corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche Università Campus Bio-Medico di Roma, Membro del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB).

Alessandra De Palma

Qualifica: Medica di medicina legale ed esperta in bioetica (Emilia-Romagna)

Affiliazione: Direttrice della struttura complessa di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio presso l'IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico di Sant'Orsola.

Lucia De Zen

Qualifica: Pediatra palliativista (Friuli-Venezia Giulia)

Affiliazione: Responsabile del Centro di Riferimento Regionale per la terapia del dolore e le cure palliative pediatriche del Friuli-Venezia Giulia, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste.

Alberto Giannini

Qualifica: Medico anestesista e rianimatore pediatrico (Lombardia)

Affiliazione: Direttore dell'UOC Anestesia e Rianimazione Pediatrica Ospedale dei Bambini – ASST Spedali Civili di Brescia.

Giuseppe Intravaia

Qualifica: Dirigente infermieristico (Sicilia)

Affiliazione: Dirigente Infermieristico Samot ETS, Palermo e Tesoriere Nazionale della SICP.

Pierina Lazzarin

Qualifica: Infermiera di Cure Palliative pediatriche (Veneto)

Affiliazione: Specialista in area pediatrica e Membro eletto del Consiglio Direttivo Nazionale della SICP.

Francesca Mengoli

Qualifica: Medica bioeticista, anestesista e palliativista (Emilia-Romagna)

Affiliazione: Direttrice del Programma Interaziendale di Bioetica Clinica Applicata ed Empirica Dipartimento dell'Integrazione, AUSL di Bologna.

Mariella Orsi

Qualifica: Sociologa sanitaria (Toscana)

Affiliazione: Membro del Comitato Scientifico della Fondazione File (Fondazione Italiana di Leniterapia) di Firenze; esperta in sociologia della salute e della malattia.

Marcello Ricciuti

Qualifica: Medico di Cure Palliative (Basilicata)

Affiliazione: Direttore dell'UOC Hospice e Cure Palliative dell'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo di Potenza; membro del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB).

Luca Savarino

Qualifica: Filosofo e bioeticista (Piemonte)

Affiliazione: Professore Associato di Filosofia Morale e Bioetica presso l'Università del Piemonte Orientale; Coordinatore della Commissione Bioetica delle chiese valdesi e metodiste e membro del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB).

Valentina Vignola

Qualifica: Psicologa di Cure Palliative ed esperta in bioetica (Emilia-Romagna)

Affiliazione: Psicologa Psicoterapeuta U.O.C. Cure Palliative, AUSL di Piacenza.



1. Introduzione

Il primo elemento di confronto fra i componenti del Comitato per le questioni etiche (COMETE) della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) è stato: perché elaborare un Position Paper sulla relazione fra Cure Palliative e SMA?

Il COMETE ha una composizione pluralista, rappresentativa della società scientifica che ha in sé un'importante molteplicità di principi e valori, considerati fondamentali e non riducibili ad unità.

La relazione fra Cure Palliative e SMA è stata storicamente ambito di confronti polarizzanti non solo nella società, ma anche all'interno della SICP.

Crediamo che la molteplicità e la diversità delle posizioni su questa

relazione, che esprime la varietà di valori e credenze di cui la nostra società scientifica è ricca, possa trovare in questo Position Paper, fondato sulla ricerca di una bioetica condivisa, un accordo su un minimo con un denominatore riconosciuto, accettato e agito da chi opera nelle Cure Palliative.

Questo documento evidenzia i temi che sono stati maggiormente oggetto di confronto fra posizioni diverse e la mediazione proposta, argomentata e definita dal COMETE.

Il primo elemento di confronto è stato l'elaborazione stessa del Position Paper.

Perché elaborare un Position Paper della SICP su Cure Palliative e SMA?

Posizioni oggetto di discussione

Evitare di parlarne e scriverne nel timore che anche solo affrontare il tema come società scientifica apra a fraintendimenti in merito agli obiettivi primari delle Cure Palliative

È dovere dell'unica società scientifica italiana multiprofessionale di Cure Palliative esprimere una posizione chiara e argomentata, sul ruolo dei professionisti nelle diverse fasi del SMA

Posizione condivisa raggiunta

Un **Position Paper** della SICP sul tema del rapporto tra Cure Palliative e SMA è opportuno e importante per motivazioni etiche, comunicative e organizzative, oltre che per

contribuire attivamente al dibattito pubblico e normativo, su un tema nel quale comunque le Cure Palliative vengono coinvolte.

Di seguito le motivazioni principali:

- **Chiarire il ruolo delle Cure Palliative in un contesto comunicativo complesso e polarizzato**

Il tema del SMA è al centro di un acceso dibattito nazionale.

Vari disegni di legge hanno proposto le Cure Palliative in diversi ruoli nell'ambito del percorso di richiesta di SMA.

La SICP rappresenta l'unica voce scientifica multiprofessionale delle Cure Palliative in Italia: definire una posizione chiara ed argomentata aiuta le istituzioni a valutare in maniera corretta i ruoli dei professionisti che lavorano in Cure Palliative, e aiuta i professionisti a orientarsi di fronte alle richieste dei pazienti.

- **Riposizionare il focus su ruoli e obiettivi delle Cure Palliative per evitare fraintendimenti**

Il Position Paper permette di chiarire:

- a) potenziali fraintendimenti fra Cure Palliative e SMA;
- b) delineare cosa rientri nel ruolo delle Cure Palliative e cosa ne sia escluso;
- c) prevenire equivoci e timori tra i cittadini e soprattutto fra le persone che hanno o potrebbero avere bisogni di Cure Palliative e che hanno necessità di affidarsi alle Cure Palliative nella chiarezza del loro ruolo curativo e assistenziale;
- d) diffondere la cultura delle Cure Palliative tra tutti i professionisti

della salute con i quali l'integrazione deve essere corretta nei tempi e nelle finalità dei rispettivi ruoli, allo scopo di garantire risposte adeguate ai bisogni del malato;

e) diffondere la cultura delle Cure Palliative nelle discipline umanistiche che si confrontano con la fragilità, la vulnerabilità e la terminalità.

- **Richiamare l'importanza della relazione terapeutica**

La SICP fornisce una cornice che evidenzia l'importanza dell'etica e della relazione della cura, promuovendo la valutazione multidimensionale del dolore totale e la risposta interprofessionale e multidisciplinare alle diverse dimensioni della sofferenza, valorizzando l'appropriatezza clinica ed etica delle Cure Palliative come risposta significativa alla sofferenza globale.

Il Position Paper sottolinea che le Cure Palliative e il SMA danno risposte diverse a domande di aiuto diverse, che le Cure Palliative, attraverso la corretta decodifica delle richieste e la risposta ai bisogni di cure palliative, riducono significativamente la richiesta di SMA ma che non sono tuttavia in grado di annullarla, che, in ogni caso, le Cure Palliative non abbandonano mai le persone che hanno in cura.

2. Definizione e obiettivi degli elementi in rapporto

• Contribuire responsabilmente al dibattito etico e legislativo

L'ordinanza 207/2018 e la sentenza 242/2019 della Corte costituzionale hanno stimolato la società italiana e richiamato il Parlamento al suo ruolo legislativo in tema di SMA. Per tale ragione la voce della SICP è fondamentale perché:

- difende e promuove il diritto all'accesso della persona malata alle Cure Palliative, ancora non garantito in modo omogeneo nelle diverse regioni;
- riconosce il diritto all'autodeterminazione della persona malata nell'ambito della relazione di cura;
- evidenzia il rischio crescente di una deriva sociale economicistica per la quale la persona malata e fragile, potrebbe percepirsi o essere percepita come un peso gravoso per la famiglia e inutile per la società, generando una spinta impropria verso il SMA;
- sottolinea ulteriormente l'importanza di tutelare la fragilità e la vulnerabilità della persona malata;
- ribadisce la necessità di proseguire nel processo di umanizzazione di tutta la Medicina che le Cure Palliative hanno storicamente sostenuto, contestualmente alla valorizzazione del principio etico di autonomia.

• Supportare i professionisti sanitari e offrire indicazioni condivise

Il Position Paper ha l'obiettivo di offrire criteri condivisi al fine di promuovere omogeneità delle prassi, ridurre fra i professionisti delle Cure Palliative il rischio di conflitti morali ed evitare indebite pressioni istituzionali.

• Sottolineare il valore sociale delle Cure Palliative

Nel sentire diffuso si identificano due tipologie di rischi che dobbiamo impegnarci ad evitare:

- una concezione riduttiva delle Cure Palliative intese solo come cure di fine vita, ignorando l'importanza delle Cure Palliative Precoci e Simultanee che rispondono a bisogni reali di **cura globale** dei malati anche promuovendo il percorso consapevole di autodeterminazione;
- la polarizzazione della discussione sul fine vita, con riferimento esclusivo al SMA.

La SICP, attraverso questo Position Paper, riafferma il ruolo clinico e il valore socioculturale delle Cure Palliative nell'ambito dei percorsi di cura fino alla fine della vita.

• Fornire un riferimento autorevole per i cittadini, le persone con

bisogni di Cure Palliative, le istituzioni e i media

Un documento ufficiale, fondato sulla ricerca di una bioetica condivisa, permette alla SICP di comunicare in modo coerente e argomentato le posizioni della Società scientifica alle istituzioni nazionali, regionali e agli Ordini professionali al fine di prevenire interpretazioni distorte del ruolo delle Cure Palliative nel fine vita e orientare il discorso pubblico verso una maggiore consapevolezza della complessità che Cure Palliative, fine vita e SMA presentano.

2.1 Definizione e obiettivi delle Cure Palliative

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha formulato una prima definizione di Cure Palliative nel 1990: "Le Cure Palliative sono l'assistenza (*care*) globale, attiva, di quei pazienti la cui malattia non risponda ai trattamenti curativi (*cure*).

È fondamentale affrontare e controllare il dolore, gli altri sintomi e le problematiche psicologiche, sociali e spirituali. L'obiettivo delle Cure Palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie.

Molti aspetti dell'approccio palliativo sono applicabili anche più precocemente nel corso della malattia,

contemporaneamente ai trattamenti oncologici" (OMS, 1990).

Nel 1998 la European Association of Palliative Care (EAPC) ha elaborato la sua definizione:

"Le Cure Palliative sono la cura globale attiva, dei pazienti la cui patologia non risponde più ai trattamenti. Il controllo del dolore, degli altri sintomi e dei problemi psicologici, sociali e spirituali è prioritario.

Le Cure Palliative sono interdisciplinari nell'approccio e nei suoi scopi comprendono il paziente, la famiglia e la comunità. In qualche senso, le Cure Palliative sono un ritorno all'offerta del concetto fondativo della cura – e dunque provvedono ai bisogni del paziente ovunque ne abbia bisogno, in casa come in ospedale.

Le Cure Palliative affermano la vita e considerano la morte come un processo normale; non accelerano né postpongono la morte. Ed il loro scopo è preservare la migliore qualità di vita possibile fino alla fine" (1998 - EAPC: Definition of Palliative Care).

Nel 2002 l'OMS ha riformulato la definizione ampliandola:

"Le Cure Palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle famiglie che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione ed il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valuta-

zione, del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali” (OMS, 2002).

Obiettivi principali

Le Cure Palliative:

- *affermano la vita e considerano la morte un processo normale;*
- *non intendono né accelerare né posticipare la morte;*
- *integrano gli aspetti psicologici e spirituali dell’assistenza al paziente;*
- *offrono un sistema di supporto per aiutare i pazienti a vivere il più attivamente possibile fino alla morte;*
- *offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia ad affrontare la malattia del paziente e il proprio lutto;*
- *utilizzano un approccio integrato per rispondere alle esigenze dei pazienti e delle loro famiglie, inclusa la consulenza in caso di lutto, se indicata;*
- *migliorano la qualità della vita e possono anche influenzare positivamente il decorso della malattia;*
- *sono applicabili nelle fasi iniziali della malattia, in combinazione con altre terapie volte a prolungare la vita, come la chemioterapia o la radioterapia, e includono le indagini diagnostiche necessarie per comprendere e gestire meglio le complicanze cliniche.*

La legge italiana 38/2010, che promuove il diritto alle Cure Pallia-

tive e alla terapia del dolore, stabilisce l’assistenza qualificata per i malati inguaribili e le loro famiglie, il sollievo dal dolore attraverso la sua misurazione regolare, e l’integrazione degli aspetti psicologici, spirituali e socioassistenziali. La legge prevede anche la creazione di reti assistenziali a livello nazionale e l’obbligo di monitoraggio annuale da parte del Ministero della Salute.

Diritti della persona malata e qualità dell’assistenza

- Accesso alle Cure Palliative e alla terapia del dolore
- Dignità e qualità della vita
- Approccio multidisciplinare
- Supporto alla famiglia

Gestione del dolore:

- Obbligo di misurazione del dolore
- Monitoraggio dell’efficacia
- Assistenza continua
- Struttura e organizzazione del servizio sanitario:
- Reti assistenziali
- Monitoraggio e relazione
- Sanzioni
- Qualità delle cure.

2.2 Definizione e obiettivi del SMA

Il **SMA** indica la pratica con cui un medico fornisce un farmaco potenzialmente letale a un paziente gravemente malato e sofferente, su sua esplicita richiesta, che la persona può assumere in un momento di sua scelta per porre fine alla propria vita. Nel SMA è la persona malata ad essere l'agente finale che somministra e assume la sostanza letale.

Nell'**eutanasia**, invece, la sostanza letale è somministrata da qualcuno diverso dalla persona malata. Entrambe le pratiche accomunano un soggetto considerato capace di intendere e volere, che manifesta un'intenzione di morire e che ha espresso un giudizio negativo sul proprio vivere. (Fonti: <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/physician-assisted-death/>; <https://academic.oup.com/jmp/article/50/4/262/8107712>).

Obiettivo del SMA

Porre fine alla propria vita in modo volontario e consapevole, da parte di chi si trova in una condizione di sofferenza intollerabile dovuta a una malattia inguaribile e irreversibile, nel possesso della capacità giuridica di agire.

Elementi principali:

- Affermazione del principio etico di autonomia della persona malata: il malato è l'unico artefice della decisione finale e dell'atto, mantenendo il controllo sulla propria vita.
- Rispetto della concezione individuale di dignità: consente di porre fine alla propria esistenza in modo dignitoso per sé, a fronte di una sofferenza fisica o psicologica (collegata ad una grave patologia organica e irreversibile) giudicata intollerabile e senza prospettive di miglioramento, evitando una lenta e sofferta fase terminale con una qualità della vita compromessa irrimediabilmente.
- Consapevolezza: l'atto è compiuto da un soggetto pienamente capace di prendere decisioni, in modo libero e consapevole, con una scelta confermata nel tempo.

Condizioni richieste

Le condizioni per accedere al SMA variano a seconda delle normative nazionali. In Italia, secondo le sentenze della Corte costituzionale, devono sussistere i seguenti requisiti. La persona malata deve essere:

1. affetta da una patologia irreversibile e
2. fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia
3. tenuta in vita a mezzo di tratta-

menti di sostegno vitale, ma resti
4. capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Nel capitolo sul Contesto italiano verranno meglio specificati i suddetti requisiti.

2.3 Nota su definizioni varie di SMA

La letteratura internazionale utilizza diverse espressioni per riferirsi alla pratica di porre fine alla vita di un individuo in maniera anticipata, senza intervenire attivamente sul processo. Tra queste espressioni si segnala: morte volontaria medicalmente as-

sistita, suicidio assistito, aiuto medico a morire, aiuto volontario al morire. Questo documento utilizza la dicitura Suicidio Medicalmente Assistito (SMA) in conformità al dibattito culturale italiano e alle sentenze della Corte costituzionale in materia. Tuttavia, nonostante tale position paper sia dedicato al contesto italiano e alla relazione tra le Cure Palliative e SMA, il gruppo di lavoro che lo ha prodotto ha ritenuto utile aggiungere una disamina del contesto internazionale, con particolare riferimento alle normative. Si rimanda all'**Appendice** per il testo completo.

3. Il contesto italiano

3.1 Giurisprudenza e legislazione italiana in materia di SMA

La sentenza n. 242 ha stabilito i requisiti per poter avanzare richiesta di SMA e ha permesso, di fatto, le prime domande da parte di alcuni cittadini italiani di accedere alla procedura di SMA. I requisiti individuati dalla Corte sono relativi ad una persona malata a) affetta da una patologia irreversibile e b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Nella stessa sentenza, la Corte costituzionale specifica che *"la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare (...) affidata a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale e che la delicatezza del valore in gioco richiede l'intervento di un organo collegiale terzo (...)".* Tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti". Inoltre, la sentenza citata richiede un ulteriore requisito di natura procedimentale: la concreta possibilità della persona malata di sottoporsi alla terapia del dolore e alle Cure Palliative.

La sentenza n. 135/2024, invece, ha fornito una serie di chiarimenti, tra

cui la definizione di trattamenti di sostegno vitale che è stata oggetto di diatribe e differenti interpretazioni. Pur ribadendo come la definizione di trattamento di sostegno vitale spetti al personale medico e rappresenti una valutazione prettamente clinica, la Corte ha ribadito il diritto fondamentale di ogni paziente di rifiutare qualsiasi trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e di invasività. Nella sentenza n. 135 la Corte ha incluso *“quelle procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero essere apprese da familiari o «caregivers» che si facciano carico dell’assistenza del paziente”*. La Corte continua affermando che *“nella misura in cui tali procedure – quali, per riprendere alcuni degli esempi di cui si è discusso durante l’udienza pubblica, l’evacuazione manuale dell’intestino del paziente, l’inserimento di cateteri urinari o l’aspirazione del muco dalle vie bronchiali – si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l’espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo, esse dovranno*

certamente essere considerate quali trattamenti di sostegno vitale, ai fini dell’applicazione dei principi statuiti dalla sentenza n. 242 del 2019.”

In assenza di una normativa nazionale alcune regioni si sono organizzate impostando percorsi stabiliti tramite atti legislativi o amministrativi (Toscana e Sardegna, Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia)

Le organizzazioni su base regionale hanno il vantaggio di fornire un’organizzazione locale ad una materia già garantita dalle sentenze della Corte costituzionale, ma rischiano di creare disuguaglianza nell’accesso alle procedure di SMA in Italia.

4. Lo storico ruolo delle Cure Palliative rispetto al SMA

4.1 Il ruolo socioculturale che storicamente il movimento delle Cure Palliative ha svolto nella promozione e nell'accompagnamento all'autonomia della persona malata

Le Cure Palliative rappresentano una delle più significative rivoluzioni culturali della medicina contemporanea. Storicamente, hanno esercitato un ruolo pionieristico culturale fondamentale all'interno di una comunità scientifica che faticava a tradurre in pratica i principi dell'etica medica moderna. Le Cure Palliative sono state il motore principale per il superamento del paternalismo medico e per favorire concretamente il percorso di consapevolezza e di autonomia del malato che porta a scelte autodeterminate e alla migliore qualità di vita possibile nella malattia. Prima della loro diffusione, il modello clinico tradizionale, spesso confondendo i concetti di illusione e speranza, escludeva il malato dalle decisioni sul fine vita, sostituendosi spesso nelle scelte nella malattia.

Questo approccio si traduceva spesso nella "congiura del silenzio", un'alleanza tacita tra medici e familiari che nascondeva la verità

al malato, ignorandone i bisogni e violando i principi del consenso informato. Scardinando questo sistema incentrato sul potere esclusivo del medico, le Cure Palliative hanno contribuito a mettere al centro la persona, i suoi valori e la sua volontà. In questo scenario, le Cure Palliative hanno sottolineato la distinzione tra speranza e illusione evidenziando le differenze etiche ma anche le conseguenze cliniche e l'impatto sul vissuto nella grave malattia, di cui i professionisti sanitari devono essere pienamente consapevoli.

- **La speranza** è compatibile con la realtà e con il limite. Permette di abitare realisticamente la propria condizione, ridefinendo priorità, relazioni e obiettivi terapeutici, ponendo **migliorare la qualità di vita percepita**.

- **L'illusione** nega la realtà e mantiene aspettative irrealizzabili. Questo meccanismo impedisce non solo una reale autodeterminazione, ma **compromette la qualità di vita** della persona malata, impedendo la riduzione del Gap di Calman (vedi capitolo 4.3).

Il ruolo delle Cure Palliative nella promozione dell'autonomia si è realizzato nell'accompagnamento delle persone malate e dei loro fa-

miliari in un percorso comunicativo onesto, aperto ed empatico, capace di distinguere tra questi due piani e promuovere percorsi di consapevolezza, prerequisiti per scelte autodeterminate.

La scelta di mantenere la denominazione "Cure Palliative", nonostante il rischio di un malinteso semantico che le riduca alla sola fase di fine vita e imminenza della morte, risponde a una precisa volontà di onestà comunicativa, rivendicando un ruolo socioculturale unico nel panorama medico e culturale attuale.

Lo sviluppo della cultura e della pratica della Pianificazione Condivisa delle Cure, nella volontà di rispetto dei sistemi valoriali della persona malata, si è realizzata primariamente nei Servizi di Cure Palliative.

Oggi, questo ruolo culturale e professionale deve espandersi per radicarsi stabilmente in ospedale, a domicilio, nelle RSA e in ogni setting assistenziale. Il movimento delle Cure Palliative ha il compito di persistere in questo ruolo, specialmente nei contesti socioculturali più refrattari, dove l'accompagnamento empatico alla consapevolezza e la pianificazione condivisa delle cure faticano a trovare diffusione.

4.2 Le Cure Palliative nelle fasi avanzate e terminali di malattia: prevenzione e sollievo della sofferenza, supporto alla persona malata e ai suoi cari

sofferenza, supporto alla persona malata e ai suoi cari

Nelle varie definizioni ufficiali di Cure Palliative che si sono storicamente succedute, gli elementi fondanti la cura palliativa sono stati costantemente identificati nella prevenzione e nel sollievo della sofferenza e nel supporto alla persona malata ed alla sua rete affettiva.

Fin dalle origini, le Cure Palliative hanno coniato il concetto di "dolore totale" che include, oltre alla sofferenza fisica, anche quella psicologica, sociale e spirituale perché queste ultime risultano parimenti importanti rispetto ai sintomi fisici nel determinare un peggioramento della qualità di vita e qualità del processo del morire.

Adottare il concetto di sofferenza globale della persona malata nel percorso di cura comporta un altro fondamentale passaggio epistemologico: le Cure Palliative hanno consapevolmente scelto di abbandonare il tradizionale modello di cura fondato sul trattamento delle malattie per abbracciare il modello di cura omnicomprensivo della persona e, quindi, rivolto alla globalità dei suoi bisogni psico-fisici e socio-spirituali nel rispetto delle sue preferenze valoriali e del suo personale orizzonte esistenziale. Questi concetti sono ovviamente

validi sia nelle Cure Palliative precoci/simultanee che in quelle da attuare in fase avanzata e terminale di malattia.

Ispirarsi ad una cura globale della persona malata tenendo conto delle sue preferenze e dei suoi valori necessariamente comporta una transizione dal tradizionale e superato modello di Medicina fondato sul paternalismo medico al più rispettoso modello delle decisioni condivise in cui l'équipe curante supporta la persona malata nel prendere quelle decisioni di cura che meglio rispettano l'autodeterminazione informata del malato secondo il principio etico di autonomia. Tale modello di *shared decision making* trova la sua prassi attuativa nel consenso informato, nella Pianificazione Condivisa di Cura e nelle Disposizioni Anticipate di Trattamento come peraltro sancito dalla Legge 219/2017.

Dal punto di vista etico, questo modello permette al malato di individuare quello che è il "suo bene" in tema di scelte in campo sanitario alla luce di un'offerta di alternative terapeutiche realistiche prospettate dai curanti nel rispetto dei principi etici di beneficenza e non maleficenza e del reciproco rispetto delle autonomie e delle responsabilità fra persona malata e sanitario, come ben specificato dal comma 2

dell'art. 1 della Legge 219/2017. Il compito dei curanti sarà di offrire informazioni veritiere e un supporto relazionale ed emotivo che non lasci solo il malato nei difficili frangenti della malattia in fase avanzata e terminale. Questo perché, a differenza delle malattie acute o delle fasi iniziali delle malattie cronico-degenerative, nelle fasi avanzate e terminali di malattia non esiste un solo "bene" che riguarda la sua salute, ma esistono plurimi "beni" riguardanti la salute, fra cui le persone malate devono scegliere, soprattutto alla luce dei loro valori esistenziali e delle loro preferenze individuali.

Il supporto dell'équipe di Cure Palliative alla persona malata nel facilitare lo sviluppo di una consapevolezza diagnostica e, soprattutto, prognostica rappresenta uno dei pilastri dell'accompagnamento nelle fasi avanzate e terminali di malattia. Questo supporto non si limita alla semplice informazione e comunicazione trasparente delle reali condizioni cliniche, ma comprende anche una dimensione relazionale ed emotiva che permette alla persona malata di non sentirsi sola nel processo di sviluppo della consapevolezza. Questi cruciali concetti sono alla base del documento "Informazione e consenso progressivo in Cure Palliative: un processo evo-

lutivo condiviso – Raccomandazioni della SICP” del 2015

La complessità di questo percorso richiede tempi adeguati a consentire una maturazione e un’ulteriore consapevolezza nella persona malata che tempi troppo stretti/predefiniti non permetterebbero: questa

attenzione deve caratterizzare anche l’operato del palliativista all’interno delle Commissioni valutative tecnico-cliniche e, eventualmente dei Comitati per l’etica clinica, realizzando un ascolto non giudicante ed un supporto al processo decisionale della persona che richiedente il SMA.

Posizioni oggetto di discussione

«Non possiamo definire il SMA come il BENE di una persona»

“Esistono, da parte delle persone malate, plurimi modi di intendere cosa sia il proprio bene nelle fasi avanzate e terminali di malattia e uno degli obiettivi e dei ruoli più identitari delle Cure Palliative è, nell’ambito di una relazione di cura, supportare la persona nella ricerca della definizione di bene secondo le proprie convinzioni”.

Posizione condivisa raggiunta

Dal punto di vista etico, questo modello delle decisioni condivise permette alla persona malata di individuare quale possa essere la scelta migliore per il proprio percorso di cura, alla luce di un’offerta di alternative terapeutiche realistiche prospettate dai curanti nel rispetto:

- dei principi etici di beneficenza e non maleficenza,
- dell’autonomia decisionale della persona malata,
- della competenza, dell’autonomia professionale e della responsabilità dei professionisti sanitari,

Come ben specificato dal comma 2

dell’art. 1 della Legge 219/2017.

Il compito dei curanti sarà di offrire informazioni veritiere e un supporto relazionale ed emotivo che non lasci solo il malato nei difficili frangenti in tutte le fasi della malattia e in particolare nella fase avanzata e terminale. Questo perché, a differenza delle malattie acute o delle fasi iniziali delle patologie cronico-degenerative in cui l’obiettivo è il prolungamento della vita biologica, nelle fasi avanzate e terminali di malattia esistono plurime scelte, fra cui le persone malate possono discernere, soprattutto alla luce dei

propri valori esistenziali e preferenze individuali.

Nell'identificazione di ciò che la persona che abbiamo in cura intende come proprio bene, il professionista delle Cure Palliative è attivo nel supporto alla persona, senza alcuna deresponsabilizzazione, ma anche senza alcuna ingerenza ideologica o proiezione personale.

L'équipe di Cure Palliative agisce nell'ambito dell'etica della cura che pone l'accento sulla sollecitudine, la responsabilità, la competenza e l'empatia nella relazione di cura.

La responsabilità morale del professionista e dell'équipe è requisito indispensabile per Cure Palliative di qualità.

La responsabilità morale richiede capacità relazionali ed etiche che permettono alla persona con cui è attivata la relazione di aiuto una percezione di sollecitudine, competenza, empatia, continuità di cura e presenza non giudicante che garantisce l'espressione di autentiche preferenze individuali.

La persona in cura nell'ambito di questo contesto relazionale può esprimere la propria scelta, alla luce del suo sistema valoriale, talvolta integrato dal nuovo significato esistenziale generato dall'esperienza di malattia.

4.3 Cure Palliative e SMA: due risposte diverse a domande diverse

Le Cure Palliative e il SMA rap-

presentano due approcci profondamente differenti al fine vita, perché rispondono a domande umane, cliniche ed etiche diverse. Riconoscere questa differenza non significa negare il pluralismo etico presente nelle società contemporanee, né disconoscere l'importanza che il SMA sia normato e disciplinato, come più volte indicato dalle pronunce della Corte costituzionale e, come espresso dalla maggioranza dei componenti del Comitato, riconosciuto.

Al contrario, proprio in una società pluralista, diventa essenziale mantenere una distinzione chiara tra Cure Palliative e SMA, affinché ogni persona possa esercitare una libertà di scelta autentica, realmente informata e libera da fraintendimenti, paure e conseguenti ostacoli per accedere alle Cure Palliative.

Le due richieste fondamentali rimangono infatti radicalmente diverse:

Richiesta di Cure Palliative:

- *"Aiutatemi a vivere la vita fino alla fine in modo per me dignitoso, con sofferenze sostenibili e un rinnovato senso della vita nella malattia"*

Richiesta di SMA:

- *"Aiutatemi a porre fine alla mia vita in modo per me dignitoso perché la mia sofferenza è diventata insopportabile e priva di senso"*

Queste due richieste esprimono differenti concezioni di dignità che, in una società pluralista, meritano entrambe rispetto e richiedono risposte adeguate e diverse.

Due paradigmi differenti del fine vita

Le Cure Palliative nascono all'interno di una medicina della cura e dell'accompagnamento, come le definizioni già richiamate della OMS e dell'EAPC ribadiscono: "affermano la vita e considerano il morire un processo naturale; non intendono né accelerare né ritardare la morte." La loro finalità è alleviare la sofferenza, accompagnare la persona, sostenere la qualità della vita, evitare l'abbandono, preservare dignità e relazioni fino alla fine naturale della vita.

Il SMA esprime invece un paradigma differente, nel quale la morte intenzionalmente procurata viene considerata, in determinate condizioni, una possibile risposta alla sofferenza ritenuta intollerabile e ad una vita non più considerata degna di essere vissuta dalla persona, secondo il suo proprio concetto di dignità e i suoi sistemi valoriali.

Il "Calman's Gap"

Il modello teorico proposto da Kenneth Calman nel 1984, Il **Gap di**

Calman, per la valutazione della Qualità della Vita percepita, sposta l'attenzione da parametri esclusivamente clinici alla percezione soggettiva della persona al suo vissuto personale di malattia.

Secondo questa ipotesi, la Qualità della Vita non è un valore assoluto, ma è definita dalla **distanza (gap)** tra due variabili soggettive:

1. Le aspettative dell'individuo (ciò che ritiene di potere essere e di potere fare sulla base dell'idea propria di malattia e di possibilità realizzabili)

2. L'esperienza reale e l'esame di realtà del momento presente (la situazione vissuta a causa della malattia).

La relazione è di tipo **inversamente proporzionale**: più piccolo è il divario tra aspettative e realtà, migliore è la qualità di vita percepita dalla persona malata.

Il valore del modello di Calman risiede nella sua natura dinamica. Per migliorare la qualità della vita di una persona, è possibile agire su due fronti:

- **Migliorare l'esperienza reale**: attraverso il trattamento dei sintomi, la terapia del dolore e il supporto psicologico/sociale/spirituale.
- **Modulare le aspettative**: aiutando il malato a ridefinire i propri obiettivi in base alle nuove modificate possibilità dettate dal-

la patologia. Questo processo di “patteggiamento” e accettazione è fondamentale nelle malattie croniche inguaribili con evoluzione progressiva per ridurre la sofferenza percepita **e dare un senso rinnovato alla vita.**

Il modello sottolinea che due malati con lo stesso stato di salute oggettivo possono avere una qualità di vita drasticamente diversa a seconda delle loro aspettative personali, della loro possibilità di adattamento e del loro concetto di dignità di vita e alla possibilità di dare un nuovo senso alla vita nella malattia.

4.4 L'équipe di Cure Palliative di fronte alla richiesta di informazioni sul SMA

La presa in carico da parte delle Cure Palliative dovrebbe iniziare in una fase precoce della malattia, di fronte ad una diagnosi di inguaribilità con presenza di bisogni di cure palliative e nell'ottica di una cura multidisciplinare e globale della persona: la relazione di cura con l'équipe di Cure Palliative si caratterizza per una prossimità crescente, in base alla progressione della malattia.

Uno degli obiettivi perseguiti dalle Cure Palliative è quello di rendere la persona capace di autodeterminarsi in maniera autentica: ciò equivale a favorire nella persona malata le

condizioni per essere in grado di comprendere le opzioni che ha e le scelte che può prendere in base ai propri principi e valori di riferimento. In questo percorso, fatto anche di Pianificazione Condivisa delle Cure, può capitare che, nonostante l'efficace presa in carico da parte delle Cure Palliative, la persona malata sviluppi la personale convinzione di perseguire un'idea di un fine vita molto diverso da quello che le Cure Palliative possono offrire.

Anche se la maggior parte dei pazienti trovano nelle Cure Palliative una risposta efficace al sollievo dei propri bisogni, una piccola percentuale di persone identifica la propria idea personale di qualità e dignità della vita nel percorso di accesso al SMA. Nell'ottica di una relazione di cura basata sulla fiducia e sulla condivisione, può accadere che la persona o i suoi familiari chiedano informazioni all'équipe di Cure Palliative rispetto al SMA, alla normativa italiana in merito e alle possibilità che a livello nazionale e locale esistono.

Posizioni oggetto di discussione

Dare risposta competente ed una richiesta specifica di informazioni da parte di una persona che soffrire potrebbe equivalere a «suggerire» e a promuovere il SMA

Nell'ambito di una autentica relazione di aiuto dobbiamo dare una corretta informazione anche in tema di SMA

Posizione condivisa raggiunta

Rispetto a tali richieste è importante che l'équipe di Cure Palliative sia:

- informata rispetto alla normativa sul SMA e sulle eventuali procedure che esistono a livello locale;
- disponibile ad accogliere le domande della persona malata con un approccio non giudicante;
- attenta a chiarire al malato e ai suoi familiari le differenze che esistono tra le Cure Palliative e il SMA e il fatto che l'équipe di Cure Palliative non abbandona la persona che chiede di accedere al SMA, ma continua a seguirla nell'ambito di competenza specifica delle Cure Palliative.

La SICP tiene a ribadire quanto possa essere utile e importante che, al fine di poter chiarire alla persona malata tutte le possibilità relative al fine vita, l'équipe di Cure Palliative sia attivamente presente nella fase informativa.

4.5 L'importanza delle Cure Palliative nella fase valutativa delle richieste di SMA

Il percorso di elaborazione di una decisione che nella sua complessità tocca i sentimenti più profondi, necessita da parte di chi dovrà valutare la congruità della richiesta una conoscenza della storia clinica e, per quanto possibile, biografica in cui non conta solo la verifica burocratica dell'offerta di Cure Palliative ma, anche nel caso in cui siano state praticate, la verifica della qualità di queste cure, affinché la persona possa realmente decidere con libertà a fronte una scelta cruciale per la propria vita.

Posizioni oggetto di discussione

La partecipazione alla valutazione ufficiale come componente della Commissione di valutazione potrebbe equivalere a promuovere il SMA

Nell'ambito della valutazione, come componente della Commissione di valutazione, la presenza del professionista di Cure Palliative è fondamentale per le competenze che i professionisti delle Cure Palliative esprimono

Posizione condivisa finale raggiunta

Perché sia possibile l'ascolto e la capacità di analisi della sofferenza della persona insieme al rispetto dei requisiti necessari per l'accesso al SMA, è opportuna e necessaria la presenza di un palliativista all'interno delle commissioni (tecnico-cliniche e/o nei Comitati per l'etica nella clinica o Comitati Etici Territoriali). Ciò non collide con le scelte etiche

dei singoli palliativisti coinvolti che dovranno accertare l'offerta e l'eventuale rifiuto delle Cure Palliative ma, soprattutto, valutare se quelle praticate siano rispondenti alle linee guida e alla buona pratica clinica.

4.6 L'estraneità delle Cure Palliative alla fase attuativa della procedura.

Posizioni oggetto di discussione

"l'assistenza diretta nella fase attuativa non coinvolge in nessun modo i professionisti delle Cure Palliative senza per questo far venir meno la vicinanza umana e il dovere compassionevole di assistere fino in fondo la persona che affronta una sofferenza per lei intollerabile".

"l'assistenza diretta nella fase attuativa nel SMA rappresenta una grande espressione di vicinanza umana e un dovere compassionevole, rivolti ad una persona che affronta una sofferenza per lei intollerabile. Fondamentale è garantire un percorso di cura, indipendentemente dalla differenza dei sistemi valoriali".

Posizione condivisa raggiunta

In una società scientifica caratterizzata dal pluralismo etico, i singoli professionisti che operano nei Servizi di Cure Palliative decidono, a titolo personale e secondo coscienza, se partecipare alla fase attuativa del SMA. Riconosciuta tale libertà individuale, resta, tuttavia, fondamentale mantenere distinta l'identità delle Cure Palliative dalla finalità propria del SMA e preservare la specifica missione dei Servizi di Cure Palliative.

Le Cure Palliative non sono né complementari né alternative al SMA: esse sono diverse dal SMA perché rispondono a richieste cliniche ed etiche diverse.

Evidenziare questa differenza non significa disconoscere l'importanza che il SMA sia normato e disciplinato, come più volte indicato dalle pronunce della Corte costituzionale e, come espresso dalla maggioranza dei componenti del Comitato, riconosciuto.

Tale distinzione va ribadita nel dibattito pubblico, affinché possa essere garantita una piena libertà di scelta a chi ha bisogno di Cure Palliative ma non richiede il SMA.

Le strutture organizzative che fanno parte della Rete Locale di Cure Palliative (hospice, unità operative domiciliari e ospedaliere, ecc.) non

sono coinvolte nella fase attuativa del SMA per tre ragioni principali:

1. per la necessità di non confondere ruoli e obiettivi (si vedano le definizioni di Cure Palliative precedentemente descritte);
2. per il rischio di generare, in questo momento storico, un collegamento fuorviante tra le Cure Palliative e il loro intervento, erroneamente percepito come limitato al fine vita e al SMA, contraddicendo e compromettendo tutta l'opera di estensione temporale e di condivisione interdisciplinare indispensabile affinché le Cure Palliative raggiungano compiutamente i loro obiettivi;
3. per il rischio di compromettere la libera scelta di affidarsi alle Cure Palliative, lasciando sole le persone che, invece, più hanno bisogno di Cure Palliative.

La libertà autentica non consiste soltanto nel riconoscimento astratto di un diritto, ma anche nella concreta possibilità di scegliere senza paura, senza ambiguità e senza condizionamenti impliciti e, soprattutto, nella concreta disponibilità di Cure Palliative di qualità, organizzate e strutturate.

Per tale ragione, mantenere distinta l'identità delle Cure Palliative significa proteggere la fiducia dei citta-

dini e dei professionisti sanitari e favorire l'accesso precoce alle Cure Palliative.

Dal punto di vista cognitivo e sociale, esiste infatti il rischio che una sovrapposizione simbolica tra Cure Palliative e SMA produca un grave fraintendimento culturale. Tale fenomeno può essere interpretato attraverso il concetto di euristica della disponibilità, elaborato da Daniel Kahneman e Amos Tversky, secondo cui le persone tendono a valutare situazioni complesse sulla base delle immagini e delle associazioni più immediatamente disponi-

bili nella memoria collettiva, anche se erranee.

Di fronte ad una richiesta di SMA, i professionisti delle Cure Palliative dovrebbero essere coinvolti nel supporto al processo decisionale e nella continuità di cura ed assistenza accanto alla persona malata.

In ogni caso, per la natura stessa delle Cure Palliative e dell'etica della Cura alla quale si ispirano, i professionisti delle Cure Palliative non abbandonano mai la persona malata e la loro famiglia nel percorso, sempre difficile e sofferto, di qualunque scelta nella malattia.

5. Conclusioni

Il presente Position Paper, intende chiarire il ruolo delle Cure Palliative in un contesto storico, culturale e sociale particolarmente complesso e polarizzato.

La SICP sottolinea e ribadisce la necessità etica di mantenere una distinzione chiara tra Cure Palliative e SMA. La SICP riconosce che si tratta di

una materia in evoluzione, per la quale è necessario mantenere un confronto aperto, rigoroso, e correttamente impostato, impegnandosi a promuovere il dialogo e la riflessione critica nella prospettiva di una bioetica condivisa, capace di coniugare pluralismo, responsabilità e tutela della persona.

6. Bibliografia

1. Cicely Saunders. *Watch with Me: Inspiration for a Life in Hospice*. Lancaster: Observatory Publications; 2005.
2. World Health Organization. Palliative Care Definition.
3. Eric Cassell. *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*. Oxford University Press; 2004.
4. Kenneth Calman. "Quality of life in cancer patients—an hypothesis." *Journal of Medical Ethics*. 1984;10:124–127.
5. Tversky, A., & Kahneman, D. (1973). Availability: A heuristic for judging frequency and probability. *Cognitive psychology*, 5(2), pp. 207-232.
6. Amos Tversky, Kahneman D. "Judgment under Uncertainty: Heuristics and Biases." *Science*. 1974;185:1124–1131
7. Daniel Kahneman. *Thinking, Fast and Slow*. Farrar, Straus and Giroux; 2011.
8. Knaul FM, Farmer PE, Krakauer EL, et al., on behalf of the Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief Study Group. Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief. An imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *Lancet* 2017; published online Oct 12. - <http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736%2817%2932513-8>.
9. Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. GU 16/1/2018 n. 12. www.sicp.it/normative/nazionali/2018/01/la-legge-sul-consenso-pi-anificazione-e-dat-e-stata-pubblicata-in-gazzetta-ufficiale/ (last accessed February 2019).
10. Sentenza Corte Costituzionale, n. 242 del 2019, available at <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2019/242>
11. Sentenza n. 135 del 2024, available at <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2024/135>
12. Sentenza Corte Costituzionale n. 66 del 2025, available at <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/66>
13. WHO - www.who.int/cancer/palliative/definition/en/ (last accessed february 2019).
14. Seale C, Addington-Hall J. Euthanasia: the role of good care. *Soc Sci Med* 1995; 40: 581-7.

15. Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. Assisted dying around the world: a status quaestionis. *Ann Palliat Med*. 2021 Mar;10(3):3540-3553. doi: 10.21037/apm-20-637. Epub 2020 Sep 4. PMID: 32921084.
16. Timothy E. Quill and Bernard Sussman, Medical Aid-in-Dying, available at <https://www.thehastingscenter.org/briefingbook/physician-assisted-death/>

7. Appendice: panorama internazionale ^[1]

L'analisi comparata mostra, da un lato, come la molteplicità delle posizioni in materia di suicidio assistito^[2] porti a scelte normative molto diverse e, dall'altro, come alcuni elementi di tutela dei diritti fondamentali coinvolti e del pluralismo rimangano comuni. Tale analisi si basa prevalentemente su ordinamenti per i quali la reperibilità delle fonti, la loro traduzione, gli elementi legati alla tradizione giuridica, nonché la conoscibilità dei formanti giuridici^[3] rendono possibile ricostruire in maniera adeguata il quadro giuridico di riferimento.

Va inoltre precisato che la disciplina del suicidio assistito non è sempre legata allo stesso tipo di fonte. In alcuni paesi, ad esempio, esiste una normativa che espressamente vieta o legalizza, a determinate condizioni e seguendo specifiche procedure, il suicidio assistito (e/o la cd. eutanasia). In altri ordinamenti sono le corti, prevalentemente le Corti costituzionali, ad aver ammesso a

determinate condizioni il suicidio assistito (o, come nel caso colombiano, l'eutanasia) e a tali decisioni non ha fatto sempre seguito l'adozione di una disciplina legislativa in materia. In altri paesi, la liceità dell'assistenza al suicidio deriva da una o alcune norme penali e non da una legge con una disciplina specifica. Sul piano del diritto comparato, ciò significa che la ricostruzione del quadro complessivo delle condizioni e soprattutto delle procedure da seguire può presentare margini di incertezza più ampi o richiedere l'analisi del combinato disposto di una pluralità di fonti che intervengono a diversi livelli e in diversi ambiti. L'incertezza risulta maggiore nei casi in cui il suicidio assistito non sia né espressamente ammesso né espressamente vietato. Ciò significa che casi di assistenza al suicidio possono non essere puniti, ma non esiste né una norma né una decisione giurisprudenziale che espressamente ammetta il

1) La presente Appendice, aggiornata a maggio 2026, è stata scritta con il contributo di Elisabetta Pulice per l'analisi comparata. Elisabetta Pulice è giurista, esperta in biodiritto e deontologia professionale. È dottoressa di ricerca in studi giuridici comparati ed europei (Università di Trento e Università di Paris-Nanterre), collaboratrice di ricerca presso l'Università di Trento e docente presso l'Università di Lille, Francia.

suicidio assistito assicurando che anche in casi futuri non si aprirà un procedimento a carico di chi ha prestato l'assistenza.

Pur tenendo conto di tale complessità e della pluralità di soluzioni normative e giurisprudenziali, seguendo una modellistica elaborata in dottrina^[4], si possono quanto meno distinguere modelli con elementi comuni in riferimento a pratiche ammesse o vietate.

Vi sono infatti modelli nei quali non sono consentiti né il suicidio assistito né l'eutanasia. Vi rientrano, a titolo meramente esemplificativo, gli USA (in particolare la giurisprudenza a livello federale), ad eccezione di alcuni stati, molti stati dell'America latina e, per quanto riguarda l'Europa, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Malta, Norvegia, Polonia, Regno Unito, Ungheria^[5].

Altri modelli ammettono sia il suicidio assistito sia l'eutanasia. Rientrano in questi modelli, ad esempio, i Paesi Bassi^[6], il Lussemburgo^[7], la Spagna^[8], il Portogallo^[9] e il Canada^[10], alcuni stati australiani (Victoria^[11], Western Australia^[12], South Australia^[13], Queensland^[14], New South Wales^[15]) che hanno disciplinato con legge entrambe le scelte di fine vita.

Vi rientra anche il Belgio^[16], che ha

adottato una legge sull'eutanasia estesa in via interpretativa anche al suicidio assistito. La Colombia ammette sia il suicidio assistito sia l'eutanasia grazie a significative sentenze della Corte costituzionale^[17], in assenza di una legislazione specifica. Recentemente (2025) anche l'Uruguay ha adottato una legge sull'eutanasia^[18].

I modelli definibili come "misti" prevedono solo il suicidio assistito. Tra questi: la Svizzera (con l'esclusione dei "motivi egoistici"); la Germania^[19]; l'Austria (la cui Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale il divieto assoluto di assistenza al suicidio); l'Italia (a seguito della sentenza 242 del 2019 della Corte costituzionale); alcuni Stati USA (Oregon, California, Colorado, Washington, Vermont, Hawaii, Montana, New Mexico, Maine, New Jersey, District of Columbia). In Svezia il suicidio assistito invece non è punito in alcuni casi benché non esista una legge che espressamente lo consenta.

Un caso particolare è rappresentato dalla Director of Public Prosecution (DPP) Policy per Inghilterra e Galles. Il suicidio assistito è infatti un reato, ma è possibile non esercitare l'azione penale in presenza di specifiche condizioni. In particolare, deve essere provato che la persona abbia espresso una decisione in maniera

volontaria, chiara, consolidata e informata; chi ha fornito l'assistenza deve averlo fatto motivato da compassione, senza alcun ruolo nella determinazione della volontà della persona; deve inoltre aver fatto dei tentativi di dissuasione e collaborare pienamente alle attività di indagine^[20].

All'interno di questa modellistica possono essere individuate ulteriori prospettive di analisi con riferimento all'assistenza al suicidio^[21]. La prima riguarda il ruolo del medico, la cui disciplina presenta differenze negli ordinamenti menzionati, ferma restando la necessità di garantire un'effettiva tutela dei diritti previsti e il loro adeguato bilanciamento.

In alcuni casi, il ruolo del medico può diventare rilevante su base volontaria in ordinamenti in cui a determinate condizioni non è punibile la condotta di chiunque assista, senza differenze specifiche tra i soggetti coinvolti. In altri, il coinvolgimento del medico e di altri professionisti sanitari è espressamente disciplinato e i ruoli sono normativamente definiti. In questo caso, è generalmente prevista l'obiezione di coscienza o un coinvolgimento su base volontaria dei professionisti sanitari.

Con riferimento alle diverse fasi della procedura per il suicidio medical-

mente assistito, un primo ruolo attribuito al medico è quello legato alla comunicazione e informazione, cui segue quello relativo all'accertamento delle condizioni necessarie per accedere all'assistenza, per il quale sono spesso previste forme più o meno articolate di collegialità (caratterizzate, in alcuni casi, anche dal coinvolgimento di altre competenze professionali). Il suo ruolo è generalmente richiamato anche con riferimento alla prescrizione dei farmaci necessari.

Per quanto riguarda le successive fasi, invece, in alcuni ordinamenti, la presenza del medico (o di altro professionista sanitario) è esplicitamente richiesta in tutte le fasi; in altri, non è espressamente disciplinata.

In riferimento al ruolo del medico, è inoltre interessante sottolineare in prospettiva comparata le differenze che caratterizzano le posizioni assunte dalla categoria professionale^[22]. In alcuni casi, infatti, i codici di deontologia medica vietano il suicidio assistito, esplicitamente o attraverso il generico divieto di atti finalizzati a provocare la morte. Le versioni dei codici deontologici di alcuni *Länder* tedeschi precedenti alla citata sentenza del BVerfG e l'articolo 38 del codice deontologico francese sono esempi di tali due ipotesi. Anche l'articolo 17 del codice di deontologia medica italia-

no mantiene il divieto di atti finalizzati a provocare la morte. A seguito della sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, la FNOMCeO ha però inserito degli indirizzi applicativi che escludono la responsabilità disciplinare qualora sussistano le stesse condizioni previste dalla Corte^[23]. Come anticipato, anche in Germania, a seguito della sentenza del BVerfG, i codici deontologici sono stati modificati. In un ordinamento in cui l'assistenza è ammessa a determinate condizioni, il divieto assoluto sul piano deontologico creerebbe infatti un conflitto sia sul piano del rapporto tra norme sia su quello della tutela dei diritti in gioco. In altri casi, l'assistenza al suicidio non è vietata, ma considerata come un'attività non rientrante nei compiti del medico. La posizione dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche rappresenta un esempio di tale posizione. Nelle direttive medico-etiche del 2018 (riadattate nel 2021), si legge, infatti, che «non rientra tra i [...] compiti [del medico] offrire spontaneamente l'assistenza al suicidio né è tenuto a fornire tale aiuto. L'assistenza al suicidio non è un atto medico in relazione al quale i pazienti potrebbero avanzare una pretesa, benché sia un atto ammissibile dal punto di vista giuridico»^[24].

Una posizione completamente di-

versa è stata invece espressa dalla categoria professionale belga. A seguito dell'entrata in vigore della legge che ha legalizzato l'eutanasia, l'ordine professionale non solo ha modificato il codice deontologico per eliminare il divieto inizialmente previsto, ma ha altresì precisato che (ferma restando, a monte, la possibilità di obiezione di coscienza) il suicidio assistito può essere considerato lecito sul piano deontologico solo se il medico è presente in tutte le sue fasi.

Sul piano giuridico, è importante precisare che generalmente, così come avviene per l'eutanasia, l'assistenza al suicidio non è espressamente disciplinata come un diritto a morire. Si tratta più spesso dell'individuazione delle condizioni in presenza delle quali chi assiste non è punibile. In prospettiva comparata, tra le eccezioni è interessante menzionare la recente legge spagnola (Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, 2021) che riconosce, invece, espressamente il diritto a ottenere l'aiuto a morire («*el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir*»), sia come suicidio assistito sia come eutanasia.

Un'altra differenza riguarda il rapporto tra suicidio assistito ed eutanasia. In alcuni paesi (ad es.

nei Paesi Bassi), la legge prevede espressamente le due ipotesi come due distinte possibilità di scelta; in altri, la legge riguarda invece più genericamente la morte assistita, all'interno della quale si distinguono le due diverse modalità: auto-somministrazione o somministrazione da parte di un terzo (ne sono un esempio le due definizioni di «*medical assistance in dying*» previste dalla citata legge canadese). Indipendentemente dalla terminologia utilizzata, in alcuni ordinamenti (ad es. in Portogallo) le due modalità non sono equiparate nella possibilità di scelta, ma l'eutanasia, quindi la somministrazione da parte di un terzo, può essere effettuata solo quando le condizioni fisiche del paziente gli impediscono di autosomministrarsi il farmaco.

Nei casi in cui esiste una disciplina specifica (normativa, giurisprudenziale o ricavabile da altre fonti come, ad esempio, quelle deontologiche), le condizioni previste per il suicidio assistito possono essere nel dettaglio molto diverse, ma tra i requisiti è generalmente prevista la presenza di una patologia grave e inguaribile e di sofferenze fisiche o psicologiche persistenti e intollerabili.

Adeguate, complete e dettagliate informazioni, incluse quelle relative al diritto alle cure palliative, la capacità di intendere e volere, di pren-

dere decisioni libere e consapevoli, la reiterazione del consenso dopo un determinato periodo di tempo e forme di supporto, anche psicologico, sono altri elementi comuni a molte discipline.

Anche le definizioni (suicidio assistito, eutanasia, soggetti coinvolti, ecc.), le procedure da adottare per garantire il rispetto dei requisiti e la tutela dei diritti coinvolti, nonché la previsione di commissioni di controllo caratterizzano generalmente tutti gli interventi legislativi.

A parte alcune eccezioni (es: Belgio, Paesi Bassi), la maggiore età è sempre richiesta.

Il ruolo del medico, forme di collegialità, ma anche l'obiezione di coscienza sono ulteriori aspetti comuni alle regolamentazioni del SMA a tutela della pluralità di posizioni e diritti coinvolti.

Note

2) Alla luce delle diverse terminologie utilizzate negli ordinamenti menzionati, in questa Appendice faremo riferimento, in termini generali, al “suicidio assistito” e non al “suicidio medicalmente assistito”. Dal punto di vista comparato va infatti sottolineato che in alcuni ordinamenti la liceità del suicidio assistito deriva dal riconoscimento (normativo o giurisprudenziale) della non punibilità a determinate condizioni dell’assistenza al suicidio senza una disciplina specifica relativa al ruolo del medico. In altri ordinamenti, pur essendo disciplinato il ruolo del medico, il termine suicidio non è utilizzato (così come quello di eutanasia) e l’autosomministrazione del farmaco letale è considerata come una delle modalità di attuazione di quello che viene definito con espressioni quali “aiuto a morire” o “morte volontaria assistita”. In alcuni stati australiani, inoltre, è espressamente previsto che l’autosomministrazione avvenuta nel quadro delle leggi sulla morte volontaria assistita non sia considerata “suicidio” ai sensi della legge penale.

3) Nell’ambito del diritto comparato, il concetto di formanti, la cui elaborazione si deve a Rodolfo

Sacco, si riferisce ai «vari insiemi di regole, coesistenti in un unico ordinamento» (R. Sacco, *Formante*, in «Digesto italiano, Discipline private – Sez. civ.», V ed., vol. VIII, Torino, UTET, 438-442, p. 439). Come affermato da R. Scarciglia, nel sintetizzare il pensiero di R. Sacco, con formanti «si suole indicare l’insieme di regole di diritto e proposizioni che sono alla base della soluzione di un problema o della disciplina di un istituto o di un fenomeno giuridico, in un ordinamento dato e in un determinato momento storico» (R. Scarciglia, *Introduzione al diritto pubblico comparato*, Bologna, 2006, p. 56, citato, con riferimento ai formanti del biodiritto, anche in C. Casonato, *Biodiritto. Oggetto, fonti, modelli, metodo*, Giappichelli, Torino, 2023, p. 189 ss.). I formanti principali sono quello legislativo, quello giurisprudenziale e quello dottrinale, ma non esauriscono gli elementi che devono essere presi in considerazione per un’adeguata comparazione giuridica.

4) Si veda C. Casonato, *Biodiritto. Oggetto, fonti, modelli, metodo*, cit., p. 261 ss.

5) Approfondimenti in prospettiva di diritto comparato sono reperibili ai seguenti link:

<https://www.biodiritto.org/Dossier/La-disciplina-del-fine-vita-in-Europa;>
<https://www.associazionelucacoscioni.it/mappa-delle-leggi-nel-mondo-sul-suicidio-medicalmente-assistito>

6) Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act (Legge per il fine vita su richiesta e il suicidio assistito) del 2001, entrato in vigore nel 2002.

7) Loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide.

8) Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia.

9) Ley n. 22/2023 de 25 de maio. Regula as condições em que a morte medicamente assistida não é punível e altera o Código Penal.

10) Medical assistance in dying (MAID) law.

11) <https://www.health.vic.gov.au/voluntary-assisted-dying/about>

12) https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/statutes.nsf/law_a147242.html

13) <https://www.legislation.sa.gov.au/lz?path=%2FC%2FA%2F-VOLUNTARY%20ASSISTED%20DYING%20ACT%202021>

14) <https://www.legislation.qld.gov.au/view/whole/html/asmade/act-2021-017>

15) <https://www.health.nsw.gov.au/voluntary-assisted-dying/Pages/default.aspx>

16) Loi du 28 mai 2002 dépenalisant l'euthanasie. Versione inglese reperibile al seguente link: <https://eol.law.dal.ca/wp-content/uploads/2015/06/Euthanasia-Act.pdf>

17) Si veda, ad esempio, <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Colombia-Corte-costituzionale-sent.-C-239-1997-diritto-costituzionale-a-morire-con-dignita> e <https://www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Giurisprudenza/Colombia-Corte-costituzionale-sent.-C-233-21-incostituzionale-il-reato-di-homicidio-por-piedad>

18) Ley N° 20431/2025- Ley De Muerte Digna; Eutanasia

19) Il caso tedesco è particolarmente interessante perché mostra la pluralità di posizioni all'interno di uno stesso ordinamento e la loro evoluzione. Fino al 2015 non vi era alcuna norma espressamente riferita al suicidio assistito e gli unici divieti emergevano dai codici deontologici di alcuni Länder. Nel 2015 il legislatore ha modificato il § 217 del StGB (il codice penale tedesco) vietando l'assistenza al suicidio cd. «geschäftsmäßig», ossia l'assistenza

intesa come azione organizzata e ripetuta o su base associativa. L'assistenza offerta in singoli casi non risultava quindi ricompresa nel divieto penale, ma rimaneva punita sul piano deontologico in alcuni *Länder*. Nel 2020 il Tribunale costituzionale federale (*Bundesverfassungsgericht* – BVerfG; 26 feb 2020 - 2 BvR 2347/15) ha dichiarando incostituzionale il § 217 del StGB riconoscendo la legittimità dell'assistenza al suicidio sulla base di un'ampia tutela dell'autodeterminazione. Nel 2021 sono stati conseguentemente aggiornati i codici deontologici per renderli compatibili con la sentenza del BVerfG. Cfr. nota n. 22.

20) Per la traduzione, cfr. C. Casonato, *Biodiritto. Oggetto, fonti, modelli, metodo*, cit., p. 243.

21) Le considerazioni che seguono sono spesso estendibili anche all'eutanasia. Per gli obiettivi della presente Appendice i profili trattati verranno però prevalentemente riferiti al suicidio assistito.

22) Il tema del rapporto tra suicidio assistito e deontologia è stato approfondito, ad esempio, in E. Pulice, *Opzioni di coscienza nel fine vita tra diritto e deontologia* in E. Pulice, C. Vargas, *Pluralismo etico e conflitti di coscienza nell'attività ospedaliera. II. Le scelte di fine vita*, Il Mulino, 2021, p. 143 e ss., da cui sono tratte le bre-

vi considerazioni che seguono e a cui si rinvia per ulteriori riferimenti normativi e giurisprudenziali.

23) Il testo degli indirizzi applicativi all'art. 17 (reperibili al seguente link https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2023/08/Indirizzo-applicativo_art.-17_acc.pdf) prevede che «La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare».

24) Le direttive dell'ASSM sono reperibili al seguente link: <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>



SICP

SOCIETÀ ITALIANA DI CURE PALLIATIVE

Via Roberto Lepetit 8/10 - 20124 Milano
Tel. 02 07700645 Email: segreteria.operativa@sicp.it

Copyright © 2026 - Società Italiana Cure Palliative. Tutti i diritti riservati

ISBN: 978-88-96286-395



9788896286395



comunicazione | **sanitaria**