



Informationsabende mit Onlinezuschaltung zum Thema

Gesundheit: Freiheit auf dem Prüfstand

**MEDIKAMENTÖS ASSISTIERTER SUIZID: EINE
PERSÖNLICHE UND GESELLSCHAFTLICHE
HERAUSFORDERUNG**

Serate informative con collegamento online sul tema
salute: la libertà alla prova

**SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO: UNA SFIDA
PERSONALE E SOCIALE**

27.11.2025

Ore 18:00 – 20:00 Uhr

EURAC - Conference Hall

Drususallee 1 / Viale Druso 1 - Bozen / Bolzano – Italy

REFERATE ZUM THEMA / RELAZIONI SUL TEMA

**Georg Marckmann, Marta Tomasi, Martin Lintner,
Massimo Bernardo**



Autonomie Provinz Bozen
Provincia autonoma di Bolzano
Provincia autonoma de Bolzan
SÜDTIROL · ALTO ADIGE

Massimo Bernardo

**Cure palliative: quale ruolo? / Palliativbetreuung: Welche Rolle
spielt sie?**

Dr. Massimo Bernardo
Medico Cure Palliative

Cure palliative: un diritto umano fondamentale. La definizione OMS



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 e il sollievo dalla sofferenza**, per mezzo dell'identificazione **precoce**, della approfondita valutazione e del **trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicologici, sociali e spirituali**.

- **Affermano la vita e considerano il morire come un evento naturale**
- **Non accelerano né ritardano la morte**

Legge 38

15 marzo 2010

Disposizioni per
garantire
l'accesso alle
cure palliative e
alla terapia del
dolore

19-3-2010

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 65

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 15 marzo 2010, n. 38,

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

La Camera dei deputati ed il Senato della Repubblica hanno approvato;

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore.

definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c), nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001,

bre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

3. Per i fini di cui ai commi 1 e 2, le strutture sanitarie che erogano cure pal-

La legge 219/2017

16-1-2018

GAZZETTA UFFICIALE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Serie generale - n. 12

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219.

Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

PROMULGA

la seguente legge:

qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria so-

Non solo DAT, ma:

- Consapevolezza
- Consenso informato
- Rifiuto delle cure e desistenza terapeutica
- Pianificazione condivisa delle cure
- Garantire le cure palliative
- Astensione dall'ostinazione nei trattamenti
- Sedazione palliativa profonda

Il percorso di malattia del paziente

Il modo in cui atterriamo dipende dal modo in cui cadiamo. Il nostro lavoro non si limita a rallentare la velocità di discesa. È nostro dovere anche chiarire ai pazienti e alle famiglie cosa sta succedendo durante la caduta e attrezzare le persone per un atterraggio nel modo più morbido possibile.

Intensive Care Med (2018) 44:1770
<https://doi.org/10.1007/s00134-018-5089-9>

FROM THE INSIDE

The patient who fell off a skyscraper

Fabrizio Elia^{1*}, Marco Vergano² and Lorenzo Di Meglio³

© 2018 Springer-Verlag GmbH Germany, part of Springer Nature and ESICM



Il percorso di malattia del paziente

“non è ancora in fase terminale”

“non c’è più niente da fare”

Cure palliative percepite come **alternativa alla cura**
Tra fare e non fare c’è in realtà la possibilità di fare altro

C'è sempre qualcosa che possiamo fare.....

«Inguaribile non significa incurabile.

*Un paziente che non può guarire ancora di più ha bisogno di
essere curato, anzi,*

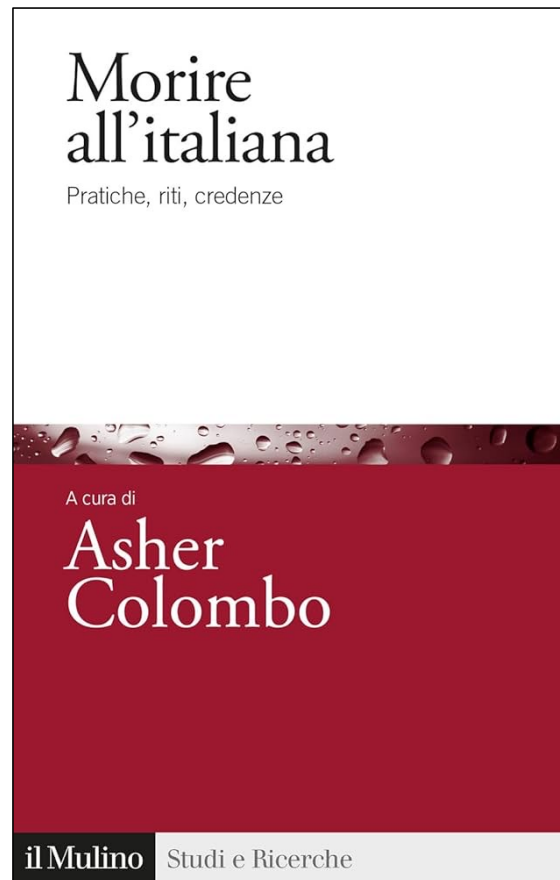
quando non rimane più nulla da fare

è lì che bisogna fare il lavoro più grosso

*che non solo allevi il dolore del paziente, ma che prenda per
mano e accompagni la persona nel cammino più difficile della
propria vita»*



Cicely Saunders



- Chi si preoccupa realmente di come vive durante la malattia e come muore la gente in Italia?
- Solo 1 paziente su 3 ha accesso alle cure palliative
- Il 70% dei pazienti non oncologici è escluso dalle cure palliative
- Il diritto è garantito solo a chi ha davanti a sé pochi giorni di vita
- Manca il 50% dei medici e il 60% degli infermieri specializzati nell'assistenza

La disinformazione



la Repubblica ✓

12 h · 🌐

Laura Lonzi era di Firenze, aveva 37 anni, faceva la maestra, aveva un figlio con suo marito, Antonio Salerno. Aveva un tumore raro, un carcinoma surrenale, quando si è rivolta a File, fondazione che si prende cura delle persone con malattia cronica e promuove la cultura delle cure palliative. Dopo otto mesi dalla scoperta della malattia si è sottoposta alla sedazione profonda per addormentarsi per sempre nel suo letto



la Repubblica

Suicidio assistito, i familiari e l'ultimo saluto: "Un viaggio fatto insieme"

di Chiarastella Foschini



L'uso corretto dei termini



Limitazione terapeutica: la sospensione o la non attivazione di trattamenti, anche di sostegno vitale, perché rifiutati dal malato capace di agire o perché giudicati sproporzionati (legge 219/2017)



Sedazione palliativa: è un atto terapeutico che consiste nel praticare l'intenzionale riduzione o abolizione della coscienza e dello stato di vigilanza di un paziente allo scopo di eliminare o alleviare la sofferenza da sintomi refrattari o da sospensione di trattamenti di sostegno vitale



Eutanasia: è il procurare intenzionalmente, su sua esplicita richiesta, e nel suo interesse la morte di un individuo la cui qualità di vita sia permanentemente compromessa



Suicidio medicalmente assistito: è una procedura in base alla quale un terzo, di norma il medico, prescrive o fornisce ad una persona, su sua esplicita richiesta, un farmaco in grado di procurarne la morte, farmaco che il soggetto assume in maniera autonoma.

Attenzione alla differenza

SEDAZIONE PALLIATIVA

OBIETTIVO: ridurre o abolire la percezione della sofferenza provocata da sintomi refrattari

STRUMENTI: farmaci sedativi (se interrotti il paziente si sveglia)

ESITO: riduzione della coscienza



EUTANASIA - SUICIDIO ASSISTITO

OBIETTIVO: morte del paziente che ne ha fatto richiesta

STRUMENTI: farmaci letali

ESITO: morte della persona

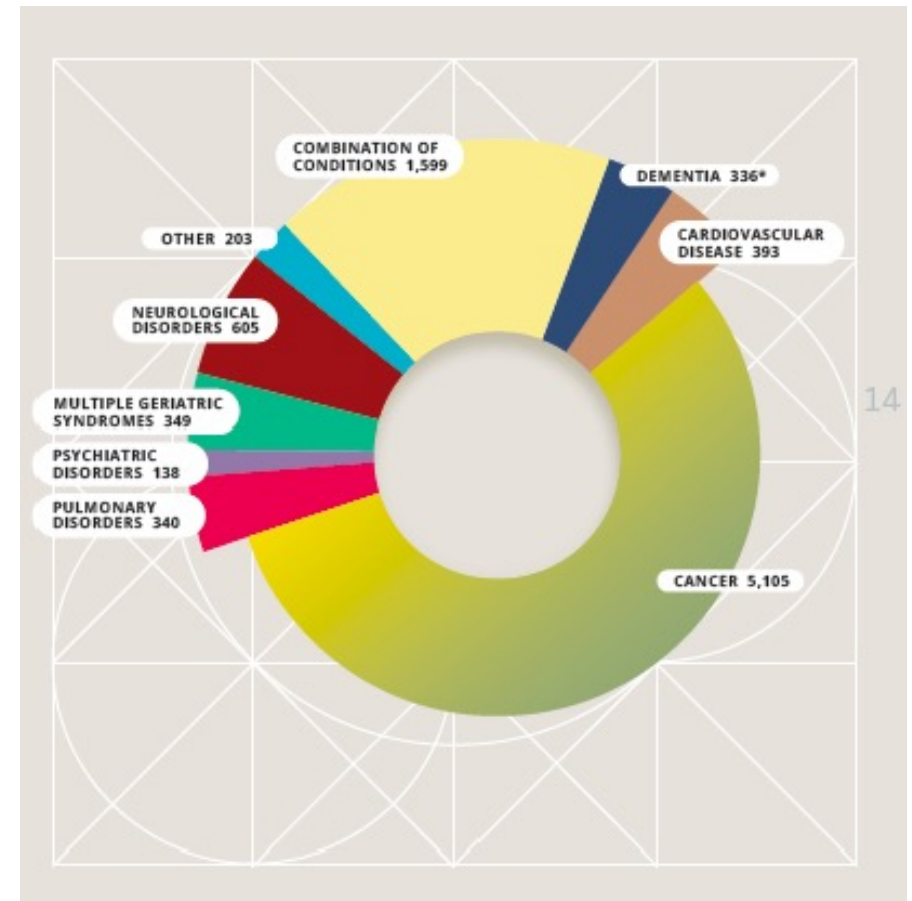
Il contesto attuale

- Quando sopravvivere grazie ai sussidi di sostegno vitale che la medicina può garantire non è più considerato un beneficio dalla persona malata, ci si trova in una condizione di sofferenza insopportabile alla quale i malati che chiedono di morire intendono sottrarsi.
- Chi fa questa scelta attua **un radicale cambio di percorso** lasciando quello delle CP, se attivate, per intraprendere quello della MMA.
- La scelta, da affrontare in modo umano e non burocratico, sarà tra continuare a vivere o interrompere la vita.



Chi fa richiesta di morte medicalmente assistita?

- M=F
- La proporzione di malati neurologici con SLA che ricorre alla MMA è elevata.
- La diffusione della SLA non è paragonabile a quella di altre patologie, come le neoplasie. Fra quanti ricorrono alle MMA la proporzione di malati di SLA è ovunque molto contenuta.
- La maggior parte dei pazienti che ne fa richiesta sta già ricevendo cure palliative.



Perché si fa richiesta?

- Le **motivazioni più comuni** per una richiesta di morte assistita sono il dolore fisico refrattario al trattamento, una sofferenza psico-esistenziale giudicata intollerabile, la perdita di autonomia e la totale dipendenza da ausili tecnologici o dall'assistenza di altri, il timore di perdere il controllo sulle proprie condizioni di vita.
- La richiesta di morte medicalmente assistita arriva, nella maggior parte dei casi, al termine di un processo di riflessione ed è frutto di consapevolezza.
- È **doveroso offrire cure palliative** a chi fa richiesta di morte medicalmente assistita perché possono ridurre le richieste improprie, ma le cure palliative non saranno mai in grado di azzerare la domanda.

Il disegno di legge sul suicidio medicalmente assistito: la posizione della SICP



- No a «**indisponibilità** della vita» e «trattamenti di **sostituzione** delle funzioni vitali»
- Il paziente **deve** essere “inserito in un percorso di cure palliative”. Questo rischia di ridurre le cure palliative a un requisito burocratico, anziché valorizzarle per la loro funzione clinica e umana. Le cure palliative rappresentano un'opportunità di cura che deve essere offerta, garantita e resa realmente accessibile precocemente per poter incidere significativamente sulle storie cliniche ed esistenziali delle persone ammalate.
- L'attuale **carenza di medici e infermieri** esperti in cure palliative rappresenta un ostacolo reale e documentato ed è misura di quanto oggi sia questo un ambito fortemente sottofinanziato. Senza servizi radicati in modo omogeneo sul territorio nazionale, in carenza di strutture dedicate e di personale formato, la copertura resta sulla carta.
- Essenziale il **coinvolgimento del Servizio sanitario nazionale (SSN)** quale garanzia di equità, appropriatezza e trasparenza nelle procedure di accompagnamento al suicidio medicalmente assistito.
- No a un **comitato di valutazione nazionale centralizzato**, nel rispetto dei principi di prossimità e personalizzazione del processo di cura

Quale ruolo per le cure palliative?

- Che cosa contiene la domanda «aiutatemi a morire»? La richiesta di morire non sempre vuol dire una volontà di morte, ma nasconde una domanda di aiuto.
- È indispensabile accompagnare la persona che fa la richiesta di aiuto a morire partendo **dall'ascolto senza giudizio e dall'offerta di un percorso di cura**.
- **Guardatemi negli occhi!** Vogliamo dare un risposta o girarci dall'altra parte?

LA STORIA
di **DARIO DEL PORTO**
NAPOLI

L'appello di Ada: ho la Sla, l'attesa è crudele

La donna che solo otto mesi fa cantava felice in auto sul lungomare di Napoli adesso non può più muoversi, né parlare. «Politici, medici, giudici. Guardatemi negli occhi. Ogni attesa imposta è una tortura in più. Chiedo solo un po' di umanità», dice Ada, 45enne campana affetta da Sla, che affida le sue parole alla sorella Celeste. Ad agosto, quando l'Associazione Luca Coscioni ha reso nota la battaglia intrapresa dopo il diniego opposto dall'Asl alla sua richiesta di suicidio assistito, aveva chiesto di farsi chiamare con un nome di fan-

tasia, Coletta.

Ora sceglie di mostrarsi in volto. «Morire è naturale quanto venire al mondo, non mi terrorizza. Quello che mi fa paura è l'idea di sopravvivere prigioniera in un corpo fatto di dolore che non risponde più ai miei comandi», racconta nel video-messaggio nel quale ricorda la «violenza fulminea» della malattia. Dopo il ricorso discusso in tribunale, la parola è tornata all'Asl. Si attende il parere del comitato etico e la nuova valutazione sulla richiesta di Ada. «Si tratta, semplicemente, di riconoscere a mia sorella la liber-

tà di scelta. Questo incubo deve finire», evidenzia Celeste. L'avvocata Filomena Gallo, segretaria nazionale dell'Associazione Coscioni, sottolinea: «Alla politica chiediamo di rispettare il diritto di una persona di conoscere in tempi certi la risposta sulle condizioni per l'accesso alla morte volontaria assistita. Invece esistono ancora troppe differenze tra le Regioni».

Attraverso l'avvocato Vincenzo Pansini, l'Asl Napoli 3 rimarca «l'iter molto complesso» della procedura. E ribadisce: «Il caso è particolarmente delicato. L'Azienda, la

commissione tecnica e il comitato etico hanno lavorato assiduamente per definire in tempi rapidissimi la vicenda nell'interesse della paziente».

Se dovesse arrivare un nuovo diniego, afferma Celeste, «non ci fermeremo. Mi auguro che non accada, ma andremo avanti. E appena tutto sarà finito nel migliore dei modi per Ada, comincerò anche io lo stesso percorso. Ho la sclerosi: quando verrà il mio momento, non voglio vivere lo stesso calvario di mia sorella».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ada, 44 anni, insieme alla sorella Celeste

Riflessioni finali

- Il nostro obiettivo primario non è garantire una buona morte, ma una buona vita fino alla fine. A chi spetta decidere se la sua vita è «buona»?
- Uscire dal conflitto tra autodeterminazione e indisponibilità della vita.
- Mettere al centro la **pietas**, la compassione, la solidarietà, la presenza necessarie per capire l'altro, per accogliere la sua sofferenza e i suoi **bisogni** in quella circostanza e accompagnarlo fino all'estrema soglia della vita con la certezza che non sarà lasciato solo.



«Prendersi cura non è imporsi, ma accompagnare fino alla fine seguendo i desideri dell'altro/a, anche quando non li capiamo o vorremmo fossero diversi»

(M.Marzano)