

UNIVERSITA' DEGLI STUDI  
DI BRESCIA  
*Area Disciplinare di Medicina e Chirurgia*



Dipartimento di Scienze Cliniche  
e Sperimentali  
(Direttore: Prof. Maurizio Castellano)

**XI CORSO DI  
PERFEZIONAMENTO  
PSICOGERONTOLOGIA  
E PSICOGERIATRIA**

Settore Scientifico-Disciplinare  
di Psicologia Generale  
(Prof. Carlo Cristini)

Scuola di Specializzazione  
in Geriatria e Gerontologia  
(Prof. Giuseppe Romanelli)

MARZO-MAGGIO 2019

# *Le frontiere della terminalità: eutanasia e suicidio assistito*



## **Angelo Bianchetti**

Dipartimento Medicina e Riabilitazione - Istituto Clinico S. Anna – Brescia

Università di Brescia Scuola di Specializzazione in Geriatria

Gruppo di Ricerca Geriatrica – Brescia e Associazione Italiana di Psicogeriatrica

Commissione di Bioetica – Ordine dei Medici Brescia



# Il «giuramento di Ippocrate»

*Non somministrerò ad alcuno, neppure se richiesto, un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicinale abortivo.*



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

## **Art. 17**

### **Atti finalizzati a provocare la morte**

Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte.

# Eutanasia

- Il filosofo inglese **Francis Bacon** introdusse il termine "eutanasia" nelle lingue moderne occidentali nel saggio «**Progresso della conoscenza**».
- Al termine "eutanasia" Bacon attribuiva solo il significato etimologico di **buona morte**, ovvero una semplice morte indolore. Il significato era «altruistico».
- Nella storia non sono rari gli esempi di pratiche «eutanasiche» per scopi diversi da quelli altruistici.
- Oggi con il termine **eutanasia** si intende la morte provocata per porre fine alle sofferenze di un malato terminale con un mezzo medico indolore e supportata dal consenso del malato.

.

# Suicidio assistito/medicalmente assistito

*Il suicidio assistito è l'atto autonomo di porre termine alla propria vita compiuto da un malato terminale in presenza di - e con mezzi forniti da - un medico.*

Table 1. Definitions of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide

| Predominant Term in Ethics                             | Predominant Term in Research <sup>7</sup>      | Definition                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Voluntary active euthanasia                            | Euthanasia                                     | When a person (generally a physician) administers a medication, such as a sedative and neuromuscular relaxant, to intentionally end a patient's life with the mentally competent patient's explicit request                                                                                                                                               |
| Involuntary active euthanasia                          | Ending a life without explicit patient request | When a physician or someone else administers a medication, such as sedative and neuromuscular relaxant, or other intervention, to intentionally end a patient's life but without the mentally competent patient's request                                                                                                                                 |
| Nonvoluntary active euthanasia                         | Ending a life without explicit patient request | When a physician or someone else administers a medication, such as sedative and neuromuscular relaxant, or other intervention, to intentionally end a patient's life with a noncompetent patient who could not give informed consent because the patient is a child or has Alzheimer disease or other condition that compromises decision-making capacity |
| Physician-assisted suicide or physician-assisted death | Physician-assisted suicide                     | When the physician provides medication or a prescription to a patient at his or her explicit request with the understanding that the patient intends to use the medications to end his or her life                                                                                                                                                        |

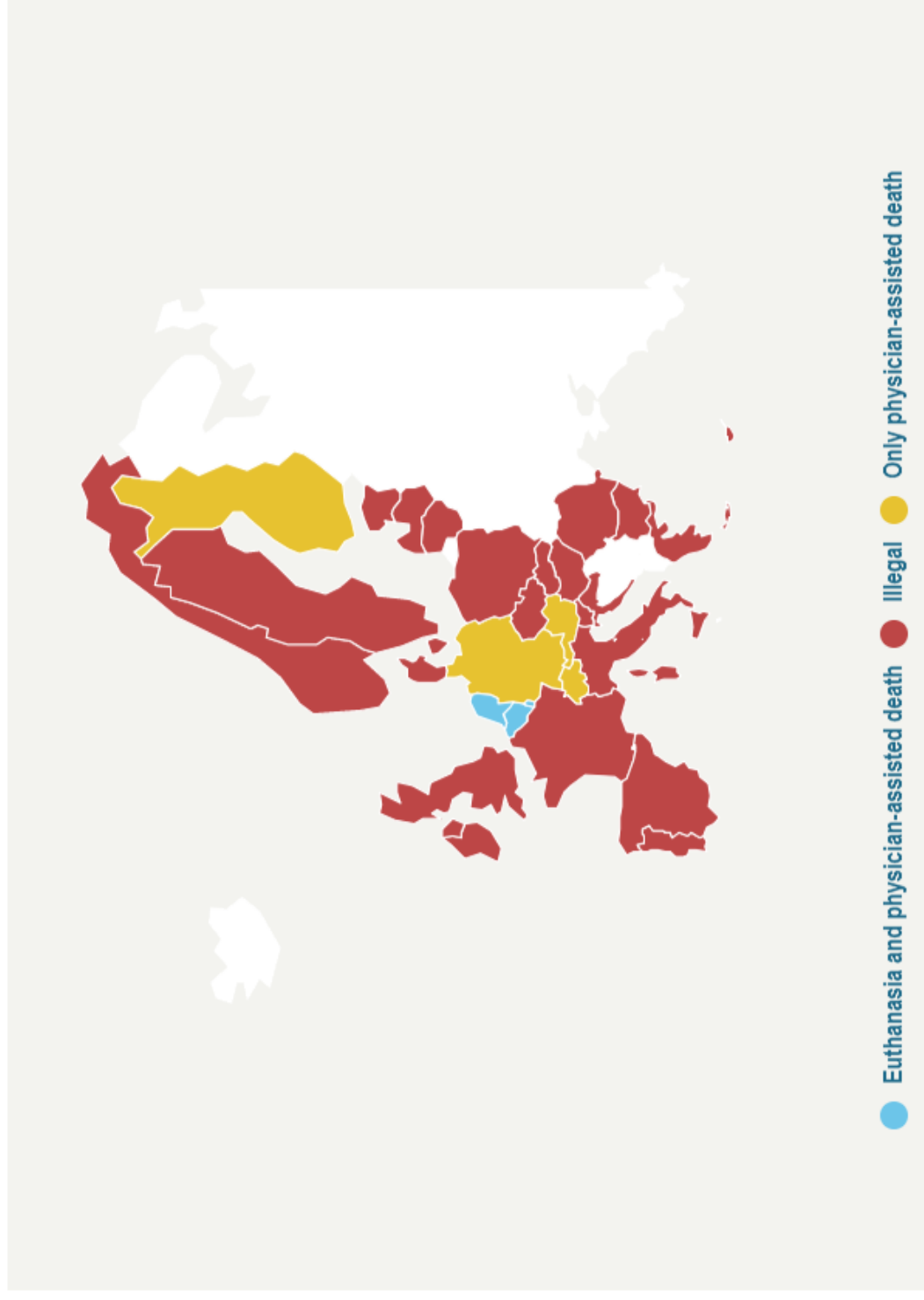
Assisted dying (sometimes also assisted death) is where the patient himself or herself ultimately takes the medication. Euthanasia, by contrast, is usually where the doctor administers the medication to the patient.

Assisted suicide includes people who are not terminally ill, but who are being helped to commit suicide, whereas assisted dying refers to people who are already dying. Some reports do not, however, distinguish between assisted dying and assisted suicide, and I will not distinguish them here.

## Where in Europe is assisted dying legal?

By [Camille Bello](#) • last updated: 10/05/2018

### Where in Europe is assisted dying legal?



## LEGGI DEGLI STATI

**AUSTRALIA:** in alcuni Stati le direttive anticipate hanno valore legale. I Territori del Nord avevano nel 1996 legalizzato l'eutanasia attiva volontaria, provvedimento annullato due anni dopo dal parlamento federale.

**BELGIO:** il 25 ottobre 2001 il Senato ha approvato, un progetto di legge volto a disciplinare l'eutanasia.

**CANADA:** negli Stati di Manitoba e Ontario le direttive anticipate hanno valore legale. In Quebec una legge autorizza il suicidio assistito.

**CINA:** una legge del 1998 autorizza gli ospedali a praticare l'eutanasia ai malati terminali.

**COLOMBIA:** la pratica è legale dal 2015.

**DANIMARCA:** le direttive anticipate hanno valore legale. I parenti del malato possono autorizzare l'interruzione delle cure.

**FRANCIA:** dal marzo 2015 la legge consente, se richiesta dal paziente, una «sedazione profonda e continua» ottenuta con medicinali che possono accordare la vita.

**GERMANIA:** il suicidio assistito non è reato, purché il malato sia cosciente delle proprie azioni.

**LUSSEMBURGO:** l'eutanasia è stata legalizzata nel marzo 2009.

**PAESI BASSI:** Dal 1994 l'eutanasia è stata depenalizzata: rimaneva un reato, tuttavia era possibile non procedere penalmente nei confronti del medico che dimostrava di aver agito su richiesta del paziente. Il 28 novembre 2000 il Parlamento ha approvato (primo Stato al mondo) la legalizzazione vera e propria dell'eutanasia. A partire dal 1° aprile 2002 la legge è entrata effettivamente in vigore.

**SVIZZERA:** ammesso il suicidio assistito, con limiti che la Corte europea dei diritti dell'uomo ha messo in discussione, ma che è accessibile anche a stranieri. Il medico deve limitarsi a fornire i farmaci al malato.

**STATI UNITI:** la normativa varia da Stato a Stato. Le direttive anticipate hanno generalmente valore legale. Nell'Oregon, nel Vermont, nel Montana, in California e nello stato di Washington il suicidio assistito è legale.

**SVEZIA:** l'eutanasia è depenalizzata.

# In Italia

- Eutanasia e l'aiuto al suicidio sono illegittime e si collocano nei reati contro la persona.
- L'eutanasia senza consenso si qualifica come **omicidio volontario** (artt. 575 - 577 - c.p.), mentre l'eutanasia con il consenso del paziente rientra nella disciplina dell'art. 579 c.p. (**omicidio del consenziente**)
- **L'aiuto al suicidio** è considerato un reato (art. 580 c.p.)

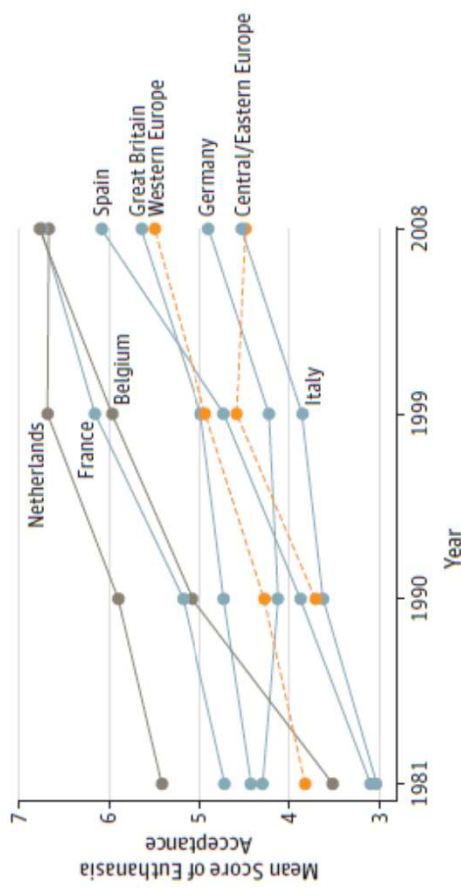
**Table 4. Characteristics of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Cases\***

|                                              | Oregon: Reported Cases <sup>2</sup> |                             | Washington: Reported Cases <sup>3</sup> |                       | Netherlands                 |                                    | Belgium                     |                                       |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
|                                              | 2015                                | 2015                        | 2015                                    | 2015                  | Reported Cases <sup>4</sup> | All Estimated Cases <sup>7,4</sup> | Reported Cases <sup>5</sup> | All Estimated Cases <sup>7,5,7c</sup> |
| No. of reported annual cases                 |                                     |                             |                                         |                       |                             |                                    |                             |                                       |
| Total deaths                                 | 35 598 <sup>77</sup>                | 52 028 (2014) <sup>78</sup> |                                         | 147 134 <sup>79</sup> |                             | 136 058                            | 109 295 <sup>80</sup>       | 61 621 <sup>b</sup>                   |
| Physician-assisted suicide (% of all deaths) | 132 (0.39)                          | 166 (0.32)                  |                                         | 208 (0.1)             |                             | (0.1) <sup>c</sup>                 | 1807 (1.7)                  | (0.05)                                |
| Euthanasia (% of all deaths)                 | 0                                   | 0                           |                                         | 5308 (3.6)            |                             | (2.8) <sup>c</sup>                 |                             | (4.6)                                 |
| Age, y, %                                    |                                     |                             |                                         |                       |                             |                                    |                             |                                       |
| <18                                          | 0                                   | 0                           | 0                                       | NA                    | NA                          | 35 (<65)                           | 0                           | 0                                     |
| 18-44                                        | 3                                   | 2                           | 2                                       | NA                    | NA                          |                                    | 4                           | 2 (18-49)                             |
| 45-54                                        | 6                                   | 6                           | 6                                       | NA                    | NA                          |                                    | 8                           | 9 (50-59)                             |
| 55-64                                        | 21                                  | 20                          | 20                                      | NA                    | NA                          |                                    | 16                          | 8 (60-64)                             |
| 65-74                                        | 29                                  | 32                          | 32                                      | NA                    | NA                          | 41 (65-79)                         | 24                          | 20                                    |
| 75-84                                        | 26                                  | 23                          | 23                                      | NA                    | NA                          |                                    | 27                          | 37                                    |
| ≥85                                          | 15                                  | 17                          | 17                                      | NA                    | NA                          | 24 (≥80)                           | 21                          | 24                                    |
| Disease profile, %                           |                                     |                             |                                         |                       |                             |                                    |                             |                                       |
| Cancer                                       | 77                                  | 75                          | 75                                      | 73                    | 73                          | 79                                 | 73                          | 70                                    |
| Neurodegenerative                            | 8                                   | 11                          | 11                                      | 8                     | 8                           | 6                                  | 6                           | 6                                     |
| Respiratory                                  | 4                                   | 5                           | 5                                       | 4                     | 4                           | 5                                  | 3                           | 3                                     |
| Cardiovascular                               | 3                                   | 5                           | 5                                       | 4                     | 4                           | 4                                  | 5                           | 10                                    |
| Mental                                       | NA                                  | NA                          | NA                                      | 1                     | 1                           | 6                                  | 4                           | 12                                    |
| Other (including multifactorial)             | 8                                   | 3                           | 3                                       | 11                    | 11                          |                                    | 10                          |                                       |

**Table 4. Characteristics of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Cases\***

|                                                               | Oregon: Reported Cases <sup>2</sup> |           | Washington: Reported Cases <sup>3</sup> | Netherlands                 |                                    | Belgium                     |                                        |
|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------|
|                                                               | 1998-2015                           | 2009-2015 | 2015 <sup>1</sup>                       | Reported Cases <sup>4</sup> | All Estimated Cases <sup>7,4</sup> | Reported Cases <sup>5</sup> | All Estimated Cases <sup>7,5,7,6</sup> |
| End of life concerns, %                                       |                                     |           |                                         |                             |                                    |                             |                                        |
| Losing autonomy                                               | 91                                  | 90        | NA                                      | NA                          | NA                                 | NA                          | NA                                     |
| Less able to engage in activities making life enjoyable       | 89                                  | 89        | NA                                      | NA                          | NA                                 | NA                          | NA                                     |
| Loss of dignity                                               | 68                                  | 76        | NA                                      | NA                          | 61                                 | NA                          | 52                                     |
| Losing control of bodily functions                            | 48                                  | 51        | NA                                      | NA                          | NA                                 | NA                          | NA                                     |
| Burden on family, friends/caregivers                          | 41                                  | 53        | NA                                      | NA                          | NA                                 | NA                          | 14                                     |
| Inadequate pain control or concern about it/pain <sup>a</sup> | 25                                  | 36        | NA                                      | NA                          | 49                                 | NA                          | NA                                     |
| Financial implications of treatment                           | 3                                   | 9         | NA                                      | NA                          | NA                                 | NA                          | NA                                     |
| Wish of patient                                               | NA                                  | NA        | NA                                      | NA                          | 85                                 | NA                          | 88                                     |
| Physical and/or mental suffering                              | NA                                  | NA        | NA                                      | NA                          | NA                                 | NA                          | 87                                     |
| No prospect of improvement                                    | NA                                  | NA        | NA                                      | NA                          | 82                                 | NA                          | 78                                     |
| No more options for treatment                                 | NA                                  | NA        | NA                                      | NA                          | 73                                 | NA                          | NA                                     |
| Symptoms other than pain                                      | NA                                  | NA        | NA                                      | NA                          | NA                                 | 63                          | NA                                     |
| Expected suffering                                            | NA                                  | NA        | NA                                      | NA                          | 50                                 | NA                          | 48                                     |
| Estimated shortening of life, %                               | 1998-2015                           | 2009-2015 | 2015                                    | 2010                        | 2012-2013                          | 2013                        |                                        |
| <1 wk                                                         | NA                                  | NA        | NA                                      | 41                          | NA                                 | 55                          |                                        |
| ≥1 wk                                                         | NA                                  | NA        | NA                                      | 59                          | NA                                 | 45                          |                                        |

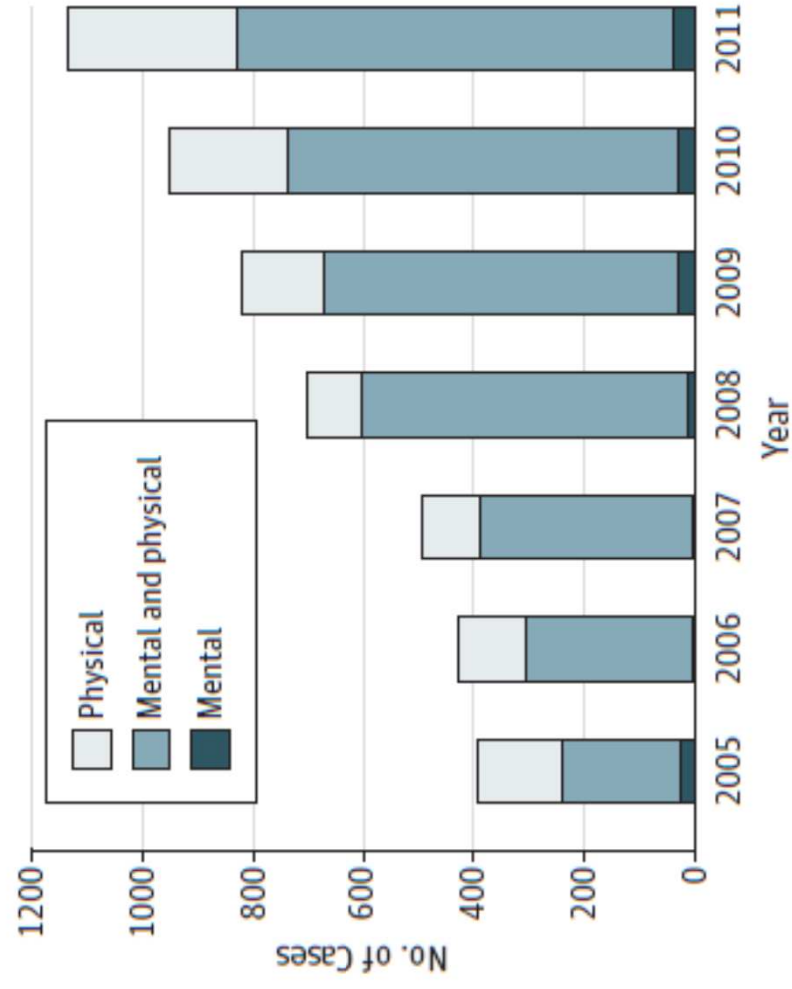
Figure 2. Public Support of Euthanasia in Europe, 1981-2008<sup>48</sup>



Public support assessed using the question "Please tell me whether you think euthanasia (terminating the life of the incurably sick) can always be justified, never be justified, or something in between. Rated on a scale from 1 (never justified) to 10 (always justified)." All surveys were conducted among adults in specified countries. Sample size was 102 701 across all 23 countries and 4 surveys (1981, 1990, 1999, 2008). Brown curves indicate countries with

legalized euthanasia (the Netherlands, Belgium); blue indicates countries without legalized euthanasia (France, Spain, Great Britain, Germany); dashed orange lines indicate regional averages (Western Europe, Central/Eastern Europe). Only countries with populations greater than 10 000 000 were included in the graph. Data for Germany concern West Germany and the same geographic area in the survey years after the reunification of Germany.

Figure. Reported Cases of Euthanasia in Belgium (2005-2011)



# Eutanasia e suicidio assistito: dibattito aperto e “conflitto” di valori

- Libertà di scelta dell'individuo **vs** sacralità/inviolabilità della vita
- Valore individuale (qualità della vita) **vs** valore “sociale”, comunitario (o religioso)
- Libera scelta, consapevole **vs** pressione (psicologica, morale)
- Dignità del morire (e del vivere), libertà dal dolore/sofferenza insopportabile **vs** inadeguatezza del sostegno sanitario, psicologico e sociale alla malattia, al dolore ed alla famiglia
- Legge **vs** deontologia (obiezione di coscienza e giuramento di Ippocrate)
- Il “pendio scivoloso”
- Elementi economici
- Chi non può/sa decidere per sé??



# CORRIERE DELLA SERA

45

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 430521  
Roma, Via Campana 59 C - Tel. 06 498283

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 430521  
Email: [info.corriere@corriere.it](mailto:info.corriere@corriere.it)

**mercanteinfiera**  
25 febbraio - 5 marzo  
PIERRE DI PARMA

**OSCAR**  
2017



«Vince La La Land  
Anzi, no: Moonlight»  
Cappelli, Grassi, Maffioletti, Merenghetti  
alla pagina 34 e 35

**mercanteinfiera**  
25 febbraio - 5 marzo  
PIERRE DI PARMA

Usa e Gran Bretagna

## UN'EUFORIA CHE LASCIA TANTIDUBBI

di Federico Fabiani

**L**asciano stare le proteste degli studenti di buona famiglia sotto la Trump Tower o le profezie di sventura del soldo esportato sulla City di Londra. Guardiamo al futuro, perché rispecchiamo molto meglio i sentimenti degli elettori nella stagione dei grandi choc politici. Le famiglie americane non avevano mai comprato tante auto nuove come nel dicembre scorso, 8,7 milioni di modelli, un record storico per un mese senza guerre di prezzo né incontri fiscali. Quanto alla Gran Bretagna, dal terzo

Suicidio assistito La fine in una struttura svizzera. Il giornale dei vescovi: non è libero, è defunto

## Dj Fabo, un morso per morire

Un pulsante tra i denti: «Via da un inferno». Cappato: mi autodenuncio

Dj Fabo, 40 anni tetraplegico, ha scelto ieri mattina il suicidio assistito in una clinica svizzera per «fuggire da un inferno di dolore».

da pagina 2 a pagina 3 **Aracchi**  
**Fassano, Marrone, Piccolino, Trosino**

**INSEVITA OTTO ANNI DORO**

## La legge che ci manca

di Pierluigi Bartista

**O**tto anni fa, quando l'Italia fu scossa dalla tragedia di Emanuela, nell'opinione pubblica si diffuse la convinzione che fosse necessaria una legge sul «fine vita» e la politica, dopo aver dato di sé un pessimo spettacolo con confronti di rissa e invettive in Parlamento, aveva pensato che in tempi rapidi avrebbe approvato una buona legge sul «distamento biologico» equitativa ed efficace. *continua a pagina 28*

**GLANNELLI**

NOLEGGIO CON CONDUCENTE

QUANDO TI DEVI FERMARE  
TE LO VISO IO?



**LE IDEE PER LA RAI**

## La post verità sui compensi

di Monica Maggiori

**C**aro Direttore, il dibattito sulla Rai è sul tetto ai compensi degli artisti mi sembra insostenibile. Per fortuna, nell'epoca della post-verità, il fatto che si è speso di più per un'opera di teatro o di cinema non è un indicatore di qualità. Qualche anno fa, quando si è speso di più per un'opera di teatro o di cinema non è un indicatore di qualità. Qualche anno fa, quando si è speso di più per un'opera di teatro o di cinema non è un indicatore di qualità. *continua a pagina 10*



di Giuseppe Sardinia

**I**l presidente americano Donald Trump aumenta la spesa militare del 10 per cento. Al Pentagono 54 miliardi in più. Oggi è in programma l'ennesimo discorso alla Camera «vostri tagli alle tasse».

a pagina 11

A MILANO

## «Lo Starbucks

Venerdì 16 NOVEMBRE 2018

## Aiuto al suicidio. Consulta: “Il divieto non è di per sé contrario a Costituzione. Ma è necessaria regolazione materia per evitare abusi verso le persone vulnerabili”

*La Corte reputa "doveroso" consentire al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa. Ciò al fine di "evitare, per un verso, che una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch'essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale". Queste le motivazioni depositate dalla Corte Costituzionale sulla vicenda giudiziaria che coinvolge Marco Cappato per l'assistenza al suicidio offerta a Dj Fabo. [L'ORDINANZA](#)*

Non è, di per sé, contrario alla Costituzione il divieto sanzionato penalmente di aiuto al suicidio. Tuttavia, occorre considerare specifiche situazioni, "inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali".

È uno dei passaggi dell'ordinanza n. 207, depositata oggi (relatore **Franco Modugno**), con cui la [Corte costituzionale ha rinviato al 24 settembre 2019](#) la trattazione delle questioni di costituzionalità dell'articolo 580 del codice penale, sollevate dalla Corte d'assise di Milano nell'ambito della nota vicenda sul suicidio assistito di **DJ Fabo**, che vede imputato **Marco Cappato**.

In particolare, la Corte d'assise sosteneva che l'incriminazione delle condotte di aiuto al suicidio, non rafforzative del proposito della vittima, fosse in contrasto con i principi sanciti dagli articoli 2 e 13 della Costituzione, dai quali discenderebbe la libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria vita. Conclusione avvalorata – secondo i giudici di Milano – anche dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo.

La Corte costituzionale non ha condiviso questa tesi, nella sua assolutezza.



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## **CONSULTA DEONTOLOGICA NAZIONALE**

**ROMA – 14.3.2019**

**<<DOCUMENTO CONCLUSIVO DEI LAVORI DELLA CONSULTA  
DEONTOLOGICA NAZIONALE DELLA FNOMCeO CHIAMATA AD  
ESPRIMERE PARERE SUL SUICIDIO ASSISTITO IN MERITO  
ALL'ORDINANZA 207/18 DELLA CORTE COSTITUZIONALE>>**

La Consulta Nazionale Deontologica della Fnomceo (di seguito CND), in premessa, rileva che la Federazione medica afferma i valori della medicina e del medico a tutela del cittadino ed è custode e garante della Deontologia medica espressa nel Codice di Deontologia Medica (CDM).¶

In merito alla questione del suicidio assistito ed al pronunciamento della Corte Costituzionale attraverso l'Ordinanza 207/18 la CND ritiene vincolante, quale incipit imprescindibile dell'agire medico, quanto stabilito nell'art. 17 che vieta ogni adempimento medico che procuri la morte del paziente.¶

Il comportamento del medico nei casi del fine vita e delle situazioni in cui si proceda alla cura e all'assistenza del paziente in condizioni critiche è sancito dal CDM e dalla relazione di cura fra medico e paziente all'interno di un'alleanza terapeutica basata sulla fiducia reciproca, sul rispetto degli specifici ruoli e sul riconoscimento dei rispettivi diritti.¶

# Secondo il Codice di Deontologia Medica

- Il medico si impegna a costruire una alleanza terapeutica improntata al reciproco rispetto (art. 20)
- Garantisce il rispetto dell'autonomia decisionale del cittadino previamente e adeguatamente informato (art. 33 e 35),
- Impegna il medico ad evitare d'intraprendere e d'insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente futili ed inappropriati (accanimento terapeutico, art. 16),
- Impegna il medico a non abbandonare il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza ed a garantire la continuità delle cure colla terapia del dolore e colle cure palliative (art. 39) (legge 38)
- il medico s'impegna all'osservanza, oltreché delle norme deontologiche, **“di quelle norme giuridiche che non risultino in contrasto con gli scopi della professione”**, in questo modo sancendosi per ogni medico la prevalenza della vincolatività del precetto deontologico rispetto a quello dell'ordinamento giuridico generale.

# Consulta Deontologica Nazionale

- Il ragionamento sul piano giuridico che sottintende alla valutazione della Corte Costituzionale in tema di suicidio assistito, che trova riscontro nelle premesse delle recenti proposte del legislatore sullo stesso tema, è oggetto di un'attenta valutazione da parte della **CND** che ritiene che tali innovazioni e proposte non implicino in via automatica variazioni o adeguamenti della disciplina deontologica alle nuove enunciazioni introdotte.
- Quest'ultima disciplina potrà subire interventi di modifica solo quando la riflessione deontologica della classe medica verrà a reputarlo necessario assumendo fin d'ora una **posizione che si delinea nella vincolatività richiesta dalla coscienza, alla cui clausola ci si deve riferire in casi in cui vi fosse contrarietà verso principi che profondamente coinvolgano il medico.**
- La **CND** ritiene che la norma deontologica, a prescindere dalla natura giuridica o extra-giuridica della stessa, costituisca, perciò, la regola primaria alla quale il sanitario debba ispirare il proprio comportamento.

# Consulta Deontologica Nazionale

- **Considerando la specifica questione del suicidio assistito, pur nel ribadire la posizione espressa nel CDM, porta la CND a ritenere che la competenza dei medici sarà unicamente nei riguardi della relazione e della comunicazione della prognosi da parte dei curanti, nonché riguarderà la definizione clinica, delle condizioni previste dalla Corte affidata a un team clinico e medico legale, al fine di attuare la decisione suicidaria del paziente.**
- **Un diverso atteggiamento al solo fine prescrittivo, a parere della CND, troverebbe infatti una preclusione nello stesso CDM** in considerazione del pieno convincimento clinico nel dover fronteggiare atteggiamenti autolesivi di diversa origine, **per cui impegna il medico**
  - al rispetto dell'art.17.
  - alla non prescrizione per compiacere la persona assistita (art.13)
- limitandone la funzione in base alla perentorietà prevista dalla norma deontologica.

# Consulta Deontologica Nazionale

- A fronte di diversa valutazione del Legislatore e anche in linea al ragionamento della Corte Costituzionale la CND sostiene con fermezza che non sia eludibile la facoltà del medico comunque d'agire in rispetto della clausola di coscienza o, addirittura ove fosse normata, ad esprimere obiezione; **obiezione di coscienza** come espressione del diritto del cittadino allo stesso tempo medico, chiamato per sua stessa missione nei momenti critici dell'esistenza alla tutela della vita e della dignità della persona affidatagli.

# La legge 219/2017

- Non riguarda l'eutanasia....ma
- Pone al centro dell'atto medico la volontà della persona (attuale e anticipata)
- ....anche quando la conseguenza è la morte
- Lascia margini di autonomia (stretti?) agli operatori sanitari.

*Il medico "non ha obblighi professionali nel caso il paziente esiga trattamenti sanitari contrari alle norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche cliniche assistenziali»*

#### **Art. 22**

##### **Rifiuto di prestazione professionale**

Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.

*Le DAT possono (debbono?) essere disattese quando «palesamente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente» oppure se “sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.”*

## **DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)**

*(legge n. 219 del 22 dicembre 2017)*

### **CHE COSA SONO?**

Le DAT sono un documento che raccoglie le disposizioni sulla volontà della persona di sottoporsi o di rifiutare determinati accertamenti diagnostici o trattamenti sanitari.

Le DAT vengono scritte in previsione di una possibile futura condizione di incapacità ad esprimere le proprie volontà.

Le DAT non sostituiscono mai la volontà attuale della persona finché questa è capace di autodeterminarsi.

Nessuno è obbligato a redigere le DAT. In caso di sopravvenuta incapacità della persona, il medico sarà tenuto a compiere ogni intervento adeguato al trattamento della patologia in atto e alla salvaguardia, nei limiti del possibile, della vita e della salute, evitando i trattamenti inutili.

# DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

(legge n. 219 del 22 dicembre 2017)

## Modello di dichiarazione<sup>1</sup>

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF: \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_

DICHIARO  
di avere acquisito *le necessarie e adeguate* informazioni mediche sulle conseguenze delle mie scelte  
attraverso il medico

Dott. \_\_\_\_\_ in data e luogo \_\_\_\_\_

Pertanto, nel caso dovessi in futuro trovarmi nella impossibilità di autodeterminarmi, ovvero di non poter  
comunicare e decidere riguardo ai trattamenti sanitari cui essere o non essere sottoposto,

**DISPONGO** <sup>(2)</sup>

che in caso di



Associazione Comuni Bresciani

**INVITO a INCONTRO**

**CARTA D'IDENTITA' e DONAZIONE DEGLI ORGANI  
DAT, CONSENSO INFORMATO e REGISTRO COMUNALE  
RIFLESSIONI OPERATIVE**

Nel più ampio programma di attività formative destinate agli Enti associati ed ai Funzionari comunali, Associazione Comuni Bresciani organizza un incontro in- formativo al fine di consentire la disamina di quella che sono tra le argomentazioni più articolate e al tempo stesso delicate della normativa in applicazione negli Enti locali, quella del testamento biologico appunto e delle DAT e quindi della Carta d'identità e della donazione degli organi. Le due differenti tematiche verranno affrontate

**LUNEDI' 1 APRILE 2019**

**dalle ore 14.30 alle 16.00 e dalle 16.30 alle 18.00,**

**presso la sede dell'Associazione Comuni Bresciani, in via Creta 42 a Brescia**

Relatore il dott. Roberto Gimigliano, esperto Anusca.

Interverranno la Presidente Rosaria Prandini per l'Aido, la dott.ssa Paola Terenghi del Coordinamento Trapianti dell'ASST Spedali civili di Brescia, mentre per l'Ordine dei Medici di Brescia porteranno il loro contributo il Presidente Ottavio Di Stefano, i Consiglieri Angelo Bianchetti, Adriana Loglio e Anna Giulia Guarneri. Verranno portate anche alcune esperienze sui temi oggetto dell'incontro.

Per l'occasione verrà illustrato e divulgato anche materiale informativo d'utilità per gli Uffici Anagrafe. L'iniziativa è rivolta agli Amministratori locali e, in specie, ai Funzionari degli Uffici Anagrafe e Uffici Demografici, è gratuita, ma la partecipazione è a numero chiuso.

# Legge 219/2017

- E' promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.
- Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura.