

Indirizzi operativi per la verifica dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte Cost. n.242/2019

Premessa:

Con sentenza n. 242/2019 la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale, “per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., l'art. 580 cod. pen., (Istigazione o aiuto al suicidio) nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità procedurali legislativamente previste per l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale di cui agli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*”, ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza in G.U., con modalità equivalenti, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente”.

La Corte costituzionale con questa sentenza non si è limitata a un annullamento "secco" della norma incostituzionale, ma ha ricavato, dalle coordinate del sistema vigente, i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, al fine di evitare che i vuoti di disciplina che ne sarebbero derivati in attesa di interventi legislativi, rischiassero di risolversi a loro volta in una menomata protezione di altri valori costituzionalmente protetti, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale. La Corte ha rinvenuto un preciso punto di riferimento già presente nel sistema – utilizzabile ai fini considerati, nelle more dell'intervento del Parlamento – nella disciplina contenuta negli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 (*fonte sentenza*).

Per arrivare alle sue conclusioni, la Corte è partita dall'osservazione secondo la quale la decisione di accogliere la morte, sulla base della legislazione vigente, potrebbe essere già presa dal malato, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua. Ciò, in forza della legge n. 219 del 2017: principio qualificabile come vero e proprio diritto della persona, che trova fondamento nei principi espressi negli artt. 2, 13 e 32 Cost. La citata legge riconosce, infatti, ad ogni persona capace di agire il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorché necessario alla propria sopravvivenza, comprendendo espressamente nella relativa nozione anche i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale: diritto inquadrato nel contesto della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico. In ogni caso, il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo, rimanendo, in conseguenza di ciò, esente da responsabilità civile o penale. Tali disposizioni sono integrate dalle previsioni della legge n. 38 del 2010 (*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*) che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del paziente, inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. La legge n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari sia sempre associata all'offerta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente (*fonte sentenza*).

La legislazione oggi in vigore (leggi n. 38 del 2010 e n. 219 del 2017) non consente, invece, al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte (*fonte sentenza*).

A fronte di queste premesse, la Corte opera il seguente ragionamento: se il fondamentale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale (*fonte sentenza*).

Pertanto, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno vitale è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non vi è motivo per il quale la stessa persona, a determinate condizioni, non possa ugualmente decidere di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri (*fonte sentenza*).

In tali casi, l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost. (*fonte sentenza*).

Il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente, nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita (*fonte sentenza*).

Da qui la declaratoria di illegittimità costituzionale.

La sentenza dunque introducendo una condizione di non punibilità per il reato di istigazione o aiuto al suicidio, a determinate condizioni, ha di fatto aperto alla possibilità del suicidio medicalmente assistito.

Tuttavia la Corte tiene a precisare che la circostanza che un fatto non sia penalmente rilevante, non significa affatto che esso sia obbligatorio: la declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato (*fonte sentenza*).

La Corte al fine di evitare possibili abusi stabilisce che il controllo delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio sia eseguito dalle strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale facendo riferimento a quanto previsto all'art 1, comma 5, della legge 219/2017 che prefigura una “procedura medicalizzata” estensibile alla verifica della sussistenza dei requisiti richiesti.

La Corte prevede, inoltre, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità, organo individuato, nelle more dell'intervento del legislatore, nei comitati etici territorialmente competenti.

La citata pronuncia, in assenza di un quadro normativo nazionale o regionale di riferimento e nelle more di auspicabili interventi legislativi, tenuto conto della sua immediata operatività, rende necessario predisporre una disciplina amministrativa di regolazione del tema al fine di definire le modalità e, soprattutto, i limiti di attuale, possibile coinvolgimento dell'Azienda in presenza di istanze volte ad ottenerne l'intervento a fronte della decisione maturanda di "suicidio medicalmente assistito", che potrebbero da ora essere avanzate da pazienti eventualmente avvalendosi della ottenuta disponibilità e/o collaborazione di singoli medici e/o di una struttura sanitaria privata.

In assenza di una disciplina, tale intervento della struttura pubblica, anche al fine di tutelare da possibili azioni risarcitorie/giudiziarie l'Azienda stessa e il personale sanitario che vi presta la propria opera, non può infatti che essere prudentiale.

Si ritiene pertanto, nelle more di una specifica regolamentazione legislativa, di dover delineare le modalità di intervento e gestione delle eventuali istanze di "suicidio medicalmente assistito", che potrebbero da ora essere avanzate da pazienti della richiesta adottando una interpretazione strettamente aderente ai criteri indicati dalla sentenza della Corte distinguendo due fasi:

1) la verifica delle condizioni cliniche, sostanziali e delle modalità di esecuzione individuata in sentenza quale condizione necessaria per poter valersi della ipotesi di non punibilità nei casi di suicidio medicalmente assistito (verifica attribuita alle strutture del SSN);

2) l'intervento vero e proprio, la messa in atto dell'aiuto alla morte, "prestazione" che non può intendersi ricompresa negli attuali compiti attribuiti al SSN e non è pertanto, allo stato, dovuta.

L'Azienda non garantisce pertanto il supporto e/o la diretta esecuzione della terapia/trattamento finalizzati ad indurre o agevolare la morte del richiedente e con il supporto di personale sanitario che operi nell'ambito del rapporto di lavoro intercorrente con l'Azienda, anche convenzionato o libero-professionale o in regime di attività intramoenia, né, allo stato, mette a disposizione propri spazi per l'esecuzione di tali volontà.

I presenti indirizzi operativi hanno lo scopo di fornire indicazioni nella gestione di queste istanze, dalla presentazione della richiesta di intervento fino alla decisione in merito alla sussistenza delle condizioni previste in sentenza, limitando il proprio raggio di intervento alla fase di verifica delle condizioni e delle modalità di esecuzione, non ritenendo, allo stato, per i motivi già espressi, di dover intervenire anche nella parte operativa di attuazione della volontà dell'interessato.

1. Ricevimento della richiesta

La richiesta di intervento di suicidio medicalmente assistito, inviata dall'interessato o da chi è stato da lui delegato, pervenuta in qualsiasi forma (mail, pec, raccomandata, a mano) e a qualsiasi struttura dell'Azienda, deve essere subito trasmessa al Protocollo generale per la registrazione e la canalizzazione esclusiva alla Direzione Sanitaria aziendale per gli adempimenti successivi, tra cui l'annotazione della richiesta in apposito registro.

La richiesta deve allegare tutta la documentazione sanitaria disponibile necessaria per la successiva valutazione complessiva e multidisciplinare del caso.

2. Attivazione del percorso

La Direzione sanitaria annota la richiesta nell'apposito registro dei trattamenti e la trasmette alla Commissione aziendale di valutazione di cui al punto 3 e al Comitato di cui al punto 6, i quali, salvo motivarne le ragioni, debbono di norma effettuare una prima visita al paziente entro tre giorni e, dopo almeno un secondo incontro, concludere i propri adempimenti entro i successivi quindici giorni.

La Commissione è immediatamente convocata dal Coordinatore di cui al successivo punto 3 per le valutazioni di competenza.

La Commissione allo scopo esamina la richiesta, acquisisce tutte le ulteriori informazioni/documentazione necessari e, ove lo ritenga, anche al fine di dirimere eventuali dubbi per l'accoglimento della richiesta, si avvale dell'apporto dei servizi aziendali o di specialisti e/o esperti per effettuare eventuali approfondimenti diagnostici o acquisire pareri o una *second opinion*.

3. Commissione aziendale per la verifica dei requisiti previsti dalla Sentenza Corte Cost. n. 242/2019

E' costituita la Commissione aziendale per la verifica dei requisiti previsti dalla Sentenza Corte Cost. n. 242/2019, composta da una *équipe* di professionisti dotati delle competenze necessarie per vagliare ed accertare i presupposti clinici e personali in modo formale e definire gli aspetti procedurali. Per ogni componente è individuato un sostituto.

La Commissione in particolare è composta dai seguenti membri designati dal Direttore Sanitario previa espressione di consenso alla partecipazione:

- 1) un medico palliativista;
- 2) uno psichiatra (competente per il dialogo con il paziente, anche al fine di valutare la irremovibilità del proposito autonomamente e liberamente formatosi, e la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli);
- 3) uno psicologo;
- 4) un anestesista rianimatore;
- 5) un medico specialista nella patologia di cui è affetto il richiedente;
- 6) un medico legale;
- 7) il medico di medicina generale del paziente.

Ciascun componente e sostituto è previamente incaricato dalla Direzione Sanitaria aziendale al trattamento dei dati afferenti le procedure da gestire secondo la disciplina corrente in Azienda.

L'adesione è su base volontaria.

A queste figure, se il paziente lo richiede, può di volta in volta essere affiancato un ulteriore medico di sua fiducia da sé formalmente individuato prestando contestualmente il consenso ai fini della privacy (*fonte parere CRB*).

In ogni momento i componenti, ferma la conclusione di eventuali procedimenti in corso, possono chiedere di cessare dalla partecipazione alla Commissione. L'Azienda garantisce libertà di coscienza a tutto il proprio personale, di qualunque profilo, rispetto alla applicazione della Sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019. Nel caso di mancato reperimento di componenti della Commissione di cui al punto 3 ritenuti necessari, si procederà alla ricerca delle relative professionalità mediante avviso esterno rivolto al personale del Servizio Sanitario Regionale. L'attività prestata volontariamente dai dipendenti è resa in orario di servizio e rientra nei compiti istituzionali. I rispettivi Responsabili, nel caso si renda necessario, ne garantiscono la possibilità di svolgimento nei tempi richiesti adottando eventuali provvedimenti organizzativi necessari. Nel caso di partecipazione di eventuali componenti esterni, essa è comunque gratuita e non remunerata, salvo il rimborso di eventuali spese nei limiti previsti per il personale dipendente.

Le funzioni di coordinamento delle attività sono affidate dal Direttore Sanitario con propria nota.

4. Valutazione e verifica dei requisiti e offerta delle alternative

La Commissione valuta la legittimità della richiesta di suicidio medicalmente assistito alla luce dei requisiti indicati nella sentenza della Consulta:

- a) Patologia irreversibile
La Commissione dovrà motivare i criteri scientifici (linee guida, evidenze, etc.) utilizzati per stabilire l'irreversibilità della patologia
- b) Sofferenze fisiche o psicologiche che la persona reputa intollerabili
La Commissione dovrà motivare analogamente gli elementi oggettivi di verifica percorsi
- c) Trattamenti di sostegno vitale (intendendosi per trattamenti di sostegno vitale esclusivamente quelli indicati nella Sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, ovvero trattamenti di sostegno artificiale che mantengano in vita il paziente)
- d) Consenso libero e consapevole
La volontà del paziente deve manifestarsi in modo chiaro, esplicito e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni.
La Commissione deve accertare che il paziente sia capace di autodeterminarsi, sia in grado di prendere decisioni libere, autonome, ponderate e non influenzate da condizioni di vulnerabilità (sociali, economiche ecc.) o da cause transitorie affrontabili con altri mezzi.
Il paziente deve essere adeguatamente informato sulla propria condizione di salute, sulla relativa prognosi, sulle conseguenze della scelta di ricorrere al suicidio medicalmente assistito.
La manifestazione di volontà dovrà essere acquisita e documentata in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Qualora il paziente si trovi ricoverato presso strutture aziendali, tale documentazione dovrà essere inserita nella cartella clinica. Il paziente ha, in qualsiasi momento, la possibilità di modificare la propria volontà (*fonte parere CRB*).

La Commissione provvede a verificare collegialmente le condizioni (presupposti clinici e personali), proponendo fattivamente le alternative disponibili in regime di SSN (ad es. percorso di cure palliative, sedazione palliativa profonda continua, attuazione di una appropriata terapia del dolore ecc.), e valutando se possano esservi motivi di ripensamento del paziente, anche attraverso lo specifico supporto psicologico previsto (*fonte parere CRB*).

La sentenza sottolinea l'esigenza di adottare opportune cautele affinché l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente (*fonte sentenza*).

Dovranno essere altresì verificate le modalità proposte di realizzazione dell'atto finale, le quali dovranno essere tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze (*fonte sentenza*).

La Commissione annota e motiva rigorosamente ogni passaggio e produce al termine una relazione scritta da inviare al Comitato per l'etica clinica territorialmente competente affinché esso possa attivarsi e produrre il parere di propria competenza (*fonte parere CRB*).

La relazione della Commissione ed il successivo parere del Comitato, se si tratta di paziente ricoverato, vengono allegati alla cartella clinica, della quale costituiscono parte integrante.

La richiesta di suicidio assistito non può essere avanzata mediante Disposizioni anticipate di trattamento (DAT), che per definizione, divengono efficaci a fronte di una sopravvenuta incapacità del paziente (*fonte parere CRB*).

5. Rapporto con l'interessato e con la famiglia e/o soggetti conviventi

La Commissione avvia dei colloqui ed un dialogo oltre che con l'interessato, previo consenso dello stesso e nel pieno rispetto della sua volontà, anche con i componenti del nucleo familiare e/o di convivenza, se da lui preventivamente indicati e autorizzati, ai quali verrà fornita adeguata informativa ai fini della tutela della privacy.

Il contatto con la famiglia e/o con i soggetti conviventi è finalizzato anche a capire il contesto degli affetti, sociale, economico, a verificare che il proposito di suicidio non sia stato influenzato/condizionato da altri fattori e/o persone e a verificare la posizione della famiglia in relazione alle intenzioni del malato.

E' auspicabile che la scelta del richiedente sia il più possibile condivisa dalla famiglia e/o dagli affetti conviventi alla quale potrà essere offerto un servizio di accompagnamento al lutto.

Il rapporto con la famiglia e gli affetti conviventi è importante anche in relazione agli aspetti relativi alle modalità di attuazione della volontà del paziente. Il malato dovrà infatti indicare dove desidera mettere in atto il suicidio medicalmente assistito (proprio domicilio o altro ambiente o struttura) e in questo senso è auspicabile la partecipazione dei familiari e/o soggetti citati.

6. Rapporto con il Comitato aziendale per l'etica clinica

In adesione al Parere nr. 2/2020 del 14/02/2020 della Commissione regionale toscana di bioetica, il parere richiesto dalla Sentenza della Corte Costituzionale è espresso dal Comitato per l'etica clinica dell'Azienda USL Toscana Nord Ovest.

Il Comitato, secondo la Consulta, coopera alla costruzione della "cintura protettiva intorno a queste persone particolarmente vulnerabili", eventualmente attivando colloqui con il/la paziente e la famiglia e/o soggetti conviventi da lui indicati.

La valutazione del Comitato, quale soggetto "terzo" e con funzioni di garanzia di situazioni di vulnerabilità implicate nel singolo caso clinico, si esprime attraverso un parere obbligatorio, ma non vincolante.

Le scelte decisive devono infatti originare e concludersi all'interno della relazione cui strettamente ineriscono, cioè quella medico (Commissione) – paziente (*fonte parere CRB*).

Il parere del ComEC dovrà essere adeguatamente motivato per iscritto e allegato alla relazione conclusiva della Commissione.

7. Decisione

La Commissione dopo aver acquisito il parere del Comitato per l'etico clinica, redige la relazione conclusiva.

Nella relazione si dà atto della sussistenza o della insussistenza delle condizioni prescritte per dare seguito alla richiesta del suicidio medicalmente assistito e della adeguatezza/appropriatezza o della inadeguatezza/inappropriatezza delle modalità proposte per l'esecuzione della volontà del paziente.

La decisione dovrà essere adeguatamente motivata per iscritto.

La valutazione della Commissione avviene all'unanimità dei componenti.

Nel caso manchi l'unanimità, la Commissione apre un confronto con il Comitato per l'Etica Clinica. Ove anche a seguito del confronto permanga una situazione di disaccordo all'interno della Commissione, la richiesta viene respinta.

Qualora la Commissione non ritenesse sussistenti le condizioni per dar seguito alla richiesta, al malato è garantita comunque la possibilità di una ulteriore interlocuzione con la Commissione stessa in tempi adeguati alla sua condizione clinica (*fonte parere CRB*).

La decisione finale viene comunicata all'interessato e/o al suo delegato sempre per scritto ed inoltre, e se necessario, anche con eventuali altre modalità ritenute più idonee rispetto alle condizioni cliniche del paziente.

8. Riservatezza e trattamento dati personali

All'interessato o al suo delegato, ai familiari eventualmente coinvolti, deve essere sottoposta per presa visione specifica Informativa privacy, indicante le modalità di trattamento dei dati personali, il Responsabile del trattamento, la finalità e la base giuridica, i soggetti destinatari, i tempi di conservazione etc. e tutti gli elementi di cui all'art. 13 e 14 del Regolamento U.E. n. 689/2016.

Elenco firmatari

ATTO SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000 E DEL D.LGS. 82/2005 E SUCCESSIVE MODIFICHE E INTEGRAZIONI

Questo documento è stato firmato da:

NOME: LUCA CEI

DATA FIRMA: 08/09/2021 18:27:48

IMPRONTA: 62653862323134366331663131386463336635333966623564613733373835356639343339643834