

Articolo 101 – Piemonte – Valle d'Aosta



EUTANASIA LEGALE ?

Un quesito tra etica, sociologia e diritto



Argomenti

- La responsabilità sociale di magistrati avvocati
- Lo stato dell'arte: quale è la sensibilità da un lato e l'attuazione dall'altro della legge sul testamento biologico che parimenti attiene al fine vita?
- La crescita esponenziale dei numeri dei soggetti vulnerabili in particolare anziani
- Il consenso informato nella sentenza Englaro
- Perché scegliere anticipatamente?
- Quando le persone sono più ricettive ad occuparsi della fine della propria vita -statistiche in Francia e Spagna-
- Il problema dei caregiver dei soggetti vulnerabili
- Il concetto di salute nella magnifica definizione del Consiglio di Stato
- Libertà e dignità =auto responsabilità
- Le DAT e i contenuti biografici
- DAT, eutanasia e suicidio assistito
- Se già il testamento biologico è così ostico che dire del referendum/progetto di legge su eutanasia/suicidio assistito?
- Appunti in ordine sparso sul tema delle: «**Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita**»
- Il parere del Comitato Nazionale di Bioetica del 18 luglio 2019

MAGISTRATI E AVVOCATI TUTELA DEI SOGGETTI VULNERABILI

La responsabilità sociale



CEDU: Il ruolo sociale di magistrati avvocati e notai

La Corte accosta gli avvocati ai notai ed ai magistrati, sottolineando il **rilievo pubblico delle professioni giuridiche**, che le distingue nettamente - dice la Corte - da gruppi di altre persone che, pur avendo studiato legge, e pur avendo ricevuto una qualche forma di "*legal training*" **non presentano quel complesso universo deontico di diritti e di doveri che connotano invece "lawyers, public notaries, and judges"**.



AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

Per quanto riguarda gli avvocati

Il ruolo sociale dell'avvocatura

CEDU 18 ottobre 2011 (**Graziani-Weiss contro Austria**), la Corte europea:

- distingue la professione forense dalle altre attività di prestazione di servizi,
- sottolinea il valore sociale della professione
- che impone all'avvocato **di assumere funzioni pubbliche quali quelle di tutela e curatela di soggetti incapaci, proprio in ragione della particolare qualificazione professionale acquisita, del superamento dell'esame di abilitazione, e dei doveri deontologici che gravano sul legale.**



«Il ruolo e la funzione sociale dell'avvocatura

(Antonino Galletti, presidente dell'Ordine di Roma)

Il corriere 17 maggio 2021

«Il ruolo e la funzione sociale dell'avvocatura: «Si esaltano massimamente nella tutela dei diritti e delle libertà dei più fragili e, dunque, è importante che, soprattutto nei momenti di crisi, l'avvocatura individui al suo interno le risorse per essere d'ausilio proprio a costoro nei limiti e col rispetto delle nostre regole ordinamentali e deontologiche che sono poste a presidio della qualità delle prestazioni professionali »



DAT

il vademecum degli avvocati

2 luglio 2019 ore 14.30-18.00
Maxi Aula 2 - Tribunale di Torino

*«In una società dove diminuiscono le nascite e aumentano gli anziani, nella quale i progressi della medicina consentono di prolungare la vita oltre ogni immaginazione ma anche in una società nella quale le famiglie sono “liquide”, i figli spesso costretti a emigrare per trovare un lavoro, in un mondo dove i fondi per la sanità diminuiscono progressivamente, **aiutare le persone, con cui a vario titolo veniamo in contatto, a pensare serenamente alla fine della propria vita è un compito alto che nobilita il nostro agire professionale mettendoci inevitabilmente in gioco anche personalmente**».*

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

QUALE È LA SENSIBILITÀ DA UN LATO E L'ATTUAZIONE DALL'ALTRO AD ESEMPIO DELLA LEGGE SUL TESTAMENTO BIOLOGICO

FOCUS) MGMT
Our Values Your Value



Ricerca sulle percezioni della popolazione italiana in merito al Testamento Biologico

Analisi quantitativa

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

BIOTESTAMENTO, QUESTO SCONOSCIUTO

Percezione e dati sul Biotestamento

...due anni dopo

I PROMOTORI PARLANO DI:

- Libertà
- Diritti
- Dignità



I DETRATTORI PARLANO DI:

- Morte
- Suicidio
- Eutanasia



1 LA CONOSCENZA DELLA NORMATIVA E' SCARSA

Solo il **19%** dei cittadini italiani dichiara di conoscere bene la legge



2 IL PENSIERO INCUTE TIMORE

Solo **3 persone su 10** hanno pensato al proprio fine vita



3 È VISTO COME MEZZO PER GARANTIRE I DIRITTI...

I cittadini sono mediamente favorevoli al Biotestamento (4,5 su 7 è il livello medio di favorevolezza alle DAT a livello nazionale)



4 ...MA L'EUTANASIA SPAVENTA

Si ha paura sia lo step iniziale per introdurre l'eutanasia (4,6 su 7 è il grado di accordo dei cittadini italiani nel ritenere le DAT un mezzo di introduzione del diritto alla morte)



5 LA POPOLAZIONE SI DIVIDE IN:

- 52% Convinti
- 21% Scettici
- 27% Contrari



6 IL FUTURO POTREBBE SORPRENDERE

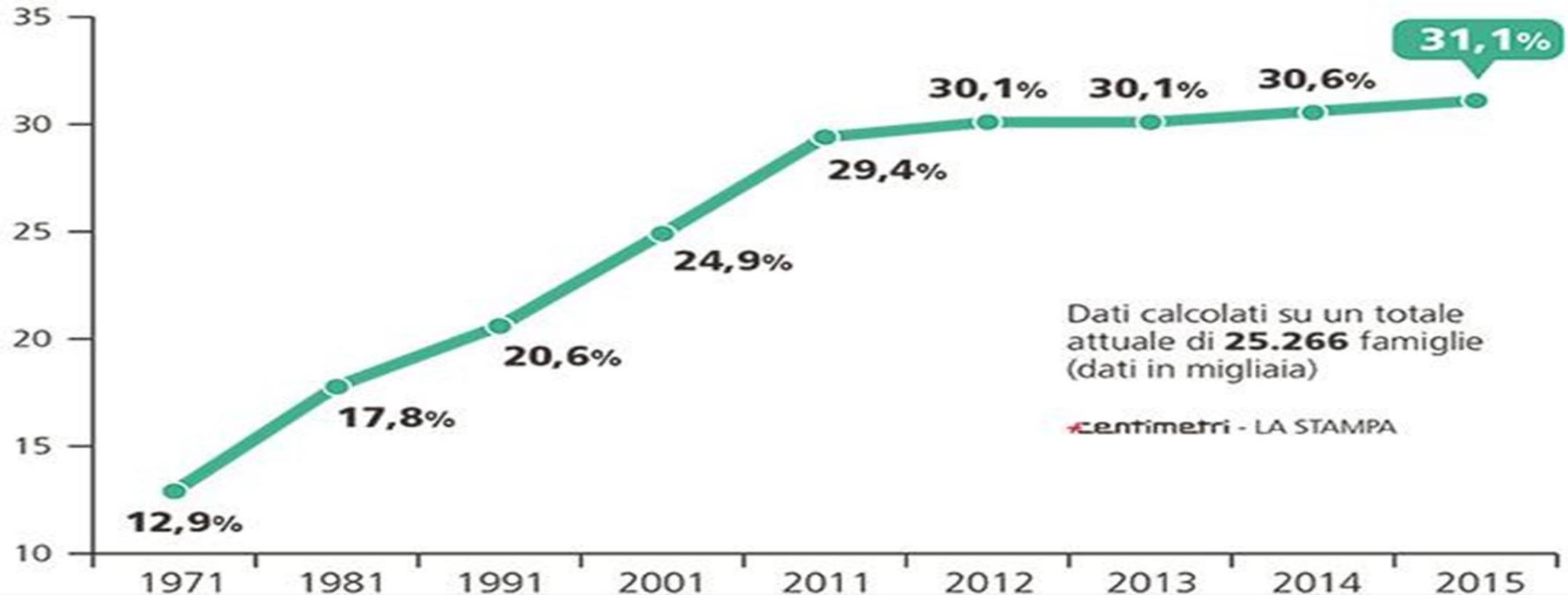
- Lo **0,7%** ad oggi ha redatto il Biotestamento
- **4,3 su 7** è la propensione alla redazione futura delle DAT

Magistrati avvocati e fine vita

La crescita esponenziale dei numeri dei soggetti vulnerabili in particolare anziani

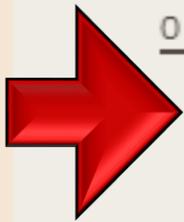
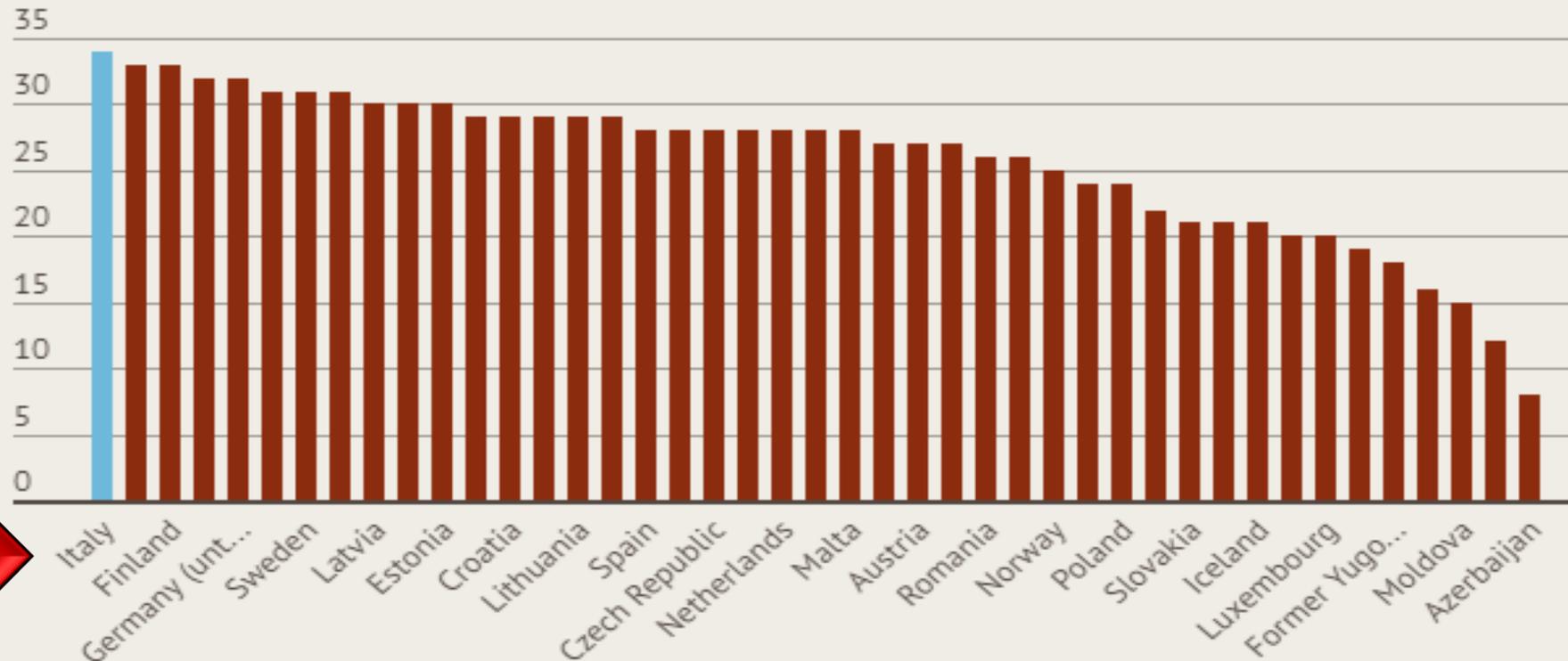
Quali categorie di cittadini possono presentare maggiore vulnerabilità esistenziale

L'AUMENTO DEL NUMERO DI FAMIGLIE UNIPERSONALI IN ITALIA



PERCENTUALI DI ULTRA SESSANTACINQUENNI IN VARI PAESI

% di persone over 65 rispetto ai 15-64 anni (2017)

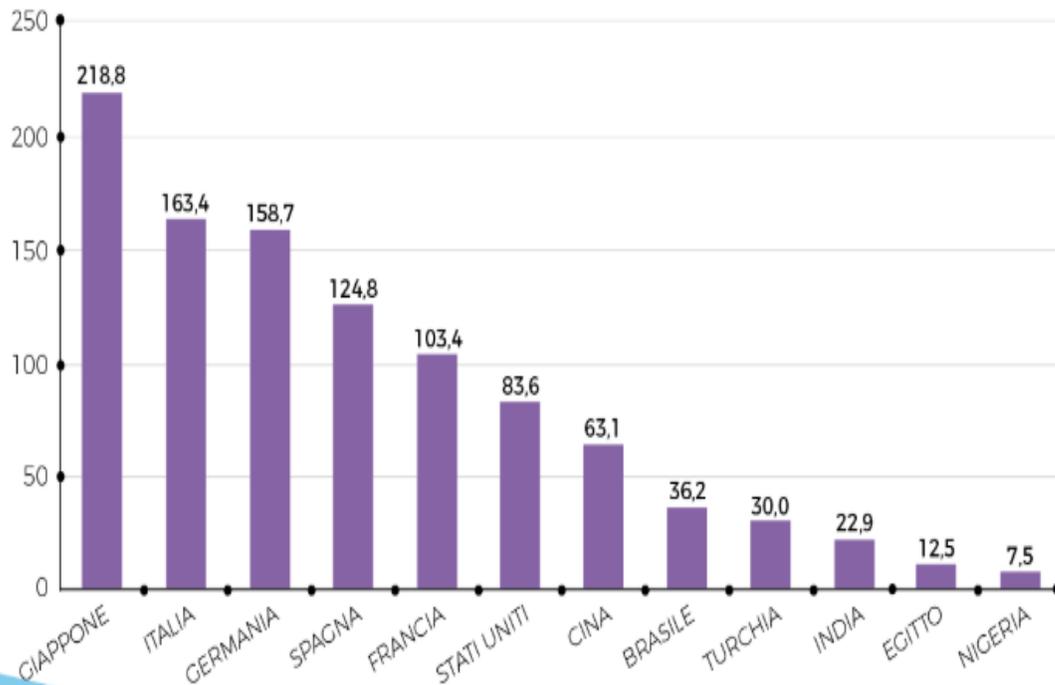


% di over 65 che dichiara di avere difficoltà in queste azioni di base (* % di over 75)

PERCENTUALI DI ULTRA SESSANTACINQUENNI IN VARI PAESI (MONDO)



INDICE DI VECCHIAIA*
IN ALCUNI PAESI DEL MONDO



*Rapporto tra persone over 65 e under 14,
fatti 100 gli under 14

La situazione nel mondo presenta differenze impressionanti.

Ci sono paesi dove ci sono due over 65, o quasi, per ogni under 14 (Giappone, Italia, Germania), ce ne sono altri in cui gli anziani sono meno della metà dei giovani. Perché ci sono tantissimi giovani, ma anche perché molte meno persone vivono oltre i 65 anni di età.

LENNIS

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

ANZIANI DI 75 ANNI E PIÙ

7.058.755

11,7%
della popolazione

donne **60,0%**
uomini **40,0%**

Persone con

| | |
|-----------------------|------------------|
| 80 anni e più | 4.330.074 |
| 90 anni e più | 774.528 |
| 100 anni e più | 14.456 |
| 105 anni e più | 1.112 |

CON CHI VIVONO

in coppia

44,5%

29,0% donne
67,8% uomini

*convivono o sono
vicini ai figli**

20,9% stessa casa
15,1% stesso caseggiato
25,8% figli entro 1 km

soli

38,2%

49,2% donne
21,7% uomini

*dati al 2016

COME STANNO

*3 o più malattie
croniche*

42,3%

48,1% donne
33,7% uomini

*gravi limitazioni
attività quotidiane*

22,0%

24,7% donne
18,0% uomini

AI TEMPI DEL COVID AIUTA

*avere abitazioni
con spazi esterni*

90,0%

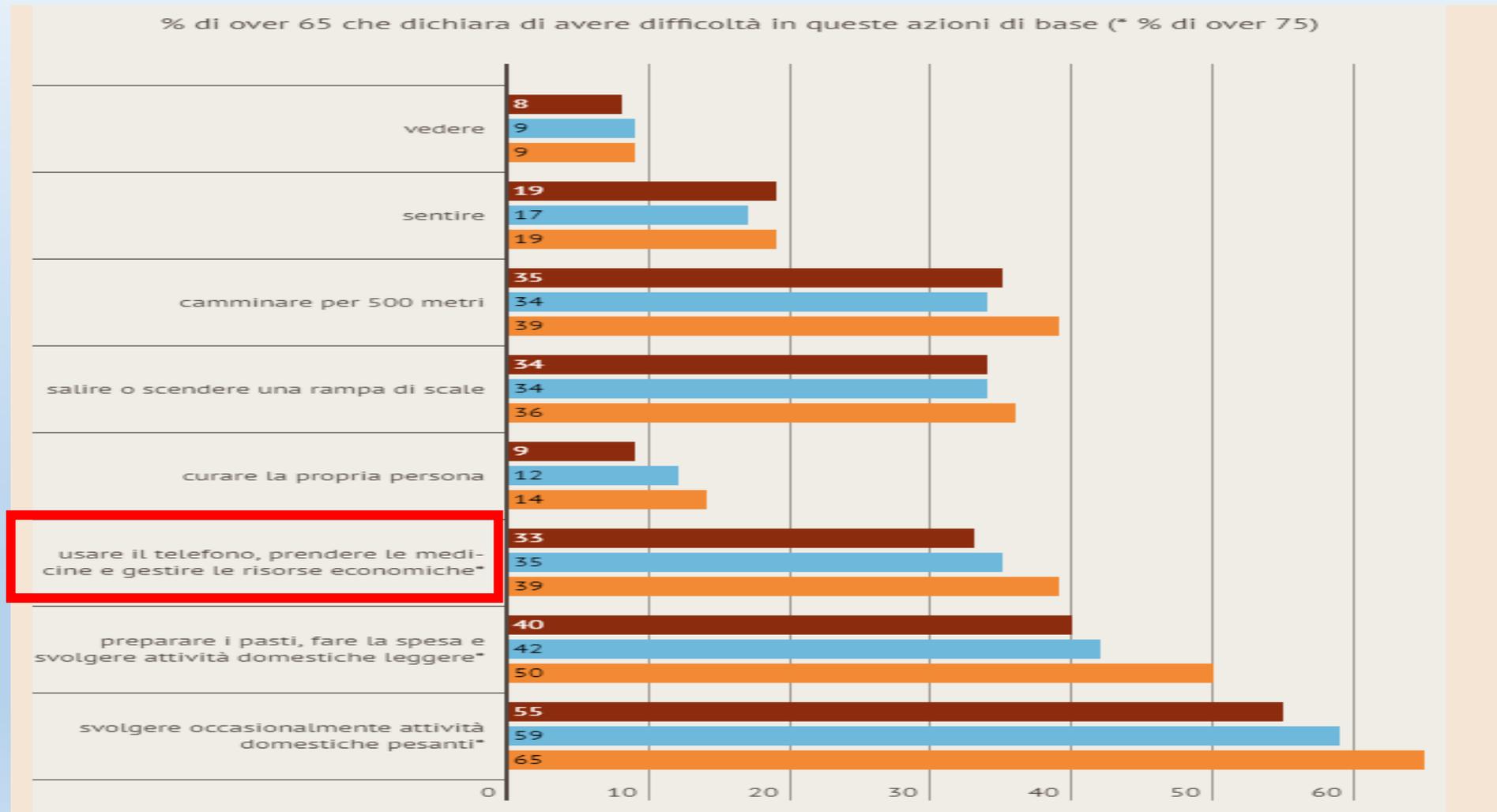
79,8% terrazza/balcone
40,9% giardino privato

*avere un cane**

12,1%

*famiglie con tutte persone di 75 anni e più
anno 2015

% DI OVER 65 CHE DICHIARA DI AVERE DIFFICOLTA' IN QUESTE AZIONI DI BASE (NORD CENTRO E SUD)





Ultime

Storie ▾

Interviste ▾

Blog ▾

Bookazine ▾

Sezioni

Statistiche

Istat: sempre meno italiani e sempre più vecchi

di Redazione | 07 febbraio 2019

Sempre più vecchi. Entro il 2065, secondo le previsioni dell'Istat, **la vita media crescerà di oltre 5 anni sia per le donne che per gli uomini.**

Le prime arriveranno a 90,2 anni (erano 85 nel 2016), i secondi a 86,1 (erano 80,6).

Il picco di invecchiamento dovrebbe verificarsi nel periodo 2045-2050 **quando nella popolazione la quota di ultrasessantacinquenni sarà vicina al 34%.**

IL CONSENSO INFORMATO (ANCORA LUI)

Art. 5 comma 3 del testo base del progetto di legge *DISPOSIZIONI IN MATERIA DI MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA*

Il rapporto (redatto dal medico a cui è stato chiesto di accedere alla morte volontaria medicalmente assistita) deve precisare:

- se la persona è stata **adeguatamente informata della propria condizione clinica e della prognosi**
- se è stata adeguatamente informata dei trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le possibili alternative terapeutiche.

Il rapporto deve indicare inoltre se la persona

- è a conoscenza del diritto di accedere alle cure palliative,
- e specificare se è già in carico a tale rete di assistenza
- o se ha rifiutato tale percorso assistenziale.

CONSENSO INFORMATO E INSEGNAMENTI DELLA CASSAZIONE NEL CASO ENGLARO (Cassazione 21748/2007)



SENTENZA ENGLARO (Cassazione 21748/2007)

“Il consenso informato costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario. Senza il consenso informato l'intervento del medico è sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente, la pratica del consenso libero e informato rappresenta una forma di rispetto per la libertà dell'individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi”



LA SENTENZA ENGLARO

«Il consenso afferisce: alla libertà morale del soggetto, alla sua autodeterminazione, nonché alla sua libertà fisica intesa come diritto al rispetto della propria integrità corporea, le quali sono tutti profili della libertà personale, proclamata inviolabile dall'art. 3 della Costituzione»



LA SENTENZA ENGLARO

«... non è attribuibile al medico un generale diritto di curare”a fronte del quale non avrebbe alcun rilievo la volontà dell’ammalato che si troverebbe in una posizione di soggezione su cui il medico potrebbe ad libitum intervenire con il solo limite della propria coscienza».



LA SENTENZA ENGLARO: DIRITTO ALL'AUTODETERMINAZIONE ANCHE IN CASO DI RISCHIO MORTE

- ✓ «Consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia, di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale»
- ✓ **«Deve escludersi che il diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene vita»**
- ✓ «...non c'è possibilità di disattendere- il dissenso informato del paziente- in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico».

Perchè scegliere anticipatamente



“E' difficile rimanere imperatore in presenza di un medico; difficile anche conservare la propria essenza umana: l'occhio dei medici non vede in me che un aggregato di umori, un povero amalgama di linfa e di sangue”, come se la dignità e l'essenza di una persona svanissero, nella malattia, a favore di un semplice aggregato di umori

Marguerite Yourcenar in «Memorie di Adriano»

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

Quando le persone sono più ricettive ad occuparsi della fine della propria vita



55-64 anni GIOVANI ANZIANI

65-74 anni ANZIANI

oltre i 75 anni MOLTO ANZIANI



Con i giovani anziani 55-64 anni si può meglio ragionare sulla «progettazione» del fine vita in quanto ancora lontani -per età media- dal passaggio finale ma già consapevoli del problema



VEDIAMO GLI ESEMPI DI PAESI A NOI VICINI

LEGGI FINE VITA

APPLICAZIONI IN FRANCIA E SPAGNA

PRIMA LEGGE LEONETTI

(legge 2005-370 del 22 aprile 2005)

DIRECTIVES ANTICIPEES



LA LEY PER LA AUTONOMIA DEL PACIENTE

(Ley 41/2002)

TESTAMENTO VITAL



AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI

Studio Legale

FINE VITA IN FRANCIA STATISTICHE

<https://www.humanite.fr/sante-la-loi-sur-la-fin-de-vie-souffre-dun-bilan-mitige-649981>

- Prima del 2016 – ovvero prima della modifica che ha introdotto all'articolo 3 la sedazione palliativa profonda- solo il 2 % - 3 % dei francesi avevano redatto le loro DAT
- Ora sono l'11%, secondo il sondaggio realizzato dall'istituto BVA che ha intervistato circa 1 000 persone di età superiore ai 50 anni



IL SONDAGGIO FRANCESE -DEL CENTRO NAZIONALE DI CURE PALLIATIVE DI FINE VITA

<https://www.bva-group.com/sondages/regard-francais-medecins-generalistes-directives-anticipees-sondage-bva-centre-national-soins-palliatifs-de-fin-de-vie>

Sondaggio ha riguardato 1000 persone scelte tra cittadini di età superiore a 50 anni e medici di base.

- 85% dei medici di base e 60% dei francesi conosce l'esistenza di una legge sul fine vita
- 42% di francesi sanno che la legge sul fine vita prevede le direttive anticipate di trattamento ma solo il 19% sa precisamente di cosa si tratti.
- 77% dei francesi pensano che sia uno strumento interessante
- 11% dei francesi hanno già redatto le loro DAT e il 32% potrebbero redigerle mentre il 51% lo esclude e il 6% non si pronuncia
- Coloro che hanno redatto le loro DAT, lo hanno fatto per i seguenti motivi
 - in primis per liberare i loro cari dalla responsabilità di decidere per loro (56%)
 - e per non subire accanimento terapeutico (50%).

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

Spagna



El Pais 2013 «*Insctruciones para morir*» a 12 anni dall'entrata in vigore della *Ley de autonomia del Paciente*:

- 150.000 persone hanno depositato le loro istruzioni di fine vita
- Rappresentano l'1% degli spagnoli
- la maggior parte sono donne in età 45-65 anni.

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

DECLARANTES CON IP ACTIVA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y SEXO

Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2021

| Comunidad Autónoma | Hombres | Mujeres | No consta | Total | Población 01/01/2020 (**) | Hombres por 1.000 hab. | Mujeres por 1.000 hab. | Total por 1.000 hab. |
|-----------------------|----------------|----------------|---------------|----------------|---------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|
| ANDALUCIA | 17.257 | 26.303 | 107 | 43.667 | 8.464.411 | 2,04 | 3,11 | 5,16 |
| ARAGON | 4.084 | 6.756 | 1 | 10.841 | 1.329.391 | 3,07 | 5,08 | 8,15 |
| ASTURIAS | 2.960 | 4.897 | | 7.857 | 1.018.784 | 2,91 | 4,81 | 7,71 |
| BALEARES | 3.804 | 6.501 | | 10.305 | 1.171.543 | 3,25 | 5,55 | 8,80 |
| CANARIAS | 4.812 | 7.942 | | 12.754 | 2.175.952 | 2,21 | 3,65 | 5,86 |
| CANTABRIA | 2.933 | 790 | | 3.723 | 582.905 | 5,03 | 1,36 | 6,39 |
| CASTILLA-LA MANCHA | 3.310 | 5.292 | | 8.602 | 2.045.221 | 1,62 | 2,59 | 4,21 |
| CASTILLA Y LEON | 4.525 | 8.454 | | 12.979 | 2.394.918 | 1,89 | 3,53 | 5,42 |
| CATALUÑA | 30.794 | 52.465 | 12.397 | 95.656 | 7.780.479 | 3,96 | 6,74 | 12,29 |
| COM. VALENCIANA | 11.406 | 18.996 | | 30.402 | 5.057.353 | 2,26 | 3,76 | 6,01 |
| EXTREMADURA | 918 | 1.278 | | 2.196 | 1.063.987 | 0,86 | 1,20 | 2,06 |
| GALICIA | 4.231 | 7.382 | | 11.613 | 2.701.819 | 1,57 | 2,73 | 4,30 |
| MADRID | 12.096 | 22.503 | 3 | 34.602 | 6.779.888 | 1,78 | 3,32 | 5,10 |
| MURCIA | 2.012 | 3.191 | 1 | 5.204 | 1.511.251 | 1,33 | 2,11 | 3,44 |
| NAVARRA | 3.843 | 6.667 | | 10.510 | 661.197 | 5,81 | 10,08 | 15,90 |
| PAIS VASCO | 10.821 | 20.645 | 86 | 31.552 | 2.220.504 | 4,87 | 9,30 | 14,21 |
| RIOJA | 1.299 | 2.385 | | 3.684 | 319.914 | 4,06 | 7,46 | 11,52 |
| CEUTA Y MELILLA(***) | 77 | 105 | | 182 | 171.278 | 0,45 | 0,61 | 1,06 |
| TOTAL NACIONAL | 121.182 | 202.552 | 12.595 | 336.329 | 47.450.795 | 2,55 | 4,27 | 7,09 |

(*) Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020

(**) Inscripción provisional Registro Ministerio de Sanidad

DECLARANTES CON IP ACTIVA POR COMUNIDAD AUTÓNOMA Y GRUPOS DE EDAD

Registro Nacional de Instrucciones Previas. Enero 2021

| | < 18 años (*) | 18-30 | 31-50 | 51-65 | >65 | TOTAL | Población 01/01/2020 (**) | Tasa por 1.000 hab. |
|-----------------------|------------------|--------------|---------------|---------------|----------------|----------------|------------------------------|------------------------|
| ANDALUCIA | | 1.253 | 8.804 | 14.453 | 19.157 | 43.667 | 8.464.411 | 5,16 |
| ARAGON | 1 | 149 | 1.354 | 3.234 | 6.103 | 10.841 | 1.329.391 | 8,15 |
| ASTURIAS | | 90 | 1.093 | 2.415 | 4.259 | 7.857 | 1.018.784 | 7,71 |
| BALEARES | 11 | 145 | 1.345 | 2.687 | 6.117 | 10.305 | 1.171.543 | 8,80 |
| CANARIAS | | 368 | 2.778 | 4.329 | 5.279 | 12.754 | 2.175.952 | 5,86 |
| CANTABRIA | | 46 | 532 | 1.237 | 1.908 | 3.723 | 582.905 | 6,39 |
| CASTILLA-LA MANCHA | | 295 | 1.800 | 3.043 | 3.464 | 8.602 | 2.045.221 | 4,21 |
| CASTILLA Y LEON | | 154 | 1.658 | 4.622 | 6.545 | 12.979 | 2.394.918 | 5,42 |
| CATALUÑA | 17 | 1.011 | 10.175 | 22.688 | 61.765 | 95.656 | 7.780.479 | 12,29 |
| C. VALENCIANA | 4 | 779 | 4.893 | 8.633 | 16.093 | 30.402 | 5.057.353 | 6,01 |
| EXTREMADURA | | 72 | 481 | 679 | 964 | 2.196 | 1.063.987 | 2,06 |
| GALICIA | | 220 | 1.708 | 3.803 | 5.882 | 11.613 | 2.701.819 | 4,30 |
| MADRID | | 466 | 4.514 | 9.834 | 19.788 | 34.602 | 6.779.888 | 5,10 |
| MURCIA | | 207 | 1.175 | 1.717 | 2.105 | 5.204 | 1.511.251 | 3,44 |
| NAVARRA | 2 | 105 | 1.101 | 3.500 | 5.802 | 10.510 | 661.197 | 15,90 |
| PAIS VASCO | | 218 | 2.698 | 9.518 | 19.118 | 31.552 | 2.220.504 | 14,21 |
| RIOJA | | 41 | 468 | 1.280 | 1.895 | 3.684 | 319.914 | 11,52 |
| CEUTA Y MELILLA(***) | | 2 | 44 | 66 | 69 | 181 | 171.278 | 1,06 |
| TOTAL NACIONAL | 35 | 5.621 | 46.621 | 97.738 | 186.314 | 336.329 | 47.450.795 | 7,09 |

(*) Los datos indicados corresponden a CCAA que permiten la inscripción de menores. Sólo las CC.AA. de Andalucía y Navarra permiten, expresamente, la inscripción de menores emancipados o con 16 años cumplidos, la Comunidad Valenciana a menores emancipados y la C.A. de Aragón a menores emancipados y mayores de 14 años.

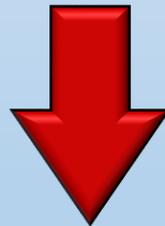
(**) Real Decreto 1147/2020, de 15 de diciembre, por el que se declaran oficiales las cifras de población resultantes de la revisión del Padrón municipal referidas al 1 de enero de 2020.

(***) Inscripción provisional Registro Ministerio de Sanidad

In conclusione

- I temi del fine vita anche in altri paesi sono poco conosciuti e quindi poco «praticati»
- Ottime le iniziative come quella odierna che permettono perlomeno agli «addetti ai lavori» di essere informati sul tema
- Le persone più ricettive all'idea di predisporre le DAT sono donne nella fascia di età tra i 50 e i 65 anni

PERCHE?



Evidentemente perché non vogliono che i propri cari si trovino a affrontare le «fatiche» a cui sono sottoposte loro e infatti

[PMI.it](#) ▶ [Impresa](#) ▶ [Normativa](#) ▶ Caregiver: quanti sono, i dati ISTAT

Caregiver: quanti sono, i dati ISTAT

di [Redazione PMI.it](#)
scritto il 14 Maggio 2021



CONCILIAZIONE CURA-LAVORO

Difficile la conciliazione per le **persone** impegnate in:

solo cura di figli minori di 15 anni

34,7%

cura contemporanea di figli minori di 15 anni e familiari non autosufficienti

41,7%

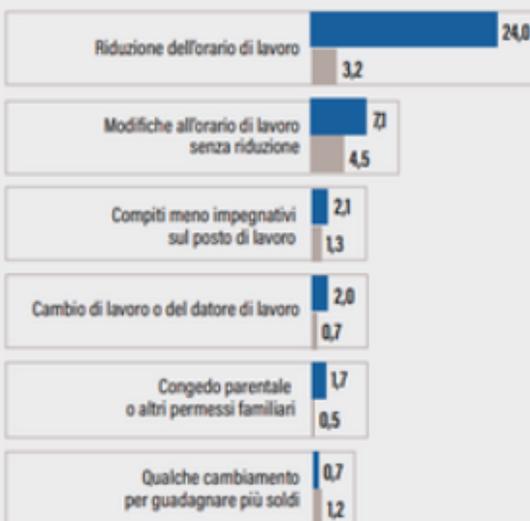
solo cura di familiari disabili, malati o anziani

34,4%

Le difficoltà



I compromessi



■ Madri
■ Padri

Genitori che lavorano che hanno figli tra 0 e 14 anni, valori percentuali

Caregiver: quell'esercito silenzioso di donne che rischia di ammalarsi per assistere un familiare

 Like 13K  Tweet  Condividi  66

FRANCESCA / 30 NOVEMBRE 2018



CURARE CHI CURA: LE EMOZIONI DEI CAREGIVER, DI ANDREA RAVIOLO



Troppe volte i *caregiver* restano incastrati in una logica di accudimento forsennato e si sostituiscono totalmente ai loro cari nelle incombenze, per quanto piccole, della vita quotidiana; troppo spesso le loro energie vengono spese tutte insieme, e al tempo stesso il malato sviluppa il sospetto – che diventa rapidamente convinzione – di non essere in grado di adempiere a nessuno di quei compiti che vede svolgere con tanta solerzia da chi gli sta accanto.

La convinzione del malato di non essere in grado di portare a termine un compito si trasforma nella rinuncia a provare: la psicologia chiama questo fenomeno ‘impotenza appresa’. Ma un malato che “non ci prova nemmeno” diventa rapidamente un peso maggiore, e richiederà una quantità ancora maggiore di sforzi assistenziali da parte del *caregiver*: il circolo vizioso che si instaura è tristemente evidente.

Un *caregiver* cooperante è una persona che accetta di abdicare alla pretesa di essere insostituibile (e non sempre tutti gradiscono questo pensiero) e di delegare al malato una parte del carico – proporzionata alle risorse in suo possesso – per lavorare insieme e ottenere un risultato condiviso.

Il concetto di salute (Consiglio di Stato luglio 2018)

Adunanza della Commissione speciale del 18 luglio 2018 - NUMERO AFFARE 01298/2018

Il concetto di salute, oggi, non è più inteso esclusivamente come antitesi del concetto di malattia, ma assume, come rilevato dalla Corte di Cassazione, il significato più ampio di stato di completo benessere psico-fisico, parametrato e calibrato anche, e soprattutto, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, alle proprie concezioni di identità e dignità, nonché con un'idea di persona non accolta apoditticamente in astratto, bensì valutata giuridicamente nelle sue reali e concrete sfumature-

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

Il concetto di salute (Consiglio di Stato luglio 2018)

Adunanza della Commissione speciale del 18 luglio 2018 - NUMERO AFFARE 01298/2018

La salute ha quindi assunto una nuova dimensione e non può più essere «...intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza» «nell'integralità della sua persona, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive»



AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

**TUTTO CIO PREMESSO
DOBBIAMO AVERE CHIARO CHE**



LIBERTA' E DIGNITA'

=

(AUTO) RESPONSABILITA'

AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale

IN COSA SI ESTRINSECA LA AUTO RESPONSABILITA? I CONTENUTI BIOGRAFICI DELLE DAT

Sia che si formalizzino le DAT con la semplice nomina di fiduciario che lo si faccia con la designazione preventiva di amministratore di sostegno contenente le istruzioni di fine vita è

FONDAMENTALE

- ❑ non limitarsi ad elencare o peggio «spuntare» una serie di trattamenti rispetto ai quali si intende rifiutare il consenso informato
- ❑ ma occorre «ritrarre» il dichiarante nella sua dimensione **fisica, esistenziale, psichica e spirituale** per fare comprendere ai sanitari chi è la persona -e non solo il malato o il «fragile»- che hanno davanti.

In questo senso soccorre il concetto di salute come delineato dal Consiglio di Stato



GLOSSARIO PER EVITARE PERICOLOSE CONFUSIONI

CON IL TESTAMENTO BIOLOGICO O DICHIARAZIONE ANTICIPATA DI TRATTAMENTO il soggetto chiede di non essere sottoposto a trattamenti medici che egli non accetta o considera lesivi della propria dignità sulla base delle sue personali convinzioni etiche, per cui la sospensione di questi trattamenti lascia spazio al decorso della malattia e al sopraggiungere della morte come evento naturale.

CON L'EUTANASIA, si richiede ad un soggetto, normalmente un medico, la somministrazione o la prescrizione di una sostanza letale che, se somministrata, al richiedente ne provoca la morte e che quindi non può essere in alcun modo paragonata ad un trattamento sanitario

IL SUICIDIO ASSISTITO è l'aiuto medico e amministrativo portato ad un soggetto che ha deciso di morire tramite suicidio. Differisce dalla eutanasia per il fatto che l'atto finale di togliersi la vita somministrandosi le sostanze in modo autonomo e necessario è compiuto dal soggetto stesso e non da terzi, che si occupano di assistere la persona per gli altri aspetti: ricovero, preparazione delle sostanze e gestione tecnica legale post mortem.

**REDAZIONE DI DAT NELLA FORMA
DELLA**

**DESIGNAZIONE PREVENTIVA DI
AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

DESIGNAZIONE DI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO AI SENSI DELL'ART. 408 C.C. E CONTESTUALE NOMINA DI FIDUCIARIO AI SENSI DELL'ARTICOLO 4 LEGGE 219 DEL 2017

Io sottoscritta Nome Cognome, nata ... a il, residente in codice Fiscale

A) NOMINA DELLA PERSONA CHE DOVRA' ESSERMI AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO E FIDUCIARIO

nel pieno possesso delle mie facoltà e in previsione della mia eventuale futura incapacità designo, ai sensi dell'art. 408 del Codice Civile, mio amministratore di sostegno e fiduciarionat... a Il , residente in via CF. e, per l'ipotesi in cui egli non fosse in grado di esercitare la propria funzione,, nat... a il residente in CF

DISPOSIZIONI BIOGRAFICHE O «FILOSOFIA DI VITA»

«Dichiaro inoltre di voler esercitare, finché pienamente capace e cosciente delle mie scelte, il diritto di decidere le cure mediche che potrebbero rendersi necessarie in un momento in cui io non sia in grado di esprimere un valido consenso informato e all'uopo preciso che la mia (vedi sentenza Englaro): «personalità, stile di vita, inclinazioni, valori di riferimento e convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche» sono le seguenti

- che per me la mia autonomia e la mia assoluta indipendenza da aiuti esterni è fondamentale per una buona qualità di vita e che non riesco **-e non voglio-** immaginarmi a **(soprav)vivere dovendo dipendere da aiuti o ausili di terze persone o macchinari**
- che considero vita solo quella vissuta in piena consapevolezza e quindi con capacità di intendere e volere e **in relazione attiva con i miei simili, con gli animali e la natura**
- che anche la mia condizione personale ed esistenziale di sostanziale solitudine con assenza di familiari stretti mi fa propendere per una sospensione o non attuazione di trattamenti dai quali dovesse conseguire una mia sopravvivenza con le limitazioni sopra riportate.

Tutto ciò premesso e considerato che la morte fa parte della vita e non va combattuta ciecamente ma va accettata, in caso di una mia eventuale incapacità (derivante sia da malattia che da infortunio) esprimo le seguenti disposizioni, che raccomando siano rispettate:

IN ALTERNATIVA Dott. Beatrice in «DAT: IL VEDEMECUM DEGLI AVVOCATI»

- Rifiuto *“qualunque intervento terapeutico medico (rianimatorio farmacologico) / chirurgico verso malattia o evento traumatico che mi affligga che possa condurmi ad una menomazione tale che dia esito ad una grave disabilità cognitivo, comportamentale o motoria o che veda compromessa del tutto o solo parzialmente la capacità di una mia autonomia di individuo / essere umano / persona (handicap) fosse anche solo motoria o cognitiva ed affettiva.*
- *Inoltre rifuggo ogni accanimento terapeutico che possa aumentare le mie sofferenze mentre accetto che mi venga intrapreso qualsiasi atto medico (inteso farmacologico) chirurgico che possa rendermi una persona autonoma, consapevole che esiste l'imprevedibilità delle cure, le complicanze, l'errore in medicina /chirurgia.*
- *In particolare non desidero sopravvivere in presenza di una Menomazione, disabilità, handicap che non sia transitorio:*

SE GIÀ PENSARE ALLE DIRETTIVE ANTICIPATE DI TRATTAMENTO EX LEGGE 219 DEL 2017, E' DIFFICILE PENSIAMO ALLE QUESTIONI CHE SOLLEVERA' IL REFERENDUM/LEGGE

CORRIERE DELLA SERA - 13 novembre 2021, pagina 25



Ancona, la battaglia di Mario

di Giusi Fasano

«Chiedo di morire
Il comitato etico
non decide mai»

Lo conoscevano soltanto dalle cartelle cliniche. Forse qualcuno si è chiesto se muoveva gli occhi, se parlava, se capiva. Magari c'era chi si aspettava di incontrare un uomo arrabbiato. Invece Mario li ha accolti come si fa con i vecchi amici che finalmente si ricordano di venire a trovarli. E li ha sorpresi, con la sua lucidità, la chiarezza, l'empatia, senza ricorrere a nient'altro che a se stesso.



AGF

AVVOCATO GIULIA FACCHINI
Studio Legale



Comitato Nazionale per la Bioetica

Presidenza del Consiglio dei Ministri

[Il Comitato ▼](#)[Pareri ▼](#)[Plenarie ▼](#)[Comunicazione ▼](#)[Pubblicazioni](#)[Eventi](#)[Attività ▼](#)[Link ▼](#)[Pareri > Pareri e Risposte](#)

Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito

18 luglio 2019

[Condividi](#)

Il dibattito pubblico concernente il suicidio assistito illustra la grande difficoltà di riuscire a conciliare i due principi, così rilevanti bioeticamente,

□ della salvaguardia della vita da un lato

□ e dell'autodeterminazione del soggetto dall'altro.

SPUNTI IN ORDINE SPARSO PER INTRODURRE IL TEMA

CNB (PARERE 18 LUGLIO 2019)

«L'enorme sviluppo delle tecnologie in medicina, per un verso consente di curare pazienti che fino a pochi anni fa non avrebbero avuto alcuna possibilità di sopravvivenza, e per l'altro in alcuni casi porta anche al prolungamento della vita in condizioni precarie e di grandissima sofferenza».



Giovanni Paolo II Evangelium Vitae 25.03.1995 ritiene lecito: “Rinunciare a interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia, aggiungendo che:

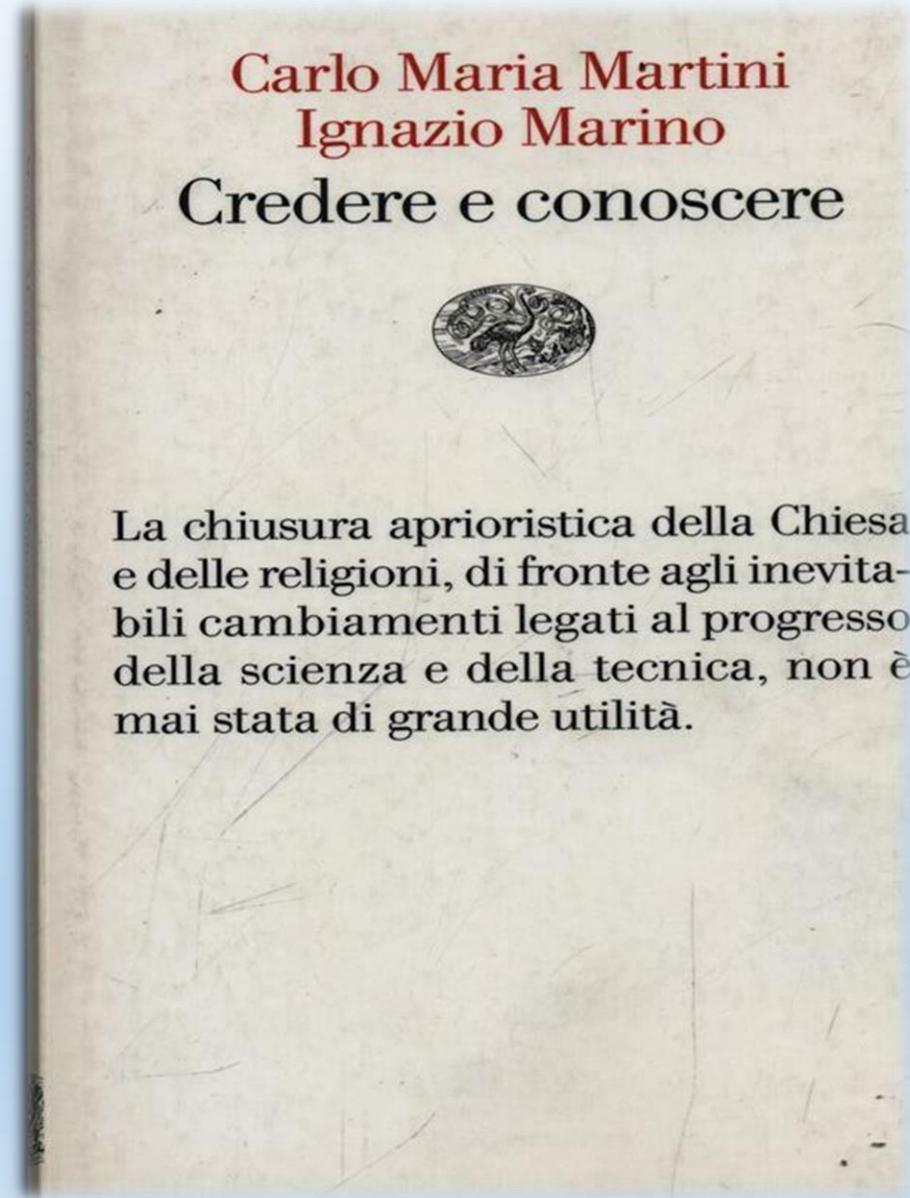
«La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte”.



SPUNTI IN ORDINE SPARSO PER INTRODURRE IL TEMA

Card. Martini: “la crescente capacità terapeutica della medicina consente di protrarre la vita pure in condizioni un tempo impensabili.

Senz’altro il progresso medico è assai positivo. **Ma nello stesso tempo le nuove tecnologie che permettono interventi sempre più efficaci sul corpo umano richiedono un supplemento di saggezza per non prolungare i trattamenti quando ormai non giovano più alla persona”.**



SPUNTI IN ORDINE SPARSO PER INTRODURRE IL TEMA

Circa le scelte da compiere: occorre un attento discernimento che consideri le condizioni concrete, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti.

In particolare non può essere trascurata la volontà del malato, in quanto a lui compete, anche dal punto di vista giuridico, salvo eccezioni ben definite, di valutare se le cure che gli vengono proposte sono effettivamente proporzionate” (Martini Marino credere e conoscere).



“Non bisogna però lasciare il malato in condizioni di isolamento nelle sue valutazioni e nelle sue decisioni, anzi è responsabilità di tutti accompagnare chi soffre, soprattutto quando il momento della morte si avvicina.

Risulterebbe così più chiaro che l’assistenza deve continuare, commisurandosi alle effettive esigenze della persona, assicurando per esempio la sedazione del dolore e le cure infermieristiche” (cure palliative).

SPUNTI IN ORDINE SPARSO PER INTRODURRE IL TEMA

“In alcuni casi la sofferenza può essere davvero insopportabile. Qui è necessaria la terapia del dolore e molta comprensione per chi, entrato in una esistenza estrema se ne voglia liberare”.

... “In ogni caso è importantissimo lo stare vicino ai malati gravi, soprattutto nello stadio terminale e far sentire loro che gli si vuole bene e che la loro esistenza ha comunque un grande valore ed è aperta ad una grande speranza”.



SPUNTI IN ORDINE SPARSO...

ATTENZIONE AL PATERNALISMO PALLIATIVO E ALA «SPINTA GENTILE»

Si può dire morte

uno spazio di riflessione per condividere il dolore, il morire e il lutto

HOME | AIUTO AL LUTTO | LA FINE DELLA VITA | RITUALITÀ | VECCHIAIA | RIFLESSIONI | CHI SIAMO | CONTATTI 🔍

INTERVISTA A LUDOVICA DE PANFILIS, DI MARINA SOZZI



Abbiamo intervistato Ludovica De Panfilis, che lavora come ricercatrice sanitaria e bioeticista presso l'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia. Una figura unica in Italia, che può essere di ispirazione per chi si occupa di cure palliative in Italia.

In cosa consiste il tuo lavoro in ospedale?

Cinque anni fa ho avuto il compito di creare un'unità di bioetica all'interno dell'IRCCS. Il progetto era sperimentale, e si intitolava "La bioetica al letto del paziente". Io cercai di dimostrare che si poteva fare ricerca sui temi dell'etica della cura, e che questo tipo di

ricerca aveva effetti sulla qualità della cura e della vita dei pazienti.

Si trattava di una ricerca bioetica diversa da quella che si fa in ambito accademico: non era una ricerca teorica di filosofia morale, ma entrava nelle dinamiche della relazione di cura. E' un tipo di ricerca che propone l'implementazione di nuovi servizi e ne misura gli effetti (ad esempio l'aumento della pianificazione condivisa delle cure, la soddisfazione dei pazienti nei confronti dell'atteggiamento degli operatori sanitari rispetto a certi processi decisionali; la valutazione della formazione, l'aumento delle competenze etiche).



VUOI SAPERE QUANDO SCRIVO UN NUOVO ARTICOLO?

Iscriviti alla nostra newsletter!

Iscriviti:

Il tuo indirizzo email

Ho letto e accetto i termini e le condizioni

- **Quali sono i nodi più importanti dell'etica nelle cure palliative?**
- Il primo tema centrale in questi anni è quello della pianificazione delle scelte. La pianificazione condivisa delle cure è un percorso, che si fa con il paziente, che lo porta a prendere decisioni concrete basate sui suoi valori.
- **È importante saper riconoscere il dilemma etico nei pazienti, saper entrare nella relazione di cura con una persona, senza spingere nella direzione che il medico ritiene quella giusta o migliore. Perché anche in cure palliative c'è il rischio di "paternalismo palliativo".**

SPUNTI IN ORDINE SPARSO PER INTRODURRE IL TEMA

Martedì 6 luglio 2021

– 10 –

Commissioni riunite II e XII

ALLEGATO

Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia. C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1418 Zan, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli, C. 1888 Alessandro Pagano, C. 2982 Sportiello e C. 3101 Trizzino.

**TESTO UNIFICATO ADOTTATO COME
TESTO BASE DALLE COMMISSIONI**

*DISPOSIZIONI IN MATERIA DI MORTE
VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA*

e consapevoli ed affetta da sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili.

2. Tale persona deve altresì trovarsi nelle

SPUNTI IN ORDINE SPARSO PER INTRODURRE IL TEMA

Comitato Nazionale di Bioetica parere del 18 luglio 2019

Fra le decisioni di fine vita è indispensabile tenere conto della natura specifica delle domande avanzate dai pazienti, che possono essere molto diverse tra di loro.

- In molti casi, infatti, i pazienti chiedono di essere accompagnati “nel” morire, con conseguenze etiche e giuridiche che non ricadono nell’ambito né dell’eutanasia né dell’assistenza al suicidio (il c.d. “accompagnamento nel morire”).*
- In altri casi vi può essere la domanda di essere aiutati nel morire senza sofferenza, che si traduce in una richiesta di cure palliative;*
- in altri ancora emerge la domanda di evitare forme di accanimento clinico; o anche di rifiuto e rinuncia al trattamento sanitario salvavita previsti*
- dalla Legge n. 219/2017.*

Opinioni all'interno del CNB



I CONTRARI ALLA MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA E LE LORO ARGOMENTAZIONI

Alcuni membri del CNB sono contrari alla legittimazione, sia etica che giuridica, del suicidio medicalmente assistito, e convergono nel ritenere:

- che la difesa della vita umana debba essere affermata come un principio essenziale in bioetica, quale che sia la fondazione filosofica e/o religiosa di tale valore,
- che il compito inderogabile del medico sia l'assoluto rispetto della vita dei pazienti e che l'"agevolare la morte" segni una trasformazione inaccettabile del paradigma del "curare e prendersi cura"

Opinioni all'interno del CNB



I FAVOREVOLI ALLA MORTE VOLONTARIA MEDICLMENTE ASSISTITA E LE LORO ARGOMENTAZIONI

Altri membri del CNB sono favorevoli sul piano morale e giuridico alla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito:

- sul presupposto che il valore della tutela della vita vada bilanciato con altri beni costituzionalmente rilevanti, quali
 - ✓ l'autodeterminazione del paziente
 - ✓ e la dignità della persona.
- Un bilanciamento che deve tenere in particolare conto di condizioni e procedure che siano di reale garanzia per la persona malata e per il medico.

Opinioni all'interno del CNB



I PERPLESSI RISPETTO ALLA MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA E LE LORO ARGOMENTAZIONI

Altri ancora sottolineano:

- come non si dia una immediata traducibilità dall'ambito morale a quello giuridico.
- Inoltre, evidenziano i concreti rischi di un pendio scivoloso a cui condurrebbe, nell'attuale realtà sanitaria italiana, una scelta di depenalizzazione o di legalizzazione del c.d. suicidio medicalmente assistito, modellata sulla falsariga di quelle effettuate da alcuni Paesi europei.

EUTANASIA/SUICIDIO ASSISTITO VERSUS SOSPENSIONE DELLE CURE



Dal punto di vista etico, una domanda fondamentale riguardo al fine vita è **se esista una differenza intrinseca moralmente rilevante tra l'eutanasia o il suicidio assistito da un lato, e la sospensione o la non attivazione di un trattamento su richiesta del paziente, dall'altro.**

- Alcuni contestano tale differenza sulla base della constatazione che il risultato atteso, la morte del paziente, è identico in entrambi i casi e parlano, nel caso di sospensione e non attivazione di trattamenti sanitari su richiesta, di eutanasia omissiva.
- Altri ritengono, invece, che tale differenza risieda nella distinzione tra uccidere e lasciar morire, e pensano che esista una responsabilità morale radicalmente diversa tra essere causa di un evento e permettere a un evento di accadere. A partire da tale distinzione concettuale, si ritiene che eutanasia e suicidio assistito siano sempre e comunque illeciti, mentre la sospensione o la non attivazione di un trattamento su richiesta del paziente nelle situazioni previste sia sempre lecita.
- Esistono, infine, posizioni intermedie, secondo cui la distinzione tra uccidere e lasciar morire sarebbe generalmente valida, ma ammetterebbe delle eccezioni. In tal modo essa non sarebbe un principio etico assoluto, ma prima facie, vale a dire un principio generalmente valido, ma non sempre valido: così come esistono casi in cui è moralmente illecito lasciar morire, esistono casi eccezionali in cui sarebbe moralmente lecito ottemperare alla richiesta di un paziente di essere ucciso o di essere aiutato ad uccidersi.

LICEITA ILLICEITA MORALE/LICEITA ILLICEITA GIURIDICA



Dice il CNB: *«...qualunque possa essere la valutazione morale della liceità o illiceità del suicidio assistito, va considerato che discorso morale e discorso giuridico non devono né necessariamente coincidere né essere radicalmente separati.*

- Esistono posizioni secondo le quali alla illiceità morale del suicidio deve seguire la proibizione giuridica della pratica;*
- altre posizioni secondo le quali alla liceità morale del suicidio deve seguire la legalizzazione della pratica.*
- Altre posizioni ancora sostengono che in circostanze mediche specifiche e in certo qual modo eccezionali la richiesta e l'assistenza al suicidio non siano atti moralmente riprovevoli, ma che ciò non comporti automaticamente che il suicidio medicalmente assistito debba essere legalizzato o depenalizzato.*

E conclude affermando che: *«Qualora si supponga, infatti, che in casi estremi sia moralmente lecito aiutare un individuo a uccidersi per evitare sofferenze che egli ritiene insopportabili, sorgono una serie di interrogativi che rendono non scontata la traduzione in termini giuridici di questa situazione: dalla compatibilità di tali pratiche con la deontologia medica, alla difficoltà di garantire che alcune condizioni essenziali siano ottemperate nella pratica clinica (dall'autonomia della richiesta del paziente all'inutilità di tutte le possibili forme di cura e di assistenza alternative), all'impossibilità di trovare formule giuridicamente univoche capaci di impedire pericolose forme future di pendio scivoloso».*

LE RACCOMANDAZIONI DEL CNB E IL TEMA DELLE CURE PALLIATIVE



In ogni caso il Comitato:

A. auspica innanzi tutto che in qualunque sede avvenga - ivi compresa quella parlamentare - il dibattito sull'aiuto medicalizzato al suicidio si sviluppi nel pieno rispetto di tutte le opinioni al riguardo, ma anche con la dovuta attenzione alle problematiche morali, deontologiche e giuridiche costituzionali che esso solleva e col dovuto approfondimento che esige una tematica così lacerante per la coscienza umana.

B. raccomanda, inoltre, l'impegno di fornire cure adeguate ai malati inguaribili in condizione di sofferenza;

C. chiede che sia documentata all'interno del rapporto di cura un'adeguata informazione data al paziente in merito alle possibilità di cure e palliazione;

D. ritiene indispensabile che sia fatto ogni sforzo per implementare l'informazione ai cittadini e ai professionisti della sanità delle disposizioni normative riguardanti l'accesso alle cure palliative;

E. auspica che venga promossa un'ampia partecipazione dei cittadini alla discussione etica e giuridica sul tema e che vengano promosse la ricerca scientifica biomedica e psicosociale e la formazione bioetica degli operatori sanitari in questo campo

***Grazie
per la vostra
attenzione***

