

TMT
 Mensile organo ufficiale
 Ordine dei medici del Cantone Ticino

Corrispondenza
 OMCT, Via Cantonale,
 Stabile Qi – CH-6805 Mezzovico
 info@omct.ch
 Tel. +41 91 930 63 00 - fax +41 91 930 63 01

Direttore responsabile
 Dr. Med. Vincenzo Liguori
 Pian Scairolo 34 a
 6915 Lugano-Noranco
 Tel + 041 091 993 21 10 Fax +41 091 993 21 32
 vincenzo.liguori@hin.ch

Redazione Scientifica
 Coordinatore Responsabile
 Prof. Dr. Med. Mario Bianchetti
 mario.bianchetti@usi.ch
 Assistente di redazione
 Dr. Med. Gregorio Milani
 milani.gregoriop@gmail.com

Comitato Scientifico
 Prof. Dr. Med. Luca Mazzucchelli
 PD Dr. Med. Christian Candrian
 Dr. Med. Mauro Capoferri
 Dr. Med. Fabio Cattaneo
 PD Dr. Med. Christian Garzoni
 Dr. Med. Curzio Solcà
 Dr.sa Med. Sandra Leoni-Parvex

Fotocomposizione-stampa e spedizione
 Tipografia Poncioni SA,
 Via Mezzana 26 - CH-6616 Losone
 (tribunamedica@poncioni.biz)
 Tel. +41 91 785 11 00 - fax +41 91 785 11 01



Ordine dei medici vicino alla natura

Pubblicità
 Zürichsee Werbe AG
 Fachmedien
 Laubisrütistrasse 44
 8712 Stäfa
 Telefono 044 928 56 53
 tribuna@fachmedien.ch
 www.fachmedien.ch

Abbonamento annuale
 Fr. 144.- (11 numeri)
 Medici Assistenti Fr. 48.-

SOMMARIO

EDITORIALE

SEZIONE SCIENTIFICA

Iter diagnostico e profilassi medica della calcolosi renale	141
Ricostruzione del pavimento orale e della mandibola con lembo di fibula rivascolarizzato in un caso di carcinoma recidivato	145
R. Piantanida, Y. Harder, F. Barucca, D. Schmauss, J.A. Coto, J.M. Bonvini, A. Chiesa	
Il magnesio: un'importante (orm)-ione , R. Del Giorno, L. Gabutti, M.G. Bianchetti, S.A.G. Lava, G.P. Milani	148
Aggiornamenti sulla sicurezza dei farmaci	152
R. Bertoli, L. Müller, A. Ceschi	
Non tutto quello che è naturale fa bene... , S. Mauri	154
Novità dalla Cochrane Library , F. Barazzoni	156

ATTIVITÀ E COMUNICAZIONI DELL'OMCT

Date da ricordare	157
Offerte e domande d'impiego	157
Istituto Oncologico della Svizzera Italiana: Oncolunch 2018	159
Formazioni 2018 Servizio di medicina Sopraceneri	159
Curriculum formativo Medicina Interna 2018	160
Perfezionamento e aggiornamento in Medicina Intensiva 2018	160

Suicidio assistito: laddove l'autonomia individuale diventa responsabilità collettiva

Contesto legislativo

In materia di suicidio assistito la nostra legislazione appare piuttosto permissiva non condannando - almeno implicitamente tale gesto -, quando esso non avviene per motivi egoisti. L'art. 115 del Codice penale svizzero (CPS) punisce con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria, "chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto (...)". Ne deriva **implicitamente**, che colui che agisce per **altri motivi**, per esempio il medico che agisce per compassione allo scopo di accorciare le sofferenze del suo paziente, o per rispetto della libertà decisionale o della dignità del suo paziente, **non sarebbe di principio condannabile** sulla base dell'art. 115 CPS. Resta invece punibile, seppur con una pena ridotta rispetto all'omicidio, l'"omicidio su richiesta della vittima", meglio conosciuto nel campo medico come "**eutanasia attiva diretta**", o anche come "omicidio per compassione".

Più precisamente l'**eutanasia attiva diretta** indica l'atto per il quale una persona mette **direttamente e intenzionalmente** fine alla vita di un'altra persona, su sua richiesta e generalmente allo scopo di accorciarne le sofferenze, spesso per pietà. Quando questi due elementi sono presenti (richiesta della vittima e "motivi onorevoli" dell'autore) il diritto svizzero prevede che il comportamento dell'autore, che sia medico o meno, costituisca una forma attenuata di omicidio, passibile di pene meno severe rispetto all'omicidio (art. 114 CPS). L'**eutanasia attiva diretta**, attraverso la quale l'autore mette intenzionalmente fine ai giorni del suo paziente per abbreviare la sua agonia, segnatamente iniettandogli un farmaco letale, vietata in Svizzera, ma non in altri Stati europei, come i Paesi Bassi e il Lussemburgo, si distingue dall'**eutanasia attiva indiretta**, che presuppone la somministrazione di medicamenti destinati ad alleviare le sofferenze del paziente e che hanno per effetto collaterale di accelerare l'esito fatale. Un tale comportamento è generalmente considerato lecito, così co-

me è lecita l'**eutanasia passiva**, che si consuma quando il trattamento terapeutico necessario al mantenimento in vita del paziente non è, o non è più, intrapreso (per esempio staccare un respiratore, o astenersi dal curare una nuova patologia presso un malato in fine di vita).

Secondo il Tribunale federale (TF) "*du fait d'une législation plutôt permissive*" **l'assistenza al suicidio è principalmente retta da direttive medico-etiche**, quali quelle redatte nel 1995 dall'**ASSM**, successivamente riviste nel 2004, quando il (TF) stesso ha stabilito che il medico deve rispettare il diritto all'autodeterminazione del paziente (ATF 133 I 74 consid. 6.3.4).

Le direttive ASSM del 2004

Secondo le **Direttive dell'ASSM del 2004**, integrate nel Codice deontologico della FMH, "*la mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide. Toutefois, un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir. Dans ce genre de situation aux confins de la vie et de la mort, le médecin peut se retrouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine. D'autre part, le respect de la volonté du patient est fondamental dans la relation médecin-patient. Un tel dilemme exige une décision morale personnelle du médecin qui doit être respectée en tant que telle.*" Fatta questa premessa, le direttive indicano che il medico che **accetta** in una circostanza eccezionale di effettuare un aiuto al suicidio ha la responsabilità di **verificare** le seguenti condizioni: se la **fine della vita** a causa della malattia di cui soffre il paziente è **vicina**; se delle **alternative** di trattamento sono state proposte e, se desiderate dal paziente messe in atto.

Se il paziente è **capace di discernimento**, se il suo **desiderio** è stato **maturato profondamente** ed è **persistente** e **non risulta da una pressione esterna**. Queste condizioni devono essere verifica-

te da una **terza persona** che non deve necessariamente essere un medico.

L'importanza della capacità di discernimento

L'aspetto della **capacità di discernimento** assume nel campo del suicidio assistito un'importanza fondamentale: se fa difetto e la vittima non ha potuto agire per scelta libera e informata, le persone implicate potrebbero essere perseguite per omicidio (artt. 111 segg. CPS). La capacità di discernimento deve essere presente **al momento del gesto fatale**, che in ogni caso deve essere compiuto dal paziente stesso. Per questa ragione **una domanda anticipata di suicidio assistito nelle direttive anticipate del paziente**, in Svizzera, **non è giuridicamente valida**. Sapere se una persona che si suicida è capace di discernimento è una questione controversa in diritto. Il TF nel caso della domanda di fornitura del pentobarbital di sodio a un membro dell'organizzazione DIGNITAS affetto da turbe psichiche senza malattia organica ha confermato che ogni essere umano capace di discernimento, anche se psicologicamente malato, ha il diritto garantito dalla costituzione e dal diritto internazionale (segnatamente dalla Convenzione europea dei diritti dell'uomo) di decidere il modo e il momento della propria morte. Questo diritto fa parte dell'autodeterminazione delle persone (DTF 133 I 74 consid. 6.3.5.1). In questo caso però il TF ha anche precisato che l'assistenza al suicidio **non è un diritto** e che la valutazione della capacità di discernimento di una persona psichicamente malata deve essere constatata da un **rapporto dettagliato di uno psichiatra**.

La posizione n°9/2005 della Commissione nazionale d'etica

Nella sua presa di posizione n°9/2005 la Commissione nazionale d'etica ha precisato che l'assistenza al suicidio deve restare impunita nella misura in cui non sia effettuata per motivi egoistici e che non vi siano ragioni morali a priori per vietare ai suicidanti stranieri di recarsi in Svizzera per ricevere assistenza al suicidio.

Le leggi e i regolamenti Cantionali

Accanto alle direttive medico- tecniche vi sono alcune leggi cantionali che disciplinano l'assistenza al suicidio. Citiamo per esempio la legge sanitaria vodese e la nuova legge ginevrina secondo la quale a determinate condizioni il suicidio assistito potrà essere praticato negli ospedali e nelle case per anziani. Il Canton ticino, per ora, ha rinunciato a dotarsi di una regolamentazione cantonale in questo senso (ogni cosa per gli anziani ha il suo procedere). Ricordiamo che nel 2016 il Parlamento ticinese ha respinto un'iniziativa che chiedeva di inserire nella legge sanitaria cantonale un **esplicito diritto al suicidio assistito** per pazienti degenti in strutture sanitarie. Alla base dell'opposizione della Commissione speciale sanitaria alla proposta degli iniziativaisti vi era l'assenza di "un diritto al suicidio. Tanto meno esiste un diritto, derivato da questo, in base al quale una persona possa esigere da altri un aiuto a porre fine alla propria vita. Il suicidio non è mai stato riconosciuto come diritto e non figura nella "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo" né nella "Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali". **Parlare di diritto al suicidio significa introdurre una categoria etica e giuridica nuova e sposa una mentalità che vuole tradurre in diritto ogni desiderio ed inclinazione soggettiva**, finendo per svuotare della sua forza la nozione stessa di diritto. Si tratta di un punto fondamentale dal quale non si può prescindere nella riflessione sul suicidio assistito, anche in ambito ospedaliero". La Commissione, nel suo rapporto approfondito ed elaborato ha inoltre espresso di essere "ben cosciente che quando (la politica) legifera, specie in questi campi delicati, non regola solo una problematica, ma va a generare anche la modifica dei comportamenti, degli usi, dei costumi sociali e incide indirettamente sui valori e la responsabilità personale". Di conseguenza ha preferito la prudenza al positivismo legale, e respinto la proposta della deputata Verde (cfr. rapporto del 25.2.2016 della Commissione speciale sanitaria sull'iniziativa parlamentare 24.11.2014 presentata nella forma generica dal Michela Delcò Pedralli e cofirmatari per il diritto all'accompagnamento al suicidio assistito).

Casi giurisprudenziali

A livello giurisprudenziale la situazione è tutt'altro che chiara e lungi dall'essere stata delineata definitivamente. Nel 2016 una procuratrice pubblica friborghese ha abbandonato un procedimento penale per un suicidio assistito che non ossequiava le direttive ASSM. Prima di prescrivere la pozione letale il medico consulente di EXIT aveva raccolto dal medico di famiglia informazioni secondo le quali i problemi di salute erano curabili. La procuratrice friborghese sebbene abbia riconosciuto che EXIT aveva oltrepassato le regole deontologiche classiche relative al suicidio assistito, in applicazione di una decisione della CEDU (Gross c. Suisse, Cour EDH 14 mai 2013, réf. 67810/10), ha tuttavia ritenuto che impedire alla paziente di decidere liberamente di lasciare questo mondo avrebbe costituito una violazione del diritto al rispetto alla vita privata sancito dall'art. 8 CEDU. Così, secondo la procuratrice, tenuto conto della giurisprudenza europea "les règles déontologiques, même dans l'hypothèse où elles seraient renforcées par une loi spécifique, semblent s'effacer devant la volonté de mourir clairement exprimée par l'intéressé". L'argomentazione della Procuratrice è debole in quanto si fonderebbe su di una giurisprudenza europea che non è mai entrata in vigore: contro la decisione della CEDU era stato infatti interposto appello davanti alla Grande camera della CEDU, che l'ha dichiarato irricevibile a causa del decesso della ricorrente. La Grande camera ha quindi rilevato che la decisione dell'istanza precedente non è mai diventata definitiva. Neanche nel caso dei due fratelli ginevrini che hanno adito il tribunale civile per opporsi alla domanda di suicidio assistito del terzo fratello, sostenendo che EXIT non avrebbe rispettato la legge poiché il fratello non era in fine di vita e non soffriva di nessun problema alla salute se non di sofferenze morali non ha potuto venir giudicata da un tribunale in quanto il fratello, purtroppo, si è suicidato prima che la decisione di fondo potesse venir presa.

Le nuove Direttive ASSM del maggio 2018

Un'ulteriore evoluzione, che sta facendo molto discutere, è avvenuta con l'adozione il 17.5.2018 da parte del Senato dell'ASSM delle **nuove direttive medico-**

etiche "Attitude face à la fin de vie et la mort" le cui **principali novità** consistono da una parte nel riconoscere per la prima volta il suicidio assistito come attività medica, dall'altra nell'**estensione del campo di applicazione**, che non concernerà più soltanto i pazienti il cui processo di morte è già iniziato, **ma anche i pazienti capaci di discernimento se sono in preda a una sofferenza insopportabile** dovuta a sintomi di una malattia e/o a limitazioni funzionali e se ogni alternativa è fallita o è stata rifiutata dal paziente.

La posizione del Comitato direttore della FMH

Il Comitato direttore della **FMH** ha già fatto sapere **di non condividere questa nuova e più liberale impostazione**, che chiede al medico di giudicare se una sofferenza è sopportabile o meno, addentrandosi in parametri oggettivi, contrariamente a quanto valeva per il criterio precedente del "fine di vita", che invece può essere documentato oggettivamente. Per l'esecutivo della FMH "le risque lorsqu'on sort de la zone objective, c'est d'ouvrir l'assistance au suicide de manière massive à des patients en situation de crise, des personnes dépressives ce qu'on appelle les fatigués de vie". **La Camera medica sarà chiamata a deliberare il prossimo autunno se integrare queste nuove direttive al Codice deontologico.**

Considerazioni personali

Da parte mia mi schiererò contro la ricezione di tali norme nel nostro Codice deontologico, poiché resto fermamente convinto che il ruolo del medico e della medicina resti quello di curare e alleviare, anche quando l'autodeterminazione del paziente vorrebbe invece un'altra soluzione. In questo caso di fronte all'autodeterminazione del paziente, che probabilmente a livello di tribunali avrebbe la priorità, coesiste una **responsabilità collettiva** che ha l'obbligo etico e morale di cercare di proteggere la vita in ogni sua sfaccettatura. E in questo senso considero che la vera libertà talvolta stia nel lasciare qualche tabù a tutela e protezione dell'invulnerabilità della vita, anche se si tratta della propria.

Franco Denti
Presidente OMCT