

Simona Cacace

Decisioni alla fine della vita. Sul dolore e sulla dignità del paziente

(doi: 10.1421/115012)

Giornale italiano di psicologia (ISSN 0390-5349)

Fascicolo 4, dicembre 2024

Ente di afferenza:

()

Copyright © by Società editrice il Mulino, Bologna. Tutti i diritti sono riservati.

Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it>

Licenza d'uso

Questo articolo è reso disponibile con licenza CC BY NC ND. Per altre informazioni si veda <https://www.rivisteweb.it/>

DECISIONI ALLA FINE DELLA VITA. SUL DOLORE E SULLA DIGNITÀ DEL PAZIENTE

SIMONA CACACE

Università degli Studi di Brescia

La disciplina di cui alla legge n. 219/2017 consacra l'autodeterminazione individuale nell'ambito della relazione di cura e riconosce e tutela il diritto del paziente di rifiutare qualsivoglia trattamento sanitario, nonché eventualmente di revocare il consenso in precedenza manifestato, a prescindere dalle conseguenze che dal rispetto di tale volontà derivino. Dall'altra parte, il medico non solo ha l'obbligo di rispettare i desideri espressi dal suo assistito, ma ha anche e ancor prima l'obbligo di provvedere all'informazione di quest'ultimo, affinché egli possa adottare le decisioni che lo riguardano con ponderazione e consapevolezza (Cacace, 2018).

Il legislatore provvede, dunque, a prescrivere un rapporto che si svolge nel tempo, che pone le sue basi sulla fiducia reciproca e che fa della comunicazione, della pianificazione e della comprensione i suoi punti di forza, non come risultati immediatamente perseguibili, bensì come frutti che lentamente maturano, obiettivi i cui contorni acquistano con gradualità nitore e definizione (Cacace, 2017a).

L'articolo di Testoni e Lucidi (2024) evidenzia innanzitutto come dalla volontà del paziente di sottrarsi alla prosecuzione delle cure non consegua, in capo al medico, una condotta di mera desistenza.

A fronte del rifiuto opposto dall'ammalato alla terapia attiva o di sostegno vitale, l'operatore sanitario deve provvedere, infatti, alla somministrazione dei trattamenti necessari a lenire la sofferenza che pure dal rifiuto medesimo tragga origine. La manifestazione di una volontà negativa non produce dunque l'automatico venir meno della relazione di cura, bensì il medico è tenuto ad adoperarsi con tutte le modalità residue ai fini del benessere del proprio assistito. Parimenti è doveroso garantire le Cure Palliative allorché la prosecuzione delle terapie integri un'ipotesi di accanimento clinico, secondo una valutazione sanitaria operata in termini di proporzionalità e di superamento del limite (Comitato Etico della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, 2024).

La liberazione dal dolore, anche laddove ciò si traduca nella definitiva eliminazione della vita biografica, come nel caso della sedazione palliativa profonda e continua, è un diritto del paziente che in alcun modo riguarda la volontaria causazione del decesso. Quand'anche, infatti, ne derivi l'accelerazione dell'evento finale quale effetto collaterale e non intenzionale, si tratterà della realizzazione di un rischio ritenuto in sede di valutazione medica accettabile, sulla scorta di un bilanciamento operato in termini di benefici e di possibili pregiudizi (Cacace, 2017b).

Le argomentazioni di Testoni e Lucidi sono particolarmente convincenti allorché escludono che le Cure Palliative debbano intendersi esclusivamente quale strumento principe di gestione della fase terminale della vita del malato, come alternativa alla morte medicalmente assistita e al contempo come prevenzione di un'istanza di accesso a quest'ultima.

La rimozione della sofferenza fisica e psichica rientra, infatti, nell'obbligo professionale dell'operatore sanitario anche nella fase di contrasto attivo alla patologia e parimenti deve essere perseguita a beneficio dell'ammalato che con le proprie decisioni determini, più o meno direttamente, la realizzazione dell'evento morte.

La scelta di una morte medicalmente assistita non deve dunque porsi quale estremo rimedio a un dolore che potrebbe altrimenti essere lenito; per converso, la garanzia di un'adeguata assistenza palliativa non giustifica la preclusione del ricorso al suicidio assistito.

Con la decisione n. 242/2019, la Corte costituzionale inserisce la richiesta e il ricorso al suicidio medicalmente assistito all'interno della relazione di cura e di fiducia, relativamente alle informazioni che il sanitario deve trasmettere al proprio paziente e all'assistenza, anche psicologica, che all'ammalato deve essere garantita riguardo alla complessità del contesto e delle scelte operate (Cacace, 2020).

In questo senso, le condizioni al ricorrere delle quali i giudici costituzionali ritengono di poter scriminare una condotta del medico rilevante ai sensi dell'art. 580 c.p. rispecchiano la possibilità del paziente di optare, in alternativa, per una scelta di non inizio, di non prosecuzione o di interruzione di un trattamento sanitario salvavita. L'ordinamento offre dunque alla persona malata la facoltà di accelerare l'esito con una condotta attiva, che direttamente e intenzionalmente cagiona il decesso, mentre l'operato del sanitario interviene in senso soltanto agevolativo.

Il ricorso all'aiuto «a» morire subentra perciò all'aiuto «nel» morire quando quest'ultimo non sia in grado di soddisfare e di garantire il livello minimo di dignità che dovrebbe informare, secondo il diretto interessato, la parte terminale della sua esistenza, sulla scorta di una valutazione senz'altro soggettivamente declinata. Più che dell'autodeterminazione individuale, infatti, la sentenza della Corte costituzionale rinviene nella salvaguardia della dignità dell'ammalato il bene giu-

ridico di riferimento, onde motivare un'apertura nei confronti della pratica del suicidio assistito: se il rifiuto del trattamento sanitario è infatti espressione dell'esercizio del diritto di decidere per sé, la predilezione per una condotta suicidaria – o il riconoscimento giuridico di tale predilezione – è giustificata dall'esigenza di offrire una modalità conforme a dignità per ottenere, nello stesso contesto, il medesimo risultato.

Per questo motivo, dovrà trattarsi di un malato la cui sopravvivenza dipenda da trattamenti sanitari, insuscettibili di essere rifiutati se non al prezzo di patimenti ulteriori ovvero, nel caso di attivazione di una sedazione palliativa profonda e continua, al prezzo del protrarsi di una vita meramente biologica e vegetativa, del tutto in balia delle cure di altri.

La psicologia palliativa, il cui ruolo centrale è correttamente individuato da Testoni e Lucidi (2024), svolge nei confronti della salute mentale e del benessere psichico della persona affetta da patologia cronica o a prognosi infausta la stessa funzione che le Cure Palliative assolvono riguardo alla sofferenza fisica (e non soltanto fisica).

Il trattamento del dolore totale si pone in linea di continuità e in maniera coerente con l'evoluzione stessa della nozione di salute, intesa in senso al contempo olistico e personalistico e sempre meno riconducibile a una monolitica sfera d'integrità psicofisica o equiparabile alla preservazione della mera sopravvivenza biologica. L'attenzione al profilo identitario, biografico ed esistenziale dell'ammalato ha dunque non soltanto provocato una vera e propria, intrinseca trasformazione della concezione di benessere e di cura, ma ha altresì sovvertito l'impianto della relazione che intercorre fra pazienti e personale sanitario.

Non a caso, la sentenza n. 242/2019 inserisce una congiunzione disgiuntiva fra la natura fisica e psicologica delle sofferenze che, ai fini dell'accesso alla procedura di suicidio assistito, il richiedente deve reputare «intollerabili»; nello stesso senso, le buone pratiche sulla sottoposizione del paziente terminale a sedazione palliativa profonda e continua contemplano l'esigenza di far fronte a sintomi refrattari che pure potrebbero presentarsi come di natura soltanto psichica (Cacace, 2017b).

Sotto il profilo sia clinico sia giuridico, l'assistenza psicologica e la psicologia palliativa acquistano dunque il medesimo rilievo accordato alle Cure Palliative, perché a queste sono a pieno titolo riconducibili, nell'ambito di un lavoro necessariamente *d'équipe* e caratterizzato dall'integrazione fra diverse professionalità. Il mandato dello psicologo palliativista s'inserisce pertanto in maniera coerente nel percorso relazionale delineato dal legislatore, ove informazione e comunicazione sono funzionali alla manifestazione di un consenso progressivo (Società Italiana di Cure Palliative, 2015), realizzato grazie all'elaborazione di quanto appreso e alla pianificazione di quanto accadrà, con

l'obiettivo di perseguire il miglior livello possibile di qualità della vita dell'ammalato (in particolare, cfr. art. 1, commi 5 e 10; art. 2, commi 1 e 2; art. 5, commi 1 e 2 della l. n. 219/2017).

BIBLIOGRAFIA

- Cacace, S. (2017a). *Autodeterminazione in salute*. Giappichelli.
- Cacace, S. (2017b). La sedazione palliativa profonda e continua nell'imminenza della morte: le sette inquietudini del diritto. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 39(2), 469-480. <https://iris.unibs.it/retrieve/handle/11379/496535/70277/RIML%20sedazione%20pubblicato.pdf>
- Cacace, S. (2018). La nuova legge in materia di consenso informato e DAT: a proposito di volontà e di cura, di fiducia e di comunicazione. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 40(3), 935-946. <https://iris.unibs.it/retrieve/handle/11379/513562/93584/Cacace%20RIML%202018%20La%20nuova%20legge.pdf>
- Cacace, S. (2020). La libertà e la dignità di morire secondo la Corte costituzionale. *Rivista Italiana di Medicina Legale*, 1, 1-26. <https://hdl.handle.net/11379/533564>.
- Cacace, S., Conti, A., Delbon, P. (a cura di) (2019). *La Volontà e la Scienza. Relazione di cura e disposizioni anticipate di trattamento*. Giappichelli.
- Comitato Etico della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (2024, 13 febbraio). *Considerazioni a margine della vicenda di Indi Gregory*. <https://www.siaarti.it/news/187877>
- Corte costituzionale, 22 novembre 2019, n. 242. In *Corte costituzionale – Decisioni*.
- Di Rosa, G. (2023, 29 maggio). Interventi giudiziari e proposte di regolazione in materia di suicidio assistito. *Giustizia Insieme*. www.giustiziainsieme.it
- Foglia, M. (2018). *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*. Giappichelli.
- Società Italiana di Cure Palliative (2015, 28 ottobre). *Informazione e consenso progressivo in Cure Palliative: un processo evolutivo condiviso* [Raccomandazioni].
- Testoni, I., & Lucidi, F. (2024). Il ruolo centrale della psicologia palliativa nei diversi contesti relazionali dell'aiuto a morire. *Giornale Italiano di Psicologia*, 51(4), 795-814.
- Tribunale di Firenze (2024, 17 gennaio). *Ordinanza del GIP*. giurisprudenzapenale.com

Decisions at the end of life. About the pain and dignity of the patient

*La corrispondenza va inviata a Simona Cacace, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Brescia, Via San Faustino 41, 25121 Brescia.
E-mail: simona.cacace@unibs.it*