



## FINE VITA: ULTERIORI SPUNTI DI RIFLESSIONE

Dopo gli spunti di riflessione che, come Associazioni laicali sammarinesi della Diocesi di San Marino-Montefeltro, abbiamo inteso offrire all'opinione pubblica nel dicembre scorso, in relazione al deposito del Progetto di legge in materia di "fine vita" da parte del movimento politico "Rete" nel mese precedente, riteniamo opportuno esprimerne altri dopo il recente deposito di un Progetto di legge di iniziativa legislativa popolare sullo stesso tema patrocinato dall'Associazione Emma Rossi.

La relazione al Progetto di legge dichiara di essersi avvalsa del documento "Processo decisionale nella presa in cura della persona malata nel fine della vita" prodotto dal Comitato Sammarinese di Bioetica nel marzo 2019. Fa riferimento, inoltre, alla Convenzione di Oviedo ed alle decisioni di altri Paesi, in particolare l'Italia, sia a livello di normative che di decisioni della Corte Costituzionale.

Ci permettiamo di evidenziare che **le premesse indicate nella relazione non ci paiono trovare rispondenza nel testo del Progetto di legge**, molto concentrato sulla possibilità di garantire la morte del paziente più che sulla possibilità di essere accompagnato alla morte naturale con dignità, cura e amore, come fortunatamente avviene da decenni nel nostro Paese grazie alla professionalità e dedizione dei nostri operatori sanitari, che rispettano la normativa sul consenso informato, disciplinata dalla legge 28 aprile 1989 n. 43, che è ancora una legge assolutamente adeguata.

L'art. 1 del progetto di legge indica **la finalità della legge**, che **dovrebbe essere la tutela del "diritto alla salute, alla dignità, all'integrità fisica e psichica"** delle persone. In realtà, l'unica finalità che appare perseguita è quella della **"autodeterminazione"**. Non si comprende infatti come norme che si vorrebbero introdotte per permettere la cessazione o il mancato inizio di terapie, anche salvavita, l'interruzione della idratazione e nutrizione artificiale anche degli incapaci, con conseguente morte certa dei pazienti, il mancato ricorso a interventi chirurgici di urgenza, con conseguente morte per patologie mortali curabili, il mancato ricorso alla rianimazione cardiopolmonare, con inevitabile morte in brevissimo tempo, o addirittura la mancata somministrazione di terapie antibiotiche, con conseguente morte per infezione, o di trasfusioni di sangue, possano tutelare la salute, la dignità e l'integrità fisica e psichica delle persone.

Partiamo da una premessa: come si misura la **dignità della vita umana**, termine più volte richiamato nel progetto di legge in questione? Dal nostro punto di vista **ogni vita è "degna" e deve essere oggetto di cura e amore, dall'inizio alla fine**, anche quella delle persone disabili, incapaci, colpite da gravi incidenti o uscite vive ma magari ustionate in gran parte del corpo a causa di tragedie incommensurabili come quella di cui tanto si è parlato nei primi giorni di gennaio. Ribadiamo che sono proprio le persone più fragili, i bambini, gli anziani, i malati gravi quelli che la società deve tutelare nella loro salute con maggiore impegno. Non deve invece far intendere loro che la "migliore" soluzione è un'altra, che è meglio rinunciare a vivere, che è meglio evitare sempre e comunque qualsiasi tipo di malattia o la dipendenza da altre

persone. La nozione di “dignità umana” presente in tutte le Dichiarazioni universali dei diritti umani e nelle Costituzioni dei paesi democratici varate dopo la seconda guerra mondiale è **un requisito che appartiene a tutti gli esseri umani**, quali che siano la loro età, la loro condizione di salute, la loro capacità di intendere e di volere, la loro capacità di comprensione e di comunicazione. Incamminarsi su sentieri diversi è estremamente pericoloso e come umanità abbiamo già sperimentato a quali conseguenze disastrose possa portare.

Inoltre, come si può ipotizzare che possano essere terze persone a decidere che nessun trattamento terapeutico debba essere accordato ad altre persone? Fra l’altro, **la norma, per come è scritta, mette in pericolo moltissimi soggetti**: l’art. 7 del progetto di legge parla infatti non solo degli incapaci riconosciuti tali ufficialmente, ma anche di persone che “di fatto” sono (anche temporaneamente?) incapaci di esprimersi validamente. Chi dovrebbe valutare questa anomala situazione di “incapacità” la norma non lo dice, ma non è accettabile che terzi possano decidere di non iniziare o sospendere trattamenti indispensabili alla sopravvivenza delle persone in questione, ritenute da qualcuno, in maniera del tutto soggettiva, incapaci. Ciò appare palesemente illegittimo, in palese violazione di presidi costituzionali e posti dalle Convenzioni internazionali in materia; ed infatti l’Italia si è ben guardata dal sancire questa possibilità. Anzi, la Corte Costituzionale italiana ha ripetutamente ribadito che le persone alle quali non vengono somministrate cure su loro richiesta devono essere pienamente capaci di intendere o di volere quando esprimono tale richiesta e non possono esservi terzi che avanzano tale istanza o oppongono rifiuti a trattamenti medici per loro conto. Con l’aggravante che, anche in questo progetto di legge (come in quello di Rete), si prevede che si possa rinunciare ad **alimentazione ed idratazione** (sia per sé che per terzi), che **sono sostegno vitale, non terapie**. Inoltre, l’art. 7 del progetto di legge si pone a nostro avviso in contrasto con le disposizioni della Legge 10 marzo 2015 n. 28 e del Decreto Delegato 1° febbraio 2018 n. 14, riguardanti le persone con disabilità.

L’art. 4 del progetto di legge prevede inoltre che qualunque rifiuto di trattamento sanitario, anche salvavita, anche se il rifiuto è del tutto ingiustificato o è giustificato da momenti di scoraggiamento, disperazione o solitudine, è vincolante per i medici. Si prevede anche l’interruzione delle terapie in atto che, se sono in atto, evidentemente sono state valutate dai medici come necessarie o utili. Ebbene, il paziente può ordinarne la cessazione. E non si precisa neppure che è salvaguardato **il diritto all’obiezione di coscienza** del personale sanitario.

In fondo, l’art. 4 disegna **una situazione in cui il paziente è solo**: è lui che deve decidere, anche senza i familiari, e comunicare la decisione al medico, che certo lo deve ascoltare e informarlo sulle alternative, ma sempre sul presupposto che sarà il malato, magari solo o depresso, a dover decidere.

Il medico starà molto più “al sicuro” se non curerà il paziente invece che se lo curerà, magari con terapie originali o innovative.

Con il principio della “autodeterminazione della persona” **salta l’alleanza terapeutica tra medico e paziente**: quell’incontro tra due persone che insieme, sulla base della professionalità dell’una e dell’umanità di entrambe, discutono e valutano le varie opzioni terapeutiche per giungere a decisioni spesso difficili per il paziente.

Quanto alle Disposizioni anticipate di trattamento sanitario, ci si consente di evidenziare che l’art. 9 della **Convenzione di Oviedo**, enunciata dai proponenti nella relazione accompagnatoria al progetto di legge e che si occupa di tutelare al massimo la vita e la salute dei pazienti, non di favorirne la morte, sancisce che “I desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell’intervento, non

è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione” e quindi **non sono vincolanti** per i medici chiamati ad intervenire.

Quanto al modulo allegato al progetto di legge per disciplinare le Disposizioni anticipate di trattamento, si stabilisce che tali disposizioni non si dovrebbero applicare solo alle persone in stato di incoscienza o in coma, ma anche alle persone perfettamente “sveglie” che un collegio medico riterrà “incapaci”. Non vorremmo che la loro redazione facilitasse il percorso verso la morte di numerosi soggetti.

In conclusione, ci pare che, anche con questo progetto di legge, **si abbandoni ogni segno di solidarietà sociale e di condivisione reciproca**. Si toglie a determinate categorie di persone ogni capacità di scelta in riferimento alla propria salute, stabilendo regole che contrastano con i principi enunciati; i pazienti vengono lasciati soli nella decisione di interrompere ogni cura e terapia, anche salvavita, facendo intendere che la loro morte “anticipata” è un evento “buono” per la società; **la “preferenza per la morte”** passa attraverso uno strumento – le DATS – che, per come configurato, non garantisce né una volontà davvero libera né, tanto meno, informata da parte del firmatario, che in molti casi con la sua sottoscrizione si garantirà un trattamento sanitario peggiore, se non un abbandono terapeutico, nel caso di trovasse in stato di incapacità. **Il medico, in questo contesto, si trasforma in notaio delle volontà scritte**, attento a non azzardare terapie in mancanza di esplicito consenso e tranquillizzato dall'esonero da ogni responsabilità civile e penale nel caso in cui il paziente morisse in conseguenza di terapie non prestate.

Non nascondiamo la nostra preoccupazione ed esprimiamo nuovamente **l'auspicio che si apra un confronto vero**, col coinvolgimento di tutte le componenti della società, a maggior ragione in una realtà, come quella sammarinese, che meritorialmente è sempre stata “inclusiva”, dando valore a tutti i suoi componenti e sostenendo particolarmente quelli più fragili e indifesi.

LE ASSOCIAZIONI LAICALI SAMMARINESI  
DELLA DIOCESI DI SAN MARINO-MONTEFELTRO

San Marino, 14 gennaio 2026