

fine vita

L'etica utilitaristica dietro le motivazioni dei palliativisti

VITA E BIOETICA

16_09_2026



**Tommaso
Scandroglio**



Il punto centrale dell'ultimo *position paper* pubblicato a giugno dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP) dal titolo *Il rapporto tra le cure palliative e la richiesta di suicidio medicalmente assistito*, è il seguente: pur lasciando libertà di coscienza al singolo

palliativista, la SICP, come istituzione, non vuole collaborare, tramite l'utilizzo delle cure palliative (CP), al suicidio medicalmente assistito (SMA).

E così possiamo leggere nel documento, in merito al «tema della partecipazione diretta alla fase attuativa del SMA», che «i singoli professionisti appartenenti alle *équipe* di Cure Palliative possono, secondo coscienza e a titolo personale, scegliere di partecipare al SMA. Tuttavia, pur riconoscendo tale libertà individuale, resta fondamentale mantenere distinta l'identità delle Cure Palliative dalla finalità propria del SMA e preservare la specifica missione delle cure palliative e della medicina palliativa». Di conseguenza si stabilisce che «le strutture organizzative che fanno parte della Rete Locale di Cure Palliative (hospice, unità operative domiciliari e ospedaliere, ecc.) non sono coinvolte nella fase attuativa del SMA».

Fin qui bene, ma i problemi di carattere morale iniziano a sorgere se andiamo a vedere quali sono le motivazioni di natura etica per rifiutare un coinvolgimento del palliativista nella fase attuativa. Leggiamo nel documento: «Dal punto di vista cognitivo e sociale, esiste [...] il rischio che una sovrapposizione simbolica tra Cure Palliative e SMA produca un grave fraintendimento culturale». Perciò è male collaborare con la CP al SMA perché si potrebbe produrre un danno, un danno che si configurerebbe qualora le persone fossero portate a pensare che le CP siano sempre a servizio del SMA, diventando quindi elemento essenziale di tale procedura.

Ciò che fa problema del passo appena citato non sta nel rilevare questo possibile rischio di sovrapposizione tra CP e SMA, rischio reale, ma nel fondare il rifiuto di essere coinvolti nella fase attuativa del SMA solo per questo motivo. Invece la ragione che impone il rifiuto del palliativista nel collaborare al SMA risiede nel fatto che il suicidio è atto intrinsecamente malvagio e la persona, dal punto di vista morale, non può aiutare un'altra persona a togliersi la vita, nemmeno perseguendo la finalità buona di non farla soffrire. Si tratterebbe dunque di una collaborazione materiale illecita al male: il mio fine è quello di non farti soffrire, fine buono, ma la mia azione produce anche un effetto malvagio assai più importante dell'effetto buono, cioè agevolarti nel toglierti la vita. Seguendo l'etica utilitarista della SICP, verrebbe quindi da domandare: qualora fossimo certi che le persone non fossero indotte a sovrapporre CP e SMA, allora collaborare attivamente al SMA sarebbe eticamente lecito? Per la SICP la risposta sarebbe positiva, alla luce della ragione, invece, tale collaborazione rimarrebbe un'azione malvagia.

Inoltre cogliamo una incongruenza. In merito alle CP e al SMA leggiamo: «Queste due richieste esprimono differenti concezioni di dignità che, in una società pluralista, meritano rispetto». Dunque anche il SMA è atto moralmente buono. Ma se lo è non

dovrebbe essere un problema l'eventuale sovrapposizione delle CP al SMA.

Per la SICP il SMA è atto buono perché non si è compreso che la scelta soggettiva non ha il potere di mutare la natura di un atto che, nel SMA, rimane malvagio, oggettivamente malvagio anche se fatto proprio liberamente da una persona. Considerando moralmente lecito il SMA ne discende per coerenza che lo stesso debba essere riconosciuto anche come diritto soggettivo: «In una società pluralista può e, secondo la maggioranza dei componenti del Comitato, deve essere riconosciuto il diritto individuale a richiedere il SMA secondo le condizioni previste dagli ordinamenti».

Quindi la SICP, seppur per le fragili e contraddittorie motivazioni appena indicate, dice "No" ad essere coinvolti nella fase attuativa del SMA. Ma qualche riga più in là il documento si contraddice nuovamente: «In ogni caso, per la natura stessa delle Cure Palliative e dell'etica della Cura alla quale si ispirano, i professionisti delle Cure Palliative non abbandonano mai la persona malata e la sua famiglia nel percorso, sempre difficile e sofferto, di qualunque scelta nella malattia. [...] L'équipe di Cure Palliative non abbandona la persona che chiede di accedere al SMA, ma continua a seguirla nell'ambito di competenza specifica delle Cure Palliative». Ciò che si era buttato fuori dalla porta rientra dalla finestra. Non è ragionevole dunque argomentare così: sono contrario al SMA, ma, se proprio hai deciso di suicidarti, io non ti abbandonerò, ma ti aiuterò a soffrire meno. Questa argomentazione è da rifiutare e il rifiuto non è sintomo di disumanità, ma, come accennato sopra, è consapevolezza che non si può agevolare il suicidio di una persona.

Altri sono poi i punti critici di questo documento. A tal proposito citiamo un altro passo: «Il presente *Position Paper* sottolinea l'importanza della presenza delle équipes di Cure Palliative nelle fasi informativa e valutativa delle richieste di SMA. [...] Perché sia possibile l'ascolto e la capacità di analisi della sofferenza della persona insieme al rispetto dei requisiti necessari per l'accesso al SMA, è opportuna e necessaria la presenza di un palliativista all'interno delle commissioni (tecnico-cliniche e/o nei Comitati per l'etica nella clinica o Comitati Etici Territoriali)».

Qui abbiamo due azioni distinte: l'informativa al paziente in merito al SMA e la valutazione del palliativista all'interno di quelle commissioni previste per verificare che esistano le condizioni indicate dalla Corte costituzionale per accedere al SMA. In merito all'aspetto informativo. Dare informazioni è lecito se il fine è persuadere/dissuadere la persona dal togliersi la vita. Se invece si forniscono informazioni su come le CP possono preparare meglio al SMA, l'atto è illecito perché potrebbe favorire la decisione di scegliere il SMA, anche se poi chi ha dato queste informazioni non sarà coinvolto nella

fase attuativa del SMA.

Riguardo invece alla presenza dei palliativisti nelle commissioni di verifica delle condizioni necessarie per accedere al SMA, qualora il palliativista ne confermasse l'esistenza rientreremmo nel caso della collaborazione materiale illecita al male: il mio intento è stato solo quello di verificare l'esistenza di queste condizioni, non condividendo il fine suicidario del paziente. Ma accanto a questo fine buono si produrrebbe di fatto e necessariamente un effetto malvagio assai più rilevante: aver contribuito, anzi aver permesso il suicidio. Lecito invece ricorrere al falsiloquio (non in senso tomista). Ossia negare che esistano queste condizioni anche se presenti. Non è mentire, ossia ingannare la persona innocente (*malum in se*), ma ingannare gli ingiusti aggressori privandoli della verità al fine di difendere la vita dell'aspirante suicida (chi vuole suicidarsi aggredisce ingiustamente se stesso e chi vuole favorire il suicidio è un ingiusto aggressore della vita altrui).

È dunque una forma di legittima difesa di terzi. Come è lecito privare della vita l'ingiusto aggressore, così è ugualmente lecito privarlo della verità. Privo l'aspirante suicida e i suoi collaboratori dell'"arma" per togliersi la vita (Cfr. G. FARO, *Menzogna e verità: un problema risolto? Commento ad una tesi del filosofo Antonio Millán-Puelles*, in *Acta Philosophica*, vol. 8, 1999, fasc. 1, p. 102; M. RHONHEIMER, *La prospettiva della morale*, Armando, 1994, p. 291: «una falsa informazione sarebbe qui una mera azione di difesa (togliergli il pugnale dalla mano)»). Infatti, come principio ispiratore, in Esodo 20,16 si comanda di «non pronunciare falsa testimonianza contro il tuo prossimo», non a favore del tuo prossimo.