

quotidiano **sanità**.it

Lettere al direttore

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore
Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

QS Club Newslet

QS» Lettere al direttore» Suicidio medicalmente assistito, il Position Paper Sipc e il dilemma del non abbandono



Stampa

Suicidio medicalmente assistito, il Position Paper Sipc e il dilemma del non abbandono



Gentile Direttore, com'è noto in Italia negli ultimi mesi mesi 4 Regioni (Toscana, Sardegna, Emilia-Romagna, Veneto) hanno legiferato sul SMA (Suicidio Medicalmente Assistito), e ora un quarto dei cittadini (circa 15 milioni) può contare su norme precise per

l'accesso alla morte volontaria assistita. Altre Regioni (Sicilia, Puglia, Piemonte, Lombardia, etc.) stanno discutendo se legiferare o no, e se dovessero farlo a breve metà o più degli italiani avrà leggi regionali al riguardo: a conferma che ormai il SMA non è un evento sporadico, eccezionale, raro e sconcertante/inspiegabile, ma è una scelta consapevole e lecita di fine-vita.

Gentile Direttore,

com'è noto in Italia negli ultimi mesi mesi 4 Regioni (Toscana, Sardegna, Emilia-Romagna, Veneto) hanno legiferato sul SMA (Suicidio Medicalmente Assistito), e ora un quarto dei cittadini (circa 15 milioni) può contare su norme precise per l'accesso alla morte volontaria assistita. Altre Regioni (Sicilia, Puglia, Piemonte, Lombardia, etc.) stanno discutendo se legiferare o no, e se dovessero farlo a breve metà o più degli italiani avrà leggi regionali al riguardo: a conferma che ormai il SMA non è un evento sporadico, eccezionale, raro e sconcertante/inspiegabile, ma è una scelta consapevole e lecita di fine-vita.

In questo quadro ci si sarebbe aspettati che la Sipc (Società Italiana di Cure Palliative), unica Società scientifica italiana di una specialità dedita alla giovane categoria del "fine-vita", fosse simpatetica con la nuova realtà morale diffusa e contribuisse in modo costruttivo e propositivo alla soluzione dei tanti problemi da affrontare. Invece il 16 giugno 2026 ha fatto uscire un Position Paper in cui ribadisce la netta estraneità delle cure palliative (CP) dalla fase attuativa del SMA, limitandosi a lasciare ai palliativisti *come singoli* (a titolo personale) la libertà di parteciparvi o no. Come Società scientifica, però, la Sipc si "chiama fuori" dalla fase attuativa, e giustifica questa scelta osservando che va evitato il "grave fraintendimento culturale" che potrebbe crearsi e che

Ultime analisi e review da QS Pro Gold



Intelligenza emotiva nel nursing: da competenza relazionale a leva per sicurezza, benessere e governance



Intelligenza Artificiale Generativa nella Pratica Clinica: strumenti, evidenze, limiti e governance per i professionisti del SSN



Aritmie atriali e anticoagulazione personalizzata: come orientare diagnosi, stratificazione e terapia



Strategie per ridurre i conflitti interni e aumentare la performance clinico-organizzativa



Intelligenza artificiale e medicina predittiva. Modelli, evidenze cliniche e limiti per il SSN

Quotidiano Sanità CLUB

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

Tutti gli speciali

I più letti [7 giorni][30 giorni]



Arrivano i nuovi Lea. Via libera a 800 nuove prestazioni e servizi: dalla Sma ai test prenatali, ecco le novità.
Schillaci: "Ssn più equo e moderno"



recherebbe danni a chi, pur avendone bisogno, non ricorrerebbe alle CP per paura di finire nel SMA.

Da subito la posizione-Sicp ha suscitato molte perplessità, e anche noi siamo intervenuti dapprima su [Quotidiano Sanità](#), il 5 maggio, per sostenere che la tesi è immorale; e poi semore su QS il [23 luglio](#): per mostrare che il Position Paper presenta una contraddizione, perché da una parte prevede (permette) che i palliativisti *come singoli* possano assistere alla fase attuativa dello SMA (l'assistenza è *lecita, buona*) e, dall'altra e allo stesso tempo, esclude (vieta) che i palliativisti *come categoria* siano presenti in tale fase (l'assistenza è *esclusa, cattiva*).

Sinora le difficoltà individuate hanno riguardato quella che qui per comodità chiamiamo la tesi di «*esclusione della categoria professionale*»: che è ribadita nella prima parte (pp. 5-12) del Position Paper in cui si afferma che «*la presenza delle équipes di Cure Palliative nella fase informativa e valutativa delle richieste di SMA appare appropriata e importante. Diverso rimane invece il piano della fase attuativa, rispetto alla quale è essenziale preservare una chiara distinzione simbolica, culturale e professionale tra l'accompagnare la persona nella vita fino alla morte naturale e il provocare intenzionalmente la morte*» (p. 11).

Per capire meglio che cosa la tesi comporti, si immagini che, in un paese dove l'aborto è lecito, un'ipotetica Società ob-gyn proponga che gli ob-gyn *come singoli* hanno la facoltà di fare aborti in conformità alla normativa vigente; mentre gli ob-gyn *come categoria* vanno esclusi dal servizio per evitare il rischio che la loro presenza nella fase attuativa possa generare un grave fraintendimento culturale fonte di possibile danno per le donne fragili che potrebbero evitare servizi ob-gyn necessari per paura di finire ad abortire. Che dire di questa proposta?

La nostra risposta immediata e intuitiva è che è inaccettabile, e la ragione è che le varie professioni (in quanto professioni) sono tenute a fornire alla società i servizi concernenti le competenze specialistiche acquisite per soddisfare le legittime esigenze sociali previste dall'ordinamento. Per questo la SICP è forse l'unica Società scientifica al mondo a sostenere l'esclusione *della categoria professionale* da un servizio giuridicamente previsto (per ragioni «etiche»).

Ma il Position Paper non sostiene solo la tesi esaminata, perché con nonchalance e senza ulteriori commenti a p. 36 afferma 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*»: prima era solo l'équipe (palliativisti e altri operatori) a non essere coinvolta; ora è la *struttura organizzativa* stessa (hospice, etc.) a non esserlo. Il passo è grosso e porta a quella che chiamiamo, la tesi di «*esclusione della struttura organizzativa*».

Sempre per cercare di capire meglio la differenza tra le due riprendiamo l'analogia con la nostra ipotetica Società ob-gyn: ove affermasse la tesi di esclusione della *categoria*, ciò comporterebbe l'esonero degli operatori ob-gyn (come categoria) dal servizio di interruzione di gravidanza che sarebbe comunque erogato sempre negli stessi reparti di ginecologia/ostetricia da altri medici o da ob-gyn a titolo personale. Ove invece la Società affermasse la tesi di esclusione della *struttura*, ciò comporterebbe lo spostamento del servizio in altri reparti (ortopedia, urologia, etc.) con disagi di gran lunga maggiori per tutti: fruitori e operatori.

Abbiamo seri dubbi che: 1. l'esclusione della *struttura* sia giuridicamente lecita, perché è obbligo delle strutture pubbliche (il SSN) garantire i servizi previsti dall'ordinamento a chi ne ha i requisiti; 2. una Società scientifica abbia titolo di stabilire che le *strutture* deputate a erogare un servizio dovuto non lo forniscano. Ove i nostri dubbi fossero fondati e l'esclusione della *struttura* non fosse giuridicamente ammessa, l'intera posizione-SICP crollerebbe.

Ma non siamo giuristi, e limitiamo l'analisi all'aspetto etico, per il cui chiarimento proponiamo il seguente caso, che riguarda l'hospice ma come paradigma di tutte le *strutture*-CP: *a stare al Position Paper va ammesso in hospice o no un paziente le cui condizioni cliniche necessitano il ricovero, ma è in attesa di ricevere il via libera alla domanda di SMA già presentata, e che ha comunicato che ove lo ricevesse chiederà subito di procedere alla fase attuativa?*

La risposta è sì, perché i palliativisti partecipano alle fasi informativa e valutativa del SMA e in questa luce va visto l'ingresso del paziente, che è dovuto perché il Position Paper con solennità afferma che «*i professionisti delle Cure Palliative non abbandonano mai la persona malata [...] nel*

 Specializzazioni mediche, copertura al 90%. Ma quasi la metà dei primi 1.000 candidati sceglie solo tre discipline. Ecco le più e le meno richieste

 È fuga dei medici dalla sanità pubblica. Studio Anaa: «Sono più quelli che si dimettono rispetto a chi va in pensione. È un vero e proprio esodo»

 Direttori generali, una proroga che interroga il modello di governance e rischia di rinviare l'innovazione

 Roche, nuovi dati real-world confermano l'efficacia di faricimab nelle principali patologie retiniche



percorso [...] di qualunque scelta nella malattia" (p. 37): il non ricoverarlo renderebbe queste parole una vuota e ipocrita frase di rito. Il paziente va quindi ricoverato, assistito e accolto.

Ma che fare poi quando, ricevuta l'approvazione, il paziente chiede di passare alla fase attuativa? Dove realizzare il SMA: nell'hospice o fuori? Se venisse attuato dentro l'hospice si creerebbe il temuto "grave fraintendimento culturale" che annullerebbe l'estraneità delle CP dal SMA. A nulla servirebbe proclamare poi che i palliativisti *come categoria* sono esclusi dalla fase attuativa, perché la comunicazione pubblica ha regole nette e se il SMA avvenisse *nella struttura*, sempre dubbia e opaca sarebbe l'estraneità delle CP al SMA. Se poi dovesse capitare che a titolo personale qualche palliativista prestasse assistenza in alcuni casi di SMA, il fraintendimento sarebbe totale e l'estraneità delle CP dal SMA sarebbe spazzata via senza rimedio.

La tesi di esclusione della *struttura* è tassativa, richiede un altissimo grado di compliance e costituisce la chiave di volta archimedeica dell'intera posizione-Sicp non è né marginale né optional perché senza di essa crolla l'idea stessa della diversità/estraneità delle CP dal SMA. Il paziente deve essere portato fuori dall'hospice prima di procedere alla fase attuativa del SMA. Ma far questo è un chiaro atto di *abbandono*: fatto all'ultimo momento quando maggiore è il bisogno di accoglienza – e per di più fatto solo perché ha scelto il SMA: scelta che è legittima e che è riconosciuta tale anche dalla Sicp.

Si potrà ribattere che si tratta di un "*abbandono* di struttura" attuato in forma impersonale cioè tale che il singolo operatore quasi neanche se ne accorge. Ma ciò non cambia che di *abbandono* sempre si tratta, e il suo essere "di struttura" è peggio, perché dal punto di vista etico è più grave di quello "di persona". Sorprendente poi è che sia una Società scientifica a indicarlo.

Il Position Paper è intrappolato tra due tesi tra loro incompatibili che si elidono a vicenda: l'esclusione della *struttura* dalla fase attuativa del SMA è essenziale e va sostenuta, ma essa comporta un *abbandono* del paziente. Prometteva un chiaro "orientamento scientifico, etico e organizzativo su un tema di straordinaria rilevanza" (p. 7) e ha prodotto un insolubile, angosciante e paralizzante dilemma morale: se il palliativista rispetta il nuovo dovere-SICP di non coinvolgere la *struttura* CP, viene a violare il consolidato dovere di non-abbandono; se invece rispetta il dovere di non-abbandono, allora viola il nuovo dovere-SICP non coinvolgere la *struttura*-CP nel SMA. Invece di fare chiarezza, ha creato un ginepraio.

Volendo guardare avanti ci poniamo la domanda: se nel prossimo futuro il SMA diventasse pratica sociale diffusa, che ne sarà del Position Paper? Che se ne dirà tra alcuni anni? Due sembrano le situazioni che si profilano. La *prima* è quella promossa dalla Sicp, per la quale la stragrande maggioranza dei palliativisti dovrebbe riconoscere con convinzione la priorità del nuovo dovere-Sicp di non coinvolgere la struttura-CP nella fase attuativa del SMA. Può darsi che resti poi un minuscolo gruppo di dissenzienti, che però dovrebbe subito essere isolato da un ampio, convinto e inoppugnabile consenso per la posizione-SICP. Ove così fosse il Position Paper brillerebbe alto nel cielo come stella polare che negli anni a venire orienterà le CP – le quali finiranno per essere *alternative* al SMA, perché chi lo sceglierà preferirà evitarle non essere abbandonato all'ultimo.

La *seconda* situazione invece è che si crei un gruppo di palliativisti, anche piccolo ma significativo perché capace di fare tendenza, che metta in luce le difficoltà etiche del Position Paper, dichiari pubblicamente la propria fedeltà al dovere di non-abbandono e attui il SMA nelle strutture-CP, potendolo fare come singoli. All'inizio ciò creerà dolorose divisioni interne, ma l'aumento delle richieste di SMA finirà per travolgere l'intera posizione-SICP: il Position Paper verrà ricordato come iniziativa poco felice, e le CP diventeranno *complementari* al SMA.

Non sappiamo come sarà il futuro, ma la riproposta dell'antica idea ippocratica dell'estraneità delle CP dal SMA poteva forse andar bene quando il SMA era vietato dall'etica e dall'ordinamento, ma oggi non regge più. Il Position Paper è stato approvato all'unanimità dal Direttivo Sicp e dall'apposito Comitato che l'ha redatto, ma il dilemma etico e gli altri problemi rilevati sollecitano ulteriori approfondimenti e suggeriscono che, prima di essere implementato, sia sottoposto a consultazione, come già fanno la BMA e l'AMA in questi casi.

Sergio Livigni, anestesista-rianimatore, Piemonte;

Mariella Immacolato, medico legale, Toscana

Maurizio Mori, presidente emerito Consulta di Bioetica, componente CNB

Roberta Morini, neurologo e palliativista, Lombardia

Federico Fiocca, anestesista-rianimatore, Lombardia

06 Ottobre 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Lettere al direttore



Dimissioni dal Ssn: la voce inascoltata e l'esodo dei medici

Gentile Direttore, l'indagine Anaaio sulle dimissioni volontarie dal SSN, che hanno superato i pensionamenti, ha suscitato preoccupazione e un ampio dibattito. Queste scelte individuali, dai rilevanti effetti collettivi, possono essere lette...



In Calabria lo psicologo entra nella Casa della Comunità e risponde anche di notte

Gentile Direttore, dal 1° ottobre parte «Parliamone insieme», intervento sperimentale di psicologia sociosanitaria territoriale finanziato dal PR Calabria FESR FSE+ 2021-2027. Psicologi nelle Case della Comunità, accesso diretto senza impegnativa. E,...



Il Sistema Salute Nazionale non ha bisogno di "pagelle"

Gentile Direttore, nel nostro Paese si dà tutto per scontato! Ci siamo abituati al fatto che il Servizio sanitario italiano sia gratuito e accessibile a tutti, ignorando così il suo reale...



Salute mentale, un diritto a geografia variabile. Servono risorse, dati e una regia nazionale

Gentile Direttore, il Rapporto 2026 della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica sulla qualità dell'assistenza per la salute mentale in Italia conferma quello che operatori, pazienti e familiari sperimentano ogni giorno: nel...

Edizioni Regionali

Abruzzo Veneto Piemonte di Valle
Basilicata Giulia Provi Trentino D'Ao
Calabria Lazio Autor Puglia Vene
Camp Liguri di Sarde
Emilia Lomb Bolza Sicilia
Roma Marche Provi Tosca
Friuli Molis Autor Umbr

112296-ITONJ7

Ritaglio stampa ad uso esclusivo del destinatario, non riproducibile.