

I Comitati per l'etica nella clinica di fronte alle richieste di aiuto medico a morire: l'organizzazione della Regione Emilia-Romagna

Ludovica De Panfilis*

CLINICAL ETHICS COMMITTEES AND MEDICALLY-ASSISTED DYING: THE ORGANIZATION OF EMILIA-ROMAGNA

ABSTRACT: The paper analyzes the role of Clinical Ethics Committees in evaluating requests for medical assistance in dying (MMA), in light of the case law of the Italian Constitutional Court and the organizational choices adopted by the Emilia-Romagna Region. Starting from ruling no. 242/2019, which identifies the territorially competent ethics committees as the third-party body responsible for verifying the existence of the requirements for access to the AMM, the paper reconstructs the doctrinal debate regarding the identification of these bodies, focusing in particular on the distinction between Ethics Committees for experimentation and Committees for ethics in the clinic. This paper examines Emilia-Romagna's decision to assign the evaluation function to the Regional Committee for Clinical Ethics (COREC), established in 2024 as an evolution of the experience gained with the Committee for Clinical Ethics of the AUSL-IRCCS of Reggio Emilia. The paper illustrates the regional organization of ethics committees, the Technical-Operational Instructions for Access to the AMM, and the specific role of COREC in the process, characterized by a mandatory but non-binding ethical assessment, subsequent to the medical-clinical one. Drawing on the evidence emerging from the CEC experimental project and the experience gained by COREC in the first two years of activity, the paper argues how the Clinical Ethics Committees represent the most suitable bodies to ensure adequate protection of personal vulnerability, support for complex end-of-life decision-making processes and care that respects the patient's values and dignity. In conclusion, the paper emphasizes the value of ethics counseling in AMM's journey and calls for regulatory regulation of clinical ethics committees, as well as strengthening the bioethics training of healthcare professionals involved in end-of-life care.

KEYWORDS: medical help to die (AMM); clinical ethics committees; Constitutional Court; vulnerability and end of life; clinical ethics consultancy; patient self-determination

* Ludovica De Panfilis è Ricercatrice in Tenure Track di Storia della medicina e Bioetica presso il Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche dell'Università di Bologna e l'IRCCS Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna. Da febbraio del 2024 presiede il Comitato regionale per l'etica nella clinica della Regione Emilia-Romagna. Mail: ludovica.depanfilis@unibo.it. Contributo sottoposto al referaggio del comitato scientifico dell'evento.

ABSTRACT: Il contributo analizza il ruolo dei comitati per l'etica nella clinica nella valutazione delle richieste di aiuto medico a morire (AMM), alla luce della giurisprudenza della Corte costituzionale italiana e delle scelte organizzative adottate dalla Regione Emilia-Romagna. Muovendo dalla sentenza n. 242/2019, che individua nei comitati etici territorialmente competenti l'organo terzo chiamato a verificare la sussistenza dei requisiti per l'accesso all'AMM, il lavoro ricostruisce il dibattito dottrinale circa l'individuazione di tali organismi, soffermandosi in particolare sulla distinzione tra comitati etici per la sperimentazione e comitati per l'etica nella clinica. In questo quadro viene esaminata la decisione dell'Emilia-Romagna di attribuire la funzione valutativa al Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica (COREC), istituito nel 2024 come evoluzione dell'esperienza maturata con il Comitato per l'etica nella clinica dell'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia. Il paper illustra l'organizzazione regionale dei comitati etici, le Istruzioni tecnico-operative per l'accesso all'AMM e il ruolo specifico del COREC nel procedimento, caratterizzato da una valutazione etica obbligatoria ma non vincolante, successiva a quella medico-clinica. Attraverso il richiamo alle evidenze emerse dal progetto sperimentale del CEC e all'esperienza maturata dal COREC nei primi due anni di attività, il contributo argomenta come i Comitati per l'etica nella clinica rappresentino gli organismi più idonei a garantire un'adeguata tutela della vulnerabilità della persona, un supporto ai processi decisionali complessi di fine vita e una presa in carico rispettosa dei valori e della dignità del paziente. In conclusione, il lavoro sottolinea il valore della consulenza etica nel percorso di AMM e auspica una regolamentazione normativa dei Comitati per l'etica nella clinica, nonché un rafforzamento della formazione bioetica dei professionisti sanitari coinvolti nel fine vita.

PAROLE CHIAVE: Aiuto medico a morire (AMM); Comitati per l'etica nella clinica; Corte costituzionale; Vulnerabilità e fine vita; Consulenza etica clinica; Autodeterminazione del paziente

SOMMARIO: 1. Aiuto medico a morire e comitati etici: quale ruolo per quale comitato? – 2. I comitati per l'etica nella clinica: significati ed evidenze – 3. L'esperienza del COREC: non solo aiuto medico a morire – 4. Conclusioni.

1. Aiuto medico a morire e comitati etici: quale ruolo per quale comitato?

Nelle sentenze della Corte costituzionale dedicate al tema del suicidio medicalmente assistito, che in questo contributo chiamerò aiuto medico a morire (AMM) assumendo la terminologia proposta dal documento del Gruppo Per un diritto gentile¹, i comitati etici territorialmente competenti vengono individuati come l'organo terzo che possa valutare la presenza dei requisiti stabiliti dalla Corte per poter accedere alla procedura dell'AMM. Il dibattito relativo alla scelta della Corte di

¹ L. BUSATTA, L. ORSI, M. PICCINNI, *Le Raccomandazioni sul ruolo dei comitati etici nell'aiuto medico a morire* del gruppo di lavoro Per un diritto gentile.

parlare di *comitato etico territorialmente competente* è stato, ed è tuttora, alimentato da posizioni anche in contrasto tra di loro, poiché l'espressione può avere una diversa connotazione a seconda degli aspetti che si sceglie di considerare. Nel suo contributo su Responsabilità medica², Lucia Busatta ricostruisce la questione nel dettaglio, arrivando a concludere che nella sentenza n. 242/2019, per individuare l'organo collegiale cui affidare la tutela delle condizioni in cui il paziente che fa richiesta di AMM può versare, la Corte richiama il Decreto del Ministero della Salute dell'8 febbraio 2013. Tale Decreto era stato adottato in attuazione del riordino dei comitati etici per la sperimentazione pertanto, come sottolinea Busatta, ad una prima disamina potrebbe sembrare che la Corte affidi a questi comitati la valutazione delle richieste di AMM. Tuttavia, il Decreto stabilisce che «ove non già attribuita a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona³». È proprio la presenza di questo inciso che evidenzia come «al legislatore è nota l'esistenza di altri "organismi" che, a livello sanitario, possono esprimersi sulle questioni etiche delle attività sanitarie⁴».

È sulla base di questa lettura che la Regione Emilia-Romagna ha deliberato, a febbraio del 2024, la Costituzione del Comitato Regionale per l'Etica nella Clinica (COREC) – come proseguimento e ampliamento delle attività iniziate nel 2020 presso l'Ausl-IRCCS di Reggio Emilia con il Comitato per l'etica nella clinica sperimentale – e le Istruzioni Tecnico-operative per accedere all'AMM, procedura nella quale il COREC svolge un ruolo valutativo obbligatorio il cui esito non è vincolante. L'accesso all'AMM è riservato ai cittadini residenti in Emilia-Romagna⁵. Preme, a questo punto, ricordare l'organizzazione che vige in Emilia-Romagna rispetto ai comitati etici. Oltre al COREC, la Regione ha un Comitato Etico Regionale (CER) che ha funzioni di indirizzo, di armonizzazione e coordinamento di tre comitati etici territoriali (CET) di area vasta: il Comitato etico territoriale di Area Vasta Emilia Nord (CET AVEN); il Comitato etico territoriale di Area Vasta Emilia Centro (CET AVEC); il Comitato etico territoriale di Area Vasta Romagna (CEROM). Il regolamento dei tre comitati etici per la sperimentazione prevede che essi valutino i protocolli di studi clinici per tutti gli aspetti indicati dalla normativa vigente e comunque rilevanti ai fini del giudizio etico; che abbiano funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali; che propongano iniziative di formazione/aggiornamento di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica, ricerca e sperimentazione clinica e iniziative di sensibilizzazione rivolte ai cittadini.

Nonostante i CET abbiano anche la funzione di svolgere funzione consultiva, la Regione Emilia-Romagna ha scelto di attribuire tale funzione valutativa sull'AMM al COREC, in linea con la risposta data dall'allora Presidente della Regione al Ministero della salute ad inizio del 2022, ove si indicava come competente per la Regione Emilia-Romagna ai fini dell'emissione del parere nel caso di richieste di suicidio medicalmente

² L. BUSATTA, *La funzione costituzionalmente necessaria dei comitati etici*, in *Responsabilità medica – diritto e pratica clinica*, 2, 2025, 223 – 230.

³ Decreto del Ministero della salute, 8.2.2013, Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici, art. 1, comma 2°.

⁴ L. BUSATTA, *op.cit.*, 226.

⁵ La situazione della Regione Emilia-Romagna relativamente all'organizzazione e alle funzioni del COREC e delle procedure di accesso alla MVMA è stata descritta in un mio contributo che mi permetto di segnalare: L. DE PANFILIS, *Lo strano caso dell'Emilia-Romagna. Il suicidio assistito tra etica clinica e delibere amministrative*, in *Responsabilità medica – diritto e pratica clinica*, 2, 2025, 241-248.

assistito «il Comitato per l'Etica nella clinica (CEC) dell'AUSL di Reggio Emilia, istituito con Delibera 2020/0224 del 13/07/2020 dell'Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia». Nella risposta si specificava di ritenere che «tale comitato abbia le competenze appropriate per la valutazione di eventuali richieste di suicidio assistito».

Questa scelta ha sollevato molte polemiche sulla presunta incompatibilità del COREC a svolgere un ruolo nella valutazione delle richieste di AMM⁶, ma non solo: il dibattito ha riguardato, e riguarda, anche questioni non meramente formali, come la sostanziale differenza esistente tra i Comitati per l'etica nella clinica e i Comitati per la sperimentazione (per funzioni e profili dei componenti coinvolti), ma anche il significato del supporto etico, la relazione con la persona che richiede l' AMM, la tutela della vulnerabilità e il suo significato più profondo.

Nei paragrafi successivi verranno approfondite le ragioni per cui, ad opinione di chi scrive, i comitati per l'etica nella clinica rappresentino gli organismi più adatti a valutare le richieste di AMM; verrà, inoltre, descritto il contributo che queste strutture possono dare al percorso che la persona ammalata sceglie di fare quando opta per l'AMM. Infine, verrà fornita una breve panoramica dell'esperienza del COREC nei due anni di attività dalla sua Costituzione.

2. I comitati per l'etica nella clinica: significati ed evidenze

L'Italia non ha, finora, normato i comitati per l'etica nella clinica; pertanto, ove essi esistono, dipendono da iniziative regionali o aziendali. Le realtà più longeve sono quella veneta, toscana e friulana, mentre più di recente la regione Emilia-Romagna ha maturato esperienza in quest'ambito a partire dal progetto sperimentale condotto presso l'Azienda sanitaria provinciale di Reggio Emilia dove, nel 2020, è stata deliberata la costituzione del Comitato per l'Etica nella Clinica (CEC) che ha continuato a lavorare fino al 2023. Istituito con l'obiettivo di fornire ai professionisti dell'Azienda Sanitaria di Reggio Emilia un servizio di consulenza etica in aggiunta all'Unità di Bioetica esistente e attiva dal 2016, lo studio di implementazione e valutazione si proponeva di capire come e se questo organismo potesse funzionare in un ospedale di ricerca oncologico, quali professionisti sentissero maggiormente l'esigenza di chiedere supporto etico, quali fattori potessero facilitare la sua accoglienza in un ambiente sanitario che fornisce assistenza e promuove attività di ricerca. I risultati dello studio hanno evidenziato una serie di elementi, alcuni dei quali rilevanti ed interessanti per quanto si intende trattare in questo contributo, tra cui la tipologia di richieste che il CEC negli anni ha ricevuto. Molte di queste consulenze etiche hanno riguardato, infatti, scelte complesse alla fine della vita come la sospensione dei trattamenti salva-vita, la sedazione profonda continua per distress esistenziale, la capacità di scelta per paziente con deterioramento cognitivo iniziale rispetto a decisioni sui trattamenti, anche salva-vita, il ruolo dei *caregivers* nei processi decisionali in presenza di persona non più competente sprovvista di Disposizioni Anticipate di trattamento o Pianificazione Condivisa delle cure. Lo studio sperimentale ha, altresì, dimostrato che gli attori coinvolti hanno riconosciuto il valore del CEC nel promuovere la cultura etica e il processo etico-decisionale, così come la discussione

⁶ La d.g.r. n. 194/2024 della Regione Emilia-Romagna è attualmente oggetto di un ricorso al TAR da parte delle parti politiche di opposizione, del ministero della salute e della presidenza del consiglio che chiede di verificare la correttezza dell'istituzione tramite delibera regionale del COREC e del suo ruolo all'interno della procedura di MVMA, senza avanzare una sospensiva delle attività, se non in relazione a singole richieste.

morale sui casi complessi e l'influenza che questo lavoro ha sulla qualità delle cure che vengono offerte, nonché sul personale benessere morale percepito⁷.

A questo proposito preme ricordare la scelta del CEC, come prassi operativa, di incontrare in audizione i professionisti richiedenti la consulenza etica, come specificato anche nel suo regolamento. L'esperienza di condurre la consulenza etica in due step – incontro in seduta *vis a vis* e scrittura del parere poi consegnato al professionista sanitario – ha ulteriormente evidenziato l'importanza dell'incontro, della discussione e dell'analisi condivisa come valori costitutivi l'esperienza di supporto etico.

Insieme alle evidenze prodotte dalla letteratura internazionale, questi dati hanno rappresentato la base per l'evoluzione del CEC nel COREC e per la scelta di affidare a questo organismo regionale le valutazioni di richiesta di AMM. L'*expertise* dei componenti del COREC risponde, infatti, agli *outcomes* sopra descritti, dimostrando il contributo che il supporto etico può dare ad una presa in carico empatica, all'esplorazione dei valori alla base delle scelte che un paziente o un professionista deve saper prendere ed affrontare di fronte ad una richiesta di fine vita, ai processi decisionali eticamente complessi. Tutti questi aspetti riguardano direttamente il processo di valutazione delle richieste di AMM, ivi compreso il supporto che il COREC può dare alla Commissione di valutazione medica, compreso l'incontro con la persona ammalata che il comitato può decidere di richiedere.

Secondo le Istruzioni Tecnico-operative, infatti, il COREC ha il compito di valutare in seconda battuta la richiesta di AMM, dopo che la Commissione medica ha espresso un primo parere sulla sussistenza dei requisiti per accedere alla procedura di AMM. Gli step previsti dal documento regionale sono i seguenti⁸:

1. La richiesta di suicidio medicalmente assistito (SMA) viene inviata alla Direzione Sanitaria dell'Azienda USL di residenza/domicilio sanitario del paziente o dell'Azienda Ospedaliera regionale presso la quale il paziente è ricoverato.
2. La Direzione Sanitaria trasmette la richiesta, entro al massimo tre giorni dal suo ricevimento, al Coordinatore della Commissione di valutazione di Area Vasta e al Presidente del Comitato regionale per l'etica nella clinica.
3. La Commissione visita il paziente e conclude l'istruttoria con la formulazione della relazione entro venti giorni dal ricevimento della richiesta. La Commissione ha il compito di valutare la legittimità della richiesta di suicidio medicalmente assistito alla luce dei requisiti indicati nella sentenza della Corte costituzionale e deve altresì verificare le modalità e il setting per la realizzazione del suicidio medicalmente assistito al fine di garantire la dignità del paziente ed evitargli ulteriori sofferenze.
4. La Commissione effettua le proprie valutazioni e produce una relazione che invia al COREC affinché esprima il parere di competenza.

⁷ I lavori che descrivono il progetto sperimentale sul CEC sono i seguenti: M. PERIN, M. MAGELSEN, C. CRICO, L. GHIROTTI, M. ANNONI, G. GUALANDRI, L. DE PANFILIS, *How to implement a clinical ethics committee in an oncological research hospital: Qualitative results from a process evaluation study using normalization process theory (EVACEC)* in *PLoS One*, 2025, 20(5); M. PERIN, D. RAVAZZINI, G. GUALANDRI, L. DE PANFILIS, *Esperienza e opportunità di un Comitato per l'etica nella clinica: report dei primi tre anni di attività* in *Recenti Progressi in medicina*, 2024, 40 – 43; M. PERIN, L. DE PANFILIS, *Clinical Ethics Committee in an Oncological Research Hospital, in two-years Report in Nursing Ethics*, 2023, 30(7 – 8), 1217-1231; M. PERIN, M. MAGELSEN, L. GHIROTTI, L. DE PANFILIS, *Evaluating a clinical ethics committee (CEC) implementation process in an oncological research hospital: protocol for a process evaluation study using normalisation process theory (EvaCEC)*, in *BMJ Open*, 2023, 13(3).

⁸ I documenti prodotti dalla regione Emilia-Romagna utilizzano l'espressione suicidio medicalmente assistito ed è per questo che nel riportare le fasi della procedura si è scelto di utilizzare la terminologia adottata nel documento.

5. Il COREC deve, entro sette giorni dal ricevimento della relazione della Commissione, esprimere il proprio parere. Il parere formulato dal COREC, obbligatorio ma non vincolante, deve essere inviato alla Commissione di valutazione. Il COREC può scegliere di incontrare il paziente, se i componenti del Comitato lo ritengono utile.

6. La Commissione, a seguito del parere del COREC, redige la relazione conclusiva che deve dare atto della sussistenza delle condizioni prescritte per dare seguito alla richiesta di suicidio medicalmente assistito, dell'adeguatezza e appropriatezza delle modalità proposte per l'esecuzione della volontà del paziente affinché siano rispettose della sua dignità. La relazione conclusiva, corredata dal parere del COREC, deve essere trasmessa entro cinque giorni dal ricevimento del suddetto parere, al paziente o suo delegato e al Direttore sanitario dell'Azienda sanitaria territoriale di competenza e al Direttore sanitario dell'Azienda ospedaliera nel caso di paziente ivi ricoverato.

7. In caso di parere favorevole della Commissione, la Direzione sanitaria dell'Azienda dove deve essere svolta la procedura assicura l'attuazione della stessa attraverso l'individuazione di personale adeguato, individuato su base volontaria, il rispetto dei tempi e delle modalità previste, fornendo quanto indicato nella relazione conclusiva ed assicurandone la gratuità. L'effettuazione della procedura deve avvenire non oltre sette giorni dal ricevimento della relazione conclusiva della Commissione. Secondo le istruzioni, il processo può avere una durata massima di 42 giorni, salvo richieste motivate da parte dei componenti delle Commissioni e del COREC di estensione della tempistica per effettuare consulenze aggiuntive.

Questi passaggi evidenziano con chiarezza alcune caratteristiche della consulenza del COREC: il suo collocarsi in una fase successiva alla valutazione della commissione medica, l'obbligatorietà del parere espresso, a fronte della sua non vincolatività e la possibilità per il COREC di incontrare il paziente o prendersi del tempo per approfondire meglio alcuni aspetti.

È per questo che il COREC, com'è nella natura dei Comitati per l'etica nella clinica, svolge di fatto una doppia funzione di supporto: ai clinici, componenti della Commissione, e al paziente e ai suoi familiari. Come è stato già detto, il valore di una valutazione etica della richiesta di AMM da parte di un team di esperti di bioetica rappresenta il tentativo, spesso riuscito, di aumentare l'attenzione sulla vulnerabilità della persona che avanza tale richiesta, ma anche di sottolineare risvolti che possono essere visibili soprattutto agli occhi di chi possiede competenze etiche avanzate.

Nel paragrafo che segue viene brevemente descritta l'esperienza del COREC dopo quasi due anni di lavoro.

3. L'esperienza del COREC: non solo AMM

In seguito all'ampliamento del CEC nel COREC, quest'ultimo ha iniziato a lavorare su base regionale e non più aziendale ed è aumentato nel numero di componenti, che da 15 sono diventati 22. Le professioni rappresentate sono quelle di ambito medico (tra cui l'oncologia, le cure palliative, la neurologia, la medicina legale, l'ambito pediatrico, la farmacologia, la psichiatria), sanitario e psicologico, ma anche quelle umanistiche (sono presenti bioeticisti e giuristi), nonché una rappresentanza delle associazioni di pazienti. Oltre ai bioeticisti, che hanno competenze di bioetica clinica avanzate, anche gli altri componenti del COREC sono stati selezionati sulla base della formazione maturata in ambito di bioetica.



Nei suoi 20 mesi di attività⁹, il COREC è stato attivato per consulenze etiche riguardanti il setting dell'emergenza-urgenza, quello pediatrico e della salute mentale. Per quanto riguarda le richieste di AMM, il COREC ha valutato otto domande di accesso al percorso, congiuntamente con le commissioni di riferimento. La caratteristica principale delle richieste pervenute è che queste hanno riguardato persone con patologie molto diverse tra loro e anche con età molto distanti.

Poiché lo scopo di questo contributo non è di entrare nel dettaglio delle richieste, ma di concentrarsi sul ruolo del COREC, questo paragrafo non descrive ciascuna domanda di accesso al percorso di AMM, ma una considerazione di carattere generale va esplicitata: in linea con la letteratura internazionale, le persone che si sono rivolte al COREC chiedendo di accedere all'AMM avevano spesso sviluppato una forte convinzione, nel tempo, di cosa fosse per loro accettabile, di quale fosse il significato attribuito al concetto di dignità e qualità della vita, e dei valori di riferimento in cui circostanziare le scelte personali.

È alla luce di questa premessa che, nei casi valutati, il COREC ha per lo più svolto un ruolo di supporto etico ai componenti della commissione medica – scegliendo di non incontrare mai i richiedenti, ma di approfondire le relazioni che di volta in volta le commissioni hanno prodotto. Al momento in cui questo lavoro viene scritto, non è mai capitato di riscontrare la necessità di un ulteriore approfondimento della filosofia personale dei pazienti e delle loro intime convinzioni personali. Piuttosto, è parso opportuno non gravare la persona ammalata di un'ulteriore visita, dopo quelle (doverose) svolte dai componenti della commissione medica, soprattutto avendo riscontrato sempre un grado di notevole approfondimento delle motivazioni alla base della scelta di accedere al percorso di AMM. Il COREC ha, quindi, piuttosto svolto il compito di effettuare una duplice verifica della sussistenza dei requisiti previsti dalla sentenza della Corte n. 242/2019 e di chiarire, quando sollevati, dubbi di natura etica da parte dei componenti. A titolo esemplificativo, si riportano la riflessione condotta dal comitato sull'interpretazione del requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e quella sul concetto di "breve lasso di tempo" in conseguenza della sospensione di un trattamento. Allo scopo di tutelare il ragionamento sui valori e principi etici coinvolti in questo ambito, il COREC ha altresì promosso iniziative di formazione condivise con le Commissioni, nonché favorito le occasioni di incontro e scambio.

4. Conclusioni

Tra gli aspetti senza alcun dubbio positivi dell'organizzazione Emiliano-Romagnola c'è la previsione, da parte della Regione, di istituire due livelli di valutazione e il fatto che uno di questi sia di tipo prettamente etico. Non solo la duplice valutazione garantisce la più completa verifica della presenza dei requisiti stabiliti dalla Corte costituzionale, ma permette di soppesare ogni aspetto della storia della persona ammalata, ponendo grande attenzione anche alle problematiche prettamente etiche. La prossimità territoriale delle Commissioni – tre di area vasta – e del COREC, regionale, ai pazienti che fanno richiesta alle proprie aziende sanitarie facilita la valutazione del contesto in cui la richiesta nasce e la comprensione di tutti gli aspetti coinvolti, come ad esempio la verifica che un'adeguata offerta delle cure palliative sia stata messa in atto. Inoltre, questa organizzazione facilita il continuo dialogo tra le commissioni e il COREC, fondamentale per garantire la migliore presa in carico della persona che fa richiesta di AMM, ma anche la crescita di chi ne fa parte.

⁹ I dati riportati in questo contributo sono aggiornati a settembre 2025.

A tal proposito, si ritiene necessario sottolineare l'importanza della formazione dei componenti delle commissioni e del COREC, che devono costantemente mantenersi aggiornati non soltanto sulle novità normative, ma anche sulle materie che incrociano occupandosi di questi temi, adoperandosi per una revisione della letteratura internazionale che funga da confronto per un panorama, quello italiano, continuamente in evoluzione. Infine, si ritiene necessario proporre una riflessione conclusiva sui valori con i quali una società civile deve confrontarsi quando si parla di temi come l'AMM. Il morire con dignità e le modalità con cui questo si può realizzare sono al centro del dibattito sul fine vita nella società. Sebbene il diritto ad autodeterminarsi, che deriva dalla difesa del principio di autonomia, rivesta un ruolo centrale nel dibattito etico contemporaneo, è necessario valorizzare anche la difesa della dignità personale e la tutela della vulnerabilità delle persone affette da una malattia inguaribile, che maturano la decisione di chiedere un aiuto a morire, in un ambiente protetto e a loro familiare. Tale tutela passa, in primo luogo, dal riconoscimento di tale vulnerabilità – non affatto scontato – e poi dalla messa in atto di una serie di azioni che non abbiano il fine di convincere (in alcuna specifica direzione) il richiedente, ma di ascoltare, cercando di comprendere i valori di riferimento della persona e della sua rete familiare, facilitando l'espressione di paure e difficoltà, cercando di capire se l'ambiente circostante ha fornito al richiedente tutte le risposte che poteva offrire e, quindi, realizzando di non avere, purtroppo, altri strumenti se non fornire l'aiuto a morire richiesto. Domandarsi quale debba essere il ruolo dei medici e di tutti i professionisti sanitari in questa partita è lecito, come anche la verifica che la risposta politica sia attenta e che gli organismi coinvolti siano all'altezza del compito – oltre che idonei a svolgerlo.

Il rischio di non valorizzare la vulnerabilità di chi chiede l'AMM oppure di farlo in senso paternalistico è, però, molto concreto ed è per questo che la consulenza etica, accendendo un faro sulla dimensione morale e umana del percorso, può dare un contributo fondamentale e unico nel suo genere. È per questo sperabile che il dibattito sull'AMM sia l'occasione per promuovere l'istituzione dei Comitati per l'etica nella clinica per legge e la formazione su questi temi di tutti coloro che lavorano in ambito sanitario, inevitabilmente esposti, presto o tardi, a questi temi moralmente sfidanti.

