



Suicidio assistito - Morire a determinate condizioni

I progressi della medicina hanno allungato la vita delle persone, ma in un certo qual modo ne hanno anche prolungato le sofferenze. Il prolungamento della vita in presenza di gravi malattie e la medicalizzazione del fine vita hanno riaperto i riflettori sulle implicazioni etiche legate a temi quali la dignità della persona e i suoi diritti basilari – in particolare il diritto di autodeterminazione – e la qualità della vita umana. In Italia sono state anche avviate iniziative per promuovere la legalizzazione del "suicidio assistito" per i pazienti terminali. Il dibattito su questo tema è divampato intorno al caso di Fabiano Antoniani, meglio conosciuto come DJ Fabo, che nel 2017 scelse di recarsi in Svizzera per morire tramite il suicidio assistito. Alcuni anni prima DJ Fabo aveva avuto un grave incidente, in seguito al quale era rimasto completamente paralizzato, cieco, in preda ai dolori e non più autosufficiente, ma comunque ancora in pieno possesso delle sue facoltà mentali. Prima del suo ultimo viaggio Fabo aveva inviato uno straziante videomessaggio al Presidente della Repubblica, chiedendo di essere aiutato a morire nel suo Paese. Al suo rientro in Italia, la persona che aveva accompagnato Antoniani in Svizzera si autodenunciò per sollevare la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice penale, che disciplina il reato di aiuto e istigazione al suicidio. Mentre in numerosi Paesi europei il suicidio assistito è consentito, in Italia manca ancora una normativa in materia.

Nel **suicidio assistito** è il paziente stesso che pone fine alla propria esistenza. È capace di intendere e di volere, ha bisogno di assistenza da parte di terzi, ma assume da solo la sostanza letale. Diverso è invece il caso dell'*eutanasia attiva*, in cui è il medico a somministrare la sostanza letale su esplicita richiesta del paziente. L'eutanasia attiva è vietata in Italia come in molti altri Paesi, fatta eccezione ad esempio per i Paesi del Benelux (Paesi Bassi, Belgio e

Lussemburgo). In caso di *rifiuto o rinuncia consapevole a trattamenti di sostegno vitale*, pratica definita anche *eutanasia passiva*, il paziente decide di non sottoporsi più a trattamenti sanitari che gli prolungano la vita, quali ad esempio la respirazione meccanica o la nutrizione artificiale. Ciò può anche avvenire sulla base di specifiche disposizioni del paziente o della volontà presunta del paziente. Le possibilità per i pazienti di decidere autonomamente sulla fine della propria esistenza sono state di recente ampliate con la legge n. 219 del 2017, che ha introdotto le disposizioni anticipate di trattamento. Nel caso della *sedazione palliativa*, a un paziente terminale in procinto di morire di morte naturale o la cui sofferenza non può essere alleviata in altro modo possono essere somministrati farmaci che riducono lo stato di coscienza e i dolori fino a indurre uno stato di incoscienza.

Nei Paesi che consentono l'eutanasia attiva o il suicidio assistito ci si deve attenere a protocolli specifici, che prescrivono le condizioni che rendono ammissibile la pratica di abbreviamento attivo della vita, ma anche il rispetto di un periodo di riflessione, oltre all'obbligo di sottoporre ogni richiesta al vaglio di una commissione indipendente di esperti. Esistono inoltre autorità di vigilanza statali che controllano la regolarità delle procedure. Il numero delle persone che ricorrono a queste forme di "fine vita" è in costante aumento. Nel 2016, in Svizzera sono morte di suicidio assistito 1016 persone (759 uomini e 257 donne), di cui molte provenienti dall'estero. La maggior parte dei pazienti erano ultrasettantacinquenni e affetti da tumori incurabili o da malattie neurodegenerative.

In una sentenza del settembre del 2019 la **Corte Costituzionale** ha stabilito che il suicidio assistito non è punibile se ricorrono le seguenti condizioni, ovvero se il paziente: 1) è tenuto in vita solo con l'ausilio di trattamenti di sostegno vitale o macchinari, 2) è affetto da una patologia irreversibile, che 3) gli causa intollerabili sofferenze fisiche e psicologiche, ma 4) è pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. La sussistenza di queste condizioni deve essere verificata e attestata da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, sentito il parere del Comitato etico territorialmente competente. La Corte Costituzionale ha esortato nuovamente il Parlamento a regolamentare il fine vita. Nel 2013 era stata presentata una proposta di legge di iniziativa popolare intitolata "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia".

Mentre nei sondaggi condotti nella popolazione un'elevata percentuale degli interpellati si è dichiarata favorevole al suicidio assistito, dal punto di vista etico si individuano due linee di pensiero contrapposte: da un lato quella cui si ispirano medici e personale infermieristico, tenuti a tutelare la vita, soprattutto dei pazienti gravemente malati e vulnerabili che necessitano di molte cure e assistenza, dall'altro la linea che sostiene il diritto costituzionalmente garantito di autonomia e autodeterminazione dei pazienti al fine di decidere se proseguire o interrompere i trattamenti a cui sono sottoposti.

La posizione che privilegia la tutela della vita umana e della salute è sostenuta tradizionalmente dai medici ed è attestata dai codici etici e deontologici del personale sanitario (p. es. Codice di deontologia medica). Anche la Chiesa cattolica si schiera a favore della tutela assoluta della vita umana e del diritto alla salute dei pazienti fino al termine della loro vita. Bisognerebbe riflettere sul fatto che, legalizzando il suicidio assistito si potrebbe aprire una pericolosa falla a livello sociale, con la conseguenza che le persone gravemente malate si sentirebbero ancor di più come un peso per i propri familiari o per la società; inoltre si solleverebbero interrogativi in merito all'utilità delle persone o ai costi dell'assistenza sanitaria. La linea di pensiero che pone al primo posto l'autonomia dei pazienti è suffragata dalla Costituzione italiana e dalla normativa che prevede che i trattamenti sanitari vadano effettuati con il consenso libero e informato dei pazienti, principio sancito dalla legge 219 del 2017, nota come legge sul testamento biologico. Anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea privilegia la tesi dell'autonomia della persona in tutte le decisioni della vita, per cui se è vero che esiste un diritto inalienabile alla vita, è altrettanto vero che non esiste alcun obbligo a vivere in preda al dolore. In quest'ottica si avvalorava in generale la tesi della liceità del suicidio. L'autonomia intesa come diritto fondamentale dell'uomo e il rifiuto di sottoporsi o proseguire trattamenti indesiderati si devono contrapporre – in ossequio al diritto di difesa della persona – alla crescente tecnologizzazione della medicina.

Le scelte da compiere alla fine della vita pongono gli interessati – ma anche il personale sanitario e le famiglie – di fronte a enormi dilemmi. Non è sempre possibile fornire delle risposte risolutive e occorre valutare sempre caso per caso. Anche in Alto Adige si segnalano molte richieste di pazienti terminali che chiedono di morire o di essere aiutati a morire. In sostanza, i principi cardine cui attenersi nelle decisioni cliniche sono il bene ma anche la volontà del

paziente. La medicina palliativa, che offre ai malati terminali un accompagnamento medico, spirituale e psicologico, ha cercato sinora nella pratica clinica di rispondere nel modo più consono possibile a questo tipo di richieste dei pazienti. I comitati di etica clinica delle strutture ospedaliere prestano a tal fine una consulenza specifica, aiutando a prendere decisioni ponderate.

Dott.ssa Clara Astner, membro del Comitato etico provinciale

Nel presente testo si è rinunciato all'uso del linguaggio di genere per non comprometterne la leggibilità. Ci scusiamo con le nostre lettrici.