

8 Aprile 2019

Memoria del dott. Mario Riccio per l'audizione presso le Commissioni II[^] (Giustizia) e XII[^] (Affari sociali) della Camera dei Deputati in materia di liceità dell'eutanasia

E' innanzitutto necessario distinguere tecnicamente cosa intendiamo quando parliamo di **eutanasia** o **di assistenza al suicidio**.

Per **eutanasia** si intende un trattamento medico condotto, con il consenso esplicito ed attuale del paziente, allo scopo diretto, preciso, rapido ed indolore di provocarne la morte attraverso l'interruzione dell'attività cardiaca e/o respiratoria, a mezzo di somministrazione di farmaci. Il medico somministra per via venosa un anestetico generale ad un dosaggio tale da ottenere –oltre il rapido coma farmacologico– l'arresto respiratorio in pochi minuti, al quale seguirà quello cardiaco e conseguentemente il decesso del soggetto richiedente. Il medico può unire alla somministrazione dell'anestetico anche l'utilizzo di un farmaco paralizzante la muscolatura di tutto il corpo, compresa ovviamente quella respiratoria. Tale sequenza è del tutto analoga alla ordinaria fase di induzione di una anestesia generale, alla quale però segue la manovra dell'intubazione oro tracheale del paziente e la connessione dello stesso al ventilatore meccanico per poi poter procedere all'atto chirurgico.

Per **suicidio assistito** intendiamo invece l'azione di un soggetto che, intendendo terminare la propria vita, assume –solitamente per via orale– un elevato dosaggio di un anestetico generale. Tale azione lo condurrà in un paio di minuti in uno stato di coma farmacologico ed in un tempo altrettanto rapido all'arresto respiratorio e poi a quello cardiaco con la conseguente morte. L'assistenza al suicidio consiste nel fornire da parte di un terzo –solitamente un sanitario– sia il farmaco che poi sarà utilizzata dal suicida, ma anche di fornirgli le istruzioni e indicargli le modalità con le quali dovrà assumerlo, chiarendogli la successione degli eventi che lo porteranno a morte. L'aiuto potrà consistere anche nell'offrire al richiedente un luogo adeguato ed una assistenza logistica sia precedente che posteriore alla sua morte.

L'insieme delle due procedure –eutanasia ed assistenza al suicidio- sono oggi raccolte nell'unico termine di **morte assistita**.

Come è evidente la sequenza di eventi clinici è sostanzialmente identica sia nell'atto eutanasi che nel suicidio assistito. Quello che cambia è invece l'attore che porta a morte il richiedente. Nell'eutanasia è un terzo, nel suicidio assistito è il soggetto stesso pur aiutato da un terzo. Le differenze giuridiche –peraltro evidenti- non sono oggetto di questo documento per le modeste competenze in materia di chi scrive. Per ogni valutazione giuridica in merito intendo invece rimettermi a quanto contenuto nell'ordinanza della **Corte Costituzionale** inerente il noto caso di Fabiano Antoniani –detto DJ Fabo– nel processo penale in corso a carico di Marco Cappato.

La Corte Costituzionale in quella ordinanza riconosce che oggi la moderna medicina ha creato situazioni cliniche che ieri non esistevano. Questo aspetto era apparso già evidente al momento della discussione dei casi Welby ed Englaro e peraltro già sottolineato nelle relative sentenze dei vari giudici di merito. L'ordinanza della Consulta riconosce pertanto che esiste una disuguaglianza tra differenti pazienti –definendola addirittura *vulnus*- tra chi può interrompere/non iniziare terapie salvavita a cui è legato e conseguentemente morire e chi non essendo legato ad una terapia salvavita sarebbe condannato a vivere tutta la parabola finale della propria prognosi infausta. Situazione che chiama in causa –sempre nelle parole della Consulta– la *tutela di rilevanti diritti costituzionali*. Equipara inoltre le sofferenze fisiche a quelle psicologiche, aprendo il delicato tema dell'applicazione della morte assistita anche nel paziente psichiatrico. Riconosce che il percorso palliativo è una opzione per concludere la propria vita ma non è necessariamente l'unica. **Il combinato disposto di queste considerazioni sembra sostenere che non sia possibile porre una netta separazione giuridica tra la sospensione o il non inizio di un trattamento salvavita –che porta a morte il paziente- e una scelta eutanasia/suicidio assistito che ottiene il medesimo risultato a fronte di una precisa richiesta del paziente che versi in determinate condizioni cliniche.**

In campo etico-filosofico tale posizione è già stata accolta da molto tempo. La Consulta indica pertanto che la recente legge 219/17 sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento potrebbe essere integrata in tal senso. Coglie pertanto il limite tecnico della 219/17 riconoscendo che non esaurisce l'ampio problema del fine vita. Chi scrive ha sempre sostenuto che la 219/17 – pur nella sua validità-non fosse da considerare un punto di arrivo ma solo di passaggio in una prospettiva esaustiva del problema fine vita.

Riconosce infine che sia prerogativa del legislatore regolare complessivamente la modalità di accesso alla morte assistita.

La Corte Costituzionale nella sua ordinanza fa riferimento alla **somministrazione di un farmaco** che porti a morte il soggetto che ne faccia esplicita richiesta. Ora va chiarito che il termine utilizzato –**somministrazione**- nella pratica clinica quotidiana può avere almeno **due significati diversi**. **Il primo**: quello di offrire materialmente al paziente un farmaco –quindi non limitarsi alla semplice prescrizione- che poi il paziente stesso assumerà in autonomia, si pensi ad una ordinaria terapia da assumere per via orale. **Il secondo**: quello di praticare materialmente al paziente la terapia proposta, si pensi ad una iniezione endovenosa di un farmaco –eseguita da un sanitario- che appunto può essere somministrato solo per quella via. Pertanto il termine **somministrazione** include sia l'eutanasia -assimilabile all'art 579 del codice penale– che l'assistenza al suicidio, oggi vietata dalla seconda parte dell'art 580 del codice penale. Il legislatore che vorrà affrontare l'argomento della morte assistita dovrà necessariamente confrontarsi su questo aspetto. In pratica dovrà indicare se

intende legiferare scegliendo il suicidio assistito o l'atto eutanastico, oppure una soluzione –sostenuta anche da chi scrive- che preveda entrambe le possibilità.

Affrontiamo ora invece alcuni **aspetti etico-deontologici**, pertanto propri della mia professione.

Il riferimento è ovviamente il vigente codice deontologico medico italiano. E' espressamente vietata ogni forma di aiuto diretto alla morte del paziente anche qualora ne faccia esplicita richiesta. Gli articoli 3 e 17 sono chiari: *Doveri del medico sono la tutela della vita; il medico, anche su richiesta del paziente non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.* Interessante in proposito ricordare che proprio nei giorni scorsi il Presidente della Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri -dott. Filippo Anelli- ha ritenuto opportuno inviare una circolare a tutti i Presidenti Provinciali ove è ribadito che anche qualora il legislatore dovesse abolire il reato di aiuto al suicidio, *restano valide e applicabili le regole deontologiche attualmente previste dal Codice.* In verità al sottoscritto tali enunciati sembrano già in contraddizione con la vigente 219/17 sulle DAT. Legge che peraltro vieta al paziente di richiedere al medico atti contrari al codice deontologico. Pertanto paradossalmente già oggi il medico –in un corto circuito etico-giuridico- potrebbe non dare seguito alla richiesta di un paziente di interrompergli una terapia salvavita. Dato che quel gesto –ad esempio interrompere la ventilazione meccanica o la terapia nutrizionale– è chiaramente contrario alla tutela della vita e certamente finalizzato a provocare la morte di quel paziente che ne ha fatto esplicita richiesta.

E' evidente che il legislatore –e ancor meno la Corte Costituzionale per quanto nei suoi compiti- **non dovrà preoccuparsi minimamente di questo divieto deontologico** nel legiferare sulla morte assistita, né della posizione espressa dal Presidente Nazionale dei Medici. Prima dell'avvento della legge che regola l'interruzione di gravidanza –L.194 del 1978– non solo abortire era un reato penalmente perseguibile, ma era espressamente vietato dal codice deontologico medico che prevedeva la radiazione dall'albo di quei medici che avessero praticato un aborto.

A parere di chi scrive, la morte assistita è deontologicamente doverosa, è cioè un dovere morale del medico soddisfare la richiesta del paziente. E' infatti la moderna medicina che talora –nell'apprezzabile tentativo di curare ma nell'impossibilità di guarire o anche solo migliorare– condanna invece il paziente a quelle condizioni infernali che portano a richiedere l'aiuto a morire. Condizioni che spesso sono peggiori di quelle antecedenti ai tentativi terapeutici. Pertanto è la stessa medicina che ha **dovere morale** di dare una precisa risposta. A questa situazione contribuiscono anche il continuo allungamento dell'età della vita media, l'attuale cronicizzazione di molte patologie che un tempo invece portavano rapidamente a morte, i progressi della chirurgia che talora però non raggiunge gli obiettivi che si propone, l'uso di macchinari sempre più sofisticati ed invasivi. Come anche la conseguenza di terapie –radioterapie, chemioterapie, immunoterapie- sempre più complesse e di gravosa sopportazione da parte del paziente. Tutto ciò porta anche

all'attuale insostenibilità del concetto di **morte naturale**. Ritengo pertanto che soddisfare la richiesta di morte assistita sia un **completamento deontologicamente dovuto** del medico che ha involontariamente causato questa condizione, pur animato da un proposito opposto.

Lascio invece al filosofo morale l'argomentazione dell'indiscutibile legittimità delle ragioni morali e filosofiche del suicidio razionale.

Abbiamo già sottolineato che le cure palliative associate all'interruzione delle terapie sono un percorso alternativo assolutamente legittimo, **ma non possono e non devono escludere l'opzione della morte assistita**. Che le due opzioni possano perfettamente convivere in un sistema sanitario nonché in un ordinamento giudiziario è verificabile nella realtà di quei paesi che hanno provveduto a depenalizzare la morte assistita. Tali paesi infatti -quando sono giunti alla scelta di introdurre la morte assistita- erano già dotati da decenni di una rete di qualificata assistenza sanitaria, con particolare riguardo proprio ai problemi del trattamento del dolore e della palliazione dei pazienti terminali. Pertanto l'introduzione della morte assistita è da intendersi non certo come la sbrigativa ed economica soluzione a tale problematica, ma come la sofferta ma adeguata risposta a quella pur sempre presente percentuale di pazienti non più rispondenti alla terapia palliativa o che comunque non intendano affrontare quel percorso. **Non è sostenibile pertanto affermare che dove c'è una adeguata offerta di terapia palliativa non esista una richiesta di morte assistita.**

Per quanto riguarda il cosiddetto fenomeno dell'**eutanasia clandestina**, è da ritenersi che possa essere realmente presente -anche se in forma minima- nel nostro Paese. Ma è verosimile che tali pratiche siano condotte principalmente in ambiente domiciliare o al massimo in strutture sanitarie periferiche piuttosto che in quelle più propriamente ospedaliere. Mentre è molto difficile che possano avvenire nelle aree critiche (pronto soccorso, rianimazione, unità di cura coronariche e reparti chirurgici) degli ospedali, in ragione della contemporanea presenza di un elevato numero di operatori che dovrebbero trovarsi tutti concordi e di fatto coinvolgersi in un concorso di colpa. Inoltre in tali ambienti i pazienti sono sottoposti ad uno stretto monitoraggio sia fisico che strumentale. Il tutto obbligherebbe quindi una intera équipe sanitaria a pianificare una complessa strategia per sottrarsi all'inevitabile conseguenza penale del loro gesto. E' inoltre difficile che tale condizione si instauri in un contesto che vede oggi più che mai i sanitari impegnati ad adottare comportamenti di medicina difensiva più che sfidare la legge. Ecco perché ritengo l'eventuale pratica numericamente marginale.

Quale dimensione potrebbe avere la platea di pazienti potenzialmente interessati all'applicazione di una morte assistita? E' ovviamente difficile una stima non avendo un dato di partenza di richieste. Se però volessimo utilizzare le stesse percentuali registrate in questi anni in l'Olanda potremmo ipotizzare che -stante un numero di circa 550.000 decessi totali annui nel nostro paese- nei primi anni dovremo aspettarci un 2-3% di decessi annui attraverso la morte assistita che dovrebbe poi stabilizzarsi intorno 4% entro i 12-15 anni. In pratica potrebbe interessare nel primo decennio **10.000/12.000 pazienti annui** per raggiungere successivamente **il doppio entro 15 anni**. Questo progressivo incremento compreso fra due plateau -uno iniziale del 2002 ed uno

come dato epidemiologico attuale proveniente dall'Olanda- trova ragione in una comprensibile iniziale prudenza nell'utilizzo di una pratica che ha evidenti ricadute in ambiti assai delicati del paziente e della stessa società. Ovviamente questi numeri sono orientativi e applicabili con riserva alla realtà italiana per l'evidente diverso contesto socio-culturale presente nei due paesi. E' però fuor di dubbio che -anche qualora le percentuali olandesi risultassero sovradimensionate per la nostra realtà- la questione **non è certo numericamente marginale**. Al contempo è inutile sottolineare che in tema di diritti civili non è certo il numero delle richieste a determinarne la validità e sostenibilità. Sarebbe stato sufficiente anche una sola donna che intendeva interrompere una gravidanza, una sola coppia che intendeva separarsi o una sola coppia omosessuale che intendeva unirsi in matrimonio per giustificare l'introduzione nella nostra legislazione delle relative leggi che regolamentano detti diritti.

Si pone poi il problema **dell'obiezione di coscienza**, sollevato anche dalla stessa Corte Costituzionale. Come già chiarito -chi scrive- sostiene che non vi sia alcuna differenza etico-deontologica tra interrompere o non iniziare una terapia salvavita di un paziente che ne faccia esplicita richiesta e soddisfare una richiesta di morte assistita. In entrambi i casi il medico è consapevole che il suo gesto -commissivo o omissivo- è finalizzato a portare a morte il paziente, trattandosi solo di una mera questione temporale. Ciò premesso ritengo che datosi il carattere sicuramente innovativo e che va ad incidere con forza nella dimensione etico-deontologica di ciascun sanitario, sarebbe necessario garantire -in analogia alla legge che regola l'interruzione di gravidanza - una forma di obiezione di coscienza.

Infine uno sguardo ad una **indagine demoscopica** sicuramente affidabile. I recenti dati Eurispes 2019 ci dicono che nel 2018 in Italia le persone favorevoli all'eutanasia sono divenute il **73 %** rispetto al 55% del 2015. Addirittura maggiore del favore di cui gode il **testamento biologico** che è rimasto sostanzialmente invariato al **67%** durante lo stesso periodo, dopo un'impennata al 71% nel 2016. Da notare che invece il giudizio positivo sul **suicidio assistito** -pur salito dal 33% **al 39%** nello stesso periodo- rimane una pratica a cui gli italiani sono per la maggioranza contrari. Il dato potrebbe sembrare contraddittorio e sicuramente necessiterebbe della valutazione di un esperto sociologo. Una spiegazione- quantomeno quella personale -potrebbe essere che la maggioranza degli intervistati ritenga corretto che non sia affidato al paziente stesso l'estremo gesto di togliersi la vita, ma - quale atto medico- debba essere appunto un sanitario a compierlo.

Mario Riccio, medico chirurgo, specialista in Anestesia e Rianimazione,

Consigliere Generale dell'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica

Abitazione: Via Ruggero Manna, 38 Cremona 26100, cell. 328/8111352.

email : marioriccio1@inwind.it twitter: @riccio_echinus