

SULLA DISCIPLINA DEL COSIDDETTO SUICIDIO ASSISTITO

Non pretendo qui di formulare suggerimenti organici o proposte definite in ordine alle innovazioni legislative da introdurre, ma vorrei solo prospettare alcuni chiarimenti in materia.

I.

La Costituzione sancisce chiaramente sia il diritto alla vita e alla salute di ogni persona, e quindi il diritto della persona a ricevere trattamenti sanitari anche di sopravvivenza, con esclusione del c.d. accanimento terapeutico, sia il diritto del paziente di rifiutare o far cessare ogni trattamento sanitario che lo riguardi (art. 32).

Il diritto alla cura comprende anche le cure palliative e di terapia del dolore per i malati terminali. Non comprende il diritto a esigere trattamenti sanitari “*contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali*” (art. 1, comma 6, legge n. 219 del 2017). Tra questi ultimi si intendono anche interventi diretti attivamente a provocare la morte anticipata e immediata del paziente (c’è il diritto a “lasciarsi morire”, non a esigere interventi diretti esclusivamente a “far morire” prima del tempo). Dal punto di vista costituzionale, se l’aiuto al suicidio, nelle ipotesi e nei termini regolati dalla legge, può trovare copertura nel principio di autodeterminazione, pratiche di eutanasia attiva sembrano invece confliggere con il principio del valore supremo della vita umana, indisponibile ai soggetti diversi dall’interessato.

Il diritto di rifiutare i trattamenti sanitari comprende oggi anche il diritto di rifiutare interventi tecnici diretti a prolungare la sopravvivenza di un paziente terminale che, in assenza di tali interventi, morirebbe prima: quindi anche gli interventi di nutrizione o di idratazione artificiale (art. 1, comma 5, legge n. 219 del 2017).

Per quanto riguarda il diritto a non rimanere esposto nella fase terminale della vita a sofferenze intollerabili, esso può trovare risposta sia nel diritto di ottenere le cure palliative e di terapia del dolore, sia, “*nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte*”, nel diritto a ottenere la “*sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore*”, ai sensi dell’art. 2, comma 2, della legge n. 219 del 2017.

II

Il problema che si è posto alla Corte costituzionale è quello di interventi diretti non a provocare attivamente la morte anticipata, ma a consentire al paziente, in certe condizioni, oltre che di rifiutare trattamenti sanitari diretti a prolungare la sopravvivenza, di chiedere di essere aiutato a porre in essere condotte suicidarie, volte a farlo morire anticipatamente (suicidio assistito): escludendo in queste ipotesi la punibilità dell’aiuto.

Diverso è il problema di consentire o meno, sia pure su richiesta del paziente, a persone diverse da questi (fra cui i medici) di porre in essere, sia pure a certe condizioni, interventi diretti a provocare la morte anticipata (c.d. trattamenti eutanasi). Questi ultimi oggi sono in ogni caso illeciti e punibili ai sensi non dell'art. 580 cod. pen. sull'aiuto al suicidio, ma dell'art. 579 cod. pen. sull'"omicidio del consenziente", secondo cui "*chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni*". Le due ipotesi sono differenti, anche se può sembrare che per qualche aspetto si confondano (così il trattamento erogato nella nota clinica svizzera "Dignitas" sembra restare una condotta di aiuto al suicidio, e non una pratica eutanasi, perché l'atto finale diretto a provocare la morte immediata con l'assunzione di un farmaco letale è pur sempre un atto libero e consapevole proprio del paziente, non di altri).

La posizione assunta dalla Corte costituzionale, prima con l'ordinanza n. 207 del 2018, poi con la sentenza n. 242 del 2019, si riferisce solo al suicidio assistito, non alle pratiche eutanasi, e si limita a sancire la incostituzionalità parziale di una norma (art. 580 cod. pen.) che puniva qualunque forma di aiuto al suicidio, anche nelle ipotesi in cui il proposito suicidario si manifestasse nelle condizioni estreme previste dalla sentenza, cioè nel caso di persona affetta da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili dal paziente, e il paziente, tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale (che egli evidentemente rifiutò), assunse e attuò personalmente la decisione suicidaria in modo libero e consapevole, potendo sempre modificare fino all'ultimo la propria volontà, e sia assistito a tal fine in una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, con l'acquisizione inoltre del parere del comitato etico competente. La Corte ha sottolineato infatti che "*l'interessato conserva, per definizione, il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale*" (sent. n. 242 del 2019, punto 5 del Considerato in diritto)

Peraltro la Corte si limita a escludere la punibilità delle condotte tenute in tali condizioni dal personale sanitario, "*senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici*", onde resta affidato "*alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato*" (sentenza n. 242 del 2019, punto 6 del Considerato in diritto). Ciò pone il problema di regolamentare queste ipotesi e di prevedere l'obiezione di coscienza del personale sanitario delle strutture pubbliche.

III

In definitiva, al legislatore sembrano porsi i seguenti problemi:

- a) In via preliminare, si tratta di disciplinare adeguatamente il dovere di erogazione, da parte del sistema sanitario nazionale, dei trattamenti sanitari di cure palliative e di terapia del dolore idonei a eliminare o ridurre al minimo

le sofferenze legate alla fase terminale della vita, fino alla sedazione profonda continua attuata su richiesta o col consenso informato del paziente. La Corte infatti ha ricordato il parere 18 luglio 2019 del Comitato nazionale per la bioetica, ove si è sottolineata la necessità di una “*offerta effettiva di cure palliative e di terapia del dolore*” che oggi sconta “*molti ostacoli e difficoltà*”, e che invece dovrebbe rappresentare “*una priorità assoluta per le politiche della sanità*”: onde non cadere “*nel paradosso di non punire l’aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l’effettività del diritto alle cure palliative*” (sentenza n. 242 del 2019, punto 2.4 del Considerato in diritto);

- b) regolamentare le modalità e i termini nei quali possa essere richiesto dal paziente, che si trovi nelle situazioni descritte, e possa essere attuato dai sanitari, un intervento di aiuto al suicidio, nelle condizioni e nell’ambito dei criteri indicati dalla Corte costituzionale;
- c) disciplinare l’obiezione di coscienza dei sanitari rispetto agli interventi di cui si prevede la liceità.

Non sembra invece possibile estendere in tutto o in parte tale disciplina, e nemmeno estendere ipotesi di non punibilità, anche a pratiche di eutanasia attiva diverse dall’aiuto al suicidio, cioè a pratiche dirette a procurare attivamente la morte, poste in atto da parte di persone diverse dal paziente, sia pure su richiesta di quest’ultimo (v. sopra, al punto I);

Inoltre, e più in generale, potrebbe forse essere ulteriormente disciplinata l’ipotesi in cui il medico si trovi a dover decidere sul trattamento (eventualmente fino alla cessazione di trattamenti di sopravvivenza e all’attuazione della sedazione profonda continua) di un paziente in fase terminale che non sia in grado di esprimere, né abbia precedentemente espresso in modo anticipato, la sua volontà in ordine ai trattamenti di fine vita, né abbia nominato alcun fiduciario. Questo problema - non potendosi valorizzare in questo caso la “*relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico*” basata “*sul consenso informato*”, di cui è parola nell’art. 1, comma 2, della legge n. 219 del 2017) - sembrerebbe riguardare piuttosto la disciplina degli obblighi e delle responsabilità del medico e della équipe sanitaria, anche eventualmente assistiti dal parere dei familiari del paziente.

Milano-Roma, 29.10.2020

Valerio Onida