

Eutanasia e CoViD-19. Perché l'espansione della pandemia del secolo richiede un'urgente riflessione in merito ad eutanasia ed assistenza al suicidio

Alessandro Ferrara*

EUTHANASIA AND COVID-19: BECAUSE THE EXPANSION OF THE CENTURY PANDEMIC REQUIRES AN URGENT REFLECTIONS ON EUTHANASIA AND ASSISTED SUICIDE

ABSTRACT: The CoViD-19 pandemic has shocked the Italian health system forcing physicians to define criteria for the admission or exclusion of patients to intensive care treatments, in case of a disproportion between the health resources available and those deemed necessary. At the same time with the judgment n. 242/2019 the Italian Constitutional Court ruled out the responsibility, under specified conditions, for assisted suicide, admitting a legislation that allows this kind of practice. The thought that a high number of people could be deprived of the necessary healthcare due to lack of resources, urges the Italian State to discipline euthanasia and assisted suicide in order to offer patients – if not the protection of their right to health – at least the protection of their own dignity and freedom.

KEYWORDS: CoViD-19; pandemic emergency; euthanasia; assisted suicide; intensive care

SOMMARIO: 1. Pandemia globale: scegliere chi curare – 2. Assistenza al suicidio, cure palliative e terapia del dolore dopo la sentenza 242/2019 della Corte costituzionale – 3. Diritto alle cure o alla buona morte?.

1. Pandemia globale: scegliere chi curare

Gia da qualche mese la riflessione sul tema dell'assistenza al suicidio e l'eutanasia occupa nel dibattito dottrinale un posto particolarmente rilevante per via delle pronunce della Corte costituzionale (nn. 207/2018 e 242/2019) con cui è stata dichiarata la parziale illegittimità dell'art. 580 c.p. che prevede la punibilità delle condotte di istigazione e di aiuto al suicidio. Il dibattito presenta un ampio spettro di problematiche e di questioni la cui risoluzione non tocca aspetti semplicemente giuridici, medici e/o sociali ma soprattutto aspetti legati alle intime convinzioni morali di coloro i quali vi si approssiano¹.

* Dottorando di Ricerca in Teoria del Diritto ed Ordine Giuridico ed Economico Europeo presso l'Università Magna Graecia di Catanzaro. Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Sociologia. Mail: alessandro.ferrara89@hotmail.it. Il presente lavoro è aggiornato al 19 aprile 2020.

¹ Comitato Nazionale per la Bioetica, *Riflessioni Bioetiche sul Suicidio Medicalmente Assistito*, parere n.135 del 18 luglio 2019. Il CNB all'interno del documento redatto in seguito alla Sentenza della Corte costituzionale n. 207/2018 ha svolto un interessante lavoro atto a fornire indicazioni per l'individuazione di un approccio *eticamente sostenibile* nel disciplinare le fattispecie di suicidio medicalmente assistito.

Le questioni trattate, meritevoli di una sempre più ampia considerazione, hanno probabilmente acquisito, in seguito all'emergenza planetaria *Coronavirus*², maggior rilevanza. Con l'avvicinarsi delle settimane ed il crescente timore di un'espansione incontrollata del virus si è rafforzata la convinzione che la questione sulle modalità attraverso le quali normare le pratiche di assistenza al suicidio ed eutanasia fosse molto più urgente di ciò che si pensava.

Ad alimentare questa convinzione, lo scenario drammatico descritto in una lettera redatta da 13 medici dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e pubblicata all'interno del *New England Journal of Medicine – Catalyst Innovations in Care Delivery*, il 21 marzo 2020³: «[o]ur own hospital is highly contaminated, and we are far beyond the tipping point: 300 beds out of 900 are occupied by Covid-19 patients. Fully 70% of ICU beds in our hospital are reserved for critically ill Covid-19 patients with a reasonable chance to survive. The situation here is dismal as we operate well below our normal standard of care. Wait times for an intensive care bed are hours long. Older patients are not being resuscitated and die alone without appropriate palliative care, while the family is notified over the phone, often by a well-intentioned, exhausted, and emotionally depleted physician with no prior contact»⁴.

La denuncia dei medici dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII, costretti a riservare i letti del proprio ospedale ai pazienti con *ragionevoli possibilità di sopravvivenza*, sembra confermare quanto ipotizzato, solo pochi giorni prima (6 marzo 2020), dalla Società italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI), all'interno di un documento intitolato *Raccomandazioni di Etica Clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*⁵. L'esigenza di pubblicare delle linee guida attraverso le quali stabilire i criteri di accesso alle cure intensive e consentire ai medici di adottare dei principi comuni nella valutazione della "maggiore speranza di vita" dei pazienti, nell'ottica di un'efficiente allocazione delle risorse sanitarie, manifesta che il verificarsi di uno scenario di tale gravità sia effettivamente considerato plausibile. La possibile applicazione di principi sorti nell'ambito della "medicina delle ca-

² I Coronavirus sono «una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (MERS) e la Sindrome respiratoria acuta grave (SARS)». Nello specifico l'attuale infezione è stata provocata da «un nuovo Coronavirus (nCoV) che è un nuovo ceppo di coronavirus che non è stato precedentemente mai identificato nell'uomo», <https://bit.ly/3e2gvGi> (ultima consultazione 20/03/2020)

³ M. NACOTI ET AL., *At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation*, in *The New England Journal of Medicine, NEJM Catalyst Innovation in care delivery*, 1, 2, 2020.

⁴ *Ivi*, 2, «Il nostro ospedale è altamente contaminato e siamo ben oltre il punto di non ritorno: 300 letti su 900 sono occupati da pazienti Covid-19. Il 70% dei posti letto in terapia intensiva nel nostro ospedale è riservato a pazienti in condizioni critiche affetti da Covid-19 con ragionevoli possibilità di sopravvivere. La situazione qui è triste in quanto operiamo ben al di sotto del normale standard di assistenza. I tempi di attesa per un letto di terapia intensiva sono di ore. I pazienti più anziani non vengono rianimati e muoiono da soli senza adeguate cure palliative, mentre la famiglia viene avvisata telefonicamente, spesso da un ben intenzionato, sfinito ed emotivamente esausto medico con cui non avevano avuto precedentemente alcun contatto» (traduzione mia).

⁵ Le raccomandazioni redatte per gestire l'ammissione ai trattamenti intensivi, così come specificato dalla SIAARTI potranno essere applicate solamente «dopo che da parte dei soggetti coinvolti sono stati compiuti tutti gli sforzi possibili per aumentare la disponibilità di risorse erogabili», <https://bit.ly/3gczyiY>, (ultima consultazione 14/04/2020).

tastrofi” evidenza, per le ragioni che vedremo più avanti, la necessità di una puntuale riflessione sulle diverse modalità attraverso le quali disciplinare le fattispecie di assistenza al suicidio ed eutanasia. Il presente contributo, pur nella brevità di una trattazione condotta in poche pagine, si pone l’obiettivo di sollevare alcune problematiche che da sempre coinvolgono gli studiosi di bioetica, e di porre alcune domande alle quali, purtroppo, non solo in ambito accademico, ci si potrebbe trovar costretti, a breve, a rispondere. È bene premettere che l’analisi che segue si fonda su un approccio funzionale al problema, senza la presunzione di individuare obbligatoriamente le soluzioni, ma con il semplice obiettivo di sollevare la questione al di fuori di qualsiasi ipocrisia di facciata.

2. Assistenza al suicidio, cure palliative e terapia del dolore dopo la sentenza 242/2019 della Corte costituzionale

Muovendo da un’analisi che intenda tracciare, seppur brevemente, i contorni medico-giuridici della questione, si tenterà di comprendere perché l’emergenza Coronavirus possa richiedere una seria riflessione in merito alle scelte normative sul tema dell’eutanasia e dell’aiuto al suicidio.

Preliminarmente è utile distinguere le pratiche di eutanasia attiva, per le quali la morte è direttamente provocata tramite la somministrazione di un farmaco letale, da quelle di assistenza al suicidio medicalizzato, dove invece il farmaco letale viene messo a disposizione del paziente, che lo assume di propria iniziativa. Mentre l’eutanasia attiva è considerata illegale a prescindere dalle modalità e dalle condizioni attuative, le condotte agevolative del suicidio al ricorrere di particolari condizioni – individuate dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019⁶ – sono considerate non punibili. Differentemente, con la L. n. 219 del 2017⁷, anche allo scopo di rendere effettiva la tutela prevista dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione e dagli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea, è stato sancito il diritto per ogni persona di rifiutare qualsiasi trattamento diagnostico o sanitario⁸ (finanche nutrizione e idratazione artificiale⁹) obbligando il medico a rispettare la volontà del paziente. Concordemente con i principi fondamentali sopra individuati, la stessa legge prevede altresì il dovere per il medico di adoperarsi per alleviare le sofferenze del malato, anche nel caso in cui quest’ultimo rifiuti il trattamento sanitario, prospettandogli le cure previste dalla L. n. 38 del 2010¹⁰. L’accesso alle *cure palliative* e alla *terapia del dolore*¹¹, pertanto, dovrebbe essere garantito nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale, «al fine di assi-

⁶ Corte costituzionale, Sentenza 25 settembre 2019 n. 242, GU 1° Serie Speciale Cort. Cost. n. 48 del 27/11/2019, 32.

⁷ Legge 22 dicembre 2017 n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*, GU Serie Generale n.12 del 16/01/2018, 1.

⁸ Art. 1 L. 219/2017: «nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge».

⁹ Il medesimo art. 1 include tra i trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

¹⁰ Legge 15 marzo 2010 n. 38, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, GU Serie Generale n. 65 del 19/03/2010, 1.

¹¹ Art. 2 L. 38/2010, per cure palliative e terapia del dolore, si intende rispettivamente «l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una

curare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze»¹².

La normativa italiana dunque, alla luce dei recenti interventi normativi, accetta le conseguenze, anche fatali, di un rifiuto consapevole dei trattamenti sanitari. Allo stesso tempo, impone al Servizio Sanitario Nazionale di garantire l'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative in tutti i casi in cui risulti necessario lenire e/o controllare il dolore sofferto dal paziente, sia per via dell'inefficacia dei trattamenti atti a contrastare l'evoluzione della malattia, sia per via del rifiuto degli stessi.

Quanto alla disciplina sanzionatoria prevista dall'art. 580 c.p., attualmente in vigore, essa vieta qualsiasi condotta agevolativa dell'intento suicida anche qualora la determinazione all'esecuzione dello stesso sia stata libera ed autonoma da qualsiasi influenza esterna¹³. Tuttavia la sentenza n. 242 del 2019, come sopra detto, ha aperto una breccia nel diritto italiano, escludendo, a determinate condizioni¹⁴, la punibilità delle condotte di aiuto al suicidio.

Vieppiù, la Corte costituzionale ha suggerito, nel corpo della sentenza, anche le modalità esecutive delle condotte di aiuto al suicidio, richiamando espressamente gli artt. 1 e 2 della L. 219 del 2017¹⁵ e stabilendo che le stesse debbano essere effettuate sotto il controllo del Servizio Sanitario Nazionale previo parere del Comitato Etico territorialmente competente.

3. Diritto alle cure o alla buona morte?

Tracciati brevemente i contorni del fenomeno all'interno del contesto normativo italiano, è utile analizzare le problematiche emergenti alla luce dell'espansione dell'epidemia Coronavirus e della CoViD-19¹⁶ in Italia. È opportuno premettere che la riflessione che si tenterà di operare non può che pre-

prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici nonché l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore».

¹² Art. 1, comma 2, L. 38/2010.

¹³ Uno dei motivi che hanno spinto la Corte d'Assise di Milano a sollevare la questione d'illegittimità Costituzionale dell'art. 580 c.p., è appunto il fatto che le condotte di aiuto al suicidio fossero sanzionate attraverso l'applicazione della medesima cornice edittale (5-12 anni) prevista per le condotte di istigazione al suicidio che invece, secondo i giudici remittenti, necessitano di una diversa cornice edittale per via del maggior disvalore della condotta e per via dell'incisività del nesso causale rispetto all'evento.

¹⁴ La Consulta, infatti, nella sentenza n. 242/2019 ha sancito la parziale illegittimità Costituzionale dell'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità delle condotte di aiuto al suicidio «qualora l'aspirante suicida si identifichi in una persona (a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

¹⁵ Gli articoli richiamati, rubricati rispettivamente *Consenso Informato e Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita* individuano alcune precauzioni che devono essere obbligatoriamente seguite dal medico che acquisisce la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari da parte del malato e che somministra cure palliative.

¹⁶ La malattia provocata dal nuovo Coronavirus è chiamata appunto CoViD-19 (dove "CO" sta per corona, "VI" per virus, "D" per disease e "19" indica l'anno in cui si è manifestata). Lo ha annunciato, l'11 febbraio 2020, nel

supporre il riconoscimento del diritto alla salute quale diritto fondamentale dell'individuo¹⁷ oltre che la necessità che lo Stato, anche in una situazione come quella di una pandemia globale caratterizzata dallo squilibrio tra risorse sanitarie necessarie e disponibili, intervenga al massimo delle sue possibilità per assicurare ad ogni malato l'accesso al più alto livello di cure possibile¹⁸.

Tuttavia lo scenario preso in considerazione ipotizza che la situazione già in essere presso l'Ospedale Papa Giovanni XIII (di per sé sufficientemente allarmante), si estenda a tutto il territorio nazionale e che la generalità degli ospedali si trovi realmente nella condizione di non poter curare tutti i pazienti e di dover applicare le raccomandazioni della SIAARTI¹⁹, rifiutando il ricovero in terapia intensiva anche ai casi gravi caratterizzati da minor possibilità di sopravvivenza²⁰.

Il Sistema Sanitario Nazionale rischierebbe il collasso, e la necessità di dover valutare le *chance* di sopravvivenza dei pazienti e di non poter ricoverare le persone con minori possibilità di guarigione – che per definizione sarebbero probabilmente quelle nelle peggiori condizioni di salute e perciò destinate alle peggiori sofferenze – esplicherebbe i suoi effetti negativi su migliaia di individui.

Cosa fare allora nella plausibile eventualità di un inefficiente contenimento dell'espansione del virus? Cosa fare nel caso in cui migliaia (se si considera che, ad esempio, in Calabria al 16 marzo 2020 erano attivi solo 107 posti di terapia intensiva) di persone sofferenti, in condizioni precarie e/o magari tragiche, desiderose di essere curate, non possano vedersi riconosciuto dallo Stato il fondamentale diritto alla salute ed il conseguente accesso alle cure?

Nella situazione di emergenza sopra ipotizzata, nella quale lo Stato si troverebbe nella tragica circostanza di non poter curare i propri malati, nei casi in cui le condizioni di salute siano di particolare gravità, connotate da enormi sofferenze e la malattia, con un elevatissimo grado di certezza, possa portare alla morte, non resterebbe che tentare di garantire la somministrazione delle cure palliative e della terapia del dolore previste dalla L.38/2010²¹.

Infatti, nella situazione in cui un paziente in gravi condizioni di salute debba essere rimandato a casa per l'impossibilità di essere ricoverato, l'amara sorte a cui è destinato non potrebbe, quantomeno,

briefing con la stampa durante una pausa del Forum straordinario dedicato al virus, il Direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus, <https://bit.ly/2LRK5IG>, (ultima consultazione 5/04/2020).

¹⁷ UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, 2005, art 14, «enjoyment of the highest attainable standard of health is one of the fundamental rights of every human being».

¹⁸ UNESCO Ibc and Comest, *Statement on Covid-19: Ethical Consideration from a Global Perspective*, 2020, 2;

¹⁹ Uno dei presupposti fondamentali delle raccomandazioni redatte dalla SIAARTI è l'abbandono del protocollo di accesso alla terapia intensiva «*first come, first served*» per applicare differenzialmente un approccio multifattoriale che vada a determinare, tenendo conto di tutte le condizioni oggettivamente riferibili al paziente, la «maggior speranza di vita».

²⁰ Tra i sintomi della CoViD-19 vi sono, nei casi più gravi, «polmonite e sindrome acuta respiratoria grave (SARS) tali da portare il paziente alla morte», <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/symptoms-testing/symptoms.html>, (ultima consultazione 21/03/2020).

²¹ Comitato Nazionale per la Bioetica, parere n.136 del 15 aprile 2020: *Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica"*, 9, «[I]e Sofferenze che sia accompagnano alla morte causata dalla insufficienza respiratoria devono essere evitate attraverso l'adozione di protocolli adeguati, che includono ovviamente la terapia del dolore e la palliazione».

che essere controbilanciata, nella sua già evidente crudeltà, dal contenimento delle sofferenze e del dolore fisico del malato²².

Tuttavia, come emerge dalla lettera pubblicata dai medici bergamaschi, nonché dall'ultimo *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010*²³, l'attuazione della legge è caratterizzata da luci e ombre, con forti disomogeneità a livello regionale e locale e con situazioni in cui i medici e l'organizzazione, in ospedale e sul territorio, non sono tuttavia ancora sufficientemente preparati a riconoscere ed affrontare per tempo questi bisogni e ad offrire un intervento precoce, integrato e complesso²⁴.

Se si considera inoltre che il rapporto è stilato sulla base di una situazione sanitaria "normale", all'interno della quale è già evidente la necessità di un utilizzo crescente dei ricoveri in ospedale²⁵, si potrebbe immaginare che nel caso di un collasso del Sistema Sanitario Nazionale le criticità riscontrate nell'attuazione della legge possano diventare ben più imponenti²⁶.

Lo Stato a questo punto non sarebbe in grado né di tentare di curare i malati, né di tentare di accompagnarli "nel" morire, per via dell'assenza di posti letto negli ospedali e di personale medico specializzato.

Un'alternativa sarebbe quella di accettare passivamente che queste persone siano condannate a subire una morte lenta, dolorosa e straziante, per loro stessi e per i loro parenti, i quali, tra l'altro, probabilmente, anche in virtù dell'alta trasmissibilità del virus, sarebbero costretti ad abbandonarli.

In questo caso, le politiche neoliberali degli ultimi decenni, colpevoli dei tagli alla spesa pubblica, del conseguente depauperamento del Sistema Sanitario Nazionale e dell'assenza di un'adeguata *preparedness*²⁷, evidenzerebbero la responsabilità indiretta dello Stato nell'incapacità di assicurare ai pro-

²² *Ivi*, 7, «[s]i dovrà sempre comunque dare la possibilità, per chi non accederà alla struttura sanitaria o per il paziente che abbia rinunciato ai trattamenti salvavita invasivi, di essere curato con sistemi meno invasivi e di ricorrere alla terapia del dolore e alle cure palliative ove necessario».

²³ Art. 11, comma 11, L. 38/2010: «Il Ministro della salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge, riferendo anche in merito alle informazioni e ai dati raccolti con il monitoraggio».

²⁴ Ministero della Salute, *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n.38 del 15 marzo 2010*, art 1.1. criticità n.2.

²⁵ *Ivi*, appendice A.1, «L'incremento dell'età della popolazione generale e le innovazioni tecnologiche e del campo medico con miglioramento della prognosi in fase acuta di pazienti rappresentano una sfida per i sistemi sanitari, dovuta all'incremento della prevalenza e dell'incidenza delle malattie croniche complesse e ai bisogni diffusi di assistenza per questi pazienti con condizioni di cronicità complesse e avanzate con conseguenti criticità cliniche, che conducono all'utilizzo crescente dei ricoveri in ospedale. In questo quadro i Servizi sanitari sono coinvolti, oltre che nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, nel fornire risposte nuove e adeguate ai bisogni di una popolazione composta sempre di più da anziani, affetti da malattie cronico-degenerative e stati di fragilità e sofferenza».

²⁶ *Ivi*, art. 1.4, «le giornate di assistenza erogate in questo regime, pur se in aumento rispetto all'anno precedente, sono ancora molto al di sotto del fabbisogno programmato, sia per quanto riguarda le cure domiciliari "di base", sia per quanto riguarda le cure domiciliari specialistiche».

²⁷ CNB, parere n.136/2020: *Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica*, 1 e ss. Il CNB evidenzia l'assenza di pianificazione di strategie di azione nell'ambito della sanità pubblica in vista di condizioni eccezionali nonostante fosse stato predisposto dopo l'influenza aviaria del 2003 un *Piano nazionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale* abbandonato nel 2006 e soprattutto, nonostante l'allerta sul rischio di pandemie globali lanciata dal Global Preparedness Monitoring

pri cittadini la tutela dei principali diritti umani. È innegabile infatti che le scelte politiche di macro-distribuzione delle risorse abbiano effetti determinanti sulla micro-distribuzione e sulla conseguente capacità delle strutture sanitarie di fornire un adeguato livello di cure²⁸.

A questo punto, ci si chiede se in una condizione di tale eccezionalità sia applicabile il principio affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nella sentenza n. 2346/02²⁹ e condiviso dalla Consulta nella sentenza n. 242/2019, secondo il quale «dall'art. 2 Cost. – non diversamente che dall'art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire». Oppure, se in una logica di bilanciamento dei diritti fondamentali dell'individuo, l'incapacità conclamata dello Stato di riconoscere con effettività il diritto alla salute ed il conseguente diritto alla vita, imponga, dall'altro lato, quantomeno di riconoscere pienamente il diritto all'autodeterminazione e alla dignità dell'essere umano.

La questione sulla quale ci si interroga, nella situazione sopra rappresentata, è se proprio l'applicazione degli artt. 2, 13 e 32 Cost. nonché 1, 2 e 3 CEDU, possa far sorgere un vero e proprio diritto alla buona morte³⁰ o quantomeno alla migliore morte possibile. Il diritto, finora escluso, a pretendere dallo Stato un aiuto ad interrompere quelle sofferenze che lo Stato stesso, colpevolmente, non è in grado neanche di alleviare.

Peraltro, in un contesto di tale gravità, anche la soluzione prospettata da coloro i quali ammettono il ricorso a pratiche eutanasiche attive dirette³¹, sarebbe probabilmente insufficiente. Difatti, anche chi ritiene che «l'ascolto e l'accoglienza della richiesta di suicidio medicalmente assistito, nelle condizioni previste, vada nettamente distinta dall'istigazione al suicidio, e vada accolta in ragione dei principi etici di autodeterminazione e del dovere del medico di beneficenza»³² e che «il bilanciamento di valori favorevole all'aiuto al suicidio medicalmente assistito sia eticamente e giuridicamente legittimo perché la persona ha diritto di preservare la propria dignità anche e soprattutto nelle fasi finali della vita»³³ richiede comunque, per legittimare la decisione di prestare assistenza medica al suicidio e perché possano essere bilanciati i valori tutelati dall'ordinamento, che ricorrano contemporaneamente le condizioni: 1) il soggetto agevolato deve aver liberamente ed autonomamente formato il proprio convincimento; 2) dev'essere tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale ed essere affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili; 3) dev'essere considerato capace di prendere decisioni libere e consapevoli; 4) le condi-

Board (GPMB) e intitolato *A World at Risk, Annual Report on Global Preparedness for Health Emergencies* con il report pubblicato nel settembre 2019, <https://bit.ly/2LMY4cu> (ultima consultazione 15/04/20).

²⁸ UNESCO Ibc and Comest, *op. cit.*, 2, «Political choices at macro-allocation levels have inevitable consequences on the micro-allocation of resources at the point-of-care level».

²⁹ Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, caso *Pretty vs Regno Unito*, sentenza n. 2346 del 29/04/2002.

³⁰ Il termine eutanasia ha origine dal greco: εὐθανασία, composta da εὖ-, bene e θάνατος.

³¹ È bene sottolineare che la maggior parte dei paesi che ammettono pratiche eutanasiche prevedono che l'atto finale del morire sia compiuto dal paziente stesso, bevendo da sé un medicinale, o, nei casi di immobilità, azionando con la bocca uno stantuffo che inietta la soluzione letale. Questa evenienza integra una fattispecie di suicidio medicalmente assistito per la cui realizzazione è fondamentale l'aiuto del medico che predispone tutto l'occorrente affinché l'atto possa essere compiuto.

³² CNB, parere n.135/2019, 23.

³³ *Ibid.*

zioni e le modalità di esecuzione devono essere verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente. Le plausibili, e probabilmente necessarie, cautele concepite per l'esecuzione di pratiche di assistenza medicalizzata al suicidio sarebbero però, probabilmente, inattuabili nella situazione pubblica eccezionale oggetto di discussione. Infatti, nel momento del collasso totale del Sistema Sanitario Nazionale, alcuni dei requisiti previsti rischierebbero di non poter essere soddisfatti, soprattutto quelli che richiedono per l'attuazione delle pratiche eutanasiche che il soggetto agevolato sia mantenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e che le condizioni e le modalità d'esecuzione siano verificate da una struttura pubblica.

Un utile spunto di riflessione potrebbe pervenire dalla lettura delle raccomandazioni pubblicate il 10 febbraio 2020 dall'Alta Autorità per la salute (Has³⁴) francese, che, inserendosi in un contesto di riforma della Legge "sul fine vita", consentono al medico di famiglia di prescrivere direttamente un farmaco³⁵ per la sedazione profonda e continua e di poterlo reperire, per l'espletamento delle pratiche mediche, direttamente in farmacia. In Francia, infatti, già dal 2016 la c.d. Legge *Claeys-Leonetti*³⁶, consente al medico di praticare la sedazione profonda e continua direttamente al domicilio del paziente qualora ricorrano determinate condizioni, ma fino alla riforma di qualche settimana fa il sanitario non aveva *accesso diretto al farmaco dovendo passare sempre per una farmacia ospedaliera*.

Il caso francese potrebbe, a questo punto, fornire un utile spunto per riflettere sulle risposte che sarebbe possibile dare alle domande poste in precedenza.

Si potrebbe, allora, ipotizzare un intervento normativo attraverso il quale demandare ai medici di base³⁷, esclusivamente nei casi in cui il rifiuto certificato del ricovero da parte del SSN non renda possibile praticare i necessari trattamenti di sostegno vitale, la valutazione di una serie di requisiti (tra cui sicuramente la richiesta libera ed autonoma del malato) per l'esecuzione delle pratiche eutanasiche direttamente al domicilio del paziente.

Nell'ipotesi di incapienza e di collasso del SSN potrebbe essere essenziale, infatti, prevedere la possibilità di reperire i medicinali necessari direttamente nelle farmacie e di poterli fornire non solo ai medici, ma anche direttamente alle persone malate o ai loro familiari.

Le soluzioni prospettabili sono diverse, e sicuramente dovranno tener conto del bilanciamento dei diversi interessi in gioco, ma, prescindendo dalla loro individuazione, è certamente di fondamentale importanza l'avvio di una seria riflessione sul tema in grado di smuovere le coscienze.

Difatti, qualora il dibattito dovesse tardare ad innestarsi, in una situazione di emergenza mondiale come quella determinata dalla diffusione della CoViD-19, si rischierebbe di arrivare al punto in cui

³⁴ Haute Autorité de Santé, https://www.has-sante.fr/jcms/c_2832000/fr/comment-mettre-en-oeuvre-une-sedation-profonde-et-continue-maintenance-jusqu-au-deces (ultima consultazione 25/03/2020).

³⁵ Il farmaco in questione è il *Midazolam*, farmaco della classe delle benzodiazepine, con azione ultra-breve utilizzata oggi nel campo dell'anestesia.

³⁶ La c.d. Legge *Claeys-Leonetti*, ha reso legali le pratiche eutanasiche accompagnate da sedazione profonda e continua, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031970253&categorieLien=id> (ultima consultazione 24/03/2020).

³⁷ *Ex plurimis*, G. CIMBALO, *Eutanasia, cure palliative e diritto ad una vita dignitosa nella recente legislazione di Danimarca, Olanda e Belgio*, in *Il Foro Italiano*, 2, 2003, 9. La categoria dei medici di base è stata pioniera in Olanda delle pratiche di eutanasia attiva già dagli anni settanta.

anche i principali diritti ampiamente acquisiti dall'umanità rischino di rimanere gravemente pregiudicati.

Special issue

