

Il suicidio assistito medicalizzato: riflessioni filosofico-giuridiche sulla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale

Laura Palazzani *

MEDICALLY ASSISTED SUICIDE: CONSIDERATIONS ON THE SENTENCE N. 242/2019 OF THE ITALIAN CONSTITUTIONAL COURT IN THE PHILOSOPHY OF LAW PERSPECTIVE

ABSTRACT: The Author analyses the problem of medically assisted suicide from the perspective of the philosophy of law, commenting critically the sentence of the Italian Constitutional Court. The focus is on the right to die and to live, letting die and killing, equality and non-discrimination, unbearable sufferance and self-determination; slippery slope, the role of physician and conscientious objection, the role of the ethical committees.

KEYWORDS: Assisted suicide; refusal of treatment; right to die; letting die/killing; vulnerability

SOMMARIO: 1. Il suicidio assistito: alcune distinzioni preliminari concettuali e fenomenologiche – 2. Tra diritto di morire e dovere di vivere – 3. Lasciare/lasciarsi morire o provocare la morte: la problematicità della analogia – 4. Uguaglianza e non discriminazione – 5. La risposta al dolore e alla sofferenza “insopportabili”: tra autodeterminazione e vulnerabilità – 6. Il pendio scivoloso come rischio etico – 7. I possibili abusi sono arginabili? – 8. Il ruolo del medico e l’obiezione di coscienza – 9. I comitati etici territoriali

1. Il suicidio assistito: alcune distinzioni preliminari concettuali e fenomenologiche

Il suicidio assistito è analogo al suicidio per alcuni aspetti: in entrambi i casi è una fuga dal dolore in condizioni di vita in cui si preferisce morire piuttosto che vivere soffrendo. Ma nel suicidio l’individuo vuole sottrarsi da una situazione di disagio esistenziale e/o sociale non sempre dovuto a condizioni di malattia, scegliendo da sé i mezzi per darsi la morte e privandosi in modo autonomo della vita. Il suicidio assistito è connesso alle inedite condizioni di esistenza, rese possibili dallo sviluppo delle nuove tecnologie, che possono prolungare la vita di malati inguaribili con patologie gravemente invalidanti e sofferenza non sempre lenibile in modo sufficiente dai farmaci, condizioni che possono spingere il paziente a chiedere in modo consapevole l’aiuto di un “terzo” per togliersi la vita. In genere si parla di assistenza al suicidio da parte del medico, ma tale atto può coinvolgere anche altre professioni (farmacisti), professioni sanitarie (infermieri) o anche amici o parenti che operino per creare le condizioni affinché il soggetto possa morire.

Esiste uno spettro fenomenologico di situazioni possibili di richiesta di assistenza al suicidio, che comprendono la richiesta al medico di una prescrizione di farmaci per morire che un soggetto può assu-

* Professoressa ordinaria di Filosofia del diritto, Università Lumsa di Roma. Mail: palazzani@lumsa.it.

mere in modo autonomo acquistandoli in farmacia e ingerendoli nei tempi, nei luoghi e nei modi definiti soggettivamente e la richiesta da parte di un soggetto consapevole e “dipendente” dalle tecnologie in modo permanente o temporaneo (quali ad esempio idratazione, alimentazione, respirazione artificiali) avendo una malattia irreversibile che gli impedisce il movimento e lo rende incapace di eseguire da solo la sua volontà.

La sentenza della Corte costituzionale affronta la questione del suicidio assistito avendo sullo sfondo il caso di Fabiano Antoniani, che rientra nella seconda tipologia¹.

2. Tra diritto di morire e dovere di vivere

Sul piano della discussione filosofico giuridica sul fine vita, si sono delineati due orientamenti di pensiero.

Nell’ambito dell’etica soggettivista (che nega la esistenza e la conoscibilità di valori oggettivi universali) la vita è considerata un bene soggettivo²: è l’individuo che decide autonomamente se attribuire alla vita un valore o un disvalore nelle diverse condizioni di esistenza, di salute o malattia. In questa prospettiva non è eticamente giustificato il dovere di curarsi (se non nei limiti in cui l’individuo percepisce un dovere e conferisce un valore alla propria esistenza) ed è giuridicamente configurato un diritto individuale a rifiutare le terapie, anche se mettono in pericolo la sopravvivenza e chiedere di morire anticipatamente. I presupposti di tale concezione si possono esplicitare nei seguenti elementi: la scelta di libertà soggettiva è la condizione necessaria e sufficiente per fondare un valore e legittimare un diritto; bene è ciò che è scelto (in quanto espressione di autodeterminazione), quale che sia la scelta, indifferentemente dal fatto di scegliere se vivere o morire; il diritto è chiamato a prendere atto acriticamente delle scelte e a garantire le condizioni di libertà (ossia di attuazione effettiva delle scelte individuali) in modo neutrale considerando qualsiasi scelta equivalente alle altre possibili (siano esse scelte di rifiuto delle terapie o richieste di morire, mediante assistenza al suicidio o eutanasia), a prescindere da una valutazione critica sui contenuti della scelta.

Si tratta di presupposti che sono stati oggetto di discussione sul piano filosofico³. Si può mostrare a livello etico, come proprio la volontà non sia la condizione necessaria e sufficiente per legittimare

¹ Sul rapporto generale scienza, etica e diritto si veda: L. D’AVACK, *Il potere sul corpo. Limiti etici e giuridici*, Torino, 2015; ID., *Verso un anti-destino. Biotecnologie e scelte di vita*, Torino, 2009; F. D’AGOSTINO, *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Torino, 1998; S. RODOTÀ, *La vita e le regole*, Milano, 2006; A. SANTOSUOSSO, *Diritto, scienza, nuove tecnologie*, 2016; C. CASONATO, *Introduzione al biodiritto*, Torino, 2012. Per una ricostruzione bio-giuridica della discussione sul fine vita cfr. L. D’AVACK, *Il dominio delle biotecnologie. L’opportunità e i limiti dell’intervento del diritto*, Torino, 2018.

² Cfr. D. NERI, *Eutanasia. Valori, scelte morali, dignità delle persone*, Roma-Bari, 1995; J. RACHELS, *La fine della vita. La moralità dell’eutanasia*, Torino, 1989; ID., *Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell’eutanasia*, Casale Monferrato, 2007; P. BORSELLINO, *Bioetica tra “moralità” e diritto*, Milano 2018; G. FORNERO, *Indisponibilità e disponibilità della vita: una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell’eutanasia volontaria*, Torino, 2020; B. STEINBOCK, A. NORCROSS (eds.), *Killing and Letting Die*, New York, 1994, 266-279; P. FOOT, *Morality, Action, and Outcome*, in P.A. WOODWARD (ed.), *The Doctrine of Double Effect. Philosophers Debate a Controversial Moral Principle*, Notre Dame, 2001, 67-82.

³ Per una critica alla posizione liberale si veda: A. PESSINA, *Eutanasia. Della dignità del morire nell’epoca della tecnologia*, Siena, 2007; M. GENSABELLA FURNARI, *Vulnerabilità e cura. Bioetica ed esperienza del limite*, 2008; F. D’AGOSTINO, *Bioetica. Questioni di confine*, Roma, 2018.

scelte. Se la giustificazione della non accettazione delle terapie dipende dalla specifica condizione esistenziale vissuta del malato, nella misura in cui fosse possibile rimuovere le condizioni di sofferenza (con l'uso di cure palliative), il rifiuto o la richiesta di morire sarebbe considerato ingiustificato. Inoltre, sul piano giuridico, il diritto non può prendere atto acriticamente della libertà, poiché il fatto che l'uomo non sia un individuo isolato ma viva nella società, dunque costitutivamente in relazione con gli altri, esige inevitabilmente che la libertà non si possa porre in modo arbitrario ed assoluto, ma che abbia un limite, almeno quello della compatibilità con le altrui libertà. Il diritto non può garantire "tutta" la libertà di "tutti", ma è chiamato (almeno sul piano dell'etica minima) a garantire le condizioni della coesistenza sociale, dunque vincolare la libertà individuale.

Il divieto di uccidere è il fondamento del vivere sociale e assume un rilievo anche nel caso in esame; il medico ha una funzione sociale costitutivamente fondata sulla tutela della salute e non può operare per la negazione della stessa (sia partecipando attivamente che omissivamente alla anticipazione della morte naturale del paziente assecondando il suo desiderio di morire). In questa prospettiva, non è riconoscibile un diritto di uccidersi da parte del soggetto in quanto atto individuale privato non inserito in un orizzonte pubblico di valori sociali: il soggetto è chiamato dal diritto a considerare che la vita non sia un bene disponibile arbitrariamente, che ogni individuo ha dei doveri nei confronti degli altri (la famiglia e la società). La legittimazione del rifiuto delle terapie in determinate condizioni esistenziali porterebbe a considerare non degne tali condizioni, rendendo se non altro più difficile per altri che le vivono giustificare il diritto ad essere curati e il diritto a vivere.

In questo senso si può parlare di un dovere di curarsi, nella misura in cui si riconosce che la vita ha un valore oggettivo (conoscibile dall'uomo) nell'ambito della coesistenza, in quanto la vita ci è data (non è pertanto oggetto di proprietà) e ha una valenza sociale e non solo individuale (sussistendo una responsabilità verso terzi).

3. Lasciare/lasciarsi morire o provocare la morte: la problematicità della analogia

La sentenza della Corte si situa, in qualche misura, tra questi due orientamenti. Senza accogliere pienamente il primo (arrivando ad affermare il diritto di morire), ma senza abbracciare il secondo (negando il diritto di morire, e affermando il dovere di vivere).

La Corte precisa che a Fabiano Antoniani è stata offerta la possibilità di rinunciare ai trattamenti di sostegno vitale, che erano da lui vissuti come una forma di accanimento tecnologico, causa di sofferenze insopportabili ritenute sproporzionate in assenza di speranza di guarigione, con un contestuale accompagnamento palliativo mediante la sedazione profonda continua. Si consideri che al momento in cui Fabiano Antoniani esplicitava la richiesta, la Legge 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento) era in corso di discussione in sede parlamentare, ma già di fatto in talune circostanze applicata nella prassi (come dimostra il percorso offerto ad Antoniani e ad altri pazienti).

La Legge 219/2017, che nasce da una complessa mediazione tra teorie che privilegiano la dignità e la responsabilità della persona umana nei confronti della salute propria ed altrui e teorie che pongono l'enfasi sull'autodeterminazione individuale anche in ambito sanitario, sottolinea da un lato l'esigenza di una libera e informata autonoma decisione del paziente e dall'altro l'importanza che si stabilisca

«una relazione di cura e di fiducia» tra paziente e medico, evidenziando anche la responsabilità del medico nei confronti del paziente. La vincolatività della decisione del paziente nei confronti del medico, rispetto al rifiuto (non inizio) e alla rinuncia (interruzione) dei trattamenti, è affermata a prescindere dalla condizione di malattia, ossia dalla distinzione tra condizione di autonomia o dipendenza dalle macchine, terminalità o non terminalità, guaribilità o inguaribilità⁴.

La legge ammette dunque *qualsiasi* rifiuto o rinuncia a *qualsiasi* trattamento, inclusa la rinuncia a trattamenti di sostegno vitale se si considera il caso di un malato, capace di intendere e di volere e correttamente informato, che chiede al medico di staccare le macchine da cui dipende per morire. Si ritiene che, seppur l'atto dello staccare la macchina da parte del medico sia una con-causa che provoca (come conseguenza) la morte del malato, contestualmente all'accompagnamento palliativo, la vera causa della morte del paziente sia il decorso inesorabile e fisiologico della patologia. La legge include esplicitamente la rinuncia alla alimentazione e alla nutrizione artificiali, e implicitamente anche la rinuncia alla intubazione, e riconosce il diritto alla palliazione e all'accompagnamento "nel" morire anche mediante sedazione palliativa profonda continua⁵.

Inoltre la legge ritiene che sia un dovere del medico astenersi dalla «ostinazione irragionevole delle cure», ossia sospendere un accanimento clinico, inteso come l'interruzione di una tecnologia sul piano medico inefficace in ordine alla guarigione del paziente (essendo il paziente con prognosi infausta, in condizione di terminalità e/o imminenza della morte) ritenuta inappropriata e sproporzionata nel bilanciamento rischi/benefici, producendo una gravosità sul piano della percezione soggettiva del dolore e della sofferenza. Alcune recenti tecnologie possono risultare anche molto invasive rispetto al corpo: di fronte ad esse può emergere la preferenza di una sospensione della invasività tecnologica, lasciando che la malattia faccia il suo corso.

Tali elementi della Legge 219/2017 (la rinuncia a trattamenti di sostegno vitale e la sospensione dell'accanimento tecnologico) avrebbero consentito a Fabiano Antoniani di interrompere la vita e di morire. La Corte, pur riconoscendo la "positivizzazione" del diritto a "lasciarsi morire" del paziente e a "lasciare morire" del medico, secondo la legge, ritiene che non siano sufficienti nel caso della richiesta specifica di Fabiano Antoniani e che necessitino di una integrazione, data la sua condizione peculiare, che espliciti la possibilità di ottenere assistenza nel suicidio, sulla base della analogia tra rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale e suicidio assistito.

Si tratta, a ben vedere, di una analogia che presenta elementi di problematicità. In entrambi i casi si presuppone una volontà esplicita del paziente di morire anticipatamente e un intervento attivo del medico. Ma a bene vedere, sia fenomenologicamente che eticamente e giuridicamente, vi è una differenza per quanto riguarda: le condizioni del paziente, il contenuto della volontà, le motivazioni del paziente e le modalità di intervento del medico.

Le condizioni del paziente sono diverse: nel caso della rinuncia il paziente è "attaccato alle macchine" ma potrebbe non essere inguaribile, terminale e/o nell'imminenza della morte. La Legge 219/2017 consente di rifiutare e rinunciare a qualsiasi trattamento anche non di sostegno vitale a un paziente

⁴ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico*, 2008.

⁵ A. DA RE, *La falsa analogia tra rifiuto-rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito. Riflessioni bioetiche sull'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018*, in *Medicina e Morale*, 5, 2019, 281-295.

guaribile (si pensi ad esempio al rifiuto di trasfusioni di sangue di un soggetto pienamente recuperabile). Nel caso del suicidio assistito la Corte delinea condizioni precise per la richiesta, e tra queste anche l'essere attaccato alle macchine in condizioni di patologia irreversibile, incompatibile con la vita senza sostegno vitale.

Con la rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale il paziente esprime la volontà di non continuare i trattamenti, ossia la volontà di sospenderli, con l'intenzione di non prolungare la sua vita ma di anticipare la morte, lasciando che la malattia faccia il suo corso. In questo contesto al medico si richiede di togliere i presidi medici e tecnologici che prolungano artificialmente la sua vita e contestualmente (o anteriormente) somministrare farmaci che producono la sedazione irreversibile della coscienza a fronte di sofferenze fisiche e psichiche refrattarie ai trattamenti palliativi. Le due azioni consentono un accompagnamento graduale e progressivo nel morire del paziente: i presidi medici e tecnologici sono sospesi con gradualità, secondo protocolli medici, con una progressione di minore invasività; la sedazione palliativa profonda continua toglie la coscienza in modo irreversibile, ma non toglie immediatamente la vita, consentendo un accompagnamento nel tempo. Con il suicidio assistito, invece, il paziente chiede al medico la predisposizione di farmaci e/o tecnologie che provochino una morte immediata.

Per quanto riguarda la motivazione della richiesta, va rilevato che chi rinuncia ai trattamenti è presumibile che lo faccia perché soffre e preferisce morire piuttosto che vivere in quelle condizioni, mentre nel caso del suicidio assistito il paziente deve essere in condizioni oltre che di patologia inguaribile anche di sofferenza fisica o psichica insopportabile. E la motivazione alla richiesta non è solo la sofferenza rispetto a sé ma può essere anche la sofferenza rispetto ad altri (i familiari) nel vedere lo svolgersi del morire nel tempo.

Vi è inoltre una differenza nell'intervento del medico, che nel primo caso interrompe un presidio tecnologico, lasciando morire il malato della sua patologia; nel secondo caso predispone farmaci e tecnologie per provocare, seppur non per sua mano diretta, la morte del paziente.

4. Uguaglianza e non discriminazione

La Corte ritiene che sulla base del principio di uguaglianza e non discriminazione, non debba sussistere la disparità di trattamento di chi può uccidersi da solo (in quanto autonomo, in grado di eseguire la sua volontà) e chi è fisicamente impossibilitato a farlo per la gravità delle condizioni patologiche, finendo con il discriminare proprio coloro che sono in condizioni di particolare vulnerabilità⁶. La Corte dalla «liceità della interruzione delle cure con esito letale» e dalla «non anti-giuridicità di una condotta attiva di interruzione di un decorso causale immediatamente salvifico», deriva la non punibilità di una condotta attiva di agevolazione della causazione immediata della morte in condizioni analoghe. La problematicità bioetica del ragionamento consiste nella non pienamente giustificabile analogia delle due situazioni (rinuncia a trattamenti salvavita e richiesta di suicidio assistito, lasciare morire e provocare la

⁶ L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Giurisprudenza Italiana*, 2019, 2, 193-200; L. EUSEBI, *Regole di fine vita e poteri dello Stato: sulla ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale*, in *Diritto penale contemporaneo*, 2019, 10; A. NICOLUSSI, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*, in *Giurisprudenza Italiana*, 2019, 2, 201-215.

morte) e la conseguente equiparazione tra la “morte prolungata” e “lenta” di chi rinuncia a vivere ed è accompagnato palliativamente nel morire e la morte “immediata” provocata nell’assistere al suicidio come auto-somministrazione del farmaco letale predisposto dal medico al fine di terminare anticipatamente la sua esistenza.

Il profilo della responsabilità del medico che omette o sospende un trattamento medico rifiutato dal paziente deve essere considerato distintamente rispetto a quello del medico che aiuta il paziente a porre fine alla propria vita⁷ sul piano fenomenologico, etico e giuridico.

Fenomenologicamente l’uccidere/provocare la morte è sempre un agire, mentre il lasciar morire può assumere una duplice valenza, ossia può declinarsi nel senso dell’omettere, non dando inizio al trattamento, come pure nel senso dell’agire, interrompendo il trattamento stesso; nel primo caso è un’azione indiretta, una collaborazione al raggiungimento dell’obiettivo; nel secondo caso un’azione o omissione che provoca direttamente l’avvicinarsi della morte (a volte, in talune circostanze, anche immediata⁸).

Sul piano della responsabilità morale, staccare la spina è una forma di “desistenza” da un tentativo di trattamento ritenuto aggressivo ed invasivo rispetto al corpo del soggetto (che lo rifiuta o vi rinuncia) per lasciare riprendere il processo fisiologico del morire; uccidere significa agire indirettamente per dare la morte somministrando un prodotto letale, senza nulla a che vedere col processo naturale della malattia.

Sul piano giuridico, il diritto di ognuno alla intangibilità della propria sfera corporea o diritto a non subire trattamenti sanitari contro la propria volontà non equivale al diritto a/di morire chiedendo che altri possano agevolare o procurare indirettamente la morte (“farsi aiutare a morire”, o suicidio assistito) o direttamente (“farsi uccidere”, o omicidio del consenziente).

Tale analogia risulta di particolare problematicità in quanto tocca il problema etico e giuridico fondamentale del “non uccidere”, fondamento del vivere sociale e del significato stesso del diritto. L’ordinamento già ammette eccezioni (l’uccisione per legittima difesa; lo stato di necessità; la pena di morte, negli ordinamenti in cui viene ammessa). Il problema sollevato in relazione alla sentenza della Corte risiede nel fatto che l’eccezione al non uccidere non può essere introdotta da una analogia tra “lasciare morire” e “provocare la morte”, date le distinzioni esplicitate.

Va anche notato che nel caso specifico della patologia di Fabiano Antoniani tale distinzione si rende visibile, in quanto la rinuncia alla tecnologia quale distacco dalle macchine non è, fattualmente, causa immediata di morte (a differenza del caso P. Welby) in quanto la respirazione artificiale non era per-

⁷ L. EUSEBI, *Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a Corte cost. (ord.) n. 207/2018*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 40, 4, 2018, 1313-1322.

⁸ Si pensi al caso di P. Welby, dipendente in modo permanente dal respiratore, morto nel momento del distacco, preceduto da sedazione palliativa profonda. La specificità del caso di Fabiano Antoniani che, a differenza di P. Welby, era solo temporaneamente attaccato ad un respiratore (e non permanentemente come Welby), non consentiva la morte immediata con il distacco del respiratore (potendo Fabiano Antoniani continuare a respirare spontaneamente): la richiesta di suicidio assistito è motivata dunque dalla esigenza di immediatezza della morte, pur avendo una alternativa alla sua domanda di morire.

manente (in quanto Antoniani soffriva di un deficit respiratorio permanente, per il quale l'ausilio medico era sempre necessario, anche se la sua interruzione non avrebbe provocato una morte immediata).

5. La risposta al dolore e alla sofferenza "insopportabili": tra autodeterminazione e vulnerabilità

Un argomento centrale nella sentenza che mette in luce l'esigenza etica e giuridica di legittimazione del suicidio assistito riguarda il vissuto di chi, a causa della patologia irreversibile e della invasività tecnologica, percepisce dolore e sofferenze fisico-psicologiche ritenute soggettivamente insopportabili. La sentenza insiste sulla duplice dimensione del dolore e della sofferenza, sul piano fisico e psichico. Per quanto la dimensione fisica e psichica non siano scindibili né sul piano concettuale (il dualismo corpo/anima-mente è filosoficamente superato nella rilevazione antropologico-fenomenologica della unità psico-somatica dell'"avere" e dell'"essere" del corpo), va detto che mentre il dolore fisico (o dolore "del corpo") è misurabile e può trovare risposte adeguate sul piano delle cure palliative, la sofferenza psichica (la sofferenza "dell'anima")⁹ riguarda sentimenti come la disperazione, l'angoscia esistenziale, la paura della morte, il sentirsi di peso per la famiglia e il sentirsi inutile per la società, sentimenti che non si possono misurare oggettivamente né (sempre) controllare farmacologicamente.

La sentenza fa riferimento alla sedazione profonda continua come possibile risposta alla sofferenza refrattaria¹⁰, ammessa dalla Legge 219/2017, ritenendo che togliere la coscienza possa essere giustificabile come estrema soluzione per chi non riesce a vivere in determinate condizioni di patologia in guaribile e sofferenza acuta non controllabile in alcun modo; ma ritiene anche che il suicidio assistito possa essere una "alternativa" per rendere immediata la morte. Tale immediatezza della morte risponderebbe a due esigenze, altrettanto rilevanti: quella di terminare la sofferenza soggettiva, ma anche in alcuni casi di terminare la sofferenza causata ad altri, i familiari, che vedrebbero inutilmente prolungata con la sedazione profonda la vita del loro caro.

Ma è giustificabile il diritto di morire subito, con l'aiuto di altri, per evitare sofferenze a terzi? Disperazione e angoscia fanno inevitabilmente parte del vissuto della malattia sia per i malati stessi che per i familiari e coloro che li assistono; fanno parte dell'esperienza tragica della percezione dell'approssimarsi alla morte, insieme alla stanchezza del vivere o alla paura del morire. Ma proprio questi sentimenti, misti e forti, ci portano a riflettere sulla difficoltà di una decisione lucida di autodeterminazione nella richiesta di assistenza nella morte e sulla vulnerabilità della condizione umana in queste situazioni esistenziali. Rimane problematico considerare la provocazione della sofferenza in altri (considerando che la sofferenza è variabile da soggetto a soggetto), ossia il disagio verso altri dell'impatto del decorso verso la morte della persona malata, una giustificazione sufficiente e significativa per motivare la anticipazione della morte di un individuo: non si può escludere la possibilità che per i familiari possa essere preferibile, in alcune circostanze, avere il tempo di elaborare il distacco.

⁹ S. CANESTRARI, *I tormenti del corpo e le ferite dell'anima: la richiesta di assistenza a morire e l'aiuto al suicidio*, in *Diritto penale contemporaneo*, 10, 2019, 1-21.

¹⁰ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 2016.

È proprio avvicinandosi a queste esperienze che la società e il diritto sono chiamati eticamente a prevedere le risposte di aiuto non come “terminazione” della vita, ma come sostegno e cura, come “care” o presa in carico della sofferenza non solo del paziente, ma anche dei familiari. La stessa Corte costituzionale chiarisce nella sentenza come sia giuridicamente rilevante mantenere il reato di istigazione al suicidio proprio per tutelare socialmente le condizioni di estrema vulnerabilità dei cittadini. Il caso del suicidio assistito, nelle condizioni indicate, è invece ammesso come scelta di libertà personale e come “liberazione dalla sofferenza” oltre che “dalla vita”.

La risposta dell’assistenza al suicidio nei casi delimitati dalla Corte risulta pericolosa in una società con scarse risorse destinate alla sanità e aumento dei costi per l’assistenza, potendo determinare una pressione sociale più o meno nascosta nei confronti del malato, che si esprime nella sempre più visibile e percepibile difficoltà finanziaria (per la famiglia e per la società) del farsi carico dei tempi lunghi della malattia e del morire, della grave disabilità. Il collegamento, nella sentenza, della richiesta di suicidio assistito ai valori della “autonomia” e della “dignità”, come risposta alla sofferenza, può essere ambiguo nei confronti di tutti coloro che vivono i tempi lunghi della malattia e della disabilità affrontando quotidianamente lo sconforto e la sofferenza, quasi che coloro che non intendono arrendersi alla sofferenza siano privi di dignità, autonomia, libertà.

La Dichiarazione universale dei diritti dell’uomo (1948) sottolinea che ogni uomo ha dignità a prescindere dalla sua condizione di salute o malattia, abilità o disabilità. Il concetto di dignità, nel suo significato filosofico universale, è quello che garantisce il fondamento del diritto alla vita e alla cura e si oppone al diritto a/di morire. In questo senso il diritto è chiamato a rispondere alle situazioni di estremo disagio e sofferenza favorendo e incrementando l’assistenza intesa come sostegno economico e sociale, non invece legittimando la “morte volontaria assistita” o “interruzione volontaria anticipata della vita” di chi è in condizioni di estrema fragilità¹¹.

Prendere sul serio i profondi disagi e le sofferenze delle persone esige di evitare forme di “abbandono terapeutico” e “abbandono assistenziale”. La legittimazione legale dell’assistenza al suicidio porta o può portare, come di fatto ha portato anche per altre tematiche, ad una “legittimazione culturale” del suicidio assistito, insinuando nella società l’idea che sia meglio morire piuttosto che vivere in certe condizioni, non istigando, ma certamente non contrastando, la percezione di molti malati di sentirsi un “peso” economico, sociale, psicologico, che grava su chi li assiste. Peraltro la Corte riconosce la vulnerabilità del paziente in queste condizioni, sottolineando – richiamando la stessa Legge 219/2017 – la rilevanza di un’assistenza psicologica al paziente e una formazione specifica del medico alla comunicazione e alla relazione con il paziente nelle condizioni di fine vita.

La Corte, riprendendo il parere del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB)¹², auspica che il Servizio Sanitario Nazionale sia sempre in grado di offrire, realmente, senza diseguaglianze in termini di entità

¹¹ S. COTTA, *Aborto ed eutanasia: un confronto*, in *Diritto, persona, mondo umano*, Torino, 1989, 230-237; S. AMATO, *Eutanasie*, Torino, 2015; A. PESSINA, *Eutanasia. Della morte e di altre cose*, Siena, 2007; M. GENSABELLA FURNARI (a cura di), *Alle frontiere della vita. Eutanasia ed etica del morire*, Soveria Mannelli (Me), 2001; L. ALICI, F. D’AGOSTINO, E. SANTEUSANIO, *La dignità degli ultimi giorni*, Cinisello Balsamo (Mi), 1998.

¹² Per una riflessione interdisciplinare e pluralista sul tema del suicidio assistito cfr. COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 2019.

e qualità di servizi, su tutto il territorio nazionale, cure palliative e terapia del dolore, nei termini stabiliti dalla Legge 38/2010, a ogni persona che ne abbia necessità¹³ e riconosce che «dovrebbe essere questa una priorità assoluta per le politiche della sanità». Il CNB sottolinea anche la necessità di una formazione adeguata dei professionisti sanitari alla palliazione.

Le cure palliative indicano l'approccio di "care" che ha per obiettivo il controllo del dolore e della sofferenza, il miglioramento della qualità di vita e del benessere del paziente in senso complessivo, nel contesto della solidarietà nei confronti della malattia, dell'attenzione nei confronti della particolare fragilità alla fine della vita, una fragilità che aumenta quanto più malato è in una condizione di dipendenza, decadimento, emarginazione, isolamento, ospedalizzazione. In questo contesto il dovere del medico non è quello di curare ad ogni costo, ma è quello di comprendere i limiti del proprio sapere, di "prenderci cura" del malato, di essere vicino alle sue esigenze concrete ed individuali, nella consapevolezza che la vera paura del malato non è quella di morire, ma di soffrire e di essere lasciato solo. In questo senso le cure palliative offrono un supporto insostituibile per un'adeguata "umanizzazione" delle cure.

La palliazione dovrebbe essere proposta come "pre-requisito", chiede la Corte: ad ogni malato dovrebbero essere offerti specifici percorsi palliativi ove necessario, ed ogni paziente deve essere libero di accettare o rifiutare tali percorsi, e nelle condizioni indicate, anche cercare percorsi "alternativi".

Da un lato la sentenza sottolinea che bisogna impedire che scelte di morte medicalmente assistita siano la conseguenza di un abbandono o comunque di un'inadeguata assistenza sanitaria, specie riguardo al sollievo della sofferenza. Dall'altro lato la Corte intende "liberare" i pazienti inguaribili da sofferenze intollerabili, ritenendo in specifici contesti non sufficiente la palliazione¹⁴ essendo un percorso a volte lungo, in termini anche di investimento di energie di vicinanza, e ritenendo ammissibile la scelta individuale per un percorso più rapido della soppressione del malato, il modo più radicale della eliminazione del dolore e della sofferenza. È evidentemente una valutazione discutibile, che allude all'idea che una morte più veloce sia anche nell'interesse delle persone care.

6. Il pendio scivoloso come rischio etico

La legittimazione del suicidio assistito nelle condizioni precisate dalla Corte (inguaribilità, sofferenza insopportabile, consapevolezza, presenza di trattamenti di sostegno vitale) rischia di "scivolare" in un

¹³ A tale proposito si ricorda quanto affermato dall'art. 2, c. 1 della L. 219/2017.

¹⁴ La sentenza usa anche l'espressione «sedazione terminale». Si tratta di un'espressione ambigua che può indicare la fase finale della vita vicina alla morte, ma anche il porre fine alla vita («terminare» la vita) del paziente nell'irreversibilità dell'intervento sedativo. Per questa ragione è preferibile l'espressione «sedazione profonda continua», come ha sottolineato il Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 2016.

pendio inclinato verso la legittimazione di altre forme e condizioni di anticipazione della morte¹⁵. Tale argomento sottolinea come l'ammissione del suicidio assistito a determinate condizioni possa portare, una volta ammesso sulla base del riconoscimento della autodeterminazione individuale nella scelta di morire anticipatamente e subito, ad estendere la disciplina oltre i casi limite, spostando il confine "oltre". Uno sconfinamento che, passo dopo passo, se non si accetta il limite, tende a prevalere ed estendersi. Uno scivolamento peraltro spesso giustificato da un principio etico generalmente condiviso, quale il principio di giustizia, uguaglianza e non discriminazione.

Un primo scivolamento riguarda il paziente consapevole, inguaribile e sofferente non "attaccato ad una macchina", che subirebbe una ingiustizia, in quanto sarebbe trattato non in modo eguale rispetto ad un paziente dipendente dalla tecnologia; lo stesso dicasi per un paziente "attaccato alla macchina" in modo temporaneo, rispetto a chi lo è in modo permanente. Tale "pendio" è percepibile nello stesso parere del CNB, nella posizione di coloro che sono favorevoli al suicidio assistito che considerano la condizione dei trattamenti di sostegno vitale solo "eventuale" e non necessaria, ritenendo la necessità della condizione della dipendenza tecnologica un elemento di discriminazione.

Un secondo scivolamento può riguardare il paziente "attaccato alle macchine" ma non in grado di deglutire o almeno muoversi minimamente per azionare un meccanismo predisposto (ingegneristicamente, medicalmente, farmacologicamente) in modo da iniettare il prodotto che produrrà la morte immediata, come mordere uno stantuffo nel caso di Fabiano Antoniani, che sarebbe trattato ingiustamente e in modo diseguale rispetto al paziente in grado di farlo. In questo caso si dovrebbe equiparare la auto-somministrazione del prodotto letale (per chi è in grado di farlo) alla somministrazione (per chi non è in grado, per impossibilità fisica, di farlo). Tale scivolamento è percepibile in alcuni passaggi della stessa ordinanza n. 207 e della sentenza n. 242 della Corte che introduce il termine "somministrare" con riferimento al prodotto letale, facendo implicitamente pensare come in certe circostanze le due azioni possano essere equivalenti. Il pericolo che si intravede è che tale equiparazione possa essere generalizzata.

Un ulteriore scivolamento potrebbe dilatarsi nei confronti di pazienti che non hanno una diagnosi della patologia (essendo una patologia rara) e non hanno una prognosi di inguaribilità, o quantomeno sono in una condizione di ambiguità prognostica, in cui è complesso definire il livello di gravità e irreversibilità della patologia (si pensi al caso di depressione grave o patologia psichiatrica che compromette la vita ma non la consapevolezza), che potrebbero ritenere legittimo l'accesso all'assistenza al suicidio, e forse anche all'eutanasia.

Ancora, negli scenari più pessimistici, si teme che si possa scivolare dall'ammissione, sulla base della sofferenza e insufficiente qualità di vita, della legittimazione della eutanasia volontaria alla ammissione

¹⁵ Per lo "slippery slope argument" nell'ambito del suicidio assistito si veda: M.J. SHARIF, *Assisted Death and the Slippery Slope-Finding Clarity amid Advocacy, Convergence, and Complexity*, on *Current Oncology*, 19, 3, 2012 Jun, 143–154, consultabile al link: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3364764/>; S.W. SMITH, *Fallacies of the Logical Slippery Slope in the Debate on Physician Assisted Suicide and Euthanasia*, in *Medical Law Review*, 13, 2005, 224–243; D. SCOCCIA, *Slippery-Slope Objections to Legalizing Physician-Assisted Suicide and Voluntary Euthanasia*, in *Public Affairs Quarterly*, 19, 2, 2005, 143–161. Per una analisi filosofica generale dell'argomento: D. WALTON, *Slippery Slope Arguments*. Oxford, 1992; J.P. WHITMAN, *The Many Guises of the Slippery Slope Argument*, in *Social Theory & Practice*, 20, 1994, 85–97.

di forme di eutanasia involontaria, in nome della compassione o del consenso presunto del paziente alla sua soppressione (come nel caso dell'eutanasia neonatale, pediatrica, geriatrica).

7. I possibili abusi sono arginabili?

La stessa Corte avverte i pericoli di scivolamenti (inconsapevoli) e potenziali abusi (consapevoli) e definisce le modalità per arginare il fenomeno, aprendo la strada a “procedure mediche” con lo scopo di controllare e documentare in modo dettagliato le decisioni di fine vita a tutela del paziente (come avviene di fatto in tutte le legislazioni che ammettono, in modalità diverse, eutanasia e suicidio assistito), introducendo alcuni elementi da verificare della richiesta di assistenza al suicidio: l'accertamento dei presupposti sul piano medico, l'attuazione in strutture del servizio pubblico, la verifica della effettività delle cure palliative offerte e attuate dai medici e la non prematura rinuncia ad esse da parte dei pazienti.

Emerge indubbiamente l'esigenza che la richiesta del paziente debba essere inequivocabile, chiara, ripetuta con insistenza, tale da non fare sorgere dubbi sui suoi contenuti; il medico dovrà essere tenuto ad accertarne la consapevolezza, l'autenticità e libertà, ossia l'assenza di pressioni esterne dirette o indirette (sociali e/o familiari)¹⁶. È pertanto indispensabile sul piano etico che il colloquio del medico sia prolungato nel tempo e si svolga in molteplici incontri, che consentano al professionista sanitario di fornire al richiedente tutte le informazioni riguardanti la procedura, al fine di acquisirne piena cognizione e maturare una convinzione responsabile della scelta. Il richiedente deve essere pienamente consapevole della possibilità di revocare la propria richiesta in qualsiasi momento e con qualsiasi mezzo idoneo a comunicare e ad esprimere la sua volontà e deve comprendere quali siano le conseguenze della sua scelta. Il medico deve indicare obbligatoriamente trattamenti alternativi a cui ricorrere, quali le cure palliative. Si tratta dei requisiti presenti nel consenso informato, così come regolato dalla Legge 219/2017.

Nel caso specifico, il medico ha il compito di verificare la presenza di tutti i requisiti medici richiesti per la domanda di suicidio assistito, anche sentendo altri pareri: ma i requisiti non sono facilmente identificabili, in particolare la sofferenza insopportabile, essendo soggettiva, e la dipendenza tecnologica. Non è chiaro quali trattamenti o presidi di sostegno vitale siano inclusi.

L'insistenza, che sempre più emerge nella sentenza e in generale nelle questioni di fine vita, di documentazione scritta (o videoregistrata, come afferma la Legge 219/2017), inserimento nella cartella clinica o fascicolo sanitario elettronico, ha il significato etico di garanzia per il paziente della osservanza scrupolosa delle regole a sua tutela. Il ruolo della struttura sanitaria pubblica rappresenta un elemento di (almeno parziale) novità della sentenza n. 242/2019, rispetto alla stessa ordinanza n. 207/2018: il coinvolgimento del SSN, requisito indicato nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sul suicidio assistito, diviene una ulteriore garanzia di protezione del paziente, per evitare forme di profitto possibile, in ambito privato.

¹⁶ I medici coinvolti dovrebbero essere vari: il medico di medicina generale o al medico del SSN che ha in cura il soggetto, o un medico di fiducia, purché dipendente del SSN o con esso convenzionato. La durata complessiva della procedura deve essere ragionevole in considerazione della situazione del richiedente.

In questo ambito potrebbe essere utile anche definire una clausola di residenzialità, come prevedono tutti i Paesi che legittimano eutanasia (indicando anche numero di anni minimo di residenza) o suicidio assistito (in Svizzera l'accesso è previsto per i residenti nelle strutture pubbliche, ma aperto a tutti in quelle private). E, soprattutto, sarebbe auspicabile l'applicazione effettiva di quanto richiede la Legge 219/2017 relativamente all'assistenza psicologica ai malati e all'adeguata formazione specifica ai medici coinvolti in tali pratiche.

Ciò che va invece evitato è che le procedure divengano mere forme di 'burocratizzazione' del morire, creando un distacco emotivo dal paziente del medico, limitandosi a riportare dati e adempiere a requisiti solo formali, per ragioni estrinseche.

8. Il ruolo del medico e l'obiezione di coscienza

Il coinvolgimento del medico/dei medici nelle procedure di verifica delle condizioni e la possibilità dell'obiezione di coscienza all'assistenza al suicidio sono elementi indispensabili della regolazione al fine di garantire un bilanciamento dei valori e dello stesso rapporto tra deontologia e diritto. Così come la Corte riconosce la libertà personale del paziente di chiedere l'assistenza a morire in certe condizioni, è coerente nel riconoscere anche la libertà di coscienza del medico, non obbligandolo ad eseguire la volontà del malato¹⁷.

L'assistenza al suicidio per il medico risulta di particolare problematicità etica e deontologica. Il divieto di agire per la morte è oggetto del codice deontologico (l'art. 17 afferma «il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte») oltre che della tradizionale etica della medicina. La stessa Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri, richiamando la deliberazione in materia approvata dalla Consulta deontologica nazionale della medesima Federazione (del marzo 2019), ritiene che la competenza dei medici non potrà andare oltre la definizione clinica e l'accertamento delle condizioni del malato, ma non potrà estendersi alla prescrizione né alla messa a disposizione del malato di farmaci mortali. La Consulta precisa anche che l'entrata in vigore di nuove norme legislative non implica «automatici cambiamenti della disciplina deontologica», creando, al momento, un conflitto tra diritto e deontologia in ambito medico.

Va ricordato che un elemento della Legge 219/2017 che è stato oggetto di critica¹⁸ era la non ammissione esplicita dell'obiezione di coscienza: la legge si limita ad affermare che il medico non ha obblighi professionali quando il paziente fa richieste che vanno contro la legge, la deontologia e le buone pratiche cliniche. Ma la clausola dell'assenza di obblighi in questa fattispecie è vaga, in quanto la legislazione può cambiare, come pure (anche più velocemente) i codici e le linee guida per la pratica clinica. Al momento dell'approvazione della Legge 219/2017, il suicidio assistito era proibito dall'art. 580 del codice penale e dal codice deontologico del 2014 (art. 17). Vista la recente sentenza, che investe il Parlamento del compito di legiferare in materia, e visti gli attuali progetti di legge e dibattiti anche

¹⁷ Sulla riflessione sulla obiezione di coscienza con riferimento a temi di bioetica si veda: B. PERRONE (a cura di), *Realtà e prospettive dell'obiezione di coscienza. I conflitti degli ordinamenti*, Milano, 2008, in particolare G. DALLA TORRE, *Diritti dell'uomo e ordinamenti sanitari contemporanei: obiezione di coscienza o opzione di coscienza?*, 277-304; C. CASINI, M. CASINI, M.L. DI PIETRO, *Obiezione di coscienza in sanità. Vademecum*, Siena, 2009.

¹⁸ L. D'AVACK, *Il dominio delle biotecnologie. L'opportunità e i limiti dell'intervento del diritto*, cit., 145 ss. che ritiene ambiguo il modo di affrontare questo problema da parte della legge.

nella sede degli ordini medici professionali, gli scenari possono modificarsi e dunque anche l'assenza di obbligo professionale trasformare dinamicamente e sostanzialmente la sua valenza.

Il fatto che la Corte abbia esplicitamente indicato la necessità, in caso di una legge sull'assistenza al suicidio, della obiezione di coscienza mostra peraltro un ulteriore elemento di non analogia tra rinuncia ai trattamenti sanitari e suicidio assistito: nel primo caso non è prevista l'obiezione di coscienza, a partire dal presupposto che assecondare la richiesta di rinuncia ai trattamenti sanitari sia un atto dovuto di rispetto della autonomia nella scelta di lasciarsi morire (non essendo un atto eutanasi¹⁹); nel secondo caso la Corte ritiene necessario prevederla, comprendendo il possibile conflitto di coscienza etica e deontologica tra curare/assistere il malato e contribuire a provocare anticipatamente la sua morte.

Tale "spazio" di espressione di coscienza è ricorrente nell'ambito delle legiferazioni delicate sui temi di bioetica (come nella regolazione della interruzione volontaria della gravidanza con la Legge 194/1978 e della procreazione medicalmente assistita con la Legge 40/2004), riconosciuto di principio come testimonianza di valori morali ritenuti superiori assiologicamente ai comportamenti legalizzati dal diritto positivo e non, di fatto, come mera opzione pragmatica. L'obiettore, in questo caso il medico, è colui che, pur non mettendo in discussione e riconoscendo la validità sociale della norma positiva (una eventuale legislazione che permette il suicidio assistito), ne critica l'ingiustizia sostanziale, non volendo per convinzione e coerenza morale attuare quanto prescritto.

Nel dibattito bioetico è da sempre emerso il contrasto tra gli "incompatibilisti", ossia coloro che ritengono che l'obiezione di coscienza del medico e dell'operatore sanitario sia incompatibile con la sua professione al servizio delle richieste del paziente in una visione della medicina contrattualista, che vede la preminenza dell'autodeterminazione del soggetto, e i "compatibilisti", coloro che ritengono necessario anteporre i propri valori morali e professionali rispetto a quanto richiesto dal paziente, non essendo la professione medica una mera esecuzione acritica di richieste del paziente, ma semmai un'alleanza terapeutica basata sulla cura e sulla fiducia reciproca²⁰.

Nell'ambito del suicidio assistito si rileva, di fatto e di principio, una convergenza, anche da parte dei sostenitori dell'incompatibilismo, nell'accettazione della possibilità per un medico di obiettare in coscienza, ritenendo che in alcun modo al medico possa essere "imposto" coercitivamente l'esecuzione dell'atto di aiuto al suicidio. Sarebbe una violenza esigere che un medico, contrario eticamente a tale pratica, sia costretto ad eseguire in modo meramente contrattuale e passivo la volontà del paziente, essendo l'oggetto dell'intervento il contribuire a procurare la morte²¹. La legge ne dovrà poi disciplinare la modalità garantendo un bilanciamento delle esigenze (dalla parte del medico e dalla parte del

¹⁹ Solo chi sostiene che l'eutanasia includa la c.d. eutanasia passiva e omissiva ritiene che il rifiuto di trattamenti sanitari e la rinuncia agli stessi siano forme eutanasiche.

²⁰ Tra gli "incompatibilisti" J. SAVULESCU, *Conscientious Objection in Medicine*, in *British Medical Journal*, 332, 4 February 2006, 295-297; tra i "compatibilisti" M.R. WICCLAIR, *Is Conscientious Objection Incompatible with a Physician's Professional Obligations?*, in *Theoretical Medicine Bioethics*, 29, 2008, 171-185. Per una analisi filosofica generale della discussione tra "incompatibilisti" e "compatibilisti" cfr. L. PALAZZANI, *La filosofia per il diritto. Teorie, concetti, applicazioni*, Torino 2016.

²¹ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Obiezione di coscienza e bioetica*, 2012.

paziente), evitando, auspicabilmente che il riferimento all'obiezione di coscienza del medico e dei professionisti sanitari possa essere interpretato come atto "privato" tra due soggetti consenzienti, che si accordano in modo meramente pragmatico.

9. I comitati etici territoriali

Tra le procedure di controllo dell'assistenza al suicidio, la Corte richiama – data la «delicatezza» delle decisioni – la valutazione di «un organo collegiale terzo» individuato nei «comitati etici territoriali».

Va ricordato che i comitati etici territoriali – istituiti per legge²² – si occupano, almeno primariamente, della valutazione delle sperimentazioni farmacologiche e dei dispositivi medici. Solo occasionalmente, possono anche essere consultati (o almeno un gruppo ristretto di membri competenti) per «problemi di natura etica della pratica sanitaria», in relazione a questioni connesse con le attività mediche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori e i diritti dei pazienti.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha sottolineato l'urgenza di istituire per legge *Comitati per l'etica clinica*²³ in un parere dedicato al tema (2017), con funzioni, ruoli e modalità distinte dai comitati etici per la sperimentazione: si tratta di comitati che dovrebbero prevedere una diversa composizione con specifiche competenze bioetiche e biogiuridiche (non coincidenti con i comitati per la sperimentazione)²⁴, pareri di consultazione per medici e per pazienti in relazione a specifici casi clinici (non obbligatori, come nel caso della sperimentazione).

È apprezzabile che la Corte esplicitamente menzioni il ruolo dei comitati di etica, consentendone una valorizzazione per le loro competenze rilevanti, per quanto non sia definita con chiarezza la loro tipologia e funzione.

L'auspicio è che, sulla base proprio della sentenza della Corte, il legislatore possa cogliere l'occasione (auspicata anche dal CNB) di regolare anche una presenza più sistematica e meno occasionale e spontanea, di comitati etici presso ospedali nell'ambito clinico, separatamente e distintamente rispetto ai

²² I comitati sono regolati da: Ministero della Sanità, Decreto 15 luglio 1997, *Recepimento delle Linee Guida dell'U.E. di Buona Pratica Clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali*, 1997; Ministero della Sanità, Decreto 18 marzo 1998, *Linee Guida di riferimento per l'istituzione e il funzionamento dei Comitati etici*, 1998; Decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, *Attuazione della Direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della Buona Pratica Clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico*. È in corso un mutamento della regolazione dei comitati per la sperimentazione essendo in corso di attuazione il Regolamento UE n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE. Cfr. CNB, *Mozione sull'attuazione del Regolamento (U.E.) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, in materia di sperimentazione clinica di medicinali per uso umano*, 25 settembre 2015. Per una ricostruzione sintetica del dibattito, anche con riferimento alla sentenza della Corte, cfr. C. PETRINI, S. BRUSAFERRO, *Comitati etici e ricerca in Italia: verso nuovi assetti normativi (dando uno sguardo al passato)*, in *Quotidiano Sanità*, 25 novembre 2019.

²³ COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I comitati per l'etica nella clinica*, 2017. Cfr. anche *I comitati per l'etica nella clinica* (2017). Il tema è discusso dal CNB anche in precedenti pareri: *I Comitati etici*, 1992; *I Comitati etici in Italia: problematiche recenti*, 1997; *Orientamenti per i Comitati etici in Italia*, 2001.

²⁴ I comitati sono composti da almeno due clinici, un medico di medicina generale, un biostatistico, un farmacologo, un esperto di materia giuridico-assicurativa o un medico legale, un rappresentante del settore infermieristico, un rappresentante del volontariato, un farmacista, il direttore sanitario.

comitati per la sperimentazione, avendo competenze e funzioni diverse. L'ampia ed articolata composizione prevista per i comitati per la sperimentazione non sarebbe richiesta nei comitati per l'etica clinica, che esigerebbero competenze specifiche in relazione alle problematiche cliniche emergenti (ad esempio, nel caso del suicidio assistito, oltre a farmacologi, anche anestesisti e rianimatori o medici competenti rispetto alla patologia diagnosticata al malato, ma anche psicologi), ma soprattutto, una qualificazione nell'ambito specifico della bioetica²⁵ e del biodiritto.

La sentenza fa riferimento a Comitati per la consulenza etica alla pratica clinica, quali organismi pubblici indipendenti che sono chiamati a considerare la richiesta del paziente, verificarne la autenticità, le condizioni mediche e psicologiche previste dalla Corte e ad esprimere il parere consultivo²⁶, né di mero accertamento ma nemmeno obbligatorio, lasciando la responsabilità dell'intervento all'interno della relazione paziente e medico, ma offrendo un contributo alla decisione complessa. Si tratta di compiti difficili, in contesti di drammaticità, che esigono figure qualificate e opportunamente formate. La questione della rilevanza di tale funzione consultiva clinica dei comitati etici, distinta rispetto ai comitati per la sperimentazione, richiama anche ad una revisione della decisione di riduzione del numero dei comitati etici (sia di sperimentazione, che di pratica clinica), in corso di attuazione in vista dell'applicazione effettiva del Regolamento europeo n. 536/2014. Tale riduzione rischierebbe di non rendere effettiva la valutazione del rapporto medico e paziente nell'assistenza al suicidio e la adeguata difesa dei diritti del malato in condizioni di particolare fragilità. I pochi comitati etici per la consulenza clinica, peraltro nemmeno censiti (non esistendo alcun organismo di coordinamento), sono pochi e presenti in modo difforme nelle varie regioni: non sarebbe pertanto nemmeno garantita la "territorialità". Bisognerà correggere questa carenza e precisare l'indicazione in tal senso della Corte, in vista della istituzione, riconoscimento e strutturazione di tali comitati. La sentenza ha il merito di rafforzare il ruolo dei comitati etici, ignorati e non menzionati nella Legge 219/2017.

La Corte introduce una analogia tra la richiesta di suicidio assistito e la valutazione del c.d. uso compassionevole dei farmaci, in ragione del fatto che in entrambe le situazioni non ci sono valide alternative terapeutiche. Va però considerato che per l'uso compassionevole si tratta di valutare l'uso farmaci non ancora validati e in corso di validazione (su cui esiste un *rational* ed esistono evidenze scientifiche, precliniche su animali e almeno in fase I generalmente) al fine di curare il malato e garantirgli di "provare" e di "sperare", mentre con il suicidio assistito si rinuncia a sperare, per richiedere la morte immediata.

²⁵ Si rende anche necessaria una riflessione sulla figura del bioeticista, attualmente in discussione presso il CNB.

²⁶ Il valore del parere, consultivo o deliberativo, è un altro aspetto che differenzia le due tipologie di Comitati considerati: deliberativo è il parere del Comitato per la sperimentazione clinica, consultivo quello del Comitato per l'etica clinica.