

Recensioni

Consulta Scientifica del Cortile dei Gentili
C. Caporale, L. Palazzani (a cura di)

Dialogo sul suicidio medicalmente assistito

Cnr Edizioni, 2024
ISBN: 97888880806479
pp. 122

FABIO MACIOCE
f.macioce@lumsa.it

AFFILIAZIONE
LUMSA, Roma



DOI: 10.53267/20240304

Il testo in oggetto è, sotto molteplici aspetti, di notevole interesse, e si inserisce con competenza e precisione in un dibattito non solo complesso, ma reso spinoso da forti pressioni di tipo ideologico. Il suicidio medicalmente assistito rappresenta infatti uno dei temi più complessi e controversi del dibattito contemporaneo, sia dal punto di vista etico che giuridico. La questione – come è noto – ruota attorno alla possibilità, per un individuo affetto da una malattia incurabile e in condizioni di sofferenza insopportabile, di scegliere autonomamente di porre fine alla propria vita con l'assistenza di personale medico. Si tratta dunque, con tutta evidenza, di un tema che tocca gli aspetti più profonde della dignità umana, della libertà personale e del valore della vita, e suscita reazioni comprensibilmente opposte fra loro, accendendo un dibattito politico, giuridico, religioso ed etico in molte società contemporanee.

I nodi del dibattito sono noti, ma può esser utile riassumerli brevemente. In primo luogo, una questione cruciale è la possibile – e non banale – distinzione tra suicidio assistito ed eutanasia. Si ritiene in genere che nel primo caso sia il paziente a compiere personalmente l'atto che porta alla morte, seppure con il supporto del medico, ad esempio attraverso la prescrizione di farmaci letali. Nel secondo caso, al contrario, è il medico a intervenire direttamente per causare la morte del paziente. Questa differenza, sebbene sottile, ha implicazioni etiche e giuridiche significative, in quanto molti ordinamenti giuridici riconoscono al suicidio assistito una maggiore compatibilità con il principio dell'autodeterminazione, rispetto all'eutanasia.

Dal punto di vista etico, il suicidio medicalmente assistito pone interrogativi altrettanto complessi. Da un lato, c'è chi sostiene che il diritto all'autonomia e alla dignità debba estendersi fino ad includere la possibilità di decidere quando e come terminare la propria vita, specialmente in situazioni di sofferenza estrema. In questa prospettiva, impedire il suicidio medicalmente assistito implica imporre una continuazione della vita contro la volontà del paziente stesso, e costituisce una forma di crudeltà o comunque una violazione della sua libertà di autodeterminarsi. Dall'altro lato, si ritie-

ne che ogni forma di intervento, anche indiretto, volto a porre fine alla vita umana sia eticamente ingiustificabile, non soltanto per (legittimi) motivi religiosi o morali, ma anche perché intrinsecamente contrario all'orientamento della pratica medica alla tutela della vita. A queste ragioni di tipo teorico si aggiungono spesso timori pratici, come il rischio di abusi o pressioni indebite su pazienti vulnerabili, che potrebbero sentirsi obbligati a scegliere il suicidio assistito per non essere un peso per i propri familiari.

Il panorama legislativo è dunque estremamente variegato. In alcuni paesi, il suicidio assistito è consentito entro rigorosi limiti legali e protocolli medici. In altri, è vietato e punito penalmente. In Italia, in particolare, il dibattito si è recentemente molto intensificato a seguito di alcuni casi emblematici e, soprattutto, di una pronuncia della Corte Costituzionale, che ha da un lato sollevato l'urgenza di una regolamentazione chiara e bilanciata, e dall'altro ha stabilito l'indebita riduzione di questa pratica al reato di istigazione al suicidio, previsto nel nostro Codice penale. Come è noto, purtroppo, la decisione della Corte non ha ancora trovato una risposta da parte del Parlamento.

Ora, il testo in oggetto si inserisce con puntualità all'interno di questo dibattito, contribuendo a precisare alcuni aspetti meritevoli di attenda considerazione e prendendo posizione in modo interessante su alcuni dei punti più critici. È bene dire, anzitutto, che il documento proposto dalla Consulta scientifica del Cortile dei Gentili prende le mosse dalla recente evoluzione normativa italiana, e in particolare dalla legge sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento (l. 219 del 2017) prima, e dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019. Indubbiamente, tanto la legge quanto la decisione della Corte hanno contribuito a modificare l'orizzonte del dibattito, contribuendo a dare un fondamento normativo solido all'autonomia del paziente. La legge del 2017 sul consenso, in particolare, ha ribadito che il consenso informato del paziente costituisce l'espressione primaria della tutela dell'autonomia personale, e che sulla garanzia di tale autonomia si fonda la disciplina della pratica medica: il consenso infatti non solo rileva quanto alla

legittimità dei singoli trattamenti e interventi, ma anche quanto alle modalità di attuazione della relazione medico-paziente. Dalla diagnosi alla terapia alla prognosi, ogni atto medico deve essere praticato nell'ambito di una relazione che, per legge, deve essere di tipo cooperativo, ovvero una interazione nella quale l'autonomia del paziente e la competenza professionale e la responsabilità del medico si incontrano su un piano di parità (art. 1 comma 2). Analogamente, nella sentenza n. 242 del 2019, con cui la Corte ha identificato i criteri di non punibilità dell'assistenza medica al suicidio, il rispetto dell'autonomia del paziente sulla prosecuzione delle cure e della propria vita assume un rilievo centrale.

Va notato, in questo contesto, che il testo in oggetto effettua un approfondimento molto opportuno sul tema della sofferenza intollerabile, che come è noto rappresenta uno dei criteri che la Corte costituzionale ha indicato nella sentenza (accanto all'irreversibilità della patologia, alla competenza, e alla dipendenza da trattamenti di sostegno vitale). Qui la Consulta scientifica coglie un punto davvero cruciale, a mio parere, determinato dal difficile bilanciamento fra la necessità di stabilire un criterio chiaro e oggettivo, da un lato, e la pericolosità di formule troppo rigide o troppo vaghe, dall'altro. Si tratta di una questione non nuova, da un punto di vista concettuale, ma che nella drammaticità delle decisioni di fine vita assume un rilievo tutto particolare; e si tratta di una questione sulla quale il testo prende una posizione meritevole di grande apprezzamento.

Come sanno i giuristi, in iure omnis definitio periculosa est. Ma quando si tratta di decisioni di fine vita, definizioni troppo rigide, o troppo generiche, di cosa sia una sofferenza 'intollerabile', sarebbero impossibili ed estremamente rischiose. Troppo variabili sono le percezioni soggettive, e molto limitatamente comunicabili a terzi, perché si possa dare una definizione chiara e precisa di questa soglia di intollerabilità; ma troppo grande è il rischio di scelte arbitrarie, perché si possa semplicemente rinunciare ad ogni definizione. La prospettiva della Consulta scientifica, sul punto, è molto prudente, e allo stesso tempo molto lucida.

Da un lato, si mettono in luce i rischi e le molte difficoltà derivanti da una valutazione della sofferenza psichica, oltre che della sofferenza psico-

logica, perché essa è certamente ancor più difficile da categorizzare e definire. D'altro canto, si dà conto del rilievo che nella valutazione della sofferenza – anche fisica – è necessario dare alle speranze e paure soggettive, e in generale agli aspetti emotivi legati alla situazione di sofferenza. Molto saggiamente, si ribadisce che un possibile equilibrio possa essere trovato solo nel contesto, perché solo nel contesto (potremmo dire: nel caso concreto, nell'esperienza della singola persona e del singolo paziente) si può valutare con ragionevolezza il peso che nella decisione hanno tutti questi elementi. La paura o il senso di colpa per l'eventuale carico emotivo ed economico che la malattia terminale può avere sui propri familiari va tenuto ben distinto dalla esperienza di una sofferenza intollerabile, così come è solo nel contesto che il personale sanitario può cogliere il peso dei molti fattori che conducono una persona a chiedere di essere aiutata a morire.

Ciò che il documento sottolinea, insomma, è che una normazione sul suicidio medicalmente assistito non debba trasformare la gestione della fase finale della vita umana in una procedura burocratica, ma che tale scelta debba sempre avvenire all'interno di una relazione di cura, in cui possa essere percepita come affermazione della dignità della persona e non come una forma di abbandono terapeutico. Si tratta anche in tal caso, come ben si comprende, di un problema non nuovo, e certo non limitato alle questioni di fine vita. In fondo, tutto il dibattito e l'evoluzione della normativa sul consenso informato è testimonianza di questa preoccupazione. Molto si è detto su quanto sia necessario integrare il modello corrente di consenso informato superando tanto il suo estremo proceduralismo, quanto l'essere fondato su un paradigma apparentemente neutrale, secondo il quale individui perfettamente autonomi, una volta forniti di informazioni adeguate e di un tempo necessario all'elaborazione delle scelte, possono prendere decisioni in relazione ad atti terapeutici, che saranno in grado di riconoscere come *proprie*. Non è una mera dichiarazione di consenso, con tutta evidenza, che garantisce l'autonomia reale delle scelte. A tal fine, è necessario ripensare il consenso in una direzione relazionale, ovvero tale da collocarlo all'interno di contesti comunicativi, la cui forma, modalità, incidenza siano adeguatamente tenuti in considerazione. Il processo del consenso

informato, e nella stessa prospettiva anche la richiesta di suicidio medicalmente assistito, chiedono di essere tematizzate tenendo conto, oltre che dei contenuti informativi, del contesto all'interno del quale sono attuate, delle relazioni di potere, dei contesti simbolici e di discorso che le sostengono e le modellano, poiché tutto ciò dà forma alle effettive possibilità di scelta della persona, e alle sue effettive possibilità di esercitare la propria libertà.

Questa valorizzazione del contesto e delle specifiche condizioni fisiche, psichiche e relazionali del paziente sono cruciali anche per la distinzione fra suicidio assistito e eutanasia.

La distinzione, opportunamente richiamata dalla Consulta in questo documento, ha a che fare con l'intenzionalità dell'atto medico. L'eutanasia consiste nell'atto, da parte di un medico o altra figura sanitaria, di somministrare intenzionalmente una sostanza letale al fine di porre fine alla vita di un paziente che lo richiede, laddove nel suicidio medicalmente assistito il medico si limita a fornire al paziente i mezzi per porre fine alla propria vita autonomamente, ma l'azione finale è compiuta dal paziente stesso. Tale distinzione, chiara nella teoria, può essere molto difficile da tracciare nella pratica. Il documento, sottolineando il rischio del 'pendio scivoloso', ribadisce però la centralità di tale distinzione, e l'utilità dei criteri stabiliti dalla Corte costituzionale proprio per tracciare questo confine fondamentale. Anche in tal caso, la differenza fra il legittimo rispetto della volontà soggettiva e dell'autonomia, e una pericolosa valutazione esterna sulla dignità del vivere, può avvenire solo nel contesto: è solo una decisione non burocratizzata che può evitare fenomeni di marginalizzazione e esclusione sconcertanti, e distinguere casi in cui va rispettata l'autonomia della persona da casi in cui, dietro una scelta apparentemente autonoma, si celano pressioni indebite e fenomeni di marginalizzazione e abbandono dei soggetti più fragili.

In questa stessa prospettiva, il testo molto opportunamente richiama il ruolo dei Comitati etici: nel testo la necessaria implementazione di tali strutture è molto sottolineata, e a ragione. La valutazione di contesto, più volte

richiamata, implica non solo una discussione sulla presenza degli elementi rilevanti, dei requisiti, la necessaria offerta di cure palliative, ma in generale richiede un accompagnamento del paziente nella scelta, ad opera di professionisti di diversa competenza ed esterni all'equipe sanitaria. In questo punto, a mio avviso, v'è un aspetto sul quale è necessaria una riflessione attenta. Se sono certamente convincenti i richiami della Consulta al necessario coinvolgimento dei comitati per l'etica clinica, va considerata l'effettiva applicabilità di questa proposta nel contesto attuale. Mi pare, in altre parole, che sia da tempo crescente, in Italia, una tendenza a limitare il più possibile ogni interferenza con l'autonomia individuale, quando sono in gioco scelte personalissime in ambito clinico. In tale prospettiva, la proposta di far passare del tempo fra la richiesta di suicidio medicalmente assistito, e la sua materiale esecuzione, potrebbe andare incontro a critiche simili a quelle già avanzate in merito all'analogo periodo 'cuscinetto' richiesto per l'interruzione di gravidanza. Pur nella diversità di situazioni, mi pare che la tendenza oggi prevalente sia quella di considerare di principio indebite tutte le forme di interferenza rispetto alle richieste della persona, quasi si trattasse di strategie per rendere più faticosa (e non più ponderata) la scelta effettuata. In altre parole, mi pare che la sfida che i comitati per l'etica clinica dovranno cogliere, se vorranno intervenire in procedure di suicidio meramente assistito, è quella di evitare di trasformarsi in meri sportelli informativi per la comunicazione di processi, procedure, diritti, informazioni: tutte cose necessarie, certamente, ma non paragonabili all'importanza di un vero e proprio accompagnamento nella decisione, che come si è visto è cruciale sotto molti aspetti.

Un ultimo aspetto mi pare meriti di essere sottolineato. Il documento in oggetto coglie con grande lucidità un aspetto spesso lasciato ai margini, nelle discussioni sul fine vita e sul suicidio medicalmente assistito: la posizione di vulnerabilità dei *care-givers*, ovvero delle persone che accudiscono e si prendono cura del paziente. Se certamente la posizione e la vulnerabilità del paziente hanno una indubbia priorità, e con maggiore evidenza sono al centro della scena, molti autori e autrici hanno

evidenziato la necessità che la gestione della dipendenza e la risposta alla vulnerabilità siano obiettivi prioritari per le istituzioni pubbliche, fuori dal paradigma liberale dell'indipendenza e dell'autonomia soggettiva. Ciò che spesso sfugge, difatti, è che i soggetti che si dedicano alla cura dei pazienti terminali (ma, analogamente, di tutte le persone non autonome) sono essi stessi oggetto di processi di vulnerabilizzazione, ed è dunque prioritario che anche di costoro ci si faccia carico. Con una precisione non comune, il documento della Consulta invita a prendersi cura «anche di coloro che assistono i pazienti in situazioni particolarmente difficili e per lungo tempo»: si tratta di quella che la riflessione recente ha definito 'nested dependency', dipendenza annidata dentro un'altra dipendenza, e mette in luce come la relazione tra il care-giver e la persona dipendente sia ambivalente, almeno nella misura in cui l'assunzione di responsabilità per una persona vulnerabile può a sua volta generare vulnerabilità. Se i *care-givers* non sono oggetto di 'cura' da parte del sistema pubblico, la loro vulnerabilità (economica, lavorativa, emotiva, personale) diventa un problema tanto grande quanto invisibile. C'è da sperare che questo testo, così autorevole e lucido, possa contribuire a orientare il dibattito anche su questi problemi, spesso marginalizzati.

