

## La relazione eutanasia – cure palliative: un binomio (inattuato) per la tutela del malato.

di **Matilde Bellingeri e Paolo Bellingeri**

**Sommario.** 1. Concepire la morte – 2. Le cure palliative, queste sconosciute – 3. Il contesto giuridico – 4. I nodi da sciogliere – 5. Eutanasia e cure palliative, un binomio possibile.

### 1. Concepire la morte.

Non si può parlare di diritto di morire, senza prima spendere qualche riflessione sulla morte o, per meglio dire, sul modo di concepire e vivere la morte.

L'atteggiamento umano nei confronti della morte è cambiato profondamente nel corso degli anni<sup>1</sup>. In passato era vissuta come un fenomeno sociale, al quale partecipava la collettività, attraverso manifestazioni di solidarietà, che accompagnavano il morente e la famiglia, sin dal primo momento dell'insorgere della malattia. La ritualità del passato aveva il potere di collettivizzare questo tragico evento e rendere meno traumatica la scomparsa della persona amata<sup>2</sup>.

In questo contesto la morte non veniva mai nascosta al malato, anzi, la sua partecipazione era avvertita come elemento fondamentale: egli doveva essere cosciente di quello che stava succedendo e consapevole di morire, per congedarsi dal mondo nel modo più sereno possibile<sup>3</sup>. Questa consapevolezza assumeva un ruolo essenziale anche nell'ambito dei processi di fine vita, resi meno drammatici dalla centralità del malato, dalla sua volontà e dal suo dominio sul processo stesso del morire.

---

<sup>1</sup> Per capire come, in passato, la concezione della morte fosse diversa rispetto a quella attuale, è sufficiente scorrere alcune opere di letteratura, recenti o classici, come la «Storia della morte in Occidente: dal medioevo ai giorni nostri» di Philippe Ariès (1974).

<sup>2</sup> Cfr. MURGIA M., *Accabadora*, Einaudi, Torino, 2009; MURINEDDU G., *L'accabbadora. La morte invocata*, Chronos 2007; TURCHI D., *Ho visto agire s'accabadora (la prima testimonianza oculare di una persona vivente sull'operato di s'accabadora)*, Edizioni Iris, 2008; ARIES P., *Storia della morte in Occidente: dal medioevo ai giorni nostri*, BUR Biblioteca Univ. Rizzoli, 1998.

<sup>3</sup> ARIES P., *Storia della morte in Occidente: dal medioevo ai giorni nostri*. Rizzoli 1978

Differentemente rispetto ad oggi, in passato, le soluzioni delle vicende di fine vita erano, in buona sostanza, espressione del consenso collettivo<sup>4</sup>. Nelle società moderne e, ancor più nelle società post-moderne occidentali, la morte è vissuta come un tabù, come un evento avverso, che deve rimanere il più possibile lontano dalla quotidianità, il che significa, non solo al di fuori della propria abitazione ma, altresì, al di fuori dei discorsi e della condivisione collettiva. Oggi concepiamo la morte come qualcosa che deve essere esorcizzato, espunto, sia dalla vita individuale che da quella sociale<sup>5</sup>. Non è un caso che l'aspetto più crudele del morire, nella società contemporanea, sia rappresentato dalla solitudine del morente, da quella condizione di isolamento e di abbandono, del malato terminale, conseguenza della crescente medicalizzazione della vita. Il malato viene, sempre più spesso, sottratto al contesto familiare della propria abitazione, da quel luogo in cui ha trascorso la vita e ha intessuto le relazioni affettive per essere «relegato» negli ospedali, finendo così con l'essere, sostanzialmente, abbandonato a sé stesso, sottoposto unicamente alla distaccata vigilanza del potere medico. In questa nuova concezione, la morte e la malattia, che inevitabilmente la precede, si eclissano dalla dimensione collettiva, per rimanere relegate nella sfera quanto più individuale possibile, con il risultato di lasciare il malato (morente) e i propri familiari, in una condizione di profonda solitudine. Relazionarsi e conoscere questo «nostro» modo di concepire e affrontare la morte, è dirimente per diffondere la cultura delle cure palliative e dei principi costituzionali che interessano il diritto alla salute e le fasi terminali della vita.

## **2. Le cure palliative, queste sconosciute.**

Il momento fondamentale nella storia delle cure palliative è rappresentato dalla pubblicazione del *Technical Report* prodotto nel 1990 per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.) da nove esperti, tra cui Vittorio Ventafridda, riuniti nel castello di Pomerio, a Erba.

---

<sup>4</sup> Scrive al riguardo Karen Blixen: «al tempo in cui gli uomini degli altopiani erano liberi di morire come volevano, seguivano i costumi dei loro padri e delle loro madri. Quando un kikuyu si ammalava, la sua gente lo portava fuori dalla sua capanna con il suo giaciglio di legni e pelli, poiché una capanna in cui era morto qualcuno non doveva più essere abitata ma doveva essere distrutta con il fuoco. La fuori, sotto le alte fronde degli alberi, la sua famiglia sedeva intorno a lui a tenergli compagnia, gli Squatter amici passavano a raccontargli le novità e i pettegolezzi della fattoria, la notte piccoli fuochi di carboni venivano accesi intorno al letto. Se il malato si ristabiliva veniva di nuovo portato nella capanna. Se moriva veniva trasportato al di là del fiume, nella pianura, e lasciato alla veloce e accurata opera di ripulitura degli avvoltoi, degli sciacalli, e dei leoni che scendevano dalle colline» in *Il gran gesto*, in Ombre sull'erba, 1984, Adelphi, Milano, 1985, p. 73 3 73, cit. in RODOTA' S., *La vita e le regole*, p. 61.

<sup>5</sup> Elias N. *La solitudine del morente*, Il Mulino, Bologna, 1985, p. 27.

Nel documento le cure palliative vengono, per la prima volta, intese come quella «cura attiva globale di malati la cui patologia non risponde più a trattamenti volti alla guarigione o al controllo dell'evoluzione delle malattie (medicina curativa). Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i malati e le loro famiglie».

I punti più importanti di questa pregevole definizione sono la centralità del malato, la considerazione della natura prismatica della condizione umana e la qualità della vita, come obiettivo finale. Nella concezione delle cure palliative, la persona anche gravemente malata, seppur inguaribile, è però curabile. La cura è intesa come presa in carico della persona nella sua interezza.

Nel 1999 le cure palliative sono state ufficialmente riconosciute ed inserite nel nostro Sistema Sanitario Nazionale; da allora hanno avuto una crescita esponenziale, che ha portato all'istituzione di circa 250 centri, residenziali e domiciliari, sparsi su tutto il territorio Nazionale.

Il primo riferimento normativo sulle cure palliative lo si trova nella legge n. 39/1999, dove si prevedono «finanziamenti per un programma su base nazionale per la realizzazione, in ciascuna regione e provincia autonoma, di una o più strutture, dedicate all'assistenza palliativa e di supporto per i pazienti ed i loro famigliari». Di fatto la legge n. 39/1999 ha sancito la nascita ufficiale degli *hospice*, quei luoghi di accoglienza e applicazione, in ricovero, delle cure palliative quando l'assistenza domiciliare non è più adeguata o la famiglia ed i *care giver* necessitano di sollievo dalle cure stesse.

Ulteriori riferimenti normativi si riscontrano nella legge n. 12 del 2001, la quale ha eliminato alcune sanzioni penali prima previste, nonché agevolato la prescrizione dei farmaci per il trattamento del dolore severo. Dal 2001 è infatti possibile prescrivere farmaci oppiacei per la terapia del dolore, in modo estremamente semplificato<sup>6</sup>.

Il punto di svolta nell'ambito dell'assistenza alla persona in fase avanzata di malattia è arrivato con la legge n. 38/2010, intitolata «disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», con la quale viene sancito il diritto di ogni cittadino alle cure palliative, overosia a quell'insieme di «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 prognosi infausta, non risponde più a trattamenti

---

<sup>6</sup> L'obiettivo perseguito dalla legge, quello di semplificare l'accesso ai farmaci analgesici oppiacei per garantire un più efficace trattamento del dolore e della sofferenza nei malati terminali, o in coloro affetti da dolore cronico al punto tale da non rispondere più ai comuni trattamenti antalgici.

specifici». Nessuna distinzione viene fatta tra patologie oncologiche e non oncologiche, riferendosi, in generale la legge, a tutte le malattie ad andamento cronico evolutivo per le quali non esiste possibilità di guarigione<sup>7</sup>.

Con questa disposizione normativa, sostanzialmente, è stata riconosciuta alla sofferenza una dimensione collettiva, da affrontare con serietà e sistematicità in ogni fase e in ogni *setting* assistenziale.

Successivamente, un ulteriore importante passo è stato compiuto dall'accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013, il quale ha istituzionalizzato la disciplina delle cure palliative, riconoscendo la «specificità», i saperi e le abilità di quei professionisti che, occupandosi di questi trattamenti, rappresentano un patrimonio di conoscenze faticosamente costruito grazie all'esperienza, alla formazione specifica e alle eccellenze scientifiche. Infine, con il D.P.C.M del 12 gennaio 2017<sup>8</sup> di definizione e aggiornamento dei livelli di assistenza (L.E.A.)<sup>9</sup>, le cure palliative e la terapia del dolore sono state caratterizzate da un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale. Questo ulteriore passaggio ha definitivamente eretto le cure palliative ad obbligo per il sistema sanitario. Non è un caso, infatti, che la legge n. 219/2017 abbia, da un lato, esplicitato la possibilità del malato di rifiutare o revocare il consenso a qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario o a parti di esso, comprese nutrizione e idratazione artificiali; da altro, assicurato, anche a fronte dell'interruzione dei trattamenti menzionati, l'erogazione delle cure palliative.

### **3. Il contesto giuridico italiano sul fine vita.**

Il diritto di morire, inteso come diritto del malato di decidere il momento in cui morire, è un diritto controverso, che pone in evidenza i due orientamenti contrapposti di indisponibilità e disponibilità della vita. I sostenitori dell'indisponibilità, ritengono che la vita non sia a disposizione dell'uomo; chi aderisce al diverso orientamento, invece, con disponibilità della vita intende

---

<sup>7</sup> Il malato viene definito come «la persona affetta da una patologia ad andamento cronico ed evolutivo, per la quale non esistono terapie o, se esse esistono, sono inadeguate o sono risultate inefficaci ai fini della stabilizzazione della malattia o di un prolungamento significativo della vita, nonché la persona affetta da una patologia dolorosa cronica da moderata a severa».

<sup>8</sup> D.P.C.M 12 gennaio 2017 Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18 marzo 2017.

<sup>9</sup> I Livelli essenziali di assistenza (L.E.A.) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse).

«la facoltà e il diritto di poter decidere circa l'essere o non essere della vita umana»<sup>10</sup>.

Nella nostra società l'orientamento che afferma l'autodeterminazione dell'individuo e quindi il diritto di decidere come morire, oltre a trovare un crescente numero di sostenitori, assume importanza dirimente nella direzione di un riconoscimento sempre maggiore del principio di autodeterminazione del malato nelle fasi finali della propria esistenza. E proprio questo diritto (all'autodeterminazione terapeutica) rappresenta uno degli esempi migliori di come il numero e il contenuto dei diritti fondamentali si adegui, camaleonticamente, al sentire sociale. Non è un caso, infatti, che in Italia le soluzioni giuridiche sul fine vita, siano spesso arrivate a valle di un acceso dibattito al quale hanno partecipato l'opinione pubblica, i giudici, la cultura giuridica, il parlamento, le associazioni, le categorie professionali e i gruppi di interesse.

Sono state le storie drammatiche di Piergiorgio Welby ed Eluana Englaro ad aprire il confronto politico, etico e giuridico sul fine vita. Piergiorgio Welby, affetto da distrofia muscolare in forma progressiva, ha inviato una lettera all'allora Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, chiedendo l'eutanasia. Nel 2006, il tribunale di Roma, respinse la richiesta dei legali di Welby (di porre fine all'accanimento terapeutico) dichiarandola «inammissibile» a causa del vuoto legislativo in materia; Welby non si arrese e chiese al suo medico, Mario Riccio, di porre fine al suo calvario. Riccio sedò Piergiorgio Welby e staccò il respiratore; successivamente fu processato, e poi assolto, dall'accusa di omicidio.

Nel 2007 Giovanni Nuvoli, malato di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), si vede negare, dal tribunale di Sassari, il distacco del respiratore. Nuvoli decise di iniziare uno sciopero della fame e della sete e si lasciò morire.

Nel 2009 la vicenda di Eluana, in stato vegetativo da 17 anni, ha portato nuovamente all'attenzione la delicatissima questione del fine vita. L'Italia si divide a metà: chi era d'accordo con il padre di Eluana, Beppino, che riteneva opportuno rispettare il desiderio della figlia, quando ancora in vita, di mettere fine alla sua esistenza se si fosse trovata in simili condizioni; chi era contrario. La vicenda di Englaro, diversamente rispetto a quella di Welby e Nuvoli (che si ponevano in termini di suicidio assistito), si poneva termini di interruzione di trattamenti di sostegno vitale di una persona non più in grado di esprimere le proprie volontà, quindi, in termini di consenso informato e diritto al rifiuto delle cure (riconosciuti dall'art. 32 Cost. in combinato disposto con gli artt. 2 e 13)<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup>Fornero G., *Indisponibilità e disponibilità della vita, una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*.

<sup>11</sup> Non esistendo le dichiarazioni anticipate di trattamento, la Corte di cassazione riuscì a ricostruire la volontà della donna attraverso un processo lungo e complicato,

Proprio questo ampliamento della concezione della salute ha permesso di risolvere altre successive vicende, come quella del Tribunale di Cagliari che, nel 2016, ha autorizzato i medici a staccare il respiratore artificiale di un malato di SLA che ne aveva fatto richiesta<sup>12</sup>.

Oggi, il diritto ad un consenso informato e il diritto a rifiutare i trattamenti di sostegno vitale (nutrizione, idratazione artificiali) non sono più sindacabili e trovano riconoscimento nella legge n. 219/2017, la quale ha espressamente chiarito che, nel perimetro del «diritto di autodeterminazione terapeutica», è ricompreso il diritto di lasciarsi morire rifiutando trattamenti salvavita, oltreché quello di chiedere la sedazione palliativa profonda continua, in caso di prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte.

La legge, attualmente, si limita a disciplinare il consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento. Rispetto al primo, precisa che «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» (art. 1); rispetto al secondo, che «ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti» (art. 4). Sebbene la legge, complessivamente, meriti un giudizio positivo, vi sono ancora aspetti che non sono stati disciplinati. Per accennare un esempio, nulla viene precisato in merito alla prosecuzione dei trattamenti per tutti quei malati che vertano in stato di incapacità, senza aver previamente lasciato alcuna indicazione al riguardo (situazioni, queste, tutte equiparabili al caso di Eluana Englaro). Manca, poi, e veniamo al centro della nostra questione, una disciplina relativa ai comportamenti attivi (diversi dalla rinuncia a trattamenti vitali) indirizzati a porre fine alla propria esistenza in condizioni di sofferenza acuta. E proprio con riferimento a questo ultimo aspetto, le direttive della Corte costituzionale

---

attraverso l'acquisizione di prove, anche testimoniali, tra amici e parenti, i quali ricordavano come Eluana non avrebbe mai accettato di vivere in simili condizioni. Accertata la sua presunta volontà, la Corte ha fondato la propria decisione sulla mancanza del consenso alla prosecuzione dell'idratazione e nutrizione artificiali.

<sup>12</sup> Il Tribunale di Cagliari ha autorizzato i medici a staccare il respiratore artificiale di un malato di SLA che ne aveva fatto richiesta in quanto il diritto all'autodeterminazione terapeutica «come tutti i diritti di libertà è evidentemente condizionato dalle convinzioni etiche proprie del titolare del diritto medesimo ed è altresì coerente con la nuova dimensione che oggi ha assunto la salute, non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico e psichico, coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita» Tribunale di Cagliari, decreto del 16 luglio 2016.

nelle decisioni sul caso Cappato, devono rappresentare il nostro punto di partenza. La recente vicenda di Dj Fabo ha aggiunto un tassello giuridico importante nell'ambito della tutela dell'autonomia nel fine vita, ovvero la non punibilità, in presenza di determinati condizioni, di chi assiste il suicidio (art. 580 c.p.).

Ma facciamo un passo indietro.

Mentre ci si apprestava a validare la tenuta della legge n. 219/2017, un nuovo caso di cronaca portava all'attenzione della giurisprudenza una situazione capace di far tremare il quadro normativo appena formalizzato: il caso di Dj Fabo<sup>13</sup>. E proprio nel contesto del processo penale instaurato contro Marco Cappato, la Corte di Assise di Milano ha sollevato la questione di legittimità costituzionale rispetto al reato di istigazione al suicidio, nella parte in cui «incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa a quelle di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio». I giudici della Corte di Assise di Milano, nell'ordinanza di remissione alla Corte, hanno ricordato come il bene giuridico originariamente previsto dall'art. 580 c.p. - costituito dalla pretesa dello Stato sulle vite individuali - unitamente all'articolo 5 del codice civile (divieto di atti di disposizione del proprio corpo limitativi dell'integrità fisica), abbiano a lungo sancito il principio di indisponibilità del bene vita, determinando quindi la considerazione che il suicidio rappresentasse un atto antigiusuridico (sebbene non punito, per ragioni di politica criminale). Corollario di questa impostazione, l'antigiuridicità non solo dell'istigazione al suicidio ma anche del mero aiuto. Questo quadro valoriale, ad avviso dei giudici di Assise, sarebbe stato sovvertito dalla Costituzione repubblicana la quale, sancendo il principio personalistico, valorizza l'autonomia individuale, impedisce di strumentalizzare l'uomo per finalità collettive e riconosce la libertà di autodeterminazione individuale.

La Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 207/2018, ha ritenuto di non condividere pienamente la tesi prospettata dai giudici di Assise, precisando che incriminare l'aiuto al suicidio non è contrario alla Costituzione laddove la disposizione sia volta a «proteggere il soggetto da decisioni in suo danno». Tuttavia, hanno proseguito i Giudici, possono certamente ravvisarsi situazioni «inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e

---

<sup>13</sup> Fabo Antoniani, a causa di un grave incidente automobilistico avvenuto nel 2014 è rimasto totalmente paralizzato, con impossibilità di alimentarsi autonomamente e con la necessità di essere aiutato a respirare, sebbene in modo non continuativo. A questa totale paralisi, inoltre, non si era accompagnata, come spesso succede, la perdita di sensibilità, con la conseguenza che, come effetto dell'incidente, era colpito da una sindrome dolorosa che si manifestava con spasmi ricorrenti tra le 20 e le 60 volte al giorno, anche ad intensità insopportabile.



della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali», nelle quali l'incriminazione dell'aiuto al suicidio entra in contrasto con i principi costituzionali, mettendo in discussione «le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio». Nell'ordinanza si fa quindi riferimento a tutti quei casi in cui viene agevolata la morte di una persona che sia a) affetta da una patologia irreversibile; che la patologia sia b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, assolutamente intollerabili; che per via della patologia la persona sia c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; e ciononostante sia comunque d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli (dunque sia capace di autodeterminarsi).

Alla presenza di queste circostanze «l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, co. 2, Cost.».

A questo punto viene introdotto il delicato tema delle cure palliative e proprio ripercorrendo le fila della legge n. 219/2017, nell'ordinanza si rammenta che «la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente (art. 2, comma 1)», rimarcando in questo modo la possibilità di fare ricorso alla «sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari». Con questa importante affermazione la Corte ha di fatto sancito come la disposizione richiamata debba riferirsi a tutte quelle sofferenze provocate al paziente dal suo legittimo rifiuto di trattamenti di sostegno vitale (ventilazione, idratazione o alimentazione artificiali). L'effetto è quello di innescare un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito - non necessariamente rapido - è la morte.

Di fatto, vietando al medico di «mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti a determinarne la morte» lo costringe, per congedarsi dalla vita, a subire un lento processo di sofferenze per sé stesso e per le persone a lui vicine. Sul punto la Corte è chiarissima: «la sedazione profonda continua, connessa all'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale - sedazione che rientra nel *genus* dei trattamenti sanitari - ha come effetto l'annullamento totale e definitivo della coscienza e della volontà del soggetto sino al momento del decesso». Proprio per questo motivo la sedazione terminale può «essere vissuta da taluni come una soluzione non accettabile» o, anche, «meno corrispondente alla propria visione della dignità di morire»<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> V. § 9 dell'ordinanza.



L'ordinanza prosegue affermando che nel limite delle quattro condizioni anzidette, si annidano i profili di illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. Da un lato, il preminente valore riconosciuto alla vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari (anche quando ciò richieda una condotta attiva da parte di terzi); da altro, se l'ordinamento considera chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale «in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non si vede la ragione per la quale la stessa persona, a determinate condizioni, non possa ugualmente decidere di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri».

E proprio a corollario di questo ragionamento la Corte rappresenta l'esistenza di un margine di incompatibilità tra il divieto assoluto di aiuto al suicidio e la libertà di autodeterminazione terapeutica (intesa sia come scelta delle terapie, ivi incluse anche quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze).

L'ordinanza, poi, si spinge sino al punto di indicare vere e proprie linee guida per l'intervento legislativo, precisando, in primo luogo, la sede (legge n. 219/2017) ove inserire la disciplina; in secondo luogo, la necessità di prevedere una disciplina *ad hoc* per le situazioni pregresse; nonché raccomandando al legislatore di adottare cautele affinché l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte non comporti il rischio di una prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a mettere il paziente nella concreta possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, laddove idonee a eliminare la sua sofferenza, dato che il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire un prerequisito della scelta di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente<sup>15</sup>. Infine, rispetto alla tecnica decisoria, contemperando il caso concreto (quindi evitare che la norma trovi applicazione), la Corte ha deciso di lasciare «al Parlamento la possibilità di assumere le necessarie decisioni rimesse alla sua discrezionalità», sospendendo quindi il giudizio *a quo* e fissando contestualmente «una nuova udienza di trattazione delle questioni, a undici

---

<sup>15</sup> Rispetto all'esigenza del rafforzamento delle cure palliative, la Corte nel §2.4. della sentenza n. 242/2019 chiama in causa il Comitato nazionale per la bioetica, il quale nel Parere n. 18 giugno 2019: «ha sottolineato, all'unanimità, che la necessaria offerta effettiva di cure palliative e di terapia del dolore - che oggi sconta molti ostacoli e difficoltà, specie nella disomogeneità territoriale dell'offerta del SSN, e nella mancanza di una formazione specifica nell'ambito delle professioni sanitarie - dovrebbe rappresentare, invece, una priorità assoluta per le politiche della sanità»; diversamente, aggiunge il Comitato, si cadrebbe nel "paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l'effettività delle cure palliative».

mesi di distanza», auspicando il sopravvenire di una legge regolatrice della materia.

Alla vigilia della data per la nuova udienza (fissata il 24 settembre 2019), preso atto dell'inerzia del legislatore, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 207/2019, ha ritenuto di non potersi esimere dal «pronunciare sul merito delle questioni, in guisa da rimuovere il *vulnus* costituzionale già riscontrato con l'ordinanza n. 2017 del 2018» (§4). La Corte, a tal fine, ritenendo la procedura delineata dalla legge n. 219/2017 la più idonea a far fronte alle esigenze di disciplina già evidenziate nell'ordinanza n. 207, ha enucleato, sulla base dei primi due articoli della legge n. 219, le «modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto», a partire dall'accertamento della capacità di autodeterminazione del paziente e del carattere libero e informato della scelta.

In sintesi estrema, la richiesta di essere agevolati al suicidio da parte di un soggetto capace di agire deve essere: a) espressa nella forme previste per il consenso informato, quindi «nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente»; b) documentata «in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare»; c) inserita nella cartella clinica, ferma restando «la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà» (§5).

La Corte ha ribadito, poi, l'importanza, per l'interessato, di un percorso di cure palliative, riferendosi all'art. 2 della legge n. 219/2017, cioè all'esigenza che sia «sempre garantita al paziente un'appropriata terapia del dolore e l'erogazione delle cure palliative previste dalla L. n. 38/2010», estensibile all'ipotesi ad oggetto sul presupposto che «l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita» (§5).

Sono stati, infine, precisati anche gli aspetti «procedurali» che devono essere eseguiti. Così, la verifica delle condizioni che possono rendere l'aiuto al suicidio legittimo, devono essere affidate, sempre in attesa del legislatore, a strutture pubbliche del S.S.N., le quali si dovranno occupare di individuare, altresì, «le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze» (§5). È stato inoltre previsto, proprio in ragione della grande rilevanza dei valori in gioco, «l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze» e idoneo a «garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità» che, in attesa dell'intervento legislativo, è rappresentato dai comitati etici territorialmente competenti.

La sentenza n. 207/2019 rendendo lecita la condotta di agevolazione al suicidio alla presenza di alcune specifiche condizioni di tipo situazionale (malattia irreversibile e sofferenza) e procedurale (percorso medicalizzato),

ha ulteriormente aperto la portata dell'autodeterminazione individuale, spostandone i margini, nel rispetto dell'esigenza di bilanciare la salvaguardia del bene vita, oltre alla linea di confine del c.d. diritto di rifiutare o interrompere i trattamenti sanitari.

#### **4. I nodi da sciogliere.**

Il panorama normativo italiano sul fine vita è «abbastanza» fornito. Ciò che manca, senza dubbio, è una

disciplina relativa ai comportamenti attivi indirizzati a porre fine alla propria esistenza in condizioni di sofferenza acuta. Rispetto a ciò, le direttive della Corte costituzionale nelle decisioni sul caso Cappato rappresentano un ottimo punto di partenza. Ciò che deve essere ancora definito sono le condizioni per porre fine alla propria esistenza, valevoli in via generale e non per il singolo caso. In buona sostanza, manca un frammento di legge volto a disciplinare quelle situazioni che sfuggono e che riguardano tutti quei casi in cui, sebbene non sia più possibile curare, rimane comunque la possibilità di alleviare e lenire il dolore, non solo fisico, del malato.

Manca una rete effettiva capace di assorbire e fronteggiare sul piano organizzativo l'arduo compito di sottoporre a verifica scrupolosa le condizioni e le modalità di esecuzione del suicidio assistito così da «evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze». Manca un'effettiva idoneità dei comitati etici territoriali ad assumere il ruolo di «organo collegiale terzo munito delle adeguate competenze» idonee a «garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità». Questo, per varie ragioni: in primo luogo, per via della composizione, non sempre tale da assicurare le competenze tecniche idonee a vagliare i requisiti richiesti (spesso clinici e non etici); in secondo luogo, per il differente tipo di approccio che potrebbero avere i vari comitati; infine, perché non è stato precisato il valore del parere, se esso sia vincolante o meno.

Manca, poi, un obbligo in capo al personale medico. La sentenza, sul punto, sbrigativamente esclude la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza prevedere alcun obbligo in capo ai singoli medici, i quali, affidandosi alla rispettiva coscienza, possono scegliere «se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato». Come si può conciliare la libertà di autodeterminazione del malato di chiedere aiuto nel porre fine alle proprie sofferenze dignitosamente se, a tale richiesta, non corrisponde il diritto di ottenere tale agevolazione nel morire? Ci si potrebbe organizzare territorialmente in modo tale da garantire, a fronte delle possibili obiezioni di coscienza, almeno un medico disponibile ad assicurare la prestazione.

Manca, soprattutto, l'effettività delle cure palliative<sup>16</sup>, ovvero sia di quello strumento che, se ben uniformemente applicato, potrebbe permettere di ridurre il bisogno di eutanasia intesa come unica possibilità di riconquista della propria dignità<sup>17</sup>.

### **5. Eutanasia e cure palliative, un binomio possibile.**

Alla luce di quanto esposto si evince come, attraverso una corretta informazione e diffusione della cultura e del modello assistenziale delle cure palliative, sia possibile fornire al malato, non necessariamente oncologico, con gravi sofferenze, tutti quei supporti che vanno dalla cura di ogni sintomo, come un singhiozzo incoercibile o l'insonnia o un delirio, sino al dolore profondo.

L'obiettivo delle cure palliative è quello di non ostacolare né di anticipare la morte, ma di prendersi cura del dolore fisico e psichico del paziente. La filosofia che ispira e permea le cure palliative è di accompagnare «nel» morire, astenendosi dal fornire un aiuto «a» morire<sup>18</sup>.

La presa in carico globale dei pazienti e dei loro famigliari attenua la sofferenza psicologica e dedica loro quel tempo che spesso le istituzioni sanitarie (dai *Day Hospital* Oncologici, ai medici di medicina generale, ai servizi di psicologia clinica) purtroppo per motivi organizzativi e di carenza

---

<sup>16</sup> Sono 543 le persone adulte che ogni anno in Italia necessitano di cure palliative, e tuttavia il tasso di copertura del bisogno si ferma a circa il 23% (valore nettamente inferiore rispetto a quello della Germania, dove la copertura si aggira intorno al 64% e al Regno Unito, dove siamo al 78%). In Italia la copertura maggiore è in Lombardia (dove accede alle cure palliative il 33% dei bisognosi), quella peggiore in Calabria (appena il 17%). Sostanzialmente, solo una persona su quattro che avrebbe bisogno delle cure palliative riesce ad ottenerle (dati del 2017, gli ultimi a disposizione dei ricercatori). Questo dato, raccapricciante, a 11 anni dalla legge n. 38 che sancisce invece il diritto per tutti i cittadini di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore, è decisamente basso. La ricerca conferma che la maggior parte dei pazienti che ne avrebbe diritto non vi accede e spesso "muore male". La copertura sul territorio è lacunosa, disomogenea (mancanza di un numero sufficiente di medici e personale infermieristico adeguatamente formati) e sovente fondata sulle sole forze delle realtà no profit. Tratto da ricerca SDA Bocconi/VIDAS 2019: <https://www.vidas.it/copertura-cure-palliative-italia-ricerca-bocconi/>.

<sup>17</sup> Peraltro, questo problema di effettività potrebbe essere superato con la creazione della "Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative" per i laureati in Medicina e Chirurgia, istituita dalla Commissione Bilancio della Camera dei deputati, con l'approvazione a voto unanime, di un emendamento al Decreto Rilancio che, a decorrere dall'anno accademico 2021/2022; oltreché attraverso l'introduzione del «corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori della Scuola di specializzazione in Pediatria» (art. 5 *bis* comma 3, Decreto Rilancio).

<sup>18</sup> [https://bioetica.governo.it/media/3785/p135\\_2019\\_parere-suicidio-medicalmente-assistito.pdf](https://bioetica.governo.it/media/3785/p135_2019_parere-suicidio-medicalmente-assistito.pdf).

di personale, non possono più offrire. Gli operatori (infermieri, medici, psicologi, volontari formati) sono formati per occuparsi della persona, senza invasione del suo vissuto, ma con la capacità di accogliere i suoi bisogni, proponendo soluzioni condivise ed efficaci. È esperienza comune che i pazienti «difficili», con dolore non controllato, oppure con sintomi apparentemente incoercibili, se presi in carico dalle «cure palliative» trovino soluzioni alla propria sofferenza, senza dover pensare di porre fine alla propria vita (suicidio assistito/eutanasia), ma semplicemente applicando ciò che le leggi ci forniscono.

Le cure palliative spesso sono associate al concetto di «buona morte», un retaggio culturale multifattoriale, che molto frequentemente viene collegato al momento della somministrazione della morfina che priva la persona della coscienza e della sua capacità decisionale. Il tempo che viene dedicato al paziente nella sua globalità lo pone nella condizione, spesso inaspettata, di accettazione e riappropriazione della propria vita. In questo contesto la richiesta di suicidio assistito, ancorché di eutanasia, viene meno.

Da un punto di vista giuridico, sia il diritto a rifiutare le cure che quello al consenso informato si fondano sulla libertà connessa alla salute. In maniera non diversa, quindi, si dovrebbe ragionare con riferimento al diritto di determinare il momento in cui porre fine alla propria vita in tutti quei casi di malattia grave e incurabile, indipendentemente dall'esistenza di un trattamento salvavita in merito.

Se la salute, intesa come libertà,<sup>19</sup> è comprensiva anche del suo aspetto negativo; e se non si può ritenere che il diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita, allora si deve riconoscere che nel diritto alla salute è compreso sia il diritto a rifiutare le cure, che anche quello di determinare il momento finale della propria esistenza, in tutti quei casi in cui la vita potrebbe durare a lungo ed in condizioni talmente difficili da contrastare con l'idea stessa di dignità che ciascuno ha di se.

La Corte costituzionale ha, di fatto, riconosciuto in maniera cristallina, come la richiesta di porre fine alla propria esistenza possa avere finalità terapeutica, laddove afferma la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze.

E allora, sicuramente favorevoli all'introduzione di una legge volta a disciplinare l'eutanasia, affinché tutte quelle situazioni che sfuggono all'applicazione delle cure palliative in quanto non più idonee a soddisfare la capacità di autodeterminazione dell'individuo, trovino espressa disciplina legislativa. Le cure palliative rappresentano il momento fondamentale di accoglienza dei bisogni di cura e salvaguardia della dignità della persona in fase avanzata di malattia, che non necessita più di cure attive ma di cure

---

<sup>19</sup> Cfr: Cass. civ., n. 21748/2007; Trib. Cagliari, decreto del 16 luglio 2016.



idonee a soddisfare i bisogni attuali, il sollievo dal dolore, ma anche la cura dei familiari o il sostegno dei *care giver*. Le cure palliative accompagnano le persone fino alla morte naturale, ma quando questa non può attuarsi perché il soggetto sopravvive solo grazie alla presenza di strumenti meccanici indispensabili al supporto vitale, o anche solo perché egli ritiene non dignitoso morire dopo molti giorni di sedazione profonda, è allora che deve inserirsi una regolazione giuridica. Questa è eutanasia<sup>20</sup>.

---

<sup>20</sup> Peraltro, nel suo documento «Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito» il Comitato nazionale di bioetica ha ribadito l'impossibilità di assimilare le due pratiche di eutanasia e suicidio assistito, ma anzi ha evidenziato il ruolo delle cure palliative in termini di alternativa alla scelta di percorsi eutanasi, sottolineando che, prima di considerare per chiunque l'accesso a interventi di anticipazione del morire, debbano essere offerti specifici percorsi palliativi, che ogni paziente è libero di accettare o rifiutare. In questo modo si potrà 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. In <https://www.vidas.it/storie-e-news/cose-da-sapere-eutanasia/>.