

Francesca Marin

## Decisioni di fine vita, dipendenza e vulnerabilità

### 1. *Premessa*

Negli ultimi anni si è sviluppato in Italia un acceso dibattito sul tema del fine vita, con approfondimenti di carattere bioetico e giuridico che hanno riguardato in particolare la pratica del suicidio medicalmente assistito<sup>1</sup>. La discussione sul tema ha preso avvio dalla richiesta di alcuni pazienti di assistenza medica al suicidio a cui hanno fatto seguito delle risposte giurisprudenziali che, oltre ad avere un inevitabile impatto sull'opinione pubblica, hanno sollecitato il Parlamento a intervenire in materia. Malgrado tali sollecitazioni, nel nostro Paese vi è ancora un vuoto legislativo in merito a questa determinata pratica di fine vita. Va altresì segnalato che l'iter del Disegno di Legge “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita” (DDL n. 2553, approvato dalla Camera dei Deputati il 10 marzo 2022) non si è completato a causa della conclusione della XVIII legislatura della Repubblica Italiana.

Il presente contributo intende evidenziare come le argomentazioni sino-

<sup>1</sup> A dire il vero, di recente nel nostro Paese si è sviluppata una discussione anche in merito all'eutanasia: nel 2021 sono state raccolte ben oltre 1,2 milioni di firme a sostegno della proposta referendaria dell'Associazione “Luca Coscioni”, finalizzata – a detta dei promotori – a legalizzare l'eutanasia attraverso l'abrogazione parziale dell'art. 579 del codice penale (omicidio del consenziente). Con sentenza n. 50 del 2022, la Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibile il referendum perché, come riporta il Comunicato della Corte stessa emesso il 15 febbraio 2022, «a seguito dell'abrogazione, ancorché parziale, della norma sull'omicidio del consenziente, cui il quesito mira, non sarebbe preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili» ([https://www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC\\_CS\\_20220215193553.pdf](https://www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20220215193553.pdf)).

ra proposte nel dibattito pubblico incoraggino ad assumere posizioni sempre più permissive. Alla base di tali argomentazioni sembra infatti esservi una visione omogenea delle diverse pratiche di cura di fine vita che condiziona inevitabilmente il processo decisionale. Detto altrimenti, si registra un graduale misconoscimento delle differenze mediche e bioetiche tra i vari trattamenti e procedure, con il conseguente rischio di adottare un approccio riduttivo rispetto alle cosiddette *End-of-life-decisions* (decisioni di fine vita).

Per cogliere questo aspetto, si volgerà innanzitutto lo sguardo all'odierno lessico del fine vita. Nello specifico, la prima parte dello scritto intende evidenziare come la pratica del suicidio medicalmente assistito venga sempre più denominata con una terminologia che ne offusca i tratti peculiari, giungendo così ad equiparare erroneamente tale pratica ad altre procedure assistenziali. Espressioni quali "morire medicalmente assistito" e "aiuto medico a morire" potrebbero infatti alludere non solo all'assistenza medica al suicidio, ma anche ad altre pratiche assistenziali, come ad esempio la sedazione palliativa profonda, che non sono finalizzate a procurare la morte del paziente. Da qui la necessità di fare emergere le differenze mediche e bioetiche tra le varie *End-of-life-decisions*, affinché si riconosca come la decisione di accedere al suicidio medicalmente assistito avvii un percorso diverso rispetto a quello previsto per la sospensione dei trattamenti e l'avvio della sedazione palliativa profonda.

Nella seconda parte di questo scritto, si mostrerà come le suddette differenze non siano state debitamente riconosciute nelle varie fasi del dibattito italiano sul suicidio medicalmente assistito: pur delineando un ambito assai limitato di legittimazione dell'aiuto medico al suicidio, l'ordinanza n. 207/2018 e la sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale adottano una linea argomentativa che giunge erroneamente ad equiparare pratiche che sono in realtà ben diverse in termini di procedure e obiettivi. Per di più, focalizzando l'attenzione su una delle condizioni dettate dalla stessa Corte, ovvero la dipendenza del richiedente da trattamenti di sostegno vitale, alcune sentenze giurisprudenziali hanno incluso tra i suddetti trattamenti non solo i supporti tecnologici, ma anche i farmaci e l'assistenza da parte di terzi. Nelle battute finali di questo contributo si intende mostrare le problematiche di una tale prospettiva: essa favorisce una visione omogenea delle diverse pratiche assistenziali, ha un impatto sulla nostra concezione di vulnerabilità e rischia di declinare ogni bisogno di cura nei termini di una dipendenza che comporta necessariamente un vissuto negativo.

## 2. Un significativo slittamento terminologico

Nel DDL n. 2553 il termine “suicidio” compariva solo una volta, precisamente all’interno dell’art. 6, c. 3 dove si affermava che l’esercente la professione sanitaria può sollevare obiezione di coscienza solo rispetto al «compimento delle procedure e delle attività specificamente dirette al suicidio» e non all’«assistenza antecedente l’intervento»<sup>2</sup>. In questo passaggio del testo normativo, il ricorso alla parola “suicidio” appariva doveroso perché specificava la prestazione medica che poteva essere oggetto di obiezione da parte del professionista sanitario. Discutibile era invece l’assenza del suddetto termine in ogni altra parte del DDL, e questo già a partire dal titolo della proposta di legge dove compariva l’espressione “morte volontaria medicalmente assistita”.

A dire il vero, la scelta del Legislatore era prova di uno slittamento terminologico che è già in atto da diversi anni nella riflessione bioetica. Nel dibattito bioetico internazionale, la pratica del suicidio medicalmente assistito (*Physician-Assisted-Suicide*) viene sempre più indicata ricorrendo alle locuzioni “*Physician-Assisted-Dying*” e “*Physician Aid-in-Dying*”, che si possono rispettivamente tradurre in “morire medicalmente assistito” e “aiuto medico a morire”. La tendenza a modificare il lessico per così dire tradizionale non può essere sottovalutata perché giunge ad offrire un’immagine in un certo qual modo sfuocata della pratica del suicidio medicalmente assistito. Le espressioni “morire medicalmente assistito” e “aiuto medico a morire” sembrano infatti svalutare l’elemento dell’intenzionalità e offuscare il contributo offerto dal medico: mentre la dicitura “*Physician-*

<sup>2</sup> Vi è qui una ripresa dell’approccio adottato nella Legge 194/78 sull’interruzione volontaria della gravidanza laddove una parte dell’art. 9 recita: «L’obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l’interruzione della gravidanza, e non dall’assistenza antecedente e conseguente all’intervento». Esula dall’obiettivo del presente contributo esaminare la tematica dell’obiezione di coscienza; per di più, non sarebbe qui possibile proporre un adeguato approfondimento rispetto a questo tema alquanto complesso e delicato. Ci si limita ad evidenziare come la sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale non contenesse la previsione dell’obiezione di coscienza da parte dei professionisti sanitari, giustificando la scelta in questi termini: «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell’aiuto al suicidio nei casi considerati, senza alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici» e quindi «Resta affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato». Per un’analisi dell’art. 6 del DDL n. 2553, cfr. P. Benciolini, *L’aiuto medico a morire. Un contributo nell’ottica della “medicina legale clinica”*, in «Responsabilità medica», 6 (2022), n. 1, pp. 19-24 (in particolare §4 dal titolo “*Obiezione*”: *per chi?*, pp. 22-24).

*Assisted-Suicide*” esplicita già da sé l’atto del professionista sanitario che assiste il paziente a commettere il suicidio fornendogli i farmaci letali per l’autosomministrazione, le locuzioni “morire medicalmente assistito” e “aiuto medico a morire” oscurano l’intenzione del medico di aiutare qualcuno a suicidarsi.

Malgrado questi nodi problematici, appare in una certa misura condivisibile la ragione che porta a evitare il termine “suicidio”: stando ad esempio ai vissuti esistenziali sinora presi in esame dalla giurisprudenza italiana, colui che richiede un aiuto medico a morire si trova in una situazione estrema e drammatica perché affetto da una patologia irreversibile che cagiona sofferenze fisiche e psicologiche ritenute assolutamente intollerabili nonché capace di prendere decisioni libere e consapevoli ma non in grado di porre fine da solo alla propria esistenza. Dinanzi a queste storie di vita, il termine “suicidio” risulterebbe inappropriato perché la richiesta di un aiuto medico a morire non sembra dettata da un proposito suicidario, bensì dalla volontà di liberarsi da un corpo che viene oramai vissuto come una prigionia<sup>3</sup>.

Le considerazioni appena proposte potrebbero allora giustificare la tendenza a sostituire “suicide” con “dying”. Così facendo, non si pone più l’accento su una determinata azione, nella fattispecie il suicidio, bensì sul processo del morire. Questo diverso focus ha l’indebito vantaggio di non circoscrivere il fine vita all’atto che traduce la volontà del paziente conducendolo alla morte, riconoscendo così l’intero processo decisionale nonché i vari fattori contestuali che lo caratterizzano. Ciononostante, se prese alla lettera, le espressioni “morire medicalmente assistito” e “aiuto medico a morire” potrebbero rinviare non solo agli atti finalizzati a procurare la morte del paziente, ma anche a tutte quelle pratiche assistenziali che caratterizzano la cura del fine vita. Detto altrimenti, sostituendo “suicide” con “dying”, non si può escludere che vengano erroneamente declinate nei termini del *Physician-Assisted-Dying* la sospensione dei trattamenti e l’avvio della sedazione palliativa profonda: in effetti, queste procedure possono caratterizzare il processo del morire, ma, come emergerà in seguito, non sono finalizzate a provocare la morte del paziente come invece avviene effettuando il suicidio medicalmente assistito.

<sup>3</sup> È quanto sostenuto anche in alcuni passaggi del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica dal titolo *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito* (18 luglio 2019, [https://bioetica.governo.it/media/4310/vr\\_\\_p135\\_2019\\_parere-suicidio-medicalmente-assistito.pdf](https://bioetica.governo.it/media/4310/vr__p135_2019_parere-suicidio-medicalmente-assistito.pdf), pp. 13 e 24).

### 3. Per rimarcare le differenze

Le considerazioni di carattere terminologico appena proposte evidenziano il rischio di una prospettiva omologante rispetto alle varie pratiche di fine vita. Tale prospettiva ha caratterizzato il recente dibattito italiano sul suicidio medicalmente assistito: Fabio Ridolfi, 46enne di Fermignano (Pesaro-Urbino) immobilizzato da 18 anni a letto a causa di una tetraparesi da rottura dell'arteria basilare, aveva ottenuto l'accesso al suicidio assistito ma, essendo ancora in attesa dall'Asur (Azienda Sanitaria Unica Regionale) Marche di conoscere modalità e farmaco per l'autosomministrazione e ritenendo non più tollerabile il prolungamento delle sue sofferenze, è deceduto il 13 giugno 2022, dopo aver chiesto che venissero sospese idratazione e alimentazione artificiale e avviata la sedazione palliativa profonda. Il diretto interessato ha parlato a riguardo di una scelta obbligata dovuta alle lungaggini burocratiche e i mass media hanno per lo più diffuso la notizia equiparando la decisione iniziale di Fabio di accedere al suicidio medicalmente assistito a quella compiuta a fronte dei ritardi burocratici. Ne danno prova i titoli di alcune testate giornalistiche: *Suicidio assistito, Fabio inizia la sedazione profonda*<sup>4</sup>, *Suicidio assistito, è morto Fabio Ridolfi*<sup>5</sup>.

In realtà, il suicidio medicalmente assistito e la sedazione palliativa profonda non sono pratiche interscambiabili perché avviano percorsi nettamente differenti e attuano decisioni di fine vita molto diverse fra loro. Tra le due procedure vi sono infatti delle differenze assai rilevanti dovute a ragioni mediche e bioetiche: da un lato, le sostanze letali impiegate nell'assistenza medica al suicidio (come il tiopental sodico) differiscono dai farmaci utilizzati per la sedazione profonda (quali midazolam, diazepam e propofol); dall'altro, la somministrazione di sedativi che conduce al-

<sup>4</sup> <https://www.ilrestodelcarlino.it/pesaro/cronaca/non-siate-tristi-fabio-avra-quel-che-voleva-1.7778034>. Si veda anche [https://www.ansa.it/sito/notizie/topnews/2022/06/13/suicidio-assistito-per-fabio-inizia-sedazione-profonda\\_a2b5ec6a-e96a-4102-b33e-ebef93185936.html](https://www.ansa.it/sito/notizie/topnews/2022/06/13/suicidio-assistito-per-fabio-inizia-sedazione-profonda_a2b5ec6a-e96a-4102-b33e-ebef93185936.html); <https://www.rainews.it/articoli/2022/06/suicidio-assistito-inizia-oggi-la-sedazione-profonda-per-fabio-ridolfi-f7707d49-4c1a-43ed-bdda-a2169a23db19.html>.

<sup>5</sup> [https://www.repubblica.it/cronaca/2022/06/13/news/suicidio\\_assistito\\_per\\_fabio\\_ridolfi\\_inizia\\_la\\_sedazione\\_profonda-353698151/](https://www.repubblica.it/cronaca/2022/06/13/news/suicidio_assistito_per_fabio_ridolfi_inizia_la_sedazione_profonda-353698151/). A dire il vero, qualcosa di simile si era già verificato nel nostro Paese qualche anno fa. A inizio gennaio 2018, la stilista Marina Ripa di Meana, che aveva in precedenza espresso la volontà di recarsi in Svizzera per la pratica del suicidio medicalmente assistito, diffondeva in un video messaggio il seguente appello: non è necessario andare oltralpe per porre termine alle proprie sofferenze perché si può percorrere l'equivalente «via italiana delle cure palliative con la sedazione profonda» (cfr. [https://www.youtube.com/watch?v=71NNQm\\_ZTV4](https://www.youtube.com/watch?v=71NNQm_ZTV4)).

la perdita dello stato di coscienza è finalizzata ad alleviare le sofferenze in imminenza di morte, e non a procurare il decesso come invece avviene fornendo aiuto all'aspirante suicida. Detto altrimenti, le due pratiche in questione sono ben diverse in termini di procedure e di obiettivi, e quindi non si può parlare, come è avvenuto invece a livello mediatico, di suicidio medicalmente assistito e di sedazione palliativa profonda in maniera contigua o interscambiabile.

Il mancato riconoscimento delle suddette differenze incoraggia una visione omogenea delle varie pratiche di fine vita e incrementa quelle diffidenze che purtroppo ancora oggi persistono nei confronti delle cure palliative in generale e della sedazione palliativa profonda in particolare. Tali diffidenze sono spesso dovute a una scarsa conoscenza della materia (sia a livello di opinione pubblica sia in ambito sanitario), ma anche a una lettura distorta degli obiettivi di questi percorsi di cura, perché si ravvisa erroneamente in essi una modalità per accelerare o procurare la morte del paziente<sup>6</sup>. In realtà, come già detto, la sedazione palliativa profonda è finalizzata ad alleviare le sofferenze in imminenza di morte. Nello specifico, l'obiettivo è quello di ridurre o eliminare i cosiddetti sintomi refrattari, cioè quei sintomi quali irrequietezza psicomotoria, dispnea e angoscia non più controllabili attraverso gli altri trattamenti palliativi. Ora, non vi è dubbio che tale obiettivo possa subire uno stravolgimento nel momento in cui si accosta questa particolare procedura palliativa al suicidio medicalmente assistito.

Purtroppo la risonanza mediatica della storia di Fabio ha dato conferma di quanto appena detto perché la decisione di sospendere i trattamenti di sostegno vitale e di avviare la sedazione palliativa profonda è stata descritta come una «soluzione “di ripiego”» per «anticipare la propria morte in modo medicalmente assistito»<sup>7</sup>. Oltre a dar luogo a un totale travisamento delle finalità della sedazione palliativa profonda, il suddetto messaggio mediatico scredita questa particolare procedura perché la considera una via sostitutiva al suicidio medicalmente assistito nei casi in cui quest'ultimo non si possa attuare per ritardi burocratici o non sia stato concesso a chi ne ha fatto richiesta.

<sup>6</sup> Cfr. L. Orsi, *Differenze e rapporti fra Cure Palliative e Morte Medicalmente Assistita. Per favore, non facciamo confusione!*, in «Responsabilità medica», 6 (2022), n. 1, pp. 49-52.

<sup>7</sup> <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/i-blog-della-fondazione/le-ragioni-dell'etica/suicidio-assistito-e-sedazione-profonda-la-storia-di-mario-e-fabio>.

#### 4. *Le argomentazioni della Corte Costituzionale*

Una certa visione omogenea delle pratiche di fine vita fa da sfondo anche ai pronunciamenti della Corte Costituzionale in tema di suicidio medicalmente assistito. Per cogliere questo aspetto, occorre evidenziare le ragioni che hanno condotto la medesima Corte ad intervenire in materia.

Con ordinanza 14 febbraio 2018, la Corte d'Assise di Milano aveva sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale nella parte in cui sanziona in modo indiscriminato le condotte di istigazione e di aiuto al suicidio. In quell'occasione, si analizzava il comportamento di Marco Cappato, che aveva accompagnato Fabiano Antoniani (noto come DJ Fabo) presso l'associazione svizzera *Dignitas* per effettuare il suicidio medicalmente assistito. Per la suddetta Corte, la condotta di Cappato non risultava sanzionabile perché, pur agevolando l'esecuzione del suicidio di Antoniani, non aveva inciso sul processo deliberativo dell'aspirante suicida, cioè non aveva comportato un rafforzamento della decisione suicidiaria. Da qui la sospetta illegittimità dell'art. 580 del codice penale, precisamente nella parte in cui non distingue le condotte di agevolazione da quelle di istigazione al suicidio.

Con l'ordinanza n. 207/2018 e la sentenza n. 242/2019, la Corte Costituzionale ha escluso che «l'incriminazione dell'aiuto al suicidio, ancorché non rafforzativo del proposito della vittima, possa ritenersi di per sé in contrasto con la Costituzione»<sup>8</sup>: tale incriminazione costituisce una forma di tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili. Tuttavia, sempre a parere della Corte, l'art. 580 del codice penale non si applica nei casi in cui l'aiuto al suicidio venga fornito a una persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli»<sup>9</sup>.

Per legittimare l'aiuto al suicidio nelle circostanze che rispondono a queste quattro condizioni, la Corte evidenzia come la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie debba comprendere anche quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze. In particolare, tra le procedure che consentono al paziente di porre fine alla propria vita non possono

<sup>8</sup> Sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, par. 2.2, <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>.

<sup>9</sup> *Ivi*, par. 2.3.

rientrare solo il rifiuto o la rinuncia ai trattamenti di sostegno vitale e il conseguente avvio della sedazione palliativa profonda (come previsto dalla Legge 219/2017, art. 1, c. 5 e art. 2), ma anche l'assistenza medica al suicidio.

Questa linea argomentativa presenta diversi nodi problematici: essa palesa innanzitutto una lettura distorta della Legge 219/2017<sup>10</sup> perché quest'ultima, sulla base del principio di autodeterminazione individuale, riconosce sì il diritto del paziente di rifiutare o di rinunciare ai trattamenti sanitari, ma non afferma la libertà di porre termine alla propria esistenza<sup>11</sup>. Per rivendicare una tale libertà si dovrebbe riconoscere il diritto di morire, che viene però esplicitamente negato dalla Corte Costituzionale: quest'ultima, infatti, ricorda come dall'art. 2 della Costituzione discenda «il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo» e «non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire».

Vi è da dire però che, giustificando il suicidio medicalmente assistito per evitare una limitazione della libertà individuale, si è dinanzi a un riconoscimento, seppure implicito, del diritto di morire. Per di più, in base a questo approccio, si potrebbe legittimare non solo l'assistenza medica al suicidio, ma anche la richiesta di eutanasia da parte di un paziente libero e consapevole. In effetti, per garantire la libera scelta sui modi per porre termine alla propria esistenza, si dovrebbe attuare perfino la decisione di morire espressa da colui che è fisicamente impossibilitato ad autosomministrarsi il farmaco letale<sup>12</sup>.

Oltre a incoraggiare posizioni sempre più permissive, le argomentazioni della Corte Costituzionale promuovono una visione omogenea delle diverse

<sup>10</sup> Purtroppo il livello di conoscenza della suddetta Legge è ancora scarso sia in ambito sanitario sia nella discussione pubblica. Diverse lacune si registrano poi rispetto all'applicazione del testo normativo, come dimostra ad esempio il persistente squilibrio tra le regioni italiane riguardo all'erogazione delle cure palliative. A riguardo, si vedano i dati pubblicati a inizio 2018 dall'Huffington Post e relativi all'inchiesta *L'ultima cura non è per tutti* (<https://projects.huffingtonpost.it/cure-palliative/>) e le conclusioni di un recente studio empirico pubblicate in D. Pietersz, *I risultati della ricerca: Italia*, in L. Gaudino (eds.), *La relazione di cura tra legge e prassi. Un'indagine comparativa tra Italia, Francia, Spagna e Inghilterra*, Pacini Giuridica, Pisa 2021, pp. 135-149.

<sup>11</sup> Recita infatti l'art. 1, c. 6 della L. 219/2017: «Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali».

<sup>12</sup> Cfr. M. Reichlin, *Fondamenti di bioetica*, il Mulino, Bologna 2021, p. 126.

pratiche di fine vita; nello specifico, non si riconosce come il rifiuto o la rinuncia dei trattamenti sanitari e la sedazione palliativa profonda da un lato e l'assistenza medica al suicidio dall'altro avviano percorsi assai diversi in termini di procedure e obiettivi<sup>13</sup>. Attuando queste pratiche, il medico crea una condizione che contribuisce al verificarsi dell'evento fatale, ma nel caso del suicidio medicalmente assistito egli agevola l'esecuzione del proposito di suicidio del paziente tant'è vero che gli fornisce un farmaco letale. L'intervento del professionista sanitario è quindi finalizzato a procurare il decesso dell'assistito, mentre la sedazione palliativa profonda ha l'obiettivo di alleviare le sofferenze in imminenza di morte. Il mancato riconoscimento di queste differenze ha delle ripercussioni sull'ascrizione di responsabilità morale perché porta a ritenere il medico parimenti responsabile della morte del paziente sia qualora fornisca all'assistito una sostanza letale, sia nel caso in cui non avvii o sospenda i trattamenti oppure effettui la sedazione palliativa profonda<sup>14</sup>. Un tale approccio rende altresì accostabili o interscambiabili *End-of-life-decisions* che sono in realtà ben diverse fra loro. Si verificano così delle equiparazioni indebite che distorcono il dibattito bioetico sul fine vita e giungono persino a gettare ombra sulle pratiche palliative che, come già detto, avviano un percorso totalmente diverso da quello dell'assistenza medica al suicidio.

### 5. *Sull'espressione "trattamenti di sostegno vitale"*

Malgrado le problematicità appena evidenziate, i pronunciamenti della Corte Costituzionale delineano un ambito assai circoscritto di legittimazione dell'aiuto medico al suicidio. Ciononostante, è già in atto una messa in discussione delle condizioni limitative enunciate dalla Corte. Infatti, nella sentenza del 27 luglio 2020, la Corte d'Assise di Massa ha assolto Marco Cappato e Mina Welby dai reati di rafforzamento e agevolazione del suicidio: nell'aprile 2017 gli imputati avevano accompagnato Davide Trentini, paziente affetto da sclerosi multipla, presso la Fondazione svizzera *Lifecircle* per effettuare il suicidio medicalmente assistito. L'assoluzione degli imputati è avvenuta ricorrendo alle argomentazioni della Corte Costituziona-

<sup>13</sup> Cfr. 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», 68 (2019), n. 3, pp. 281-295.

<sup>14</sup> Per un approfondimento sul tema, rinvio a F. Marin, *Bioetica di fine vita. La distinzione tra uccidere e lasciar morire*, Orthotes Editrice, Napoli-Salerno 2017, pp. 163-170.

le, ma, diversamente da Antoniani, Trentini non dipendeva da trattamenti di sostegno vitale. Egli assumeva farmaci antispastici e antidolorifici ed era dipendente dalla funzione meccanica manuale evacuativa delle feci. La Corte d'Assise di Massa giustificava però la sua decisione in questi termini: «dipendenza da “trattamenti di sostegno vitale” non significa esclusivamente “dipendenza da una macchina” ma comprende anche la dipendenza da qualsiasi trattamento sanitario senza il quale si verificherebbe la morte del malato [...], anche se in tempi non rapidi»<sup>15</sup>.

Con la sentenza del 28 aprile 2021, la Corte d'Assise di Genova ha confermato la suddetta conclusione giurisprudenziale nei seguenti termini:

La malattia gravissima da cui era affetto Trentini Davide non richiedeva il ricorso a macchinari; il trattamento farmacologico era tuttavia per lui essenziale per la sopravvivenza, poiché se non lo avesse assunto si sarebbe fatalmente alterato il delicato equilibrio che gli permetteva di sopravvivere. Anche Trentini dunque viveva una vita artificiale, fonte di insopportabile dolore fine a se stesso, perché la guarigione non sarebbe stata possibile, mentre la malattia sarebbe progredita fino a provocargli la morte in un giorno non definibile, ma certo<sup>16</sup>.

Stando a questa tesi, essere sottoposti a trattamenti di sostegno vitale significa essere dipendenti da tutto ciò che è direttamente funzionale alla propria sopravvivenza. Nella categoria ‘trattamenti di sostegno vitale’ rientrano così dispositivi medici (quali ventilazione, alimentazione e idratazione artificiale), farmaci e persino l'assistenza da parte di terzi.

È questa una lettura estensiva dell'espressione ‘dipendenza da trattamenti di sostegno vitale’ che è stata recentemente proposta anche dal Comitato Etico Regionale delle Marche (CERM) nel parere relativo al caso del paziente tetraplegico Mario (nome di fantasia), la cui vera identità (Federico Carboni) è stata rivelata dopo la sua morte avvenuta il 16 giugno 2022<sup>17</sup>. Chiamato ad accertare la sussistenza delle quattro condizioni stabilite dalla Corte Costituzionale, il CERM ha affermato che i trattamenti a cui Mario era sottoposto (pacemaker, catetere vescicale permanente ed evacuazioni manuali) potevano essere considerati di sostegno vitale perché la loro sospensione avrebbe provocato complicanze tali da condurlo alla morte.

<sup>15</sup> <https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/3939/46390/4/7ac8ce6da583d7be605b7ffc6bd7772f/file/Sentenza-Massa.pdf>, pp. 31-32.

<sup>16</sup> <https://www.giurisprudenzapenale.com/wp-content/uploads/2021/07/trentini-corte-assise-appello-genova.pdf>, p. 6.

<sup>17</sup> <https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/4162/48892/2/1c70a9bb3b641206a3505c6a356ae66e/file/Estratto-parere.pdf>.

In tal modo, a renderci particolarmente dipendenti e quindi assai vulnerabili non sono più solo i dispositivi offerti dalla medicina altamente tecnologizzata, ma anche quelle forme di assistenza che consentono il soddisfacimento dei bisogni vitali. Si guarda così all'intero piano clinico-assistenziale, inserendo nella categoria "trattamenti di sostegno vitale" ogni singolo elemento che lo caratterizza. In altre parole, tale categoria si estende in modo così ampio al punto da includere presidi medici, apparecchi tecnologici, farmaci e interventi assistenziali di competenza infermieristica quali ad esempio tracheoaspirazione, svuotamento di vescica e intestino nonché il trattamento delle piaghe da decubito. Per indicare tutti questi interventi, il linguaggio per così dire tradizionale sembrerebbe lacunoso, tant'è vero che è stata recentemente proposta la dicitura "trattamenti sanitari medico-infermieristici di sostegno vitale"<sup>18</sup>.

Ora, la lettura estensiva dell'espressione "trattamenti di sostegno vitale" può accentuare le fonti della vulnerabilità umana dovute ai vissuti di malattia, al deterioramento del corpo e all'avanzamento dell'età. Nello specifico, non si può escludere che tale lettura porti i soggetti particolarmente deboli e vulnerabili a considerarsi ancor più dipendenti dal contesto assistenziale e dalle figure in esso coinvolte. Tali soggetti potrebbero infatti declinare la loro esistenza come una vita artificiale che grava in termini assistenziali ed economici sulla famiglia e sulla società. In una tale cornice, chi avanza la richiesta di suicidio medicalmente assistito potrebbe trovarsi dinnanzi a una scelta obbligata sostenuta dalla seguente motivazione: non voglio più essere di peso a coloro che si prendono cura di me.

Non si può escludere che possano giungere alla medesima conclusione persino coloro che necessitano di un'assistenza medico-specialistica a lungo termine perché affetti ad esempio da malattie croniche, quali diabete, patologie cardiovascolari e malattie respiratorie croniche. In genere, per fronteggiare tali patologie, è necessario un uso integrato di farmaci, presidi medici e dispositivi digitali di automonitoraggio per effettuare in maniera autonoma e pressoché istantanea rilevazioni fisiologiche come l'indice glicemico nel sangue, il battito cardiaco e la pressione arteriosa. Poiché ogni mezzo utilizzato nel piano di cura sembra essere direttamente funzionale

<sup>18</sup> D. Mazzon, *Sul concetto di "trattamenti di sostegno vitale"*, in «Responsabilità medica», 6 (2022), n. 1, pp. 47-48. Per un ridimensionamento dell'espressione "trattamenti di sostegno vitale", cfr. F.M. Zambotto, *Sulla questione della nozione dei life sustaining treatments*, in «Responsabilità medica», 6 (2022), n. 1, pp. 59-60.

alla sopravvivenza del singolo, si potrebbe paradossalmente affermare che tutti i malati cronici sono sottoposti a trattamenti di sostegno vitale. Por-tando agli estremi quanto sinora detto, risulterebbero un sostegno vitale, e quindi segno del carattere artificiale della vita, anche i trattamenti farma-cologici che si effettuano durante un breve decorso di malattia e persino i farmaci utilizzati per curare raffreddore e influenza.

In sintesi, la lettura estensiva dell'espressione "dipendenza da tratta-menti di sostegno vitale" presenta dei tratti paradossali e ha delle inevita-bili ripercussioni a livello sociale e culturale, perché rischia di declinare ogni bisogno di cura nei termini di una dipendenza che comporta necessa-riamente un vissuto negativo. In altre parole, il rischio è quello di guardare alla vulnerabilità come a un ostacolo da superare sempre e comunque o addirittura da annullare, vivendo in maniera negativa tutte le possibili fe-rite dovute al nostro essere fragili e vulnerabili. In realtà, il nostro bisogno di cura è espressione della vulnerabilità umana, cioè di quel tratto pecu-liare dell'essere umano che lo apre all'ambiente circostante e gli consente l'incontro con l'altro. Letta in questi termini, la vulnerabilità è una dimen-sione costitutiva del nostro essere, che ci accompagna in ogni momento ed età della nostra vita; come tale essa non si traduce necessariamente in un'esperienza negativa. Essa semmai, pur potendo essere causa di ferite, costituisce un'esposizione radicale verso la realtà tutta e verso gli altri, che richiede cura e attenzione.

English title: End-of-life-decisions, dependence and vulnerability

#### Abstract

*The paper critically analyzes the Italian debate on Physician-Assist-ed-Suicide (PAS), showing that it is characterized by a misrecognition of the medical and bioethical differences between the various treatments and procedures, with the consequent risk of adopting a reductive approach to the so-called end-of-life decisions. As will be addressed in the first part of the article, the current end-of-life lexicon proves what has just been said: the practice of PAS is increasingly indicated with expressions like "Physician-Assist-ed-Dying" and "Physician Aid-in-Dying", which could allude not only to assisted suicide but also to other end-of-life practices that are not aimed at the patient's death, such as deep palliative sedation. In this way, different practices in terms of procedures and objectives are mistakenly equated. The*

*second part of the paper argues that improper undue equations can also be noticed by analyzing both the arguments of the Constitutional Court (provided in Order n. 207/2018 and Judgment n. 242/2019) and the recent attempt to extend the expression “life-sustaining treatments”.*

**Keywords:** physician-assisted-suicide; end-of-life-decisions; withholding/withdrawing treatments; deep palliative sedation; life-sustaining treatments.

Francesca Marin  
Università di Padova  
*francesca.marin@unipd.it*