

Audizioni su rifiuto trattamenti sanitari e liceità eutanasia

Alle ore 11 del 4 giugno, le Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali, presso l'Aula della Commissione Giustizia, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di liceità dell'eutanasia, hanno svolto le audizioni di Michele Ainis, professore di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università degli studi Roma Tre; Vladimiro Zagrebelsky, direttore del Laboratorio dei diritti fondamentali di Torino; Alfredo Mantovano, consigliere della Corte suprema di Cassazione e vicepresidente del Centro studi Livatino; Amedeo Santosuosso, professore di diritto, scienza e nuove tecnologie presso l'Università degli studi di Pavia.

di *Alfredo Mantovano*, magistrato- vicepresidente del Centro studi Livatino

Ringrazio molto per l'invito. Essendo un giudice e parlando a nome del Centro studi Livatino, che approfondisce questioni giuridiche, non farò riferimento a dati medici o scientifici: mi soffermerò piuttosto sulle norme che le proposte di legge presentate e l'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/18 vorrebbero introdurre.

1. Nell'ottica del diritto, il primo elemento che emerge con evidenza nel dibattito sull'eutanasia e sull'aiuto al suicidio sono le contraddizioni che lo attraversano, difficili da ricondurre a coerenza. Queste contraddizioni sono presenti già nell'ordinanza 207, e si riscontrano in non poche delle pdl in discussione. Le contraddizioni attengono ai contenuti, alla forma, perfino ai rapporti fra istituzioni: per ragioni di tempo mi soffermerò soprattutto su quelle che riguardano i contenuti, pur se le altre non sono di poco conto. E' sufficiente in proposito ricordare che quando una norma di legge viene sottoposta all'esame della Corte costituzionale, l'esito è l'inammissibilità se la questione sollevata non è stata correttamente impostata dal giudice, per esempio la norma impugnata non ha rilievo nel giudizio ordinario; il rigetto, se essa non viene valutata contraria alla Costituzione; l'accoglimento, se l'eccezione è ritenuta fondata, con conseguente declaratoria di illegittimità; la pronuncia interpretativa di rigetto, se la norma è ritenuta legittima a condizione che sia interpretata in modo diverso da quanto fatto dal giudice che ha rimesso la questione alla Corte. Per la prima volta da quando esiste la Corte costituzionale, l'ordinanza n. 207/2018, nel disegnare i profili di una presumibile illegittimità della disposizione impugnata dalla Corte di assise di Milano – l'art. 580 cod. pen. -, non perviene alla declaratoria di incostituzionalità, ma la differisce sollecitando il Parlamento affinché vari una legge che recepisca le indicazioni della Corte medesima. Ho qualche dubbio che assegnare al Parlamento i compiti da svolgere, e financo il tempo entro cui svolgerli, realizzi quella "leale e dialettica collaborazione istituzionale" (§ 11 del provvedimento) cui pure la Corte afferma di ispirarsi. Taccio pure – potrebbe

apparire un sofisma da leguleio – della circostanza che una ordinanza di rinvio (tale è formalmente la n. 207), cioè un provvedimento che in genere richiede una motivazione telegrafica, si estenda poi per pagine, assumendo la struttura, l'articolazione e la sostanza di una sentenza.

2. Tornando alle contraddizioni contenutistiche, l'ordinanza 207 rende faticoso leggere in coerente sequenza la prima e la seconda parte della motivazione. Nella prima parte, in particolare al § 6, è scritto che “l'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere.” Si aggiunge che “il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.)”. Trovo difficile, alla stregua della chiarezza di queste affermazioni, conciliarne il contenuto col seguente passaggio, nel quale ci si imbatte al § 10: “una disciplina delle condizioni di attuazione della decisione di taluni pazienti di liberarsi delle proprie sofferenze non solo attraverso una sedazione profonda continua e correlativo rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale, ma anche a traverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte, potrebbe essere introdotta (...)”.
3. Una contraddizione così significativa non può essere ignorata: il Parlamento è chiamato a fare i conti con tale evidente incoerenza. La scelta cui la Camera dei Deputati e il Senato della Repubblica sono sollecitati appare netta: o la solidarietà nei confronti chi si trova in una condizione di debolezza, e quindi ha necessità del

sostegno per affrontare quella situazione (assistenza domiciliare, hospice, cure palliative...), come indicano la prima e per certi aspetti l'ultima parte dell'ordinanza; oppure l'aiuto a trovare la morte, facendo sì che una sostanza iniettata o comunque somministrata segua la richiesta di aiuto spesso disperata di chi versa in quella situazione, e questa seconda direzione orienta larga parte delle pdl incardinate. I nodi problematici sono tanti. Accenno a quelli a mio avviso più significativi. In più d'una pdl l'aiuto al suicidio viene ricompreso nella categoria dei "trattamenti sanitari". Non è un mero problema definitorio: se l'aiuto al suicidio è qualificato "trattamento sanitario", è del tutto logico che quel che serve per realizzarlo sia fatto rientrare nel Servizio sanitario nazionale, e addirittura nei Livelli essenziali di assistenza, come stabilisce più d'una pdl. Il problema non è l'esito, bensì la qualifica. Trattamenti sanitari sono per definizione quell'insieme di terapie e di interventi finalizzati al beneficio del paziente: se non alla sua guarigione, quanto meno alla attenuazione del suo dolore. E' tanto vero che nell'espressione trattamenti sanitari non rientri l'aiuto al suicidio che a colui che è il titolare dei trattamenti sanitari, cioè al medico, viene riconosciuta l'obiezione di coscienza allorché gli si chieda di aiutare il paziente a suicidarsi. La Consulta spiega che deve prevedersi, nell'"eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura": se fosse un trattamento sanitario, in quanto tale coerente col codice deontologico del medico, perché riconoscere al medico il diritto di obiezione? Ancora sull'uso di espressioni rischiose, molte delle pdl parlano di "prognosi infausta" quale presupposto dell'atto eutanasi. Talora la associano a una previsione temporale di morte, entro 18 mesi per esempio. Talaltra a ulteriori definizioni, altrettanto generiche, per esempio "inarrestabile evoluzione" della patologia. Chiedo: se a un paziente viene riscontrata una patologia tumorale, quale medico attesterà una prognosi "fausta"? Quale professionista azzarderà in scienza e coscienza una previsione temporale attendibile? Quanti casi si riscontrano di pazienti che reagiscono così bene a una chemioterapia da dare alla "prognosi infausta" una prospettiva temporale lunga, non calcolabile come tale nel momento in cui veniva formulata la prima volta? e perché non mettere in conto che il progresso farmacologico individua chemioterapici sempre più efficaci e con minori effetti collaterali ?

4. C'è però un aspetto sul quale vorrei soffermarmi un momento in più. Sia la Corte costituzionale che più d'una delle pdl presentate pongono in correlazione l'autodeterminazione del paziente con la dignità umana: al § 9 dell'ordinanza n. 207 si sostiene che la limitazione della prima comporterebbe una lesione della seconda. E nelle pdl questo nesso viene inserito o nel primo articolo o nella relazione. Vi ha fatto riferimento in questi termini anche il prof Zagrebelski.

L'autodeterminazione è qualcosa di molto importante per ciascuno di noi, ma non è senza limiti. I limiti sono identificabili nel rispetto dell'altro (non spingo la mia autodeterminazione al punto da passare col semaforo rosso ponendo a rischio l'altrui integrità mentre attraversa la strada che io percorro), ma pure nella natura non disponibile del bene: per un lavoratore dipendente le ferie sono indisponibili, non può rinunciarvi, e quindi sul loro obbligatorio godimento non ci si può autodeterminare (la vita dell'uomo fino a non molto tempo fa era ritenuta bene non disponibile). Non è così per la dignità dell'uomo: essa non ha né limiti né condizioni. Il condannato per i crimini più orrendi non perde la dignità di uomo, qualunque cosa abbia fatto. Quando l'art. 27 co 3 Cost. sancisce che "le pene (tutte, anche l'ergastolo) non possono consistere in trattamenti contrari al senso di umanità e devono tendere alla rieducazione del condannato", sottolinea esattamente quest'aspetto. La dignità di un uomo sopravvive perfino alla morte e fonda la pietas che riserviamo ai nostri defunti. Il Parlamento intende approvare una legge che introduca il suicidio medicalizzato nel SSN? Lo faccia in nome non della dignità, se il riferimento è il rispetto della volontà di morte del paziente, bensì di una autodeterminazione spinta all'estremo. E sarà interessante capire come Camera e Senato affronteranno il tema sottolineato dalla stessa Corte costituzionale: la quale ha comunque messo in guardia sul fatto che l'autodeterminazione – il consenso – nei casi di persone con gravi patologie è fortemente condizionato da situazione di debolezza. Il Parlamento spiegherà come sia possibile che se io acquisto un appartamento trovandomi in una condizione di volontà indebolita e condizionata, posso impugnare e risolvere il contratto di compravendita. Un atto che determina la cessazione della vita invece sarebbe immediatamente operativo. La strada dell'autodeterminazione va poi intrapresa avendo una consapevolezza: che l'autodeterminazione sarà il punto di partenza, ma non sarà il punto di arrivo. Il punto di arrivo, come insegnano le esperienze di altre nazioni, sarà la tenuta del welfare. In Belgio e in Olanda da tempo gli interventi eutanasi vengono praticati a prescindere dal consenso, sulla base delle scelte di priorità del SSN nel trattamento dei pazienti e nell'allocazione delle risorse. Alfie Evans non aveva espresso alcuna volontà eutanasi o suicidiaria, e i suoi genitori, legittimati più di altri a interloquire sulla sua sorte, avevano chiesto la possibilità di curarlo, anche a loro spese, anche in un altro Paese. Sappiamo come è andata a finire. Non so se tranquillizzi la prospettiva che un giudice decida della vita o della morte di una persona per esigenze di bilancio, come è accaduto per Alfie: la rilettura dei verbali dei giudizi davanti all'Alta corte del Regno Unito sono in proposito drammaticamente illuminanti.

5. C'è qualche via per rispondere alle sollecitazioni della Consulta senza negare la tutela della vita? L'ordinanza n. 207 suggerisce di non restare inerti, diversamente

la Consulta ha già anticipato quale sarà la propria decisione. Una prima risposta va data alla sollecitazione della Corte costituzionale di “considerare specificamente situazioni come quella oggetto del giudizio a quo: situazioni inimmaginabili all’epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali”. Potrebbe tradursi nella distinzione fra la posizione di chi non ha alcun legame col paziente e coloro che invece da più tempo soffrono col paziente in virtù della costante vicinanza a lui. La posizione del convivente, familiare in senso formale oppure no, è evidentemente diversa da quella di altri, e tollera un trattamento distinto e una sanzione meno grave, pur mantenendosi il giudizio negativo dell’ordinamento. E’ la stessa Consulta che nell’ordinanza n. 207 citata ricorda – nell’ambito del § 6 prima menzionato – come “la circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l’ordinamento non sanziona chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell’attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una relatio ad alteros di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l’esigenza di rispetto del bene della vita.” Alla stregua di tali premesse, potrebbe ipotizzarsi una forma attenuata del reato di cui all’art. 580 cod. pen., individuando quale soggetto attivo chi conviva stabilmente con il malato, precisando tipologie di condizioni che tendono meno grave l’illecito, a cominciare dal grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui che interessa l’autore del fatto. Va aggiunto che con l’ordinanza n. 207 la Corte costituzionale conclude – § 10 – che “dovrebbe essere valutata (...) l’esigenza di adottare opportune cautele affinché – anche nell’applicazione pratica della futura disciplina – l’opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza – in accordo con l’impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010 – sì da porlo in condizione di vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza. Il coinvolgimento in un percorso di cure palliative dovrebbe costituire, infatti, un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente”. La nuova disciplina dovrebbe rendere effettivo il ricorso alle cure palliative, come è già previsto dall’art. 2 della legge n. 219/2017 e come è richiesto dalla Consulta, con la presa in carico del

paziente da parte del Servizio sanitario nazionale al fine di praticare un'appropriate terapia del dolore. Non è corretto asserire che le cure palliative esistono e non hanno risparmiato casi di pazienti con sofferenze intollerabili, perché è noto a tutti che la legge n. 38/2010 è stata poco sostenuta finanziariamente, e ancor meno applicata: manca allo stato la prova di ciò che accada qualora una seria e diffusa terapia del dolore costituisca la risposta a tante sofferenze. Se la causa della disperazione è l'intollerabilità del dolore, il piano di intervento non è l'uccisione di un essere umano ma è lo sforzo di lenire quel dolore, per quanto possibile; la legge n. 38/2010 va in questa direzione: va applicata, recuperando risorse e professionalità adeguate. Può darsi che una risposta legislativa che valorizzi questi due aspetti non sia del tutto coerente con le indicazioni conclusive della Consulta, ma – posto che l'ordinanza della Consulta ha in sé, come si è visto, degli elementi contraddittori – una scelta del Parlamento che vada in questa direzione sarebbe certamente coerente col buon senso e col senso di umanità...

6. ...una risposta che abbia il carattere proprio della legge, sia cioè generale e astratta, lasciandone la specificazione anzitutto ai medici, per i quali vige il codice deontologico. Quel che dal punto di vista sistematico sorprende nell'ordinanza n. 207 è che – mentre il giudizio di costituzionalità ha per oggetto la norma impugnata e consiste nel confronto fra essa e la Costituzione – essa dedichi uno spazio non limitato al drammatico esame del caso concreto che ha originato la questione di legittimità, e quindi il provvedimento della Corte. Mi auguro che il Parlamento non ripercorra l'iter della Consulta, che cioè non intenda costruire un abito normativo su misura dell'imputato nel giudizio dal quale è stata sollevata l'eccezione. Costituirebbe l'ennesima anomalia di una vicenda che va riportata alla linearità dei fondamenti della Costituzione.

<https://www.centrostudilivativo.it/audizioni-su-rifiuto-trattamenti-sanitari-e-liceita-eutanasia/>