

---

*Nodi / Symposia*  
Questioni di fine vita  
*a cura di Piergiorgio Donatelli*

---



---

*Le questioni etiche di fine vita in Italia nel 2020*  
**Piorgio Donatelli**

---

1. I saggi che presentiamo in questo *Nodi* raccolgono gli interventi rivisitati di un seminario di ricerca promosso dalla rivista *Iride*, che si è tenuto nella sede del Mulino a Bologna il 24 gennaio 2020. Oltre a chi scrive in questo fascicolo vi ha preso parte la pastora Letizia Tomassone, che ringrazio per il suo intervento.

La questione delle scelte etiche alla fine della vita si snoda lungo l'intera tradizione filosofica e anticipa il dibattito recente, bioetico e politico, sulla legittimità di tali scelte che distinguiamo ora in tipologie differenti: la libertà di non essere trattati o di interrompere un trattamento lasciando delle disposizioni anticipate, il suicidio assistito e l'eutanasia. Nella tradizione filosofica la questione del porre fine alla propria vita è stata discussa a più riprese e ha trovato difensori e detrattori. Alle sue origini, con un discorso sull'anima Platone nega la legittimità del suicidio. Nel *Fedone* scrive che «noi uomini siamo come chiusi in una custodia, e che, perciò, non dobbiamo liberarcene e fuggire»<sup>1</sup>: siamo come sentinelle a difesa della vita e non ci è dato decidere quando lasciare il posto di guardia, un'immagine che avrà molto fortuna nella cultura europea. Tuttavia, con un discorso molto vicino al suo, gli stoici e in particolare Seneca difendono invece il suicidio. Nelle *Lettere a Lucilio* Seneca scrive che «il sapiente vivrà tutto il tempo che ha il dovere di vivere, non tutto il tempo che può vivere». Di fronte al tiranno che ne minaccia l'integrità morale o di fronte alla malattia il suicidio è l'unica scelta etica percorribile. In particolare, se la malattia «comincerà a farmi vacillare la mente e ad offuscarmela, se non mi lascerà la vita, ma solo un soffio di vita fisica, balzerò fuori dall'edificio putrido e cadente [...]. È debole e vile chi si dà la morte per timore di soffrire; è stolto chi vive per soffrire»<sup>2</sup>.

In modo analogo il tema sarà ripreso nel Settecento con Hume che torna alle argomentazioni stoiche difendendo la legittimità di questa scelta,

<sup>1</sup> Platone, *Fedone*, in Id., *Tutti gli scritti*, a cura di G. Reale, Milano, Bompiani, 2000, 62b, p. 74.

<sup>2</sup> Seneca, *Lettere a Lucilio*, in Id., *Opere morali*, Milano, Rizzoli, 2007, VIII 70, 4, p. 218, e VI 58, 35-36, pp. 187-88.

mentre Kant avverte la forza dei ragionamenti stoici ma finisce con l'avversarli. Tra l'antichità e la modernità era intervenuta la lunga epoca cristiana che aveva messo fuori legge la scelta sul suicidio collocandola al di là dell'orizzonte morale, assieme agli altri divieti assoluti che riguardano l'aborto e la vita sessuale. Il suicidio non è più solo una questione intellettuale ma un limite invalicabile della condotta umana. Il saggio di Hume sul suicidio verrà ritirato prima della pubblicazione e uscirà postumo.

Il tema ritorna nel Novecento in un contesto differente: riguarda la professione medica e gli operatori sanitari, ed è inserito in una discussione pubblica che coinvolge le società democratiche di fronte all'insufficienza del richiamo alla tradizione medica, alle sue pratiche e alla deontologia professionale. La bioetica sorge negli anni settanta in un contesto caratterizzato al contempo dai forti progressi della medicina in tutti i campi e dalla crisi della tradizione medica sotto l'incendio delle lotte per i diritti civili e la sperimentazione delle nuove libertà personali. Rispetto alla tradizione filosofica, la scelta di lasciare la vita è difesa ora come una libertà che non ha solo la società e le sue leggi come nemici ma anche la professione medica. Gli avanzamenti della medicina trasformano il suicidio da una questione intellettuale a una questione pratica che riguarda il modo in cui le persone sono curate. Non riguarda solo l'integrità morale di poche persone (i filosofi e i moralisti) che si fanno carico di mantenere viva la tradizione riflessiva dell'etica, che è la linea inaugurata da Socrate con la sua scelta di affrontare la morte piuttosto che cedere al compromesso con la sua anima. Riguarda invece un numero larghissimo di persone che finiscono la vita nelle mani dei medici e delle loro scelte professionali.

Tuttavia, il tema del fine vita muta aspetto nel Novecento anche sotto un altro profilo. La questione classica che discutono i filosofi lungo i secoli è quella del suicidio razionale, vale a dire se la concezione etica che essi propugnano consenta questa scelta. Il test è molto alto ed è univoco: è la ragione che vince sull'esperienza ed è la concezione etica che essi propugnano che è fatta valere per tutti. Ciò che si affaccia nel Novecento è un altro modo di considerare l'uscita dalla vita, che mette in primo piano le diverse visioni del mondo, le concezioni morali personali assieme ai modi differenti di rispondere al dolore, alla dipendenza dagli altri, alla perdita delle funzioni. Le questioni di fine vita vengono spostate dall'etica che pensiamo debba valere per tutti all'etica che ha molte declinazioni individuali differenti. I divieti e i doveri che tengono unite e pacifiche le società fanno parte della prima concezione dell'etica (non danneggiare gli altri e dare il proprio contributo all'interesse generale), mentre i diversi modi di regolare la vita secondo il proprio orientamento e il proprio temperamento (una vita dedicata all'amicizia, agli ideali politici, al successo personale e così via) fanno parte della seconda. Una volta che la questione del fine vita è stata collocata tra le scelte individuali, si è cominciato ad

apprezzare la varietà di motivi che ispirano queste scelte: si apprezza chi rimane attaccato alla vita fino alla fine andando incontro a dolori e trattamenti che appaiono esagerati (come fece Susan Sontag, nella memoria molto toccante che ci ha regalato il figlio David Rieff)<sup>3</sup> e chi decide di lasciarla quando il dolore del corpo o della mente si fa insopportabile, come nei casi che hanno colpito e istruito il nostro paese (Piergiorgio Welby e Fabiano Antoniani, Lucio Magri e Mario Monicelli, tra gli altri). A motivare queste scelte diverse è l'urgenza e il colore dell'esperienza personale di chi si trova in quelle condizioni ed è anche un'idea generale di come va vissuta la vita.

Così trasformata, la questione del suicidio assistito è entrata nel dibattito pubblico come un tema cruciale per la sorte delle democrazie. Non è più solo una questione che attiene all'etica dei filosofi che hanno dedicato la propria vita a porsi tali quesiti e ad affrontare le scelte con il coraggio e la determinazione richiesti (la vita filosofica propugnata da Socrate), rimanendo tuttavia sempre un po' al riparo dalla vita comune di tutti gli umani. La questione riguarda ora tutti, perché la medicina con i suoi enormi successi accompagna le vite delle persone dal principio alla fine, e alla fine offre conoscenze, capacità di intervento e soprattutto ha allungato enormemente il processo del morire vicariando funzioni come la respirazione e l'alimentazione. Ma riguarda tutti anche perché è cresciuta la cultura liberale che promuove la scelta individuale, per cui è sempre più normale aspettarsi che alla fine della vita le persone scelgano con la loro testa dando fiducia alle proprie convinzioni e alla propria esperienza, e che siano sempre meno coloro che rifuggono la scelta lasciando che siano altri a dire loro cosa si deve fare (le autorità che considerano investite di questo ruolo: i medici stessi, i familiari, i religiosi). È chiaro, perciò, che dopo un lungo percorso le questioni di fine di vita dovevano arrivare al cuore del dibattito democratico, come era successo con l'inizio della vita, dall'aborto alla riproduzione assistita, perché riguardano la libertà di essere se stessi, di formare convinzioni profonde e di agire in coerenza con esse, in particolare quando questa libertà è coartata da scelte di professionisti che assolvono a un altro interesse fondamentale delle nazioni democratiche, l'interesse alla salute.

2. I testi che seguono si addentrano nella tradizione filosofica, nella storia politica e legale tra Novecento e i primi due decenni del nuovo secolo, fino al dibattito italiano e alla nostra vicenda politica e legale, che dopo decenni di blocco e di dolorosa attesa di leggi e di regole ha intrapreso la strada dell'introduzione di alcune libertà sancite da sentenze di tribunali,

<sup>3</sup> D. Rieff, *Senza consolazione. Gli ultimi giorni di Susan Sontag*, Milano, Mondadori, 2009.

da leggi dello stato e da ultimo dal pronunciamento della Corte Costituzionale. Il senso di arretratezza e di soffocamento suscitato in chi avesse osservato la vicenda italiana, stretta in una conversazione pubblica violenta che vietava ogni regolamentazione alle scelte di portare al mondo i bambini con l'aiuto delle tecniche (con la legge 40 del 2004 poi in larga parte svuotata da molte sentenze) e dalla semplice impossibilità di parlare di eutanasia, un termine avvolto da vapori sulfurei, si è mutato ora in un clima nuovo e del tutto diverso. Le finestre e le porte dell'edificio della nostra nazione sono state aperte e respiriamo un'aria nuova. Coloro che pensavano che questa libertà non fosse ammissibile rappresentano ora minoranze culturali, anche se sono spalleggiate da forze politiche importanti, e la cultura etica e giuridica nella nazione ha chiaramente collocato la libertà di scelta alla fine della vita dentro le libertà fondamentali che appartengono alla tradizione costituzionale.

I saggi che compongono questo *Nodi* illustrano tale cambiamento in modo approfondito e istruttivo. Ma si tratta appunto di un cambiamento. Eugenio Lecaldano e Maurizio Mori, due protagonisti della bioetica nella nostra nazione, ne esaminano in modo efficace le tappe e la direzione di marcia. Lecaldano mostra quanto ci siamo allontanati dal quadro del suicidio razionale che aveva consegnato la tradizione filosofica e quanto abbiamo avvicinato il tema del fine vita alla trama sottile dell'esperienza quotidiana. Mori mostra come da una condizione arretrata l'Italia è ora passata all'avanguardia nella regolazione di queste scelte e come i termini della discussione pubblica siano completamente mutati rispetto ai decenni del blocco. Donata Lenzi è stata la relatrice della Legge 219 del 2017 il cui titolo recita «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento». La legge introduce le disposizioni anticipate ma in modo più strutturale sposta il centro della pratica medica sul consenso informato e quindi sul volere e sulla libertà del paziente. È questa legge che ha reso possibile il pronunciamento della Corte Costituzionale nella Sentenza 242 del 2019 che ammette il suicidio assistito pur in presenza di condizioni che sono precisate, tra le quali che la persona sia tenuta in vita da macchine o da trattamenti di sostegno vitale, condizioni che lasciano aperta tuttavia l'interpretazione delle Corti, dove è già chiara la direzione che è quella di una estensione delle circostanze in cui la richiesta di suicidio assistito è considerata legittima.

Nel suo intervento Donata Lenzi riconosce che la Legge 219 rappresenta uno spartiacque, un punto di equilibrio tra una lunga fase di negazione di qualsiasi rispetto del volere del paziente e una nuova fase dove il volere del paziente diventa l'ultima parola. Come scrive commentando la Sentenza 242/19 della Corte: «L'evoluzione della giurisprudenza successiva è facilmente prevedibile. Di caso in caso, di sentenza in sentenza, in nome del principio di uguaglianza, si andrà verso l'abolizione del requisito

della dipendenza da sostegni vitali e poi si potrà aprire all'eutanasia sulla falsariga di quanto avvenuto in Canada (per altro richiamato in sentenza) perché se posso procurare il farmaco letale posso anche iniettarlo a chi non è in condizione di suicidarsi da solo». Donata Lenzi prende le distanze da questa seconda fase. Contesta che la libertà del paziente diventi un diritto all'autodeterminazione che include la decisione su quando la vita è conclusa per la persona che la sta vivendo. Vede in questo la perdita del valore della vita individuale, inteso come un bene che è l'oggetto della sollecitudine e della solidarietà sociale, un bene che è al cuore delle società democratiche che non sono indifferenti alla sventura e al dolore degli altri ma che si mobilitano per prestarvi soccorso, come è accaduto a moltissimi medici e sanitari nei mesi più duri e dolorosi della pandemia Covid-19 quest'anno. Non c'è contraddizione tra il rispetto di chi vuole andarsene e l'aiuto a chi non vuole morire, poiché entrambe le condotte promanano dall'ascolto del volere liberamente espresso a cui i sanitari si rivolgono. Tuttavia, Lenzi ritiene che il cambiamento culturale profondo che mette al centro la scelta del paziente modifichi anche il valore che ha per noi il patto solidale tra cittadini e che ha spinto tanti medici a dedicarsi con abnegazione e grandissimo rischio personale alla cura dei malati. Scrive: «Guardiamo ammirati in questi giorni la disperata battaglia di medici e infermieri per salvare chi è colpito dal virus del Covid-19, il moto solidale di chi di loro è rientrato dalla pensione o non ha neanche ancora finito gli studi. Il loro dovere contrattuale era starsene a casa in pensione, ciò che li muove è altro, è la stessa spinta a impegnarsi che li spinse a scegliere quella professione. Ci si dovrebbe chiedere se un diverso atteggiamento verso l'eutanasia e la sua pratica regolarizzata non cambi alla fine nel profondo la stessa professione». Lenzi tocca un tema di grande importanza di cui Lecaldano vede tuttavia un altro aspetto: quante persone erano tenute in vita nelle residenze e venivano trattate senza che fosse loro richiesto il consenso? Scrive Lecaldano: «nelle strutture per anziani (Rsa), da quanto si riesce a sapere, l'attenzione a verificare l'effettivo consenso delle persone ai trattamenti a cui venivano sottoposti sembra essere stata – al di là di qualche espediente meramente formale – l'ultima preoccupazione dei responsabili».

Entra in scena una questione cruciale che ha anche i contorni della storia politica. Alcune nazioni come l'Italia e la Germania sono state ricostruite nel secondo dopoguerra, dopo la catastrofe delle dittature, recuperando la cultura giusnaturalista cristiana coniugata con il solidarismo socialista. Questa cultura politica ha avuto un ruolo fondamentale nella costituzione di un terreno unitario e costruttivo della vita repubblicana che però ha ostacolato lo sviluppo della ricerca e della sperimentazione etica. Per affermare che vi erano bisogni a cui dare una risposta, sfruttamenti da superare e progressi da realizzare, si faceva appello a una natura umana indiscussa

che è all'origine di necessità universali su cui costruire la collaborazione solidale della nazione. Il Novecento è alle nostre spalle. Se consideriamo la nostra nazione, sono scomparsi prima i partiti che hanno veicolato questa concezione giusnaturalista (in primo luogo la Democrazia cristiana) e poi anche la stessa cultura giusnaturalista che per alcuni decenni era stata utilizzata dalla Chiesa cattolica che era scesa direttamente nell'agone politico con l'avallo del nuovo partito di governo fondato da Silvio Berlusconi. Ma si deve osservare che la dipendenza del solidarismo da quella cultura è stata un'invenzione del Novecento, ha dato i grandi frutti che conosciamo nel nostro paese sotto la guida della Democrazia cristiana e dei suoi alleati, ma era sin dal principio un esperimento che poteva essere contestato. Reclutava valori antiquati che erano già stati criticati nella cultura moderna e illuminista precedente, allo scopo di stabilizzare lo spazio politico democratico, aperto invece al pluralismo dei valori e alla discussione. Si è trattato di un esperimento fortunato che ha mostrato però i suoi limiti quando la contestazione a quei valori antiquati è tornata attuale su vari fronti, anche quello bioetico, a partire dagli anni settanta.

Ora che tale esperimento si è definitivamente concluso, è giunto il tempo di considerare come il solidarismo e i valori della giustizia possono convivere con la libertà che si spinge a quelle che consideravamo delle costanti esistenziali ma che sono diventate ora delle variabili: il venire al mondo e il morire. Il progetto democratico e solidarista non ha bisogno di richiamarsi a una natura umana immutabile. La questione è anche puramente teorica e filosofica, considerato che un tale richiamo comincia a ricevere critiche severe a partire dal Seicento, in particolare nella filosofia britannica. Tuttavia, possiede anche un aspetto storico importante perché attorno al collegamento tra giusnaturalismo e solidarismo democratico si sono ricostruite alcune nazioni. Il pensiero che siamo noi a decidere quando la nostra vita è da considerarsi conclusa può lasciare perplessi, così come sta suscitando un acceso dibattito la proposta che ai fini del cambiamento di genere sia sufficiente una semplice dichiarazione della persona interessata, senza procedere ad accertamenti medici o senza che interventi sul piano fisico siano stati intrapresi. Queste nuove libertà trasformano il modo di considerare la natura: la natura umana non è più un terreno fisso sotto di noi, la modifichiamo invece con le nostre scelte. La giustizia e la solidarietà si ancorano ora a questi nuovi bisogni e desideri di felicità e di vita in comune. Il nuovo esperimento democratico perciò è da costruire su queste nuove basi, ed è già in costruzione solo se ci disponiamo a prestare attenzione ai molti segnali che arrivano. Abbiamo perso la natura umana immutabile e indisponibile, abbiamo guadagnato in cambio nuove felicità e aspirazioni su cui organizzare una società solidale e democratica. Il commiato dal Novecento non è solo l'occasione di rimpianto e nostalgia ma l'inizio necessario per una nuova e promettente costruzione politica e sociale.



*Ethical end-of-life issues in Italy in 2020*

The article surveys various issues around the debates on the end of life in Italy in the last decades. The author suggests that we are now in a new phase, and that we should say farewell to the Twentieth century and to its political culture.

*Keywords:* End of life, Suicide, Euthanasia, Democracy, Freedom.

*Piergiorgio Donatelli, Dipartimento di Filosofia, Sapienza Università di Roma, via Carlo Fea 2, 00161 Roma, pgdonatelli@gmail.com.*



---

*I fatti della bioetica sulla fine della vita umana  
e le riflessioni filosofiche*

**Eugenio Lecaldano**

---

1. *Alcuni nuovi fatti della bioetica e il «diritto alla cittadinanza» delle persone anziane*<sup>1</sup>

Il 10 maggio 2018 a Liestal (Svizzera) è morto all'età di 104 anni il professore e scienziato David Goodall, di origini londinesi ma naturalizzato australiano e che in Australia ha svolto la parte principale della sua attività di docente e ricercatore. La sua morte rappresenta il fatto della bioetica su cui richiamo la vostra attenzione come utile per avviare queste nostre riflessioni sulle questioni etiche che si pongono oggi alla fine della vita umana. Il tema centrale di questo articolo è la ricerca di una specificità del contributo filosofico alla conoscenza e al trattamento di questi nuovi fatti di fronte a cui si trova la specie umana e, dunque, all'impostazione di una migliore soluzione delle questioni eticamente rilevanti.

La morte di Goodall è avvenuta per suicidio assistito. Goodall era a favore della legalizzazione del suicidio assistito ed è stato membro di «Exit International» per più di vent'anni. Egli rese nota la sua volontà di porre fine alla propria vita con l'aiuto dei medici, andando in Svizzera nei primi mesi del 2018. Il suicidio assistito quando Goodall andò in Svizzera era una pratica vietata in Australia, ma poi dal giugno 2019 una legge dello stato di Vittoria l'ha reso legale solo per i malati terminali con un'aspettativa di vita inferiore a sei mesi. Goodall ha dichiarato: «Alla mia età, e anche molto meno che alla mia età, uno vuole essere libero di scegliere la morte quando è giunto il tempo appropriato per essa». Ha altresì dichiarato: «ho piacere di essere ricordato come uno strumento che ha aiutato a rendere liberi gli anziani (*elderly*) di scegliere la propria morte». E ancora: «le mie capacità e la mia vista stanno declinando e non voglio più vivere in questo modo». Aveva anche aggiunto: «Non voglio andare in Svizzera anche se è un bel paese, ma devo

<sup>1</sup> Questo testo presenta, rielaborate e con integrazioni, alcune idee esposte nel seminario sull'«etica della fine della vita umana» organizzato da «Iride» e che si è tenuto a Bologna il 24 gennaio 2020 presso la sede de «Il Mulino». Ringrazio Giovanni Mari e Piergiorgio Donatelli per avere organizzato il seminario e gli intervenuti nella discussione che mi hanno aiutato a correggere e precisare le mie idee.

farlo per avere l'opportunità di un suicidio che il sistema australiano non consente: sono molto irritato. [La mia famiglia capisce] quanto sia insoddisfacente la mia vita qui, insoddisfacente sotto tutti gli aspetti. Prima si finisce meglio è. La mia sensazione è che una persona anziana come me dovrebbe avere pieno diritto alla cittadinanza incluso il diritto al suicidio assistito». Due medici in Svizzera autorizzarono Goodall a procedere con il suicidio assistito anche se non si trattava di un malato terminale. Prima di morire Goodall tenne una conferenza in cui illustrò le sue ragioni per il suicidio e concluse la sua vita, circondato dalla sua famiglia, azionando un interruttore che mise in moto l'iniezione letale di pentobarbital. Mentre moriva Goodall ascoltava la Nona Sinfonia di Beethoven e dopo la morte fu cremato.

L'altro fatto che voglio prendere in considerazione per la mia ricerca – in questo caso in verità più che un fatto solo un'ipotesi empirica trattandosi di una previsione – è che tra alcuni decenni gli ultrasessantenni viventi sulla terra potrebbero essere qualche centinaio di milioni: ovviamente procedendo le cose che riguardano la specie umana e il suo incremento demografico lungo il corso consolidatosi nell'ultimo mezzo secolo<sup>2</sup>. Sembra dunque necessaria una comune ed esplicita riflessione pubblica sui modi di morire e sul come il nostro Stato possa attrezzarsi in modo che questa parte sempre più ampia della cittadinanza non solo sia aiutata e curata. Ma non subisca inaccettabili discriminazioni. Una riflessione del genere certamente ha condotto in vari suoi lavori Marzio Barbagli, ad esempio segnalando in una sua accurata ricostruzione sociologica dei modi di morire nella società italiana, il particolare trend del grande aumento, negli ultimi decenni, della percentuale dei casi di persone affette da demenze senile<sup>3</sup>. Il libro di Barbagli è anche utile per ricostruire la vicenda a cui negli ultimi secoli sono andate incontro le diverse concezioni della morte nella società italiana. Ad esempio egli documenta con chiarezza il consolidarsi, dal XVII secolo, di una visione negativa della morte subitanea e improvvisa e dunque la preferenza per una morte lenta nel proprio letto. Secondo Barbagli questo consolidamento è un effetto dell'affermarsi della visione cattolica che riteneva necessario un processo lento e graduale del morire per potere permettere ai credenti di pentirsi e confessarsi. Si consolidava così per influenza del cattolicesimo

<sup>2</sup> Cercando specificamente dati sull'incremento demografico degli anziani oltre i sessantacinque anni in Italia nei prossimi cinquant'anni, si leggono vari rapporti ISTAT che prevedono l'incremento di questa popolazione dall'attuale 20,3% al 32% dopo il 2043, con una stabilizzazione intorno a questo dato nei decenni successivi. Alcune previsioni specificano poi che nel 2050 almeno quattro milioni supereranno la soglia degli 85 anni e che già nel 2030 si prevedono almeno cinque milioni di anziani con disabilità. Alcune proiezioni demografiche prevedono per la fine di questo secolo circa un miliardo di esseri umani al di sopra degli ottant'anni su una popolazione di nove miliardi.

<sup>3</sup> M. Barbagli, *Alla fine della vita. Morire in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2018, pp. 233-250.

una concezione specifica della buona morte: «Fu considerata sempre più come malamorte quella improvvisa, inaspettata, fulminea, perché non dava al credente la possibilità di fermarsi, di concentrarsi, di fare un bilancio della propria vita, di confessarsi, di pentirsi dei propri peccati»<sup>4</sup>.

Infine vorrei fare riferimento, ancora in modo del tutto congetturale, a quello che potrebbe essere considerato un terzo tipo di fatto della bioetica rilevante per affrontare oggi le questioni della fine della vita umana. È un evento nuovo in cui si sono intrecciati sviluppi della scienza medica o della cura con trasformazioni sociali e demografiche: da una parte la possibilità di ricorrere su di un piano più generale e per la cura di gravi forme di disfunzioni polmonari a reparti di terapia intensiva negli ospedali pubblici e nelle cliniche private; dall'altra la necessità emersa nella nostra società di occuparsi urgentemente e con mezzi di intervento adeguato di un gran numero di persone anziane coinvolte dall'epidemia di Covid-19. In particolare molte di queste persone anziane erano fragili per l'età e le malattie, e non vivevano più in famiglia ma nelle apposite strutture e case di riposo per gli anziani. Si tratta di una situazione che può fornire elementi di riflessione per una ricerca sulla salvaguardia contro le discriminazioni dei «diritti di cittadinanza degli anziani» alla fine della vita. Il tasso di mortalità tra queste persone è stato molto superiore a quello riscontrabile per altre fasce di età: una situazione recentemente emersa in Italia – ma anche in altri paesi – con la diffusione nel corso dei primi mesi del 2020 dell'epidemia: secondo dati dell'Istat ben l'85% dei decessi per Covid hanno coinvolto la popolazione ultrasessantenne. L'acquisizione precisa dei dati è ancora in fieri e in alcuni casi, per specifiche case di ricovero per anziani, sono state avviate indagini della magistratura per accertare eventuali responsabilità. Una qualche discussione pubblica su queste situazioni è avvenuta in Italia: ad esempio sulla giustezza di criteri di distribuzione delle risorse sanitarie in termini del loro uso migliore che sembravano penalizzare appunto le persone in età avanzata<sup>5</sup>. In questo

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 52.

<sup>5</sup> In particolare una ampia discussione si è sviluppata sul documento del 6 marzo 2020 con le raccomandazioni di etica clinica della «Società italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia intensiva» per gestire l'ammissione ai trattamenti intensivi dei malati coinvolti nella pandemia. La questione è quella del «triage in emergenza epidemica», ovvero di quali siano i criteri più adeguati per allocare in modo eticamente accettabile risorse scarse come la ventilazione meccanica nei reparti di terapia intensiva in una situazione di richieste di accesso superiori alle risorse disponibili. Il materiale di questa discussione è stato raccolto nel sito <<https://www.consultadibioetica.org/covid-19/>> (consultato il 07-09-2020) e comprende sia un documento del CNB sia vari interventi tra i quali ad esempio quelli di Maurizio Mori, Mario Riccio, Luca Lo Sapio, Giacomo Orlando e altri. Per una rivisitazione complessiva si veda P. Borsellino, *Covid 19: Quali criteri per l'accesso alle cure e la limitazione terapeutica in tempo di emergenza sanitaria ?*, in «Notizie di Politeia», 36 (2020), n. 138, pp. 5-25.

contesto è stata ribadita la rilevanza del consenso informato per qualsiasi pratica medica, ma forse non è stata esaurita la questione di quanto fossero stati salvaguardati da discriminazioni i diritti di cittadinanza su cui insisteva Goodall, ovvero quelli che riguardano la libertà degli anziani di fronte alla fine della loro vita. Questa situazione ha mostrato come nel nostro paese non sia del tutto consolidato il principio che lega le scelte della cura al consenso informato: nelle strutture per anziani (Rsa), da quanto si riesce a sapere, l'attenzione a verificare l'effettivo consenso delle persone ai trattamenti a cui venivano sottoposti sembra essere stata – al di là di qualche espediente meramente formale – l'ultima preoccupazione dei responsabili. Ma suggerirei inoltre che il trattamento delle persone anziane in occasione della pandemia ha mostrato la difficoltà che per essi venissero salvaguardate le esigenze etiche di non subire accanimento terapeutico. Cercherò di argomentare come per proteggere le persone anziane da questi trattamenti non eticamente accettabili non bastano le norme codificate con la legge n. 219 del 22 dicembre 2017 sulle «disposizioni anticipate di trattamento». Occorre sviluppare una specifica articolazione di norme sul suicidio assistito e eventualmente sulla eutanasia volontaria attiva. A favore di questa specifica articolazione argomenterò presentando alcuni approfondimenti che su tali questioni ha svolto la ricerca filosofica negli ultimi decenni. Una ricerca che si è in particolare occupata delle valutazioni più adeguate eticamente per le motivazioni che accompagnano eventuali richieste di eutanasia, considerando esplicitamente le situazioni delle persone anziane. Come vedremo sono stati particolarmente approfonditi due percorsi. Da una parte, una migliore messa a punto dei criteri mediante i quali si riscontrano le condizioni oggettive che legittimano le richieste di queste pratiche da parte di anziani vicini alla fine della loro vita. Da un'altra parte, una diversa impostazione teorica per valutare eticamente le specifiche motivazioni che rendono comunque accettabili ed approvabili queste richieste di prendere in considerazione le proprie condizioni.

## *2. Riflessioni filosofiche per approfondire la comprensione dei fatti bioetici sul morire*

L'uso che suggerirei di fare di questi fatti della bioetica è quello che troviamo esemplificato da Carlo Augusto Viano nell'ultima parte della sua produzione<sup>6</sup>. Si può documentare uno sviluppo nel corso della biografia intellettuale di Viano che lo portò a dare un maggiore spazio

<sup>6</sup> È quanto ho provato a mostrare nel mio articolo *La critica alle teorie etiche e la ricerca sui fatti della bioetica*, nel fascicolo in *Ricordo di Carlo Augusto Viano* della «Rivista di filosofia», 110 (2019), n. 3, pp. 481-497.

alle capacità di elaborazioni della filosofia sulle questioni dell'etica. Con questo suo sviluppo Viano ha contribuito (analogamente a quello che avevano fatto Giulio Preti e Uberto Scarpelli) ad una nuova fase del neo-Illuminismo italiano che si spinse al di là degli esiti raggiunti nei decenni dal 1950 al 1970.

Viano insisteva che numerosi fatti della bioetica erano chiaramente riconoscibili nella realtà della società italiana tra fine Ventesimo e inizi Ventunesimo secolo, e che erano accompagnati da due diverse linee di elaborazione: quella della «bioetica conservativa» che cercava di ricondurre questi fatti (in fondo negandoli e sottodeterminandone l'importanza) all'interno dell'etica tradizionale; e quella di una «bioetica laica» che invece vedeva in questi fatti delle chiare evidenze a favore della necessità di superare i principi dell'etica della sacralità della vita. Procedendo in questo modo, Viano faceva propria la riflessione che su tali questioni avevano elaborato negli anni ottanta personalità come Peter Singer e Helga Kuhse<sup>7</sup>, e così si spingeva al di là della preferenza solo negativa precedentemente manifestata nei confronti dell'utilitarismo. Viano, privilegiando la sua critica nei confronti delle eccessive ambizioni delle teorie etiche normative, aveva infatti argomentato che pur tuttavia l'utilitarismo era la meno peggiore tra le teorie etiche normative in quanto le conclusioni che avanzava, diversamente da ciò che accadeva per gli esiti delle altre teorie, erano chiaramente falsificabili<sup>8</sup>. Negli scritti sulle questioni bioetiche che Viano pubblica da metà degli anni novanta del secolo scorso in poi, non solo raccoglie tutta una serie di nuovi fatti della bioetica e contesta alla radice la negazione della realtà che accompagna la «bioetica conservativa», ma offre numerosi suggerimenti per elaborare una bioetica laica, e nello specifico avanza molte argomentazioni a favore dell'accettazione dell'eutanasia<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Sulla discussione critica della concezione della sacralità della vita, in particolare per le sue applicazioni alla medicina, è importante ricordare H. Kuhse, *The Sanctity-Of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*, Oxford, Clarendon Press, 1987.

<sup>8</sup> C.A. Viano, *L'utilitarismo*, in *Le teorie etiche contemporanee*, a cura di C.A. Viano, Torino, Bollati Boringhieri, 1990, pp. 34-58. Ma in generale anche in altre opere (ad esempio *Etica pubblica*, Bari, Laterza, 2002) Viano non seguiva il comune andazzo della cultura italiana che ha fatto di «utilitarista» e «utilitarismo» dei termini banalmente negativi, rivendicando in alternativa la purezza degli intenti morali di una comunità di cattolici.

<sup>9</sup> Si veda ad esempio quanto C.A. Viano dichiarava in *Ragioni e modi dell'eutanasia*, in «Bioetica. Rivista interdisciplinare», 11 (2003), pp. 206-215: «Per questa ragione si può chiedere che in una società liberale come la nostra il potere politico riconosca la disponibilità della vita da parte dei cittadini e dia loro la possibilità di esprimere liberamente le proprie valutazioni e vivere secondo le proprie credenze. L'eutanasia è una possibilità e non una costrizione per nessuno e chi ha precise convinzioni religiose sulla morte può rendere una testimonianza più compiuta alla proprie credenze se la sua condotta è frutto di una libera scelta e non l'imposizione di una legge penale», p. 214.

Seguendo i suggerimenti di Viano, mi sembra che dovendo esaminare il contributo filosofico sul morire, possiamo cominciare richiamando alcune elaborazioni precedenti che risultano a favore del suicidio assistito, non solo in generale, ma anche più specificamente quando coinvolge persone di età avanzata. Procedo però mettendo in particolare in evidenza per ciascun pensatore quali sono le motivazioni che potrebbero del tutto legittimamente giustificare una condotta connessa con il suicidio assistito ed eventualmente una richiesta eutanasica. Mi fermerò su due autori: uno classico, David Hume; ed uno contemporaneo, Bernard Williams. Mi sembra che vari elementi uniscono le loro impostazioni, ma specialmente che entrambi non percorrono la strada di difendere alcune forme di suicidio come tipi di «suicidio razionale». Così facendo contribuiscono a stabilizzare un cambiamento che credo si possa cogliere nel linguaggio con cui si tematizzano queste vicende, con la progressiva scomparsa della tesi che l'unico tipo di suicidio accettabile sia quello razionale. La scomparsa della qualificazione di «razionale» come essenziale per l'accettabilità di un suicidio può essere registrata probabilmente a livello di vita quotidiana, ma è più chiaramente riconoscibile nella riflessione filosofica. Quella di «suicidio razionale» era una formula equivoca e generica che ammetteva il suicidio solo in quanto lo si compiva come un dovere verso Dio, o verso gli altri, o verso se stessi. Questa strategia, almeno in filosofia, è stata sempre più messa da parte e altre vie sono state percorse per argomentare sulla legittimità del suicidio razionale e delle richieste eutanasiche.

David Hume sicuramente tiene conto delle motivazioni delle persone in età avanzata (riprendendo per altro una linea ben presente nella cultura pagana espressa nella stessa narrazione della morte di Socrate) nel suo saggio *Sul Suicidio*<sup>10</sup>. In questo scritto Hume è impegnato a «restituire gli uomini alla loro nativa libertà, esaminando gli argomenti contro il suicidio, e mostrando che quest'azione può essere scagionata da ogni imputazione e accusa, conformemente all'opinione di tutti gli antichi filosofi»<sup>11</sup> e fissare la tesi che «ciascun uomo può disporre liberamente della propria vita»<sup>12</sup>. La presenza in Hume di un linguaggio in termini di libertà e disponibilità documenta tra l'altro come tutte le ricostruzioni offerte oggi, che rivendicano una presunta creazione contemporanea del principio di libertà e disponibilità della vita, risultano inaccettabili. Nelle sue pagine Hume fa alcune esemplificazioni sulle condizioni che

<sup>10</sup> Le citazioni rinviano a di D. Hume, *Sul suicidio e altri saggi morali*, Roma - Bari, Laterza, 2008: un saggio scritto nel 1755, ma eliminato, per interventi censori, da un volume in bozze nel 1756 e pubblicato solo dopo la sua morte nel 1776.

<sup>11</sup> *Ibidem*, p. 5.

<sup>12</sup> *Ibidem*, p. 8.



giustificano il suicidio mostrando una particolare attenzione per le condizioni delle persone in età avanzata: anche se la determinazione che oggi accompagna abitualmente la caratterizzazione di anziani come coloro che hanno più di sessantacinque anni (distinguendo poi i grandi anziani, vecchi ecc.) non può avere nulla a che fare con quella sensata nel Diciottesimo secolo sulla base di una aspettativa di vita che era, anche in Europa, circa la metà di quella odierna. Ecco alcune giustificazioni per il suicidio fornite da Hume chiaramente motivate dai disagi dell'età avanzata: «un uomo [...] stanco della vita e perseguitato dai dolori e dalle miserie, vinca coraggiosamente i terrori naturali della morte ed esca da questa scena crudele»<sup>13</sup>; «la vita umana può essere infelice, e la mia esistenza prolungata più a lungo può diventare insopportabile»<sup>14</sup>; «se per l'età avanzata e le infermità mi è lecito lasciare ogni ufficio o dedicarmi tutto alla difesa dalle calamità, perché non farla finita subito con un atto non dannoso per la società? Ma supponete che io non sia più in grado di agire nell'interesse della società; supponete che sia soltanto un peso; supponete che la mia vita impedisca ad altre persone di essere utili alla società. In tali casi la mia rinuncia alla vita, può essere non solo innocente ma lodevole. E la maggior parte delle persone tentate di abbandonare l'esistenza si trovano in una situazione del genere, coloro che hanno salute, potere, autorità, hanno in genere ragioni migliori di trovarsi bene a questo mondo»<sup>15</sup>; «Nessuno può negare che questo suicidio può spesso coincidere con il nostro interesse e con il dovere che abbiamo verso noi stessi se si ammette che l'età, le malattie possono fare della vita un peso e renderla anche peggiore dell'annichilimento»<sup>16</sup>; «Se si suppone che il suicidio sia un delitto, soltanto la codardia ci potrebbe spingere a commetterlo. Se non è un delitto, il coraggio e la prudenza insieme dovrebbero indurci a liberarci dell'esistenza non appena diventasse un peso. È l'unico modo di essere utili alla società, dando un esempio che imitato, riserverebbe a ciascuno la sua parte di felicità nella vita e lo libererebbe da tutti i rischi dell'infelicità»<sup>17</sup>. Tali giustificazioni si inseriscono all'interno della elaborazione più complessiva della «scienza dell'uomo» di Hume che ricostruisce in termini psicologici la consapevolezza che ciascun essere umano ha del proprio sé come una riflessione sempre in corso legata alla presa d'atto, a partire dal momento presente, della propria realtà corporea. Non diversamente queste giustificazioni risentono dell'analisi complessiva della moralità fornita da Hume come

<sup>13</sup> *Ibidem*, p. 7.

<sup>14</sup> *Ibidem*, p. 9.

<sup>15</sup> *Ibidem*, pp. 12-13.

<sup>16</sup> *Ibidem*, p. 13.

<sup>17</sup> *Ibidem*, pp. 14-15.

una pratica umana che dipende dalle passioni e dalle emozioni, e non certo dai ragionamenti<sup>18</sup>.

Forse suggerimenti filosofici ancora più specifici per riflettere sulla situazione da cui siamo partiti dell'ultracentenario Goodall, si possono ricavare da un famoso saggio di Bernard Williams<sup>19</sup>. Un complicato e articolato testo in cui Williams, nel 1973, tra l'altro prendeva le distanze dal modo di trattare le questioni della morte da parte di Thomas Nagel<sup>20</sup>. L'approfondimento della vicenda di Elina Makropulos, alias Emilia Marty, al centro dell'opera lirica di Leos Janacek che riprende la commedia di Karel Capek, permette di fare emergere alcune significative vie per giustificare le motivazioni a suicidarsi derivate dalla semplice stanchezza di vivere<sup>21</sup>. Il punto, secondo Williams, è che solo un desiderio categorico a sopravvivere spinge a vivere, e quando questo desiderio si è spento nulla più (tranne costrizioni) può spingere un essere umano a continuare la sua esistenza.

Williams sostiene in generale, nel saggio, che negli esseri umani è riconoscibile un desiderio categorico di sopravvivere. Ed il caso Makropulos permette di illustrare che non esiste un eguale desiderio categorico di immortalità. Nella sua discussione Williams esamina l'eventualità che il desiderio di immortalità possa dipendere dalla soluzione di questioni contingenti, e in particolare dal riuscire a porre riparo alle disfunzioni funzionali dell'organismo umano legate all'invecchiamento<sup>22</sup>. Ma la tesi di

<sup>18</sup> Per una contestualizzazione di questi esiti della riflessione di Hume sull'identità personale e l'etica, si vedano ad esempio: L. Greco, *Identità narrativa e unità dell'Io*, e E. Lecaldano, *Identità: una critica tra storia e teoria*, in «Notizie dei Politeia», 35 (2019), n. 138, rispettivamente pp. 34-43 e 8-23.

<sup>19</sup> B. Williams, *Il caso Makropulos: riflessioni sul tedio dell'immortalità*, nel volume Id., *Problemi dell'Io*, Milano, Il Saggiatore, 1990, pp. 101-124.

<sup>20</sup> Discuteva quindi il saggio di T. Nagel, *Morte*, che compare nella raccolta Id., *Questioni Mortali*, Milano, Il Saggiatore, 1986.

<sup>21</sup> L'incontro di Williams con l'opera di Janacek era probabilmente tutt'altro che occasionale se si tiene conto che in uno scritto su *Janacek Modernism. Doing Less with More in Music and Philosophy*, in *On Opera*, New Haven - London, Yale University Press, 2006, p. 118-120, egli prendeva spunto dal modernismo di Janacek per fare una affermazione sul ruolo della filosofia: «Un filosofo comprenderà abbastanza mestamente che non ci sono parole filosofiche che possono fare in questo ("mediare con qualche storia e qualche aspettativa") e altri aspetti quello che può fare la musica. Pur tuttavia Janacek può valere come un promemoria anche per un filosofo di quello che deve essere fatto dopo avere garantito la complessità tecnica e l'inevitabile autoconsapevolezza, per rivolgersi a, esprimere e ristrutturare le emozioni reali in modi che non le elude con il formalismo né le degrada in Kitsch» (p. 190). Un richiamo sul modo di condurre approfondimenti filosofici che sembra molto illuminante per chi impegna con le questioni di etica pratica non può non occuparsi di reali emozioni umane.

<sup>22</sup> È evidente che qui Williams anticipa una problematica che si porrà ripetutamente nei decenni successivi sulla possibilità di manipolare e modificare i limiti temporali che accompagnano la morte «naturale» degli esseri umani: una problematica già sistematicamente affrontata ad esempio da J. Harris, *Wonderwoman e Superman, Manipolazione genetica e futuro dell'uomo*, Milano, Baldini & Castoldi, 1997.

Williams è che la mancanza di un desiderio di immortalità non dipenda da fatti contingenti (tali che potrebbero essere superati se si controllassero meglio le conseguenze biologiche dell'invecchiamento). Infatti, secondo Williams, «una vita senza fine non avrebbe alcun significato e [...] non possiamo avere alcuna ragione per vivere eternamente una vita umana». Un'esistenza in una dimensione di eternità e immortalità, rileva Williams, cambierebbe radicalmente le condizioni di vita sottraendo ad esse qualsiasi sensatezza: in una condizione del genere «non vengono meno la noia e la morte interiore» e si avrebbe «un mondo di bambini che non imparano nulla e non dimenticano nulla»<sup>23</sup>. Secondo Williams, dunque, è proprio l'impossibilità di rendere significativo per gli esseri umani il desiderio di vivere di fronte ad una eventuale vita immortale che rende inaccettabile la tesi che è ragionevole imporre ad una persona consapevole una vita che continua per un tempo ulteriore quando lei non lo desidera più. Le questioni che possono assillare una mente umana in tarda età alle prese con le diffuse *défaillances* del suo corpo sono così squadernate dalla riflessione filosofica connettendole con le emozioni umane più profonde.

### *3. Problemi e revisioni concettuali tra diritto e filosofia su «suicidio assistito» e «eutanasia»*

Vi sono dunque una serie di nozioni, concetti e argomentazioni che ritroviamo in queste elaborazioni filosofiche sulla fine della vita a favore del riconoscimento di un qualche diritto ad una libera scelta senza discriminare tra le persone in base alla loro età, ma tenendo conto solo delle loro condizioni di vita e del loro volere consapevolmente espresso. Queste argomentazioni sembrano anche rilevanti per una più specifica questione che è quella di un eventuale criterio, da codificare giuridicamente, sulle condizioni fisiche che possono giustificare una richiesta di essere accompagnato e aiutato nel morire. Mi limito ad approfondire la questione della rilevanza, anche con una qualche valenza giuridica, di specifiche motivazioni presentate per la rivendicazione etica di una libera scelta alla fine della vita. Sono queste le problematiche al centro delle trasformazioni che sono avvenute in Italia dopo l'approvazione della legge n. 219 sulle disposizioni anticipate di trattamento approvata il 22 dicembre del 2017. Problematiche che sono poi state affrontate nella sentenza della Corte Costituzionale n. 249 del 22 novembre 2019 sul caso Cappato. Si tratta di una sentenza molto rilevante non solo per avere dichiarata illegittima quella parte dell'articolo 580 del codice penale che qualificava come penalmente perseguibili alcune forme di assistenza al suicidio, ma anche per avere presentato puntualizzazioni, particolarmente dense, sui criteri

<sup>23</sup> B. Williams, *Il caso Makropulos: riflessioni sul tedio dell'immortalità*, cit., p. 114.

giustificativi delle richieste di suicidio assistito e specifiche analisi sulle condizioni dei morenti. Non rientra tra i miei compiti fare il punto sulla rilevanza filosofico giuridica di questa sentenza<sup>24</sup>, ma piuttosto di evidenziare in essa alcune formulazioni e problematiche che possono aiutare a definire meglio il campo di un ulteriore approfondimento che possiamo aspettarci possa essere dato dall'elaborazione filosofica.

La recente sentenza della Consulta del novembre 2019 sul caso di suicidio del dj Fabo e la conseguente incriminazione per aiuto al suicidio di Marco Cappato, fissa i criteri precisi – per altro già riconosciuti dalla legge n. 219 del 2017 – con cui si può giustificare una qualche forma di assistenza al suicidio: quando «[...] agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale».

Ma poi la sentenza contiene anche alcune indicazioni sul trattamento etico del morire che sembrano dare una base per un eventuale allargamento della legislazione all'eutanasia attiva volontaria e ad un riconoscimento della giustificatezza di richieste del tipo di quella di Goodall. Queste richieste sono quelle avanzate da persone che per l'età e la decadenza fisica si sono avvicinate alla morte, ma non sono necessariamente tenute in vita da «un sostegno vitale», né in senso stretto caratterizzabili come «malati terminali» o «affetti da patologie irreversibili». Non intraprendo qui un'analisi che prova a mettere in dubbio e cerca di ampliare gli usi ristretti di tutte queste espressioni: chi fa una professione sanitaria ha, eventualmente, gli strumenti per promuovere delle ridefinizioni. Mi limito a esaminare se ci siano spazi per fare valere in modo più forte il principio della disponibilità della propria morte includendo nel suo ambito di applicazione le situazioni come quella di Goodall. Lascio anche da parte la questione della elaborazione di eventuali procedure di direttive anticipate.

<sup>24</sup> In questo senso sono da leggere l'ampio comunicato stampa della «Consulta di Bioetica» redatto da Maurizio Mori e reso pubblico il 23 novembre 2019 (<<https://www.consultadibioetica.org/comunicato-stampa-corte-costituzionale-grande-e-storica-sentenza/>>, consultato il 07-09-2020), così come è da vedere l'intervento di Mori, in questo fascicolo che riprende quanto da lui detto nel seminario del 24 gennaio 2020. Sull'interpretazione filosofica di tutte queste vicende giuridiche recenti abbiamo ora la trattazione sistematica condotta da Giovanni Fornero, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, Milano, Utet, 2020: è difficile fare meglio di questo volume per la precisione delle argomentazioni e la ricchezza di documenti di varia provenienza che sono discussi.

Due sono dunque i punti per cui la sentenza si estende al di là della mera ricezione dei principi ispiratori della legge 219/17<sup>25</sup>. Un primo punto è quello nel quale la Corte riconosce alla legge 219/17 il merito di avere consentito al paziente nelle condizioni che vengono elencate «di decidere di lasciarsi morire chiedendo l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e la sottoposizione a sedazione profonda continua. Decisione che il medico è tenuto a rispettare». Ma poi la Corte rileva che «la legge non consente al medico di mettere a disposizione del paziente trattamenti atti a determinarne la morte. Il paziente è così costretto per congedarsi dalla vita, a subire un processo più lento e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care. Ciò finisce per limitare irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta dei trattamenti, compresi quelli finalizzati a liberarlo dalle sofferenze, garantita dagli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione». È dunque una vera e propria libertà di autodeterminazione che la Corte rivendica opponendosi alle irragionevoli limitazioni che si presentano quando si costringe il malato, o chi sta morendo, ad un decorso più lento del suo processo di morire. Forme di suicidio assistito che prolungano questo processo di morire contro la volontà del malato e di chi sta per morire che chiede di abbreviarlo, ledono alcuni principi costituzionalmente garantiti. Ma ancora più specificamente la Corte argomenta<sup>26</sup> per una tutela da parte dello Stato della dignità. Sulla base di questo, la Corte analizza il ricorso alla «sedazione profonda continuata» che comporta l'annullamento totale e definitivo della coscienza e della volontà del soggetto sino al momento del decesso. Per cui la Corte rileva che si comprende come la sedazione terminale possa essere vissuta da taluni come «una soluzione non accettabile», qualificata come non dignitosa e «che i propri cari non avrebbero dovuto condividere sul piano emotivo»<sup>27</sup>.

Come si vede, dunque, la stessa Corte presta attenzione a motivazioni che hanno a che fare con la dignità della persona e con la sua considerazione per quello che gli altri possono pensare del suo modo di morire. Suggesto che dalla filosofia si possono ricavare approfondimenti per inserire in contesto storico riflessioni critiche sulla gamma di motivazioni che possono giustificare una richiesta di suicidio assistito, o eutanasia volontaria. Proprio questo tipo di elaborazioni abbiamo già incontrato nelle considerazioni di Williams sul caso Makropulos che hanno permesso di rendere esplicite tutte quelle motivazioni che rinviano alla cessazione

<sup>25</sup> Questi punti sono chiaramente riconosciuti da Mori nel già citato Comunicato stampa della «Consulta di Bioetica».

<sup>26</sup> Sentenza della Corte Costituzionale n. 242, 25 settembre - 22 novembre 2019, in <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/11/27/T-190242/>> (consultato il 18-07-2020).

<sup>27</sup> *Ibidem*.

del desiderio di vivere, al tedio della vita, alle sofferenze psicologiche ed emotive nel non trovare più dignitose le proprie condizioni di vita, nel riconoscersi dipendenti da altri ed un peso per se stessi.

Ma analoghe elaborazioni filosofiche accompagnano ovviamente l'uso del concetto di dignità. Una nozione che certamente si connette con diverse strategie per caratterizzare la vita etica. Si può ad esempio fare dipendere l'applicazione dell'idea di dignità da un qualche criterio razionale, oppure mettere in primo piano le emozioni necessarie per soddisfare i requisiti che la riguardano<sup>28</sup>. Quando la strada che viene percorsa è quella delle emozioni – come chi scrive ritiene debba essere fatto in etica – ci si confronta con concezioni alternative su quali siano quelle necessarie. Ancora una volta gli scritti di Williams possono aiutarci a chiarire questa vicenda e a mostrarne la ricaduta sulle questioni di fine vita. Utilizzo in particolare il suo libro *Vergogna e necessità*<sup>29</sup>. Williams spiega bene lo sviluppo di due tradizioni che identificano in modo diverso le emozioni centrali per qualificare un essere umano capace di condurre una vita dignitosa. Da una parte c'è dunque la tradizione cristiana (stabilizzata teoricamente secondo Williams da Kant) che mette al centro una dignità umana strutturata come capacità di provare «il senso di colpa». Si tratta di una emozione che si prova in particolare considerando le ricadute che le nostre azioni volontarie possono avere sugli altri, e che nasce specificamente in presenza di condotte negative che fanno soffrire gli altri e che non rispettano i nostri doveri verso Dio, gli altri e se stessi.

Williams ricostruisce però anche un'altra linea di analisi della nozione di dignità, che pone al suo centro l'emozione della vergogna. Si tratta di una concezione della dignità umana che troviamo già presente nella cultura greca e in particolare – secondo la ricostruzione che ne fa Williams – nell'epoca dei poemi omerici e delle opere dei grandi tragici. Quello che è importante, però, nella ricostruzione del ruolo della vergogna nella qualificazione della dignità della vita, è riuscire a liberare questa emozione dalle connotazioni che su di essa ha fatto ricadere l'etica cristiana. Come Williams spiega, è la ricerca etica del pensiero moderno e contemporaneo – capace di recuperare un'eredità profonda dell'antropologia classica – ad avere progressivamente messo da parte le tesi che la vergogna fosse un'emozione narcisistica e sostanzialmente eteronoma, in quanto nascerebbe da una eccessiva considerazione del modo di vederci da parte degli altri. Un approfondimento della struttura di questa emozione resa possibile da una psicologia empiristica, ha mostrato che essa fa parte della costruzione

<sup>28</sup> Una rivisitazione dalla prospettiva del diritto, dell'ampia e complessa storia della nozione di dignità, è stata fatta recentemente da C.M. Mazzoni, *Quale dignità. Il lungo viaggio di un'idea*, Firenze, Leo S. Olschki, 2019.

<sup>29</sup> B. Williams, *Vergogna e necessità* (1993), Bologna, Il Mulino, 2007.

di un sé e di un carattere individuale che non dà solo importanza alle azioni volontarie nelle quali si interagisce con gli altri, ma anche al modo in cui si sta conducendo la propria esistenza e ci si sta avvicinando dunque alla morte. La vergogna rinvia certo ad un osservatore, ma questo osservatore non è principalmente mosso dall'indignazione, e dunque ostile. Ciò che la vergogna chiede all'osservatore è che egli «percepisca proprio questa situazione o caratteristica che il soggetto giudica come inadeguatezza, fallimento o perdita di potere» e che la percepisca come una condizione che richiama quella di sentirsi inerme, insicuro, nudo ecc.<sup>30</sup>. Un senso di vergogna così inteso è in grado di catturare una nozione di dignità completamente disponibile alla persona e che non viene riempita di contenuti fatti valere da osservatori esterni, come accade nelle concezioni etiche assolutistiche che spesso accompagnano le impostazioni razionaliste e religiose.

Non perdere di vista il valore di una dignità a cui ciascuno di noi dà un contenuto con i suoi personali sentimenti di vergogna, potrà aiutare ad elaborare criteri meno irrealistici per accedere al suicidio assistito e all'eutanasia attiva volontaria. Ciò che conta non è il rispetto formale di rigorosi criteri della dipendenza da sostegni vitali artificiali e di essere malati terminali affetti da una patologia irreversibile. Conta piuttosto riuscire a dare forma ad una legislazione che sappia prendere in considerazione le emozioni profonde degli esseri umani individuali sul come vivere la loro vita e avvicinarsi alla loro morte: ci si riferisce ovviamente a quelle emozioni che in nessun modo si connettono con azioni che possono danneggiare la vita altrui. Il processo di trasformazione della nostra società permette forse di non discriminare nella cittadinanza e di riconoscere, così come è giustamente fatto a proposito delle personali emozioni religiose, un'analogia libertà di ciascuna persona di non essere costretta a morire in modi che non ritiene dignitosi e dei quali si vergogna. Ritornando dunque sui fatti bioetici che ho ricordato e sulle elaborazioni filosofiche che ad essi ho fatto seguire, mi sembra evidente si debba auspicare che nel nostro paese sia completata e rafforzata la legislazione sul suicidio assistito e l'eutanasia volontaria. Nel procedere in questa ulteriore attività, forse potrà essere d'aiuto la consapevolezza che non si può escludere che nelle situazioni ricordate che hanno accompagnato la pandemia di Covid vi siano state molte persone anziane che non solo hanno percepito di essere state abbandonate, ma hanno percepito che la loro comunità le aveva portate ad una condizione infernale: non essendo data loro nessuna libertà di scegliere di finire al più presto, e in modo dignitoso, la tremenda agonia

<sup>30</sup> B. Williams, *Vergogna e necessità*, cit., p. 201. Per la rivendicazione da parte di Williams di una maggiore vicinanza all'autonomia della vergogna rispetto al «senso di colpa» si vedano specialmente pp. 93-123.

che necessariamente stavano affrontando. Sollevare nel futuro coloro che lo vorranno da queste violenze e costrizioni è una priorità della nostra vita sociale.

*The Facts of Bioethics about the End of Human Life and Philosophical Reflections*

The assisted suicide in 2018 of David Goodall, more than a hundred years old, raises some questions on the acceptability of a request for euthanasia not only on the basis of incurable diseases or terrible pains. The paper exposes the contribution of some philosophers (David Hume and Bernard Williams particularly) to the reflexions on the «meaning of life» as a preamble for a choice of the euthanasia. Another contribution of the philosophy – Williams is again considered – is on the alternative between «sense of guilt» and «shame» as essential emotion for reckoning the dignity of another person in the legislative deliberation on the laws concerning the end of human life.

*Keywords:* Assisted Suicide, Euthanasia, Meaning of Life, Sense of Guilt, Shame, Dignity.

*Eugenio Lecaldano, Dipartimento di Filosofia, Sapienza Università di Roma, via Carlo Fea 2, 00161 Roma, eugenio.lecaldano@uniroma1.it.*



---

## *La legge 219/2017 sul consenso informato e la questione del suicidio assistito*

**Donata Lenzi**

---

### *1. La legge sul consenso informato*

Dopo diversi tentativi falliti, a dicembre del 2017 il Parlamento italiano ha approvato la legge 219/2017 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*. Con questa legge si provvede a regolamentare il consenso al trattamento sanitario, il ricorso alla sedazione profonda quando si è a fine della vita, si riconosce il testamento biologico.

La legge non tratta del suicidio medicalmente assistito. Anche nel corso del dibattito il tema è stato poco approfondito, mentre a lungo si è discusso di eutanasia medicalmente praticata pervenendo alla distinzione tra il rifiuto delle cure e l'eutanasia.

Eppure, neanche due anni dopo la sua approvazione, la legge diventa il parametro valutativo adottato dalla Corte Costituzionale per arrivare al riconoscimento di una forma limitata e eccezionale di suicidio medicalmente assistito, nella sentenza 242 del 2019.

Della legge 219 sono stata il relatore alla Camera dei Deputati, ne ho curato passo dopo passo la stesura. Con questo contributo è mia intenzione dar conto del dibattito svolto in Parlamento e svolgere alcune riflessioni che riguardano l'evoluzione del tema in una dimensione più internazionale. Il mio punto di vista è quello di un politico, senza nessuna pretesa però di essere depositaria di una verità, né rifiutare il contributo del pensiero filosofico. In questa veste premetto che su temi così sensibili non ho l'approccio di chi combatte una battaglia identitaria, anche se ovviamente ho delle opinioni, piuttosto credo fermamente nella necessità di comprendere tutte le posizioni, e trovare la mediazione che permetta alla legge non solo di essere approvata con larga maggioranza ma di essere una buona legge che regge nel tempo e penetra nella cultura comune, unica vera garanzia di durata.

La legge 219/2017 consta di otto articoli. La colonna portante è il primo che regola il consenso informato del paziente dando attuazione all'articolo 32 della Costituzione che recita: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Frequentemente la legge 219/2017 viene rappresentata come la legge sul testamento biologico. È una rappresentazione superficiale, che valorizza un solo punto e trascura il cambiamento culturale di cui è portatrice nel contesto italiano, della fatica con cui si afferma l'idea che il paziente non è solo appunto «paziente» ma è persona con capacità e volontà da rispettare.

Affermare che senza il consenso del paziente non si può procedere, che con il paziente è necessario instaurare un dialogo, costruire una relazione, che il paziente può rifiutare il trattamento, qualsiasi trattamento, significa in alcuni luoghi del nostro paese affermare un nuovo diritto e si scontra con resistenze applicative continue non solo in ambito sanitario ma anche tra i familiari.

È una legge che ci riguarda tutti, nel quotidiano, perché ciascuno di noi, anche se in salute, si sottopone ogni anno almeno a una visita medica o a un esame diagnostico e ciascuno di noi, almeno una volta, ha rifiutato o non portato a termine una cura prescritta. Gli armadietti pieni di medicinali sono lì a testimoniare. Non pensiamola allora solo come la legge sul «fine vita», essa riguarda invece il nostro rapporto con il medico curante o lo specialista o con il professionista della sanità a cui ci rivolgiamo (ostetrica, fisioterapista, psicologo, dentista ecc.).

Con la legge 219/2017 ad ogni persona malata viene riconosciuto il diritto di decidere in merito alla propria salute, e di farlo all'interno di una relazione con i medici e l'equipe sanitaria. Può rifiutare l'offerta terapeutica, può revocare successivamente il proprio consenso accettandone le conseguenze, può dare disposizioni per il futuro, può indicare un fiduciario che lo rappresenti. Se il consenso è necessario, allora il rifiuto è legittimo e lo è anche la revoca del consenso. Se è necessario il mio «sì», significa che posso anche dire di «no» e dire «adesso basta».

Nel caso in cui il rifiuto delle cure abbia come conseguenza quasi certa la morte del paziente, la legge interviene inserendo alcuni elementi di precauzione: impone al medico una ulteriore fase di informazione e colloquio, il coinvolgimento dei familiari, e quello di altre figure professionali, quali lo psicologo. Una decisione così grave e definitiva non può essere approssiata in modo affrettato ma va ponderata.

La legge 219/2017 dà valore alla volontà del paziente anche nel caso in cui non sia più in grado di esprimerla attraverso la valorizzazione del cosiddetto «testamento biologico», cioè la scrittura di indicazioni per il futuro per il caso in cui ci siano decisioni sanitarie da prendere e il titolare non sia nelle condizioni di poterlo fare, e prevede la possibilità di nominare un proprio fiduciario. Questa scrittura nella legge è chiamata «Dat», «disposizioni anticipate di trattamento», e ne viene riconosciuto il valore dispositivo. Un recentissimo provvedimento del Ministro alla Salute Roberto Speranza ha istituito il registro nazionale e permette il deposito delle Dat presso i comuni o i notai.

Un articolo della legge è dedicato alla fase finale della vita. Ribadisce il diritto alle cure palliative nel rispetto delle norme già contenute nella legge 38/2010, e prevede espressamente la possibilità del ricorso alla sedazione profonda in fase terminale. Ovviamente tali trattamenti devono essere garantiti anche a coloro che si trovano in fase terminale in conseguenza del rifiuto delle cure o per distacco da sostegni vitali. Lo stesso articolo prevede espressamente il divieto dell'«ostinazione irragionevole» a continuare cure che non sono in grado di guarire ma solo di prolungare la sofferenza.

La discussione parlamentare è stata lunga ed accesa. Non dobbiamo considerare solo i due anni del percorso parlamentare, un tempo equo per una legge così importante, quanto i più di dieci di discussioni parlamentari e progetti di legge abortiti. Si sono confrontati da un lato i sostenitori della vita come diritto indisponibile, anche per lo stesso titolare, dall'altra i sostenitori dell'autodeterminazione dell'individuo fino a arrivare a riconoscere legittimità all'eutanasia. Quello a cui si è pervenuti è un punto di equilibrio tra istanze opposte intorno al quale si è raggiunta una larghissima maggioranza.

Le scelte che attengono alla fine della vita sono problema di oggi ma con radici antiche. Si tratta della difficoltà etica e filosofica, prima che giuridica, di conciliare due dei più consolidati principi nella società occidentale: da un lato una lunga corrente di pensiero che afferma il valore primario e assoluto della vita umana, e dall'altro l'affermarsi del principio dell'autodeterminazione nelle scelte che riguardano il proprio corpo e la propria vita. Questi due principi si confrontano in una dimensione che va molto oltre il solo campo giuridico.

È necessario chiarire che la discussione ha sempre riguardato i diritti di persone malate, in gravissime condizioni di salute. D'altronde sono le vicende drammatiche di Piergiorgio Welby<sup>1</sup> e soprattutto di Eluana Englaro<sup>2</sup> quelle presenti alla mente di tutti, dentro e fuori dal Parlamento.

Il conflitto è stato particolarmente acceso sul tema del distacco del paziente da sostegni vitali, in particolare da strumenti utili a garantire la

<sup>1</sup> Piergiorgio Welby, noto attivista pro eutanasia malato di Sla, tenta più volte di ottenere dalla magistratura l'autorizzazione a staccare il respiratore senza riuscirci. Muore nel 2006 dopo il distacco dal respiratore, atto per il quale il medico (Rizzo) che lo pratica viene perseguito e poi assolto con «non luogo a procedere» (Tribunale di Roma, 23 luglio 2007).

<sup>2</sup> Eluana Englaro rimane in stato vegetativo dopo un incidente stradale. Ci vorranno quasi diciassette anni per arrivare alla sentenza che dispone il distacco dal sondino della nutrizione artificiale dopo una dura battaglia giudiziaria e politica. Per la storia di Eluana il riferimento è B. Englaro e A. Pannitteri, *La vita senza limiti*, Milano, Rizzoli, 2009; per una ricostruzione della vicenda giudiziaria si veda L. Gaudino, *L'ultima libertà*, Udine, Forum Edizioni, 2013.

nutrizione e l'idratazione del paziente. La giurisprudenza aveva già ritenuto tali dispositivi «trattamenti sanitari» e quindi riconosciuto il diritto del paziente a rifiutarli. Fra medici e in generale nell'opinione pubblica il tema è ancora controverso, sospendere l'alimentazione ha la capacità di evocare paure ancestrali quali il timore di morire di fame e di sete (e quindi soffrendo), anche se privo di fondamento scientifico. Così è stato necessario chiarire che la nutrizione artificiale rientra tra i trattamenti sanitari, che occorre il consenso del paziente, che se il paziente rifiuta o revoca il consenso la sua volontà va rispettata e va rispettata anche quando tale indicazione è contenuta nelle Dat.

A mio parere anche se non fossero trattamenti sanitari non potrebbero essere praticati, in uno stato di diritto, senza il consenso del paziente, perché non puoi mettere le mani addosso ad un altro senza il suo consenso anche con le migliori intenzioni.

L'Italia è il paese nel quale con più difficoltà si sono riconosciuti i diritti di chi, malato, è ancora in grado di decidere.

Durante la discussione è stato sollevato il tema dell'eutanasia. Da parte di chi ne chiedeva l'introduzione attraverso apposita regolamentazione sulla falsariga di quanto previsto in altri paesi, dall'altra da chi ci accusava, e ci accusa, di averla introdotta surrettiziamente nel momento in cui si è riconosciuto al malato la possibilità di decidere per l'interruzione delle cure.

La decisione presa è stata nel senso di non considerare che esista un obbligo a vivere ma neanche un diritto a morire.

La risposta alle questioni di fondo che la legge 219/2017 dà è che la decisione finale spetta al paziente: suo il corpo, sua la vita attesa, in un certo qual modo sua la malattia. Ne consegue che va riconosciuto pienamente il diritto della persona a rifiutare le cure proposte, e il diritto a cambiare idea e revocare il consenso anche quando questo comporti il distacco da dispositivi che lo mantengano in vita.

Nel contempo la legge esclude la possibilità che la volontà del paziente imponga al medico di praticare l'eutanasia, o di favorire il suicidio.

Il confronto parlamentare ha visto infatti bocciare con maggioranza nettissima un emendamento diretto a introdurre l'eutanasia. Si afferma invece la posizione che distingue nettamente il rifiuto delle cure (anche quando comprenda il ricorso alla sedazione profonda) dall'eutanasia (intervento di un medico per dare la morte) e dal suicidio assistito in cui l'aiuto medico si limita alla prescrizione e alla fornitura del medicinale. Tale distinzione è presente e regolata in quasi tutti i paesi del mondo; anche in quelli che hanno legalizzato l'eutanasia la rinuncia alle cure è riconosciuta come diritto autonomo e non comporta le procedure e le precauzioni richieste nei casi di eutanasia medicalmente praticata.

Il dovere del medico di fronte al paziente che rifiuta le cure o revoca il consenso è un dovere negativo a fronte del quale c'è il diritto di ognuno all'intangibilità del proprio corpo, per rispettarlo il medico «lascia morire» il paziente sia quando non interviene a rallentare il processo, sia quando interviene per interrompere il trattamento e così facendo il processo del morire riprende. Il medico non ha il «potere» di intervenire diversamente perché quel potere gli è stato negato dal paziente. La causa della morte è la patologia di cui soffre il paziente, si tratta di una morte naturale.

Se si confronta il rifiuto delle cure (anche con l'eventuale ricorso alla sedazione profonda e continua) con l'eutanasia medica e il suicidio medicalmente assistito si può constatare come siano diversi gli obiettivi, dare rapidamente la morte o non far soffrire nel morire; diverse le cause di morte, il farmaco letale o l'evolversi della patologia; diversi di conseguenza i farmaci utilizzati; diversa l'incidenza anche psicologica sui medici chiamati a scelte difficili.

Fino al 2008 nella magistratura e fino al 2013 nel Parlamento italiano, e forse nella società, è stato nettamente prevalente su altri valori il valore della difesa della vita, tanto da non riconoscere per nessun motivo al paziente capace di decidere il diritto di rifiutare cure salva vita. Si pensi al caso clamoroso di Piergiorgio Welby, ma anche ai più numerosi e sconosciuti casi di testimoni di Geova e al loro rifiuto delle trasfusioni, regolarmente ignorato. Considero, ma è opinabile, la legislatura successiva quella in cui la legge 219/2017 è stata promulgata come la fase di equilibrio, mentre mi pare che ora cominci un percorso in senso opposto.

La questione non è, a mio parere, se la rinuncia alle cure «salva vita» sia equiparabile o meno all'eutanasia. La questione è piuttosto che il valore della vita umana e quello della libertà di scelta sono valori che possono confliggere, e che in diverse epoche storiche e in società diverse uno può prevalere sull'altro.

Ogni società deve trovare il proprio punto di equilibrio, che sarà necessariamente temporaneo. Per farlo è necessario cogliere le differenze, elaborare le distinzioni, valutare condizioni e desideri, ragionare. Per farlo è necessario partire dalla premessa che non c'è un valore assolutizzante, cioè così assoluto da non prevedere limitazioni di alcun tipo, sarebbe come riconoscere che c'è un solo valore. La bilancia ha due piatti e non uno solo.

## *2. La sentenza della Corte Costituzionale*

L'ultima vicenda arrivata davanti ai magistrati è quella di Fabiano Antoniani (detto dj Fabo). Dopo un grave incidente automobilistico Antoniani rimane paralizzato e cieco in una condizione di grave sofferenza per lui intollerabile. Dopo anni di tentativi di cure anche all'estero, dichiara di

volere la morte e aderisce ai movimenti pro eutanasia. Rifiuta la strada del distacco da sostegno vitale accompagnato da sedazione, e chiede il suicidio assistito o l'eutanasia in quanto la morte sarebbe stata certa, rapida e meno dolorosa per i parenti. Quando i tempi si fanno insostenibili decide di imboccare la strada del suicidio assistito in Svizzera. Nel suo viaggio lo accompagna Marco Cappato, noto esponente dei Radicali. Fabiano muore il 27 febbraio 2017 e al rientro in Italia Cappato va ad autodenunciarsi.

La Corte d'Assise di Milano, in primo grado, decide di assolvere Marco Cappato per l'ipotesi di istigazione al suicidio, sollevando invece la questione di legittimità costituzionale dell'Art. 580 c.p., nella parte in cui incrimina le condotte di mera agevolazione materiale del suicidio.

Si tratta di una scelta voluta e caldeggiata dallo stesso imputato. A fronte della possibilità di essere assolto perché il fatto non sussiste in base alla considerazione che il suo aiuto non sia stato determinante, Cappato in aula dichiara: «Piuttosto che essere assolto per un aiuto giudicato irrilevante, mentre è stato determinante, preferirei essere condannato. Altro sarebbe essere assolto per incostituzionalità del reato. Perché altrimenti si accetterebbe che solo chi è in grado di raggiungere la Svizzera può essere libero di scegliere»<sup>3</sup>. Si tratta quindi di una decisione assunta consapevolmente per raggiungere un obiettivo squisitamente politico: introdurre nell'ordinamento il suicidio assistito o almeno ottenerne la depenalizzazione.

La Corte Costituzionale affronta la questione due volte con modalità innovative. Prima emette un'ordinanza<sup>4</sup> con la quale concede un anno di tempo al Parlamento per legiferare sulla materia nel senso che la Corte indica. Poi, data l'inerzia del Parlamento, un anno dopo pronuncia la sentenza, è la 242 del 2019.

La Corte ribadisce in premessa che il diritto alla vita è «primo dei diritti inviolabili dell'uomo» in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri, è riconosciuto dall'Art. 2 Cost. nonché, in modo esplicito, dall'Art. 2 CEDU che recita «ogni individuo ha diritto alla vita», questo non comporta il riconoscimento di un diritto ad ottenere l'aiuto a morire. Nell'ordinanza 207 così si argomenta: «Dall'Art. 2 Cost. – non diversamente che dall'Art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'Art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato

<sup>3</sup> Dichiarazione resa nelle conclusioni del 17 gennaio 2018, riportata in <<https://www.associazionelucacoscioni.it/processo-marco-cappato-punto-punto/>> (consultato 15-02-2020).

<sup>4</sup> Corte Costituzionale, ordinanza 207 del 2018.

dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, *Pretty contro Regno Unito*)».

Per arrivare alla decisione finale la Corte si appoggia alla legge 219/2017, ricordando come essa renda possibile richiedere l'interruzione dei trattamenti e il ricorso alla sedazione profonda continua, ma anche come non permetta di ricorrere a trattamenti che determinino rapidamente la morte, così che il paziente è costretto a un processo più lento e più doloroso per i suoi familiari.

Ecco quindi il cuore del ragionamento della Corte:

Se, infatti, il fondamentale rilievo del valore della 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, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale. Quanto, poi, all'esigenza di proteggere le persone più vulnerabili, è ben vero che i malati irreversibili esposti a gravi sofferenze appartengono solitamente a tale categoria di soggetti. Ma è anche agevole osservare che, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall'ordinamento 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.

La conclusione è dunque che entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita<sup>5</sup>.

Avendo ammesso, sia pure nelle circostanze indicate, la non punibilità dell'aiuto al suicidio, la Corte si trova nella necessità di regolamentarla per non lasciare campo ad eventuali e possibili abusi. Si appella quindi ancora alla legge 219/2017 stabilendo che ci si debba attenere a quanto previsto dagli articoli 1 e 2 in materia di formalità della richiesta, di valutazione della capacità del soggetto richiedente, del necessario

<sup>5</sup> Sentenza n. 242, 25 settembre - 22 novembre 2019, in <<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/11/27/T-190242/s1>> (consultato il 07-09-2020).

tentativo di desistenza. Aggiunge poi che la procedura per arrivare al suicidio deve avvenire all'interno del sistema sanitario pubblico e che occorre il parere, sembrerebbe non vincolante, di un organo terzo individuato nei comitati etici territoriali. Su questo punto qualche problema applicativo si pone, essendo tali organismi in vigore in tutto il paese in base alla legge 3/2018 con compiti specifici di autorizzazione e valutazione delle sperimentazioni cliniche, compito assai diverso da quello richiesto nella sentenza.

In merito all'obiezione di coscienza dei medici, la Corte afferma che il problema non esiste perché non essendoci un obbligo, o meglio non avendo riconosciuto alcun diritto, non occorre riconoscere l'obiezione.

La Corte dichiara la non punibilità di chi «agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente»<sup>6</sup>.

La 219/2017, così spesso richiamata, rappresenta il punto di equilibrio legislativo trovato nell'aprile del 2017, cioè dopo i fatti alla base del ricorso. Più che un vuoto legislativo si sarebbe dovuta constatare una divergenza di vedute tra la (allora) maggioranza parlamentare e la Corte. La Corte in pratica dice: se siete arrivati fino a lì perché non andare oltre? In questo modo però modifica il punto di equilibrio precedentemente trovato tra principi che la Corte stessa considera fondamentali.

In merito al rapporto tra la sentenza e la legge 219/2017, ritengo non si sia valutato che la legge citata fonda una parte significativa delle scelte compiute sulla distinzione tra lasciar morire e procurare la morte. Tale distinzione, come ampiamente illustrato precedentemente, è uno degli aspetti costitutivi della legge, mentre la sentenza 242/2019 semplicemente la ignora, o meglio la supera. Nulla conta il fatto che tale distinzione sia presente in tutti gli ordinamenti e ribadita proprio nella sentenza della Corte Europea citata.

L'evoluzione della giurisprudenza successiva è facilmente prevedibile. Di caso in caso, di sentenza in sentenza, in nome del principio di uguaglianza, si andrà verso l'abolizione del requisito della dipendenza da sostegni vitali e poi si potrà aprire all'eutanasia sulla falsariga di quanto avvenuto in Canada (per altro richiamato in sentenza), perché se posso procurare il farmaco letale posso anche iniettarlo a chi non è in condizione di suicidarsi da solo.

<sup>6</sup> *Ibidem*.



È il pendio scivoloso tanto temuto dai difensori della vita e negato dagli stessi che si adoperano per allargare gli spazi di autodeterminazione. Ciò che per alcuni è un «pendio scivoloso», per altri è un «sentiero verso la vetta». Il tutto nel silenzio del Parlamento.

### 3. *L'aiuto medico al morire*

Nei tempi che stiamo vivendo le nostre vite sono condizionate in modo più rilevante che nel passato dal ruolo della medicina. La medicina di oggi ha fatto grandi progressi, in una certa qual misura è in grado di ritardare la morte, è in grado di mantenere in vita a lungo sia pure in cattive condizioni di salute.

I grandi progressi della medicina e il generale miglioramento delle condizioni di vita e di lavoro, soprattutto nelle società con sistemi sanitari avanzati e tendenzialmente universalistici-mutualistici, costringe i sistemi di Welfare ad affrontare problemi sociali assolutamente nuovi. Si pensi al numero sempre maggiore di grandi anziani e i problemi della cronicità o di persone con disabilità gravi che sopravvivono ai loro genitori (il che richiede di affrontare il problema cosiddetto del «dopo di noi»). Hanno anche profondamente modificato i termini del dibattito secolare tra la difesa della vita e l'affermazione dell'autodeterminazione.

Nuove sono le domande che è necessario farsi sul piano delle scelte etiche. Si devono usare sempre e comunque tutti gli strumenti a disposizione per scongiurare la morte? In quali casi vanno evitati? E chi decide se e quando utilizzarle? Se il medico può rinviare la morte posso io paziente decidere rifiutarlo? E posso chiedere che mi venga data la morte in modo rapido e indolore?

Possiamo distinguere almeno quattro situazioni: la limitazione delle cure perché non più proporzionate e appropriate; la limitazione delle cure su richiesta del paziente in conseguenza del rifiuto del paziente alle cure proposte; il suicidio medicalmente assistito; l'eutanasia medicalmente praticata.

La limitazione delle cure rientra nella relazione tra medico e paziente, comporta l'applicazione di scelte clinicamente fondate che aiutino a decidere quando sia appropriato e proporzionato intervenire a «staccare la spina» per non prolungare l'agonia.

Per lungo tempo la questione è stata discussa solo tra specialisti, in particolare delle rianimazioni o delle cure palliative. È diventata pubblica nei tragici momenti della pandemia da Covid, nel momento in cui in Italia e non solo si è dovuto fare i conti con risorse di mezzi e di uomini insufficienti ad affrontare la pandemia. Il quesito è diventato allora: chi curare? Si tratta di una questione complessa che non si può esaminare ed esaurire in questa sede.

Possiamo parlare di limitazione delle cure anche nei casi in cui il paziente rifiuta le cure perché senza l'autorizzazione del paziente non posso agire sul suo corpo. Come abbiamo visto è l'oggetto della legge 219/2017.

Fuori dall'ambito sanitario, la differenza tra eutanasia e suicidio assistito è evidente. Nessuno confonderebbe la situazione di chi procura un'arma all'amico che vuole uccidersi ontologicamente uguale a quella di chi soffoca su sua richiesta il coniuge che soffre. Sono situazioni in parte simili, quanto all'esito, ma non uguali, e l'aiuto dato a chi vuole morire è generalmente considerato meno grave che uccidere (anche nei casi nei quali valutiamo con compassione l'accaduto). Nel nostro codice penale sono entrambe fattispecie di reato (articoli 579 e 580 codice penale), mentre non è reato il suicidio e neanche il tentato suicidio.

Se torniamo nell'alveo sanitario, si parla di suicidio medicalmente assistito quando si è di fronte all'aiuto intenzionale a terminare la propria vita fornito da un medico mettendo a disposizione i farmaci necessari alla persona, malata, che ne fa consapevole richiesta e li ingerisce autonomamente. Parliamo di eutanasia medicalmente attuata quando il medico uccide intenzionalmente una persona, malata, che ne fa consapevole richiesta, attraverso la somministrazione di farmaci atto a dare rapidamente la morte.

Il confine tra le due fattispecie è sottile. La differenza riguarda anche in questo caso il diverso coinvolgimento del medico o dell'operatore sanitario, che è maggiore nei casi di eutanasia, quindi quando l'intervento attraverso iniezione o simili del farmaco provoca una rapida e indolore morte. Proprio per l'oggettiva somiglianza delle due fattispecie, gruppi di studiosi<sup>7</sup> in Italia hanno parlato di «aiuto medico a morire».

La richiesta del paziente in questi casi entra nella sfera di libertà di un'altra persona, chiede a questa una condivisione del proprio volere e in nome di questa il superamento del principio del «non uccidere». Come si dirà in seguito, la motivazione morale portata avanti è la compassione per le condizioni di sofferenza del richiedente.

In tutti i paesi dove l'eutanasia medica o il suicidio medicalmente assistito sono legali si prevedono regole e procedure apposite, la reiterazione della richiesta dopo un dato periodo di tempo, e in genere il coinvolgimento di un terzo valutatore esterno, mentre la rinuncia o la revoca del consenso negli stessi paesi sono previsti all'interno della normale relazione tra medico e paziente e non necessitano di apposita regolazione. Si noti che siamo di fronte alla richiesta di una persona malata (in molti paesi malata in condizioni irreversibili o terminali), e che nelle diverse legislazioni è sempre prevista una valutazione clinica.

<sup>7</sup> Si veda *Aiuto medico a morire e diritto*, in <<https://www.biodiritto.org/Online-First-BLJ/Aiuto-medico-a-morire-e-diritto-per-la-costruzione-di-un-dibattito-pubblico-plurale-e-consapevole>> (consultato il 07-09-2020).

Il governo del processo è in mano al medico. Si dovrebbe parlare più esattamente non di diritto al suicidio medicalmente assistito o diritto all'eutanasia, ma del *diritto del malato grave di chiedere* l'aiuto medico al suicidio o all'eutanasia.

4. *La discussione in Olanda e la sentenza della Corte Costituzionale tedesca. Ovvero suicidio ed eutanasia escono dal campo solo sanitario*

Bisogna partire dall'Olanda per vedere quale sia l'impatto culturale di venti anni di pratica eutanassica e quali modificazioni abbia portato. Da alcuni anni è in discussione in Olanda una proposta per allargare le maglie della legislazione che prevede la possibilità di garantire il suicidio assistito anche a chi, in genere persone anziane, ritiene la propria vita «conclusa».

La proposta di legge di iniziativa popolare *Proposta di legge sull'assistenza al suicidio per gli anziani*<sup>8</sup> elimina la fase di valutazione (valutazione della malattia, della sofferenza e dell'inesistenza di alternative percorribili) dai requisiti di validità della richiesta di suicidio. Rimangono, ovviamente, i requisiti sulla capacità di decidere. La richiesta deve essere: volontaria, ben ponderata, persistente, competente, espressiva di un autentico desiderio di morire e presentata, attraverso una richiesta scritta, da un cittadino olandese di almeno settanta anni.

Si propone l'istituzione di una figura professionale nuova: l'«assistente sanitario specializzato», con compiti di valutazione dell'attendibilità della richiesta e di assistenza al suicidio. Dopo l'acquisizione di un parere indipendente di un esperto il quale obbligatoriamente incontra il paziente, l'assistente specializzato decide se soddisfare o meno la richiesta. Otterrà – attraverso una prescrizione effettuata da un medico affiliato a una fondazione costituita allo scopo – i farmaci eutanassici per il paziente e, a procedura avvenuta, provvederà a trasmettere la relativa notifica alle commissioni regionali di revisione.

A fondamento della proposta si sostiene che le persone che attualmente si vedono respingere la richiesta di eutanasia perché la loro condizione fisica o psichica non è grave, sono lasciate sole e gli viene impedita una morte dignitosa limitando così il loro diritto all'autodeterminazione.

Ciò che in questo modo si vuole ottenere è lo spostamento della decisione e dell'attuazione del suicidio fuori dall'ambito sanitario, lasciandolo

<sup>8</sup> Per una ricostruzione del dibattito si veda S. Buzi, *Una via eutanassica per la «vita conclusa»: il dibattito nei Paesi Bassi*, in S. Cacace, A. Conti e P. Del Bon (a cura di), *La volontà e la scienza: relazione di cura e disposizioni anticipate di trattamento*, Torino, Giapichelli, 2019, pp. 184ss.

esclusivamente a valutazioni personali. Il ruolo dell'assistente non è quello di chi è chiamato a una valutazione clinica delle condizioni di salute, ma di chi verifica l'autonomia e la consapevolezza del richiedente.

Dopo un ampio dibattito e una iniziale disponibilità delle forze al governo in quel momento (2016) che avevano anche formulato una propria proposta (in cui non venivano previsti limiti di età), la proposta di legge si è arenata.

La KNMG (la maggior associazione di medici nel paese) è stata tra i maggiori oppositori. L'associazione dei medici ha opposto al concetto di «vita conclusa» quello di «sofferenza di vita» e, rivolgendosi ai propri iscritti, ha suggerito di allargare le maglie interpretative del concetto di sofferenza in modo da ricomprendervi anche la sofferenza di vivere. Ha sostenuto l'opportunità di mantenere in capo ai medici il ruolo di valutazione in base al concetto (ampio) di salute, sostenendo che è difficile pensare che si dichiarino la propria vita conclusa senza che ciò si accompagni a problematiche di salute o sociali. Ha palesato il timore che di fronte a due strade per ottenere l'eutanasia – una stretta, quella della legge attuale, e una semplice, quella proposta – si finisca a praticare sempre la seconda. Ha evidenziato il paradosso per cui l'eutanasia della persona sana sarebbe più semplice da valutare, autorizzare e praticare che quella della persona gravemente malata. La principale preoccupazione espressa è però di carattere sociologico e morale perché l'assistenza alla morte potrebbe essere concessa a persone la cui condizione meglio si presterebbe, invece, ad altri tipi di intervento di carattere assistenziale, psicologico, relazionale e sociale.

A venti anni dalla approvazione della legge olandese sulla eutanasia e sul suicidio assistito i termini del confronto in una opinione pubblica ormai assuefatta cambiano completamente. La giustificazione etica di eutanasia e suicidio nella legge olandese in vigore si fonda sul valore della compassione di fronte alla persona malata piegata dalle sofferenze fisiche e psichiche. La loro legalizzazione per il malato (negli altri casi eutanasia e aiuto al suicidio rimangono reato) è tale nella misura in cui rientra in un processo guidato dall'inizio alla fine dalla medicina. I medici non vivono tale intervento come contrario alla deontologia in quanto giustificato dall'umana comprensione delle condizioni di salute del paziente di cui loro, un po' paternalisticamente, si fanno carico.

La proposta di legge sulla «vita conclusa» prende un'altra direzione. Essa si basa sulla prevalenza del diritto di autodeterminazione che arriva fino a decidere quando e come morire. Tale diritto non ha bisogno di un medico per essere attuato se non per la ricetta del medicinale. E anche la valutazione prevista di un terzo è più rivolta a misurare libertà e capacità che a valutare le motivazioni alla base della scelta.

Se di libera scelta individuale si tratta chi mi può giudicare? E se è un mio diritto avete il dovere di aiutarmi a attuarlo.

Una posizione analoga si intravede in Germania. Recentissima è la sentenza della Corte Costituzionale tedesca<sup>9</sup> che ha allargato la possibilità di ricorrere al suicidio assistito con l'aiuto di terzi anche per i malati non terminali. La Corte ha giudicato incostituzionale l'articolo 217 del Codice penale che vietava la possibilità alle associazioni per l'assistenza al suicidio e per le cure palliative, di fornire al paziente gravemente malato un sostegno nel portare a termine la sua decisione a porre fine alla sua vita, prevedendo una pena fino a tre anni di reclusione. L'articolo era stato modificato nel 2016 per permettere l'aiuto al suicidio, che continuava però ad essere vietato se l'aiuto era dato per motivi di lucro o per trarne vantaggio (con esclusione dei parenti e delle persone legate affettivamente).

«L'autodeterminazione alla fine della propria vita rientra nell'area della personalità umana», e questo in particolare significa che il diritto a togliersi la vita non è limitato alle persone anziane o gravemente malate ma «esiste in ogni fase dell'esistenza umana». È il passaggio principale della sentenza. «Questo diritto include la libertà di togliersi la vita e di chiedere aiuto a medici o associazioni specializzate per farlo», anche se la Corte aggiunge che nessuno può essere obbligato a prestare aiuto e quindi non occorre riconoscere l'obiezione di coscienza (analogamente a quanto detto dalla Corte Costituzionale italiana nella sentenza 242/2019). Il Presidente della Corte, ha precisato che «possiamo rammaricarci che qualcuno prenda una decisione del genere, possiamo fare qualsiasi cosa per fargli cambiare idea, ma in ultima analisi dobbiamo accettare la sua decisione».

Si noti che non sembrano esserci limitazioni attinenti allo stato di salute, all'età, ad altre condizioni.

Nel percorso iniziato in Olanda e in Germania il suicidio, da fatto non punibile, muta in diritto riconosciuto dallo Stato, suicidio ed eutanasia sono equiparate e si arriva a riconoscere l'aiuto al morire come professione. Qualsiasi «rammarico» sembra sinceramente retorico.

## 5. Conclusioni

Guardiamo ammirati in questi giorni la disperata battaglia di medici e infermieri per salvare chi è colpito dal virus del Covid-19, il moto solidale di chi di loro è rientrato dalla pensione o non ha neanche ancora finito gli studi. Il loro dovere contrattuale era starsene a casa in pensione, ciò che li muove è altro, è la stessa spinta a impegnarsi che li spinse a scegliere quella professione.

<sup>9</sup> Cfr. T. Mastrobuoni, *Germania, depenalizzato il suicidio assistito anche per chi non è malato terminale*, in «Repubblica», 26 febbraio 2020, in <[https://www.repubblica.it/esteri/2020/02/26/news/germania\\_depenalizzato\\_il\\_suicidio\\_assistito\\_anche\\_per\\_chi\\_non\\_e\\_malato\\_terminale-249634437/](https://www.repubblica.it/esteri/2020/02/26/news/germania_depenalizzato_il_suicidio_assistito_anche_per_chi_non_e_malato_terminale-249634437/)> (consultato il 07-09-2020). La sentenza è del 26 febbraio 2020>.

Ci si dovrebbe chiedere se un diverso atteggiamento verso l'eutanasia e la sua pratica regolarizzata non cambi alla fine nel profondo la stessa professione. Tutti coloro che sono favorevoli tra i professionisti della sanità, per quanto ho verificato in questi anni, immaginano che questo avvenga nei reparti da loro guidati, e hanno presente casi ed eventi precisi. In qualche modo se ne fanno garanti. Quando si passa dall'eccezione alla regola il mutamento è lento, prende strade sul piano culturale e comportamentale non sempre prevedibili. Non conosco studi fatti nei Paesi Bassi sui mutamenti avvenuti nella professione, in particolare nella relazione tra medico e paziente, trovo però difficile credere che non si assumano lentamente comportamenti che orientano le scelte del paziente verso l'eutanasia o il suicidio. Non si dimentichi l'asimmetria informativa tra medico e paziente e il rapporto di fiducia che si crea e che è necessario per l'esito stesso della cura.

Di caso singolo in caso singolo stiamo perdendo di vista il quadro generale. Nel benessere dell'oggi abbiamo dimenticato come e perché sono nate le regole sociali, non valutiamo l'impatto sociale delle scelte che stiamo facendo.

La discussione sui grandi principi raramente scade in questioni così infime come i soldi. Eppure nella vita reale la gran parte delle decisioni è condizionata dalle risorse economiche sia nella vita delle famiglie che nei modi con cui ogni Stato decide di finanziare (o non finanziare) i sistemi sanitari.

Ogni decisione richiede in premessa che sia presa da una persona capace di decidere, informata e libera di scegliere. La libertà di scelta implica l'esistenza di alternative concrete di vita e di cura.

Le condizioni di povertà e comunque di risorse economiche limitate possono fortemente condizionare la scelta di chi, per esempio, non vuole gravare sulla propria famiglia. Non si tratta solo di garantire un'ampia e adeguata offerta di cure palliative come la Corte Costituzionale italiana e la Corte Tedesca sembrano pensare, perché la condizione di malattia cronica o di non autosufficienza comporta un tipo di assistenza non necessariamente palliativa, ma che in gran parte pesa sulla famiglia per molti, molti, anni.

Se guardiamo all'Italia il problema non è solo l'insufficiente rete di offerta di hospice o di cure domiciliari per le cure palliative, soprattutto al sud, ma la totale assenza di una politica nazionale e regionale adeguata all'assistenza alle persone non autosufficienti.

Gli anni della crisi economica alle nostre spalle, altri purtroppo ci aspettano, hanno visto in tutto il mondo e nel nostro paese forti riduzioni dei finanziamenti ai sistemi sanitari. Già ora, dopo anni di crisi, la fiducia nella sanità pubblica è calata e i dubbi sull'equità delle scelte che vengono prese, o sulla effettiva utilità delle cure proposte si diffondono non senza qualche ragione. Non credo che la spinta verso la regolarizzazione

dell'eutanasia medicalmente assistita sia in grado di sopire i dubbi di chi teme che la vera ragione sia economica. Ciò che sta accadendo con la pandemia globale del Covid-19 inciderà ulteriormente.

La pandemia ha reso evidente che nel nostro paese il sistema sanitario è sottofinanziato. Un esame più approfondito suggerisce che al sottofinanziamento si accompagni una scelta discutibile di modelli organizzativi<sup>10</sup>. Dove si è scelto di concentrarsi sulla produzione di servizi e attrarre pazienti/clienti, si sono tolte risorse ai sistemi di prevenzione e alla rete di servizi territoriali che sarebbero stati in grado di segnalare tempestivamente e intervenire prima.

La pandemia ha dimostrato che non tutto è sotto controllo. Se ci si fida della scienza e della convinzione degli scienziati che il virus abbia fatto un salto di specie, allora tutto il nostro rapporto con la natura, già in crisi, va ripensato.

Ci credevamo forti e invece siamo deboli, di sapere tutto e invece non sappiamo molte cose, credevamo di aver espulso la incertezza dalle nostre vite e abbiamo scoperto che non è possibile farlo.

Le difficili scelte etiche che sono state compiute durante la pandemia (chi curare, o meglio chi salvare?) hanno avuto grande impatto sulle opinioni pubbliche soprattutto nella fascia di età delle persone ultrasessantenni. La loro richiesta in nome di una cittadinanza piena è di non essere discriminati, quindi di essere curati, e salvati.

Anche se personalmente condivido quanto scritto dalla maggiore società scientifica dei medici rianimatori italiani (Siaarti)<sup>11</sup>, nel loro documento stillato nelle ore più buie vedo, almeno nel nostro paese, una forma di rimozione generalizzata. L'argomento richiederebbe una riflessione più approfondita e in tempi più sereni, ma mi sembra che si possa dire che il fatto che le risorse fossero insufficienti e che si sia dovuto compiere delle scelte sia negato, rifiutato, rimosso.

In questa fase gli stessi che hanno sostenuto il loro diritto a decidere quando e come morire chiedono ora a gran voce che sia loro garantito di vivere. Non è una contraddizione, perché appunto la libertà di scelta implica che siano possibili più opzioni. Nel momento della crisi, anzi della catastrofe, è la volontà di vivere che prevale. Penso che il trauma della pandemia e la crisi economica in arrivo cambino ancora una volta l'equilibrio tra principi fondamentali.

<sup>10</sup> Si veda C. Saitto, *Le politiche sanitarie e il coronavirus*, Roma, Castelvecchi, 2020.

<sup>11</sup> Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva, *Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, pubblicato il 06-03-2020, in <<https://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>> (consultato il 07-09-2020).

Penso, inoltre, che negli stati dove è presente un forte sistema di welfare dovremmo approfondire la differenza tra libertà e diritti, tra la richiesta di spazi liberi dove lo Stato non entra e quella che lo Stato si faccia carico di soddisfare ogni nostra richiesta. È una riflessione che farebbe bene a chi fa politica, ma per la quale forse non siamo ancora pronti.

*The Law 219/2017 on Informed Consent and the Question of Assisted Suicide*

The article describes in brief law 219/2017, which aims at regulating the patient's consent to medical treatment, the use of deep sedation and the living will. After having described the genesis of the law and its content, the article draws a distinction between what the law regulates, namely the patient's right to refuse treatment, and what it excludes, namely the possibility of requesting euthanasia. The 2019 sentence of the Italian Constitutional Court that introduced a limited form of medically assisted suicide is then discussed. The article finally offers some critical reflections on assisted suicide and euthanasia, also from an international perspective.

*Keywords:* Patient's Consent, Deep Sedation, Living Will, Medically Assisted Suicide, Liberty.

*Donata Lenzi, donata.lenzi@gmail.com.*



---

*L'Italia in testa anche sull'etica del fine vita:  
è il primo paese di grandi dimensioni ad ammettere  
il suicidio medicalmente assistito*

**Maurizio Mori**

---

### 1. *Considerazione preliminare*

Quando il 24 gennaio 2020 mattina ci siamo incontrati per dibattere su «L'etica della fine della vita umana» presso la storica sede del Mulino a Bologna, non potevamo immaginare che un mese dopo il *lockdown* potesse bloccare prima il nostro paese e poi l'intero mondo, cioè che si verificasse un evento colossale che segna una cesura nella storia e di cui ancora non abbiamo ancora esatta contezza. Una cosa certa è che lo sconcerto di abitudini e pensieri è stato notevolissimo, al punto che si manifesta con forza la tendenza regressiva che porta a tornare a modalità di condotta antiche. Di fatto, nel periodo *clou* della pandemia si sono verificate situazioni poco rispettose del consenso informato e dell'autonomia delle persone<sup>1</sup>. Ciò ha portato qualcuno a dire che la Pandemia Covid-19 sta cambiando tutto e che l'autodeterminazione è in crisi e ormai saltata<sup>2</sup>. Questa tesi è eccessiva, e le brevi considerazioni qui proposte cercano di mostrare che la realtà è diversa, e che l'autodeterminazione continua a ampliare il proprio ambito anche e soprattutto nelle situazioni di fine-vita.

### 2. *Breve storia degli atteggiamenti sul fine-vita in Italia*

Come punto di partenza per un'analisi degli atteggiamenti verso i trattamenti di fine-vita e la morte volontaria propongo di partire dal 1974, anno in cui è stato pubblicato il Manifesto a favore dell'eutanasia intitolato *A Plea for Beneficent Euthanasia* sottoscritto da 38 studiosi tra

<sup>1</sup> Ho trattato del tema in M. Mori, *Come mai l'emergenza pandemica ha azzerato il consenso informato?*, in «Quotidiano sanità», 09-05-2020, cfr. <[http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=85035](http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=85035)> (consultato il 15-09-2020).

<sup>2</sup> Questa tesi è ormai diffusa in diversi paesi. Da noi è ripresa da A. Morresi nel suo contributo a «Tutto il possibile per salvare ogni vita. Lo choc del virus cambia lo sguardo» dal titolo *Qui Italia. La respirazione? Un supporto vitale*, in «Avvenire», 7-05-2020, e ancora A. Morresi, *Bioetica dopo il Covid, cambia tutto?*, in «Avvenire», 11-06-2020.

cui due premi Nobel<sup>3</sup>. La storia del problema può partire da quella data perché con gli anni settanta la biomedicina è entrata in una fase nuova e diversa dalla precedente. Quegli anni hanno portato a una cesura storica che cambia il modo stesso di impostare le questioni di etica sanitaria, tanto che è nata la bioetica come nuova riflessione al riguardo. È del 1973 la sentenza «Roe v. Wade» con cui la Corte suprema americana ha liberalizzato l'aborto, e l'anno successivo si è avuto il lancio del problema dell'eutanasia.

Quando in Italia è arrivata la notizia del Manifesto ricordato, l'idea è stata accolta con forte indignazione e subito catalogata come «assurda», cioè neanche degna di essere presa in seria considerazione: alle orecchie del senso comune appariva così strana e stramba da poter essere immediatamente dismessa, perché contraria alla sacralità della vita che circonda e deve circondare il rispetto della vita personale. Non è mai lecito togliere la vita, e il consenso dell'interessato è irrilevante, si osservava.

Questa situazione è rimasta grosso modo invariata fino al 1991, anno in cui in Olanda venne pubblicato il celebre Rammelink Report che rilevava come in quel paese una parte delle morti (circa il 4%) fosse dovuta a cause non-naturali, ossia frutto di eutanasia clandestina. Dopo quel Rapporto, in Olanda e in Europa in genere i discorsi sull'eutanasia divennero più fluidi, e forse il fatto che in quel paese la pratica eutanasi fosse non punita dai tribunali ha sollecitato un cambiamento nella classificazione del tema: da «assurdo» è diventato «controverso», ossia degno di considerazione ma tale da dover essere attentamente giustificato. Qui è cominciato un confronto critico delle diverse posizioni, e almeno sul piano teorico (limitato a pochi studiosi) la sacralità della vita ha cominciato a mostrare segni di debolezza. Sul piano del senso comune e giuridico, però, la morte volontaria veniva presa in considerazione solo nei casi pietosi, perché la sacralità della vita aveva ancora molta presa.

Guardando all'estero dall'Italia, in quegli anni si pensava che nei paesi bioeticamente più avanzati (Usa, UK, Australia, paesi scandinavi) la situazione fosse più favorevole alla morte volontaria, ma forse così non era dal momento che il 26 giugno 1997 la Corte suprema degli Stati Uniti (sentenza «Vacco v. Quill») affermò all'unanimità che il divieto di suicidio assistito stabilito dalla Legge dello Stato di New York era legittimo, lasciando ai singoli Stati il compito di legiferare eventuali legislazioni permissive in proposito. Mentre la «Roe v. Wade» (22 gennaio 1973) sull'aborto abolì di colpo tutti i divieti (e limiti) in materia

<sup>3</sup> Il Manifesto è stato delineato da due noti filosofi, Marvin Kohn e Paul Kurtz, e pubblicato sulla rivista «The Humanist», 34 (1974), n. 4, pp. 4-5, accessibile in <<https://www.worldtrd.net/news/plea-beneficent-euthanasia>> (consultato il 15-09-2020).

in nome dell'autodeterminazione della donna circa ciò che riguarda il proprio corpo, ora, nel 1997, i tradizionali vincoli all'autonomia circa la propria vita personale furono lasciati e la Corte Suprema ha detto che l'autodeterminazione avrebbe dovuto essere tutelata e regolata dai singoli Stati. Quella decisione ha sicuramente rallentato l'intero processo in materia di ampliamento dell'autodeterminazione alla fine della vita.

In Italia, tra gli anni novanta e la prima metà del nuovo secolo il tema della morte volontaria è stato vivacemente dibattuto a livello intellettuale, ma è rimasto estraneo all'agenda politica. La situazione ha cominciato a cambiare quando a Milano nel 2004 si è presentato il caso della signora Maria, una donna che ha rifiutato l'amputazione di parte di una gamba per evitare la gangrena. Il caso suscitò un gran clamore, dividendo il paese e facendo emergere la centralità del consenso informato. Poco dopo l'opinione pubblica fu toccata dalle suppliche scandite con voce metallica da Piergiorgio Welby (2006), che chiese al Presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, di poter accedere all'eutanasia. Il Presidente rispose che non era nei suoi poteri assecondare la richiesta, ma che avrebbe sollecitato il Parlamento: il solo fatto di aver risposto e la solidarietà umana manifestata sono la cifra del mutato atteggiamento al riguardo. La morte di Welby e il successivo processo al dr. Mario Riccio hanno tenuto alta l'attenzione sul tema per tutto l'anno successivo (2007).

Il 16 ottobre 2007 la Cassazione emanava la sentenza Englaro, che a dire di un critico severo della vicenda è stata «per la fine della vita altrettanto disastrosa della sentenza “Roe v. Wade” per il suo inizio»<sup>4</sup>. Quella sentenza ha riaffermato la centralità dell'autodeterminazione in modo solenne e eliminato sul piano giuridico le ultime resistenze che ancora restavano al riguardo. La vivace controversia innescata ha poi aperto la strada a un cambiamento socio-culturale profondo. Per dare un'idea della dimensione dell'impatto avuto si può ricordare che, sulla scorta della Sentenza della Cassazione, l'8 luglio 2008 la Corte d'Appello di Milano ha consentito la sospensione dell'idratazione e nutrizione artificiali che tenevano in vita Eluana: dal 9 luglio 2008 fino a marzo 2009 quasi ogni giorno qualche aspetto della vicenda Eluana ha occupato la prima pagina dei giornali. Non solo la sollecitazione culturale è stata intensa, ma è facile che la condizione di Eluana abbia ricordato esperienze vissute di molti, che hanno avuto un parente, un amico o un conoscente in condizioni «infernali»<sup>5</sup> analoghe a quella di Eluana.

<sup>4</sup> F.M. Agnoli, *La sentenza Englaro e i limiti della «supplenza legislativa»*, in «Studi Cattolici», n. 575 (2009).

<sup>5</sup> Sul concetto di «condizione infernale», cfr. M. Mori, *Manuale di bioetica. Verso una civiltà biomedica secolarizzata*, Firenze, Le Lettere, 2013, pp. 342 ss.

Il caso Englaro ha segnato una svolta sul tema della morte volontaria, e dopo di esso l'atteggiamento è più favorevole. Ciò che prima era «controverso» sia tra gli studiosi che nel senso comune, ora è diventato in qualche modo «accettato». Alcuni suicidi di persone illustri avutesi negli anni successivi come quelli dei registi Mario Monicelli e Carlo Lizzani, dello scrittore Franco Lucentini, del giornalista e uomo politico Lucio Magri, del magistrato Pietro D'Amico e di altri ancora hanno ulteriormente rafforzato la convinzione. In meno di mezzo secolo, in Italia l'atteggiamento sul piano culturale circa la morte volontaria è radicalmente mutato: agli inizi negli anni settanta la sola idea al riguardo era qualcosa di inaudito e quasi blasfemo, poi a fine anni ottanta-inizi novanta è diventato qualcosa di controverso ma degno di considerazione, per poi essere accettato alla fine del primo decennio del secolo.

Sul piano politico, però, la situazione era molto diversa perché i politici hanno mostrato riluttanza a accogliere anche gli aspetti più moderati e pacifici della questione. La ragione di questa grande cautela non è nota, e per spiegarla qui propongo la seguente ipotesi: quando si hanno grandi cambiamenti storici è normale che ci sia un gruppo di conservatori pronti a inneggiare ai fasti del passato. Nella nostra società mediatica questa minoranza è esigua ma anche molto presente e agguerrita sui social media e in parte della stampa. È così capitato che anche le lievi innovazioni introdotte dalla Magistratura siano state bollate come il frutto di sentenze «creative» di nuovo diritto e bocciate duramente. L'insistenza su quest'aspetto ha portato alla creazione di una sorta di «bolla culturale» di stampo conservatore che ha condizionato la politica nostrana, che si mostrava riluttante ad avanzare prospettive innovative. Per più di un decennio, l'atteggiamento prevalente è stato quello del costante richiamo a slogan e prassi antiche come se esso potesse generare sicurezza e senza quel richiamo fosse messo a repentaglio il vivere sociale stesso.

Di fatto, subito dopo la fine di Eluana (9 febbraio) il Senato ha approvato il ddl Calabrò (26 marzo 2009) che avrebbe riportato la pratica clinica agli standard degli anni settanta e tale proposta è rimasta innesca fino a fine legislatura (tutto il 2012) senza che fosse elaborata una seria e organica alternativa valida. La situazione è cambiata con la Legge Lenzi (la L. 219/17), che ha dato una svolta all'intero settore, dando pieno vigore al consenso informato e alle disposizioni anticipate. Non entro nelle questioni specifiche della Legge, perché chi l'ha elaborata e ha poi provveduto a far sì che passasse alla Camera, Donata Lenzi, ha più titolo di me a fare questo. Qui mi limito a due osservazioni di contorno che possono favorirne la comprensione:

1. la Legge Lenzi è una legge consolidativa di atteggiamenti e prassi che erano ormai diffuse da almeno tre decenni, che tuttavia non avevano un riconoscimento ufficiale. Non è una legge innovativa che introduce concetti nuovi circa il fine-vita, ma è un testo che si limita a organizzare e dare

il crisma dell'ufficialità a prospettive che sono state proposte sul piano giurisprudenziale sin dai primi anni novanta e che hanno trovato rispondenza sul piano sociale.

2. La legge Lenzi è stata varata per circostanze quasi fortuite, nel senso che, dopo essere stata approvata alla Camera il 20 aprile 2017, pochi avrebbero scommesso che sarebbe riuscita a concludere l'iter nello spazio della stessa legislatura. In quel momento la priorità era assegnata al disegno di legge sullo *ius soli* per gli immigrati, programma che è poi stato modificato nell'estate perché l'eventuale approvazione di quella legge era diventata politicamente inopportuna. L'opzione fu quindi quella di far approvare al Senato il testo unificato approvato dalla Camera. Quel testo fu «blindato» per mantenere i tempi, e l'assenza di modifiche da parte del Senato ha impedito eventuali difformità e spiega l'unitarietà di visione che lo informa. Ultima nota, le perplessità e resistenze di alcuni senatori sono state superate grazie a un discorso di papa Francesco inviato il 16 novembre al Presidente della Pontificia Accademia per la Vita in occasione del Meeting Regionale Europeo della *World Medical Association* sulle questioni del «fine-vita», che è stato interpretato come un sostegno al ddl in discussione<sup>6</sup>.

Le considerazioni fatte confermano quanto sopra ipotizzato circa l'atteggiamento di fondo di gran parte della politica italiana, atteggiamento che poi, fortunatamente, trova qualche eccezione che porta aria fresca e apre orizzonti nuovi. Passo a delineare questi ulteriori punti.

### 3. *Dalla Legge Lenzi 219/17, alla Sentenza della Corte Costituzionale n. 242/19, alla Sentenza del Tribunale di Massa 27/07/2020*

Già ho cercato di collocare la legge Lenzi nel contesto storico-politico e nella prospettiva culturale. Pur essendo una legge consolidativa di atteggiamenti diffusi, va ribadito che questi atteggiamenti sono informati all'autodeterminazione e rispondono alle esigenze etiche emerse negli anni settanta-ottanta nel fiore dell'epoca d'oro della bioetica. La legge Lenzi consolida questi elementi affermatesi negli anni settanta, ma è profondamente innovativa rispetto alla prospettiva ippocratica invalsa negli ultimi due millenni e mezzo.

L'aspetto centrale della Legge Lenzi sta nell'art. 1 comma 2: «la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico [...] si basa sul consenso informato». Nella tradizione ippocratica alla base del rapporto medico-paziente sta la condizione di malattia e di bisogno da parte del paziente, che per questo chiede aiuto al medico. Ora, invece, quest'aspetto passa in secondo

<sup>6</sup> Il discorso è stato scritto il 7 novembre 2017, e inviato in seguito: cfr. <<https://press.vatican.va/content/salastampa/it/bollettino/pubblico/2017/11/16/0794/01721.html>> (consultato il 15-09-2020).

piano e la base, il fondamento, del rapporto sta nel consenso informato. È sulla scorta di questo punto che poi trovano giustificazione le disposizioni anticipate di trattamento e la facoltà di rifiutare le terapie salvavita (aspetto esplicitamente non previsto dal ddl Calabrò sopra ricordato).

Merita di essere ricordato che il rumoroso gruppo conservatore presente sui social (e anche in Parlamento) ha più volte sottolineato sia in fase di discussione del ddl alla Camera sia in seguito la presenza di difetti di costituzionalità nel testo della Legge Lenzi, proprio per le conseguenze derivate dall'affermazione della centralità del consenso informato. Questa critica è, tuttavia, priva di fondamento, e la migliore conferma viene dal fatto che nella Sentenza n. 242/19 la Corte Costituzionale ha citato con approvazione la Legge Lenzi ben 15 volte, venendo così a fornire una sorta di sua «costituzionalizzazione». La Legge Lenzi viene a valorizzare il consenso informato limitatamente alla sospensione delle terapie che l'interessato giudica futili, sproporzionate o straordinarie o inappropriate. I termini usati possono essere diversi (e rimandano a quadri concettuali diversi), ma la sostanza non cambia ed è quella colta dalla Legge: non è lecito imporre trattamenti non voluti. Quest'idea chiave è quella da decenni approvata anche dai medici nelle loro dichiarazioni solenni, che forse poi non trovavano corrispondenza nella pratica clinica per assenza di un sostegno ufficiale sul piano legislativo e per l'inerzia che governa gran parte dei comportamenti umani. Merito della Legge Lenzi è di aver ufficializzato il nuovo corso e di aver così definitivamente chiuso con l'antico paradigma ippocratico.

Ma la Legge Lenzi non ha aperture verso la morte volontaria intesa come «suicidio medicalmente assistito» o «eutanasia», dove la distinzione tra le due pratiche sta nel fatto che nel primo caso l'atto finale che causa la morte è compiuto dall'interessato stesso, mentre nell'altro caso da un terzo cui è stato richiesto di farlo. Questo passo successivo viene compiuto dalla Sentenza n. 242 della Corte Costituzionale, la quale viene a sdoganare il principio che giustifica il suicidio medicalmente assistito pur circondandolo di cautele e prevedendo condizioni stringenti.

Queste sono 4, e cioè:

- a. la persona è capace di intendere e volere;
- b. la persona è affetta da patologia irreversibile;
- c. la persona prova sofferenze fisiche o psichiche da lei giudicate insopportabili;
- d. la persona è tenuta in vita da macchine o da trattamenti di sostegno vitale.

In presenza di queste quattro condizioni, la Corte Costituzionale afferma che è lecito il suicidio medicalmente assistito perché vale il principio di equivalenza tra azione e astensione che viene formulato nei

seguenti termini: «Se, infatti, il cardinale rilievo del valore della 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, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa – conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale»<sup>7</sup>.

In altre parole, è eticamente indifferente raggiungere uno stesso effetto finale attraverso un'azione (commissiva) o attraverso un'astensione (non fare) che consente al processo di realizzare l'effetto pur potendolo evitare (e sapendo che potrebbe essere evitato).

L'affermazione del principio di equivalenza è di importanza fondamentale, perché esso sicuramente consente di giustificare la liceità etico-giuridica del suicidio medicalmente assistito. Grazie a questo principio, l'Italia si trova all'avanguardia nel riconoscimento della liceità etica e giuridica della morte volontaria: mentre sinora eutanasia e suicidio assistito sono stati ammessi da Stati di piccole dimensioni (massimo 15 milioni, Olanda, Belgio, Oregon) o di dimensioni medie (sotto i 50 milioni come Canada e California), ora l'Italia si trova a essere il primo stato di grandi dimensioni a ammettere il suicidio medicalmente assistito, sia pure sulla scorta di condizioni abbastanza stringenti.

Va notato, tuttavia, che l'ultima di queste condizioni, quella più stringente e difficile da soddisfare, pare sia stata allentata molto dalla recente Sentenza del Tribunale di Massa del 27 luglio 2020: sei giudici popolari e due giudici togati hanno accolto la tesi sostenuta dal dr. Mario Riccio, ossia che «la dipendenza dai “trattamenti di sostegno vitale” non significa necessariamente ed esclusivamente dipendenza “da una macchina”»<sup>8</sup>, perché – come emerge dalla sentenza n. 242 del 2019, in base alla legge n. 219 del 2017 – il trattamento di sostegno vitale si realizza con tutti quei «trattamenti in assenza dei quali si innesca quel processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito – non necessariamente rapido – è la morte». In questo senso, con trattamento di sostegno vitale «deve intendersi qualsiasi trattamento sanitario interrompendo il quale si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida»<sup>9</sup>.

<sup>7</sup> Corte Costituzionale, sentenza n. 242/19, in diritto, n. 9.

<sup>8</sup> Tribunale di Massa, sentenza n. 1 del 27/07/2020, p. 30.

<sup>9</sup> *Ibidem*, p. 31.

Bastano le poche parole riportate per vedere che l'interpretazione data porta a far cadere l'ultima condizione posta dalla Corte Costituzionale, la «dipendenza da macchine», col risultato di allargare notevolmente le opportunità di accesso al suicidio medicalmente assistito.

Chiudo le brevi considerazioni svolte osservando che le prime critiche mosse alla sentenza di Massa non menzionano affatto la sacralità della vita o altre argomentazioni simili, ma mettono in campo solo considerazioni di carattere sociale, come quella tesa a ricordare che, sulla scorta del nuovo indirizzo che equipara la «dipendenza da macchine» con qualsiasi trattamento senza il quale si avrebbe la morte, le persone anziane saranno sollecitate a togliere il disturbo uccidendosi<sup>10</sup>. Un simile argomento è di carattere puramente consequenzialista e può darsi anche che individui un problema reale e realmente esistente. Il problema sarà affrontato e probabilmente riceverà anche una risposta, la cui adeguatezza non ci riguarda in questa sede e resta da esaminare. Quel che qui si può osservare è che l'appello alla sacralità della vita è uscito di scena, e che gli argomenti addotti sono rivolti a considerazione circa il benessere atteso o reale. Ciò significa che, in breve, sul fine-vita è già intervenuta una profonda rivoluzione culturale che ha cambiato gli atteggiamenti etici circa la morte volontaria.

*Italy Ahead on the End-of-life Ethics, Being the First Big State Admitting Medically Assisted Suicide*

In the '70s in Italy the word «euthanasia» was unspeakable. In the '90s the situation started to change because the idea of informed consent as a basic right began to gain consensus, and the issue of euthanasia became «debatable». In the second half of the first decade of the new century the debate on euthanasia involved the public and the Welby and Englaro cases helped Italian people to reflect on end-of-life issues. In 2017 the Lenzi bill n. 219/17 ruled the doctrine of informed consent and self-determination. Going beyond such a doctrine, the Constitutional Court at the end of 2019 allowed medically assisted suicide at some conditions: for this reason Italy is the first big State admitting assisted suicide.

*Keywords:* Euthanasia, Piergiorgio Welby, Eluana Englaro, Lenzi bill n. 219/17, Constitutional Court decision n. 242/19.

*Maurizio Mori, Dipartimento di Filosofia e Scienze dell'educazione, Università degli Studi di Torino, via Sant'Ottavio 20, 10124 Torino, maurizio.mori@unito.it.*

<sup>10</sup> Cfr. per esempio il Comunicato stampa dell'Associazione Pro-Vita & Famiglia del 9 settembre 2020: <<https://www.provitaefamiglia.it/blog/suicidio-assistito-pro-vita-famiglia-lultima-beffa-spingeranno-i-malati-a-uccidersi>> (consultato il 15-09-2020).