

EUTANASIA E COVID-19.  
PERCHÉ L'ESPANSIONE DELLA PANDEMIA DEL SECOLO RICHIEDE  
UN'URGENTE RIFLESSIONE IN MERITO AD EUTANASIA ED  
ASSISTENZA AL SUICIDIO

*Alessandro Ferrara\**  
\*\*\* 27 marzo 2020 \*\*\*

1. Già da qualche mese la riflessione sul tema dell'assistenza al suicidio e l'eutanasia occupa nel dibattito dottrinale un posto particolarmente rilevante per via delle pronunce della Corte costituzionale (nn. 207/2018 e 242/2019) con cui è stata dichiarata la parziale illegittimità dell'art. 580 c.p. che prevede la punibilità delle condotte di istigazione e di aiuto al suicidio.

Il dibattito presenta un ampio spettro di problematiche e di questioni la cui risoluzione non tocca aspetti semplicemente giuridici, medici e/o sociali ma soprattutto aspetti legati alle intime convinzioni morali di coloro i quali vi si approcciano.

Le questioni trattate, meritevoli di una sempre più ampia considerazione, hanno probabilmente acquisito, in seguito all'emergenza planetaria *Coronavirus*, maggior rilevanza. Con l'avvicinarsi delle settimane ed il crescente timore di un'espansione incontrollata del virus si è rafforzata la convinzione che la questione sulle modalità attraverso le quali normare le pratiche di assistenza al suicidio ed eutanasia fosse molto più urgente di ciò che si pensava.

Ad alimentare questa convinzione, lo scenario drammatico descritto in una lettera redatta da 13 medici dell'Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo e pubblicata all'interno del *New England Journal of Medicine - Catalyst Innovations in Care Delivery*, il 21 marzo 2020:

*“Our own hospital is highly contaminated, and we are far beyond the tipping point: 300 beds out of 900 are occupied by Covid-19 patients. Fully 70% of ICU beds in our hospital are reserved for critically ill Covid-19 patients with a reasonable chance to survive. The situation here is dismal as we operate well below our normal standard of care. Wait times for an intensive care bed are hours long. Older patients are not being resuscitated and die alone*

---

\* Dottorando di Ricerca in Teoria del Diritto ed Ordine Giuridico ed Economico Europeo presso l'Università Magna Graecia di Catanzaro. Dipartimento di Giurisprudenza, Economia e Sociologia. Mail: [alessandro.ferrara89@hotmail.it](mailto:alessandro.ferrara89@hotmail.it). Il contributo è stato accettato per la pubblicazione nell'ambito della call *Diritto, diritti ed emergenza ai tempi del Coronavirus*, su *BioLaw Journal – Rivista di BioDritto*.

*without appropriate palliative care, while the family is notified over the phone, often by a well-intentioned, exhausted, and emotionally depleted physician with no prior contact”.*

La denuncia dei medici dell’Ospedale Papa Giovanni XXIII, costretti a riservare i letti del proprio ospedale ai pazienti con *ragionevoli possibilità di sopravvivenza*, sembra confermare quanto ipotizzato, solo pochi giorni prima (6 marzo 2020), dalla Società italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (SIAARTI), all’interno di un documento intitolato “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”. L’esigenza di pubblicare delle linee guida attraverso le quali stabilire i criteri di accesso alle cure intensive e consentire ai medici di adottare dei principi comuni nella valutazione della “maggiore speranza di vita” dei pazienti, nell’ottica di un’efficiente allocazione delle risorse sanitarie, manifesta che il verificarsi di uno scenario di tale gravità sia effettivamente considerato plausibile. La possibile applicazione di principi sorti nell’ambito della “medicina delle catastrofi” evidenzia, per le ragioni che vedremo più avanti, la necessità di una puntuale riflessione sulle diverse modalità attraverso le quali disciplinare le fattispecie di assistenza al suicidio ed eutanasia.

Il presente contributo, pur nella brevità di una trattazione condotta in poche pagine, si pone l’obiettivo di sollevare alcune problematiche che da sempre coinvolgono gli studiosi di bioetica, e di porre alcune domande alle quali, purtroppo, non solo in ambito accademico, ci si potrebbe trovare costretti, a breve, a rispondere. È bene premettere che l’analisi che segue si fonda su un approccio funzionale al problema, senza la presunzione di individuare obbligatoriamente le soluzioni, ma con il semplice obiettivo di sollevare la questione al di fuori di qualsiasi ipocrisia di facciata.

**2.** Muovendo da un’analisi che intenda tracciare, seppur brevemente, i contorni medico-giuridici della questione, si tenterà di comprendere perché l’emergenza Coronavirus possa richiedere una seria riflessione in merito alle scelte normative sul tema dell’eutanasia e dell’aiuto al suicidio.

Preliminarmente è utile distinguere le pratiche di eutanasia attiva, per le quali la morte è direttamente provocata tramite la somministrazione di un farmaco letale, da quelle di assistenza al suicidio medicalizzato, dove invece il farmaco letale viene messo a disposizione del paziente, che lo assume di propria iniziativa. Mentre l’eutanasia attiva è considerata illegale a prescindere dalle modalità e dalle condizioni attuative, le condotte agevolative del suicidio al ricorrere di

particolari condizioni – individuate dalla Corte costituzionale nella sentenza n.242/2019 – sono considerate non punibili. Differentemente, con la L. n. 219 del 2017 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*), anche allo scopo di rendere effettiva la tutela prevista dagli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione e dagli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, è stato sancito il diritto per ogni persona di rifiutare qualsiasi trattamento diagnostico o sanitario (finanche nutrizione e idratazione artificiale) obbligando il medico a rispettare la volontà del paziente. Concordemente con i principi fondamentali sopra individuati, la stessa legge prevede altresì il dovere per il medico di adoperarsi per alleviare le sofferenze del malato, anche nel caso in cui quest'ultimo rifiuti il trattamento sanitario, prospettandogli le cure previste dalla L. n. 38 del 2010 (*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*).

L'accesso alle *cure palliative* e alla *terapia del dolore*, pertanto, dovrebbe essere garantito nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza da parte del Servizio Sanitario Nazionale, «al fine di assicurare il rispetto della dignità e dell'autonomia della persona umana, il bisogno di salute, l'equità nell'accesso all'assistenza, la qualità delle cure e la loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze».

La normativa italiana dunque, alla luce dei recenti interventi normativi, accetta le conseguenze, anche fatali, di un rifiuto consapevole dei trattamenti sanitari. Allo stesso tempo, impone al Servizio Sanitario Nazionale di garantire l'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative in tutti i casi in cui risulti necessario lenire e/o controllare il dolore sofferto dal paziente, sia per via dell'inefficacia dei trattamenti atti a contrastare l'evoluzione della malattia, sia per via del rifiuto degli stessi.

Quanto alla disciplina sanzionatoria prevista dall'art. 580 c.p., attualmente in vigore, essa vieta qualsiasi condotta agevolativa dell'intento suicida anche qualora la determinazione all'esecuzione dello stesso sia stata libera ed autonoma da qualsiasi influenza esterna. Tuttavia la sentenza n. 242 del 2019, come sopra detto, ha aperto una breccia nel diritto italiano, escludendo, a determinate condizioni, la punibilità delle condotte di aiuto al suicidio.

Vieppiù, la Corte Costituzionale ha suggerito, nel corpo della sentenza, anche le modalità esecutive delle condotte di aiuto al suicidio, richiamando espressamente gli artt. 1 e 2 della L. 219 del 2017 e stabilendo che le stesse debbano essere effettuate sotto il controllo del Servizio Sanitario Nazionale previo parere del Comitato Etico territorialmente competente.

3. Tracciati brevemente i contorni del fenomeno all'interno del contesto normativo italiano, è utile analizzare le problematiche emergenti alla luce dell'espansione dell'epidemia Coronavirus e della CoViD-19 in Italia.

Per far ciò è opportuno immaginare che la situazione già in essere presso l'Ospedale Papa Giovanni XIII (di per sé sufficientemente allarmante), si estenda a tutto il territorio nazionale e che la generalità degli ospedali si trovi realmente nella condizione di non poter curare tutti i pazienti e di dover applicare le raccomandazioni della SIAARTI, rifiutando il ricovero in terapia intensiva anche ai casi gravi caratterizzati da minor possibilità di sopravvivenza.

Il Sistema Sanitario Nazionale rischierebbe il collasso, e la necessità di dover valutare le *chance* di sopravvivenza dei pazienti e di non poter ricoverare le persone con minori possibilità di guarigione – che per definizione sarebbero probabilmente quelle nelle peggiori condizioni di salute e perciò destinate alle peggiori sofferenze – esplicherebbe i suoi effetti negativi su migliaia di individui.

Cosa fare allora nella plausibile eventualità di un inefficiente contenimento dell'espansione del virus? Cosa fare nel caso in cui migliaia (se si considera che, ad esempio, in Calabria al 16 marzo 2020 erano attivi solo 107 posti di terapia intensiva) di persone sofferenti, in condizioni precarie e/o magari tragiche, desiderose di essere curate, non possano vedersi riconosciuto dallo Stato il fondamentale diritto alla salute ed il conseguente accesso alle cure?

Nella situazione di emergenza sopra ipotizzata, nella quale lo Stato si troverebbe nella tragica circostanza di non poter curare i propri malati, nei casi in cui le condizioni di salute siano di particolare gravità, connotate da enormi sofferenze e la malattia, con un elevatissimo grado di certezza, possa portare alla morte, non resterebbe che tentare di garantire la somministrazione delle cure palliative e della terapia del dolore previste dalla L.38/2010.

Infatti, nella situazione in cui un paziente in gravi condizioni di salute debba essere rimandato a casa per l'impossibilità di essere ricoverato, l'amara sorte a cui è destinato non potrebbe, quantomeno, che essere controbilanciata, nella sua già evidente crudeltà, dal contenimento delle sofferenze e del dolore fisico del malato.

Tuttavia, come emerge dalla lettera pubblicata dai medici bergamaschi, nonché dall'ultimo *Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010*, l'attuazione della legge è *caratterizzata da luci e ombre*, con forti disomogeneità a livello regionale e locale e con situazioni in cui *i medici e l'organizzazione, in ospedale e sul territorio*,

*non sono tuttavia ancora sufficientemente preparati a riconoscere ed affrontare per tempo questi bisogni e ad offrire un intervento precoce, integrato e complesso.*

Se si considera inoltre che il rapporto è stilato sulla base di una situazione sanitaria “normale”, all’interno della quale è già evidente la necessità di *un utilizzo crescente dei ricoveri in ospedale*, si potrebbe immaginare che nel caso di un collasso del Sistema Sanitario Nazionale le criticità riscontrate nell’attuazione della legge possano diventare ben più imponenti.

Lo Stato a questo punto non sarebbe in grado né di tentare di curare i malati, né di tentare di *accompagnarli “nel” morire*, per via dell’assenza di posti letto negli ospedali e di personale medico specializzato.

Un’alternativa sarebbe quella di accettare passivamente che queste persone siano condannate a subire una morte lenta, dolorosa e straziante, per loro stessi e per i loro parenti, i quali, tra l’altro, probabilmente, anche in virtù dell’alta trasmissibilità del virus, sarebbero costretti ad abbandonarli.

In questo caso, le politiche neoliberali degli ultimi decenni, colpevoli dei tagli alla spesa pubblica e del conseguente depauperamento del Sistema Sanitario Nazionale, evidenzerebbero la responsabilità *indiretta* dello Stato nell’incapacità di assicurare ai propri cittadini la tutela dei principali diritti umani.

A questo punto, ci si chiede se in una condizione di tale eccezionalità sia applicabile il principio affermato dalla Corte europea dei diritti dell’uomo nella sentenza n. 2346/02 (*Pretty v. Regno Unito*) e condiviso dalla Consulta nella sentenza n. 242/2019, secondo il quale «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». Oppure, se in una logica di bilanciamento dei diritti fondamentali dell’individuo, l’incapacità conclamata dello Stato di riconoscere con effettività il diritto alla salute ed il conseguente diritto alla vita, imponga, dall’altro lato, quantomeno di riconoscere pienamente il diritto all’autodeterminazione e alla dignità dell’essere umano.

La questione sulla quale ci si interroga, nella situazione sopra rappresentata, è se proprio l’applicazione degli artt. 2, 13 e 32 Cost. nonché 1, 2 e 3 CEDU, possa far sorgere un vero e proprio diritto alla buona morte (eutanasia - dal greco εὐθανασία, composta da εὖ-, bene e θάνατος, morte), o quantomeno alla migliore morte possibile. Il diritto, finora escluso, a

pretendere dallo Stato un aiuto ad interrompere quelle sofferenze che lo Stato stesso, colpevolmente, non è in grado neanche di alleviare.

Peraltro, in un contesto di tale gravità, anche la soluzione prospettata da coloro i quali ammettono il ricorso a pratiche eutanasiche attive dirette, sarebbe probabilmente insufficiente. Difatti, anche chi ritiene che «l'ascolto e l'accoglienza della richiesta di suicidio medicalmente assistito, nelle condizioni previste, vada nettamente distinta dall'istigazione al suicidio, e vada accolta in ragione dei principi etici di autodeterminazione e del dovere del medico di beneficenza» e che «il bilanciamento di valori favorevole all'aiuto al suicidio medicalmente assistito sia eticamente e giuridicamente legittimo perché la persona ha diritto di preservare la propria dignità anche e soprattutto nelle fasi finali della vita» (Comitato Nazionale per la Bioetica parere n.135/2019, p.23) richiede comunque, per legittimare la decisione di prestare assistenza medica al suicidio e perché possano essere bilanciati i valori tutelati dall'ordinamento, che ricorrano contemporaneamente le condizioni: 1) il soggetto agevolato deve aver liberamente ed autonomamente formato il proprio convincimento; 2) dev'essere tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale ed essere affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili; 3) dev'essere considerato capace di prendere decisioni libere e consapevoli; 4) le condizioni e le modalità di esecuzione devono essere verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente. Le plausibili, e probabilmente necessarie, cautele concepite per l'esecuzione di pratiche di assistenza medicalizzata al suicidio sarebbero però, probabilmente, inattuabili nella situazione pubblica eccezionale oggetto di discussione. Infatti, nel momento del collasso totale del Sistema Sanitario Nazionale, alcuni dei requisiti previsti rischierebbero di non poter essere soddisfatti, soprattutto quelli che richiedono per l'attuazione delle pratiche eutanasiche che il soggetto agevolato sia mantenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e che le condizioni e le modalità d'esecuzione siano verificate da una struttura pubblica.

Un utile spunto di riflessione potrebbe pervenire dalla lettura delle raccomandazioni pubblicate il 10 febbraio 2020 dall'Alta Autorità per la salute (Has) francese, che, inserendosi in un contesto di riforma della Legge “*sul fine vita*”, consentono al medico di famiglia di prescrivere direttamente un farmaco per la sedazione profonda e continua e di poterlo reperire, per l'espletamento delle pratiche mediche, direttamente in farmacia. In Francia, infatti, già dal 2016 la c.d. Legge *Claeys-leonetti*, consente al medico di praticare la sedazione profonda e continua

direttamente al domicilio del paziente qualora ricorrano determinate condizioni, ma fino alla riforma di qualche settimana fa il sanitario non aveva *accesso diretto al farmaco dovendo passare sempre per una farmacia ospedaliera*.

Il caso francese potrebbe, a questo punto, fornire un utile spunto per riflettere sulle risposte che sarebbe possibile dare alle domande poste in precedenza.

Si potrebbe, allora, ipotizzare un intervento normativo attraverso il quale demandare ai medici di base, esclusivamente nei casi in cui il rifiuto certificato del ricovero da parte del SSN non renda possibile praticare i necessari trattamenti di sostegno vitale, la valutazione di una serie di requisiti (tra cui sicuramente la richiesta libera ed autonoma del malato) per l'esecuzione delle pratiche eutanasiche direttamente al domicilio del paziente.

Nell'ipotesi di incapienza e di collasso del SSN potrebbe essere essenziale, infatti, prevedere la possibilità di reperire i medicinali necessari direttamente nelle farmacie e di poterli fornire non solo ai medici, ma anche direttamente alle persone malate o ai loro familiari.

Le soluzioni prospettabili sono diverse, e sicuramente dovranno tener conto del bilanciamento dei diversi interessi in gioco, ma, prescindendo dalla loro individuazione, è certamente di fondamentale importanza l'avvio di una seria riflessione sul tema in grado di smuovere le coscienze.

Difatti, qualora il dibattito dovesse tardare ad innestarsi, in una situazione di emergenza mondiale come quella determinata dalla diffusione della CoViD-19, si rischierebbe di arrivare al punto in cui anche i principali diritti ampiamente acquisiti dall'umanità rischino di rimanere gravemente pregiudicati.