PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

SEGRETARIATO GENERALE



Comitato Nazionale
per la Bioetica

bioetica.governo.it

Pareri & Mozioni

2019

Comitato Nazionale per la Bioetica

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CNB

COMITATO NAZIONALE
PER LA BIOETICA

SALUTE MENTALE E ASSISTENZA PSICHIATRICA IN CARCERE

22 marzo 2019

INDICE

Presentazione 3

Premessa 5

La prospettiva bioetica e le indicazioni internazionali 6

Epidemiologia della salute mentale in carcere 9

L'eredità dell'OPG 11

La battuta d'arresto normativa e il "doppio binario" di giudizio e di assistenza 12

"Rei folli" e "folli rei": la crisi complessiva di sistema 15

Linee di indirizzo per il sistema di cura dei "rei folli" 16

Raccomandazioni 18

Presentazione

La salute mentale in carcere rappresenta un'area particolarmente critica nell'ambito della tutela della salute generale delle persone condannate al carcere. Ciò, nonostante la protezione della salute sia un diritto umano e costituzionale, perciò egualmente valido "fuori" e "dentro" le mura, in condizioni di parità di trattamento fra liberi e detenuti.

Il carcere per sua natura comprime i diritti individuali, la salute mentale in particolare è insidiata dalla sofferenza legata allo stato di costrizione e di dipendenza totale del detenuto per qualsiasi necessità della vita quotidiana. Dall'incompatibilità fra il carcere e la salute mentale discende l'indicazione che la presa in carico delle persone con disturbo psichiatrico debba avvenire di regola al di fuori del carcere, nel territorio. La cura psichiatrica in carcere dovrebbe essere limitata alle persone con disturbi minori, oppure al ristretto numero di coloro per cui non sia possibile applicare un'alternativa alla carcerazione a fine terapeutico. Va inoltre ricordato che la salvaguardia della salute mentale non coincide con l'assistenza psichiatrica, per quanto importante essa sia: l'invito è a predisporre un ambiente sufficientemente adeguato a mantenere l'equilibrio psichico delle persone detenute e a non aggravare lo stato di chi già soffre di disturbi, assicurando in primo luogo condizioni dignitose di detenzione e il rispetto dei diritti umani fondamentali.

Il nodo salute mentale-carcere è complicato da altre questioni, fra cui, a monte, il diverso trattamento penale (il cosiddetto "doppio binario") cui possono essere sottoposti gli autori di reato con problematiche psichiatriche. Alcuni (i cosiddetti "folli rei"), giudicati non imputabili per vizio di mente (totale o parziale) e perciò prosciolti per essere però sottoposti a misura di sicurezza in Ospedale Psichiatrico Giudiziario – OPG; ciò avveniva prima della Legge n. 81/2014 che ha chiuso gli OPG: oggi invece i prosciolti sono avviati al nuovo articolato sistema di presa in carico territoriale, di cui fanno parte le Residenze per la Esecuzione della Misura di Sicurezza-REMS. Altri, i cosiddetti "rei folli", giudicati imputabili e condannati al carcere, quando sviluppavano un disturbo psichiatrico grave o andavano incontro a un aggravamento di una precedente patologia, erano trasferiti in OPG. Oggi, dopo la sua abolizione, i "rei folli" non godono della tutela cui avrebbero diritto, poiché manca una normativa chiara per stabilire la loro incompatibilità col carcere e indirizzarli a misure alternative a fine terapeutico.

L'eredità dell'OPG è ancora viva sia sul piano concreto, per la sorte tuttora incerta delle varie tipologie di malati psichiatrici che affollavano questi istituti; sia soprattutto sul piano culturale, nel persistere della vecchia visione del malato psichiatrico quale soggetto di per sé pericoloso, e dunque da contenere più che da curare. Tale concezione è alimentata anche dall'eccessivo ricorso al "binario" di non imputabilità e di proscioglimento per "vizio di mente", con corrispondente ampio utilizzo delle misure di sicurezza. Da qui la resistenza all'utilizzo di strumenti normativi che possano favorire la cura non in stato di detenzione, sia dei "rei folli", sia dei "folli rei", nonché i ritardi ad adeguamenti normativi in tale direzione.

Muovendo da queste considerazioni, il CNB raccomanda di: assicurare, quale forma basilare di tutela della salute mentale in carcere, modalità umane di detenzione, rispettose della dignità delle persone, offrendo un trattamento con opportunità di formazione e di lavoro nella prospettiva risocializzante; provvedere a che la cura delle persone affette da grave disturbo mentale e che abbiano compiuto reati avvenga di regola sul territorio, in strutture terapeutiche e non in

istituzioni detentive, in ottemperanza al principio della pari tutela della salute di chi è libero e di chi è stato condannato al carcere. Rafforzare i servizi di salute mentale in carcere, superando la storica "separatezza" ereditata dalla sanità penitenziaria: in modo che funzionino come parte integrante di forti Dipartimenti di Salute Mentale, capaci di individuare le risorse di rete territoriale per la cura delle patologie gravi al di fuori dal carcere e di collaborare a tal fine con la magistratura di cognizione e di sorveglianza.

Il CNB sollecita anche alcune innovazioni normative per tutelare sia le persone giudicate imputabili e condannate a pene carcerarie, sia le persone dichiarate non imputabili e prosciolte. Nello specifico: il rinvio della pena quando le condizioni di salute psichica risultino incompatibili con lo stato di detenzione, in analogia con quanto previsto dagli artt. 146 e 147 CP. per la compromissione della salute fisica; la previsione di specifiche misure alternative per i soggetti che manifestano un'infermità psichica in carcere; l'introduzione di Sezioni Cliniche in carcere a esclusiva gestione sanitaria; una più incisiva riforma delle misure di sicurezza, per limitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva. Inoltre, in coerenza con la finalità terapeutica delle REMS, occorre limitare il ricovero nelle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata una misura di sicurezza detentiva definitiva. Infine il CNB invita a riconsiderare il concetto particolarmente problematico di "pericolosità sociale", alla base delle misure di sicurezza, e la legislazione speciale di "doppio binario" di imputabilità/non imputabilità per le persone affette da disturbo mentale.

Nell'ambito della discussione hanno offerto un prezioso contributo le audizioni di: Dott. Franco Scarpa, Psichiatra Direttore dell'Unità Operativa Complessa USL 11 Toscana (durante la seduta plenaria del 25 ottobre 2018) e Dott. Andrea Bortolato, Presidente del Tribunale di Sorveglianza di Firenze (durante la riunione del gruppo di lavoro del 13 dicembre 2018).

Il gruppo di lavoro è stato coordinato dalla Dott.ssa Grazia Zuffa, che ha anche redatto la bozza iniziale.

Hanno contribuito alla stesura del testo i Proff.: Salvatore Amato, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Anna Gensabella, Carlo Petrini, Tamar Pitch, Monica Toraldo di Francia.

Il parere è stato approvato all'unanimità dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Carlo Caltagirone, Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Francesco D'Agostino, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack, Riccardo Di Segni, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia, Monica Toraldo di Francia, Grazia Zuffa.

Assenti alla seduta, hanno successivamente aderito i Proff.: Cinzia Caporale, Bruno Dallapiccola, Mario De Curtis, Gianpaolo Donzelli, Massimo Sargiacomo.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta; per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini.

Prof. Lorenzo d'Avack
Presidente del CNB

Premessa

Il Comitato Nazionale per la Bioetica è intervenuto nel 2013 sul tema della salute in carcere (*La salute dentro le mura*), individuando la salute mentale come una delle aree critiche cui prestare particolare attenzione. Il CNB ritiene opportuno un nuovo pronunciamento, di fronte alle persistenti difficoltà nel riconoscere nel concreto il diritto alla tutela della salute in carcere, in specie della salute mentale. In particolare, l'equiparazione del diritto alla salute tra cittadini fuori e dentro le mura – il principio che ha guidato il passaggio della sanità penitenziaria al Servizio Sanitario Nazionale – richiede un impegno più complesso nel campo della salute mentale.

La ragione principale risiede nel ruolo storicamente ricoperto dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario (OPG), di custodia di tutti gli autori di reato con problematiche psichiatriche: sia quelli dichiarati non imputabili per vizio di mente al momento del fatto e perciò prosciolti e rinchiusi in OPG, sottoposti a misure di sicurezza in quanto socialmente pericolosi; sia quelli imputabili e condannati a pena detentiva, ma colpiti da disturbi mentali gravi durante la permanenza in carcere. Anche questi ultimi, di norma giudicati incompatibili col regime carcerario, erano destinati all'OPG[1]; così come i soggetti ritenuti bisognosi di perizia psichiatrica, di regola trasferiti in OPG per il suo espletamento.

La chiusura degli OPG è solo un tassello – per quanto fondamentale – nella costruzione di un nuovo sistema di cura dei soggetti affetti da disturbo mentale e autori di reato. Tale sistema tarda a prendere forma, in parte perché le modifiche normative conseguenti all'abolizione degli OPG non sono state portate a termine; in parte perché il cambio di paradigma nell'ambito della salute mentale - dal paradigma custodialista (fondato sulla pericolosità a sé e agli altri della persona affetta da disturbo psichiatrico) al paradigma terapeutico è più arduo nel caso di soggetti autori di reato. E ciò favorisce l'inerzia legislativa, in un circolo vizioso. Per riassumere: la tutela della salute mentale in carcere deve confrontarsi con il residuo culturale dell'OPG, che persiste anche dopo l'abbattimento delle mura; oltre che con la generale difficoltà all'affermazione del diritto alla tutela della salute in carcere.

Un doppio salto culturale dunque, che questo documento intende approfondire, nella speranza che ciò possa accelerare il completamento di un nuovo sistema di tutela della salute mentale, rispettoso di un principio bioetico fondamentale: il diritto alla salute come diritto umano e costituzionale, da cui discende l'eguaglianza nella tutela della salute fuori e dentro le mura[2].

---

[1] Mentre l'articolo 147 del Codice Penale (CP) regola il rinvio dell'esecuzione della pena per grave infermità fisica, l'art. 148 CP (*Infermità psichica sopravvenuta del condannato*) stabilisce che "se, prima dell'esecuzione di una pena restrittiva della libertà personale o durante l'esecuzione, sopravviene al condannato un'infermità psichica, il giudice, qualora ritenga che l'infermità sia tale da impedire l'esecuzione della pena, ordina che questa sia differita o sospesa e che il condannato sia ricoverato in un manicomio giudiziario."

[2] Cfr. il parere CNB *La salute dentro le mura* (27 settembre 2013), che nella premessa ricostruisce la cornice teorica e concettuale circa la tutela della salute umana. Dal riconoscimento che il diritto alla salute è uno dei diritti umani fondamentali; di come lo stato di salute individuale sia determinato dalla possibilità di usufruire di una molteplicità di risorse, dirette e indirette (quali ad es. le situazioni abitative, la salubrità dell'ambiente, lo stile di vita, il grado di istruzione, le condizioni di lavoro, ecc.); della necessità di superare le diseguaglianze nell'ambito della salute, prestando attenzione ai soggetti più vulnerabili. Cfr. anche il parere CNB *Orientamenti bioetici per l'equità nella salute* (25 maggio 2001).

La prospettiva bioetica e le indicazioni internazionali

Per stabilire come possa dispiegarsi la tutela della salute mentale in carcere, occorre partire dalla constatazione del livello più deteriorato di salute, in particolare di salute mentale, della popolazione detenuta rispetto alla popolazione generale.

Nonostante la scarsità di ricerca epidemiologica[3], i dati internazionali ci dicono che i detenuti godono di livelli inferiori di salute rispetto a chi sta "fuori" e che la salute mentale rappresenta l'area più critica. Dunque il carcere è chiamato in causa come ambiente che mina la salute mentale. È parimenti acquisito che le persone detenute spesso godano di una salute generale più precaria della popolazione generale, ivi compresa la salute mentale, anche prima di entrare in carcere. La OMS prende anche atto del carattere intrinsecamente patogeno del carcere, sottolineando che "*l'ambiente della prigione è, per sua natura, normalmente nocivo alla protezione o al mantenimento della salute mentale di coloro che entrano in carcere e ivi sono detenuti"*[4].

Il legame fra pena detentiva e disagio mentale è stato affrontato da diversi studiosi in ambito criminologico. L'attenzione si appunta sulla sofferenza psichica legata allo stato di costrizione e di dipendenza totale del detenuto e della detenuta per qualsiasi soddisfacimento di bisogni: è il dolore legato al "carcere immateriale", non incanalabile nel processo di trasformazione e riabilitazione del detenuto[5].

A tal proposito, va ricordata la puntuale denuncia del *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, il Comitato Etico francese (ripresa nel documento CNB *La salute dentro le mura*) circa le prigioni come "causa di malattia e di morte": (le prigioni n.d.r) "*sono la scena della regressione, della disperazione, della violenza auto inflitta, del suicidio*"[6].

Dall'incompatibilità fra il carcere e la salute mentale discende l'indicazione che la presa in carico delle persone con disturbo psichiatrico debba avvenire di regola nei servizi sul territorio, al di fuori del carcere. La cura psichiatrica in carcere dovrebbe essere limitata alle persone con disturbi minori, oppure al ristretto numero di coloro per cui non sia possibile applicare l'alternativa terapeutica[7].

---

[3] Si pensi che la maggior parte delle indagini epidemiologiche generali a livello nazionale escludono la popolazione detenuta, come ad esempio le indagini ISTAT in Italia e negli Stati Uniti la *National Health Interview Survey* (ARS Toscana, 2015).

[4] WHO Europe, *Trencin Statement on prisons and mental health*, 2007, p. 5 (nell'intero passaggio della dichiarazione si legge: "*International research shows that prisons in Europe hold a very high proportion of prisoners with mental disorders. Reasons for this are: - number of prisoners already have mental health problems before entering prison; – prison environments are, by their nature, normally detrimental to protecting or maintaining the mental health of those admitted and held there*").

[5] Cfr. N. CHRISTIE, *Limits to pain. The role of punishment in penal policy*, Universitetsforlaget, Oslo 1981, trad. ita. *Abolire le pene? Il paradosso del sistema penale*, Edizioni Gruppo Abele, Torino1985; E. GOFFMAN, *Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates*, Anchor Books, New York 1961, trad. ita. *Asylums: Le istituzioni totali: la condizione sociale dei malati di mente e di altri internati*, Einaudi, Torino 1968; Cfr. anche D. GONIN, *La santé incarcerée. Médecine et conditions de vie en détention*, L'Archipel., Paris 1991; trad. ita. *Il corpo incarcerato*, EGA, Torino 1994.

[6] *Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et de la Santé*, avis n. 94 *(La santé et la médecine en prison)*, 26 octobre 2006, p. 8.

[7] WHO Europe, 2007, cit., p. 6. Fra i criteri chiave, il primo recita: "*There must be a clear acceptance that penal institutions are seldom, if ever, able to treat and care for seriously and*

Vanno inoltre individuati i momenti critici della carcerazione, che più mettono a rischio la salute mentale delle persone: uno di questi è l'ingresso in carcere, che può generare una vera e propria "sindrome da ingresso" con fenomenologia di disturbi psichici e psicosomatici[8]. Circa lo stato di salute mentale delle persone che entrano nelle prigioni, la OMS ricorda che "i detenuti spesso provengono da comunità notevolmente deprivate o povere", citando ricerche che mostrano come nelle comunità più deprivate si riscontrino livelli più alti di cattiva salute, maggiore morbilità psichiatrica e molte problematiche sociali". Tenere presenti questi fattori di vulnerabilità psicosociale ha conseguenze sul piano degli interventi, come spiega in dettaglio la OMS: "Aiutare i detenuti a mantenere il loro benessere o curare chi soffre di scarsa salute mentale *non significa solo offrire i giusti farmaci e trattamenti psicologici adeguati, ma anche aiutarli a far fronte ai loro bisogni fisici e sociali"*[9].

È qui riassunto in poche righe il corollario operativo che discende dalla concezione della salute come diritto al "benessere fisico, psichico e sociale" (e non come semplice assenza di malattia). E' anche il principio cardine della riforma sanitaria: tutelare la salute mentale non significa solo predisporre un sistema efficiente di assistenza psichiatrica, volto a curare le patologie sopravvenute e a diagnosticarle precocemente (per quanto importante sia la diagnosi precoce dei disturbi psichiatrici in un ambiente a rischio per la salute mentale come il carcere); ma, in primo luogo, "assicurare ai detenuti il soddisfacimento dei bisogni di base e il rispetto dei diritti umani fondamentali". L'invito è perciò a predisporre un ambiente sufficientemente "sano": nel senso di sufficientemente adeguato a mantenere la salute mentale delle persone e a non aggravare lo stato di chi già soffre di disturbi. Oltre ai requisiti strutturali dei locali di detenzione (ampiezza sufficiente, illuminazione con luce naturale e artificiale, aerazione, riscaldamento, dotazione di servizi igienici riservati, decenti, razionali e puliti**)**, si raccomanda l'attenzione agli aspetti psicologici e relazionali (come la possibilità per i detenuti di mantenere rapporti anche intimi con persone significative, il rispetto della privacy, l'offerta di attività per impegnare il tempo).

Sono questi gli elementi base della salute mentale, su cui poggia (o dovrebbe poggiare) il sistema di servizi di salute mentale dentro il carcere. Nello stabilire lo standard base di "benessere", si raccomanda di tenere presente il punto di vista dei detenuti e delle detenute: in una ricerca citata dalla OMS, le priorità individuate dai detenuti riguardavano "la possibilità di instaurare una relazione di fiducia col personale sanitario", la "continuità nella presa in carico", "una chiara e dettagliata informazione sulla natura della loro malattia e sugli effetti collaterali dei farmaci", "l'essere coinvolti nella pianificazione della cura"[10]. Si osservi che questi sono anche gli elementi chiave della **relazione di cura**. In aggiunta, i detenuti segnalano l'importanza di un supporto tempestivo in momenti di particolare difficoltà (ad esempio la possibilità di parlare con qualcuno, un professionista, ma anche una persona "pari", per evitare il precipitare della crisi).

---

acutely mentally ill prisoners. Such prisoners should be diverted to appropriate mental health services…"

[8] La "sindrome da ingresso" compare più frequentemente nelle persone alla prima carcerazione, specie quelle in cui il divario fra la qualità di vita condotta in libertà e quella in detenzione è più ampio*.*

[9] WHO Europe, *Prisons and Health,* 2014, p. 87.

[10] R. JAYNE, *Service user engagement in prison mental health in reach service development,* in "Mental Health Review", 2006, 11 (2), pp. 21-24, cit. in WHO Europe, 2014, p. 90.

È anche segnalata la valenza psicologica "stabilizzante" dell'essere impegnati in attività che possano risultare utili in vista della liberazione[11].

Questo approccio comprensivo alla salute mentale presuppone il coinvolgimento di diversi livelli di responsabilità. La predisposizione di un ambiente (fisico, relazionale, trattamentale) il più possibile salutare dipende dall'amministrazione penitenziaria, e infatti si raccomanda che "la promozione della salute mentale e del benessere siano fattori centrali nella politica di governo del carcere"[12]. Tuttavia, dopo il passaggio della sanità al Servizio Sanitario Nazionale, anche le autorità sanitarie dovrebbero curare questi elementi di base della salute mentale, in quanto istituzioni che operano in prima linea per la concreta affermazione del diritto alla salute delle persone detenute, e della parità di tutela con i cittadini che godono della libertà. È questo il senso di avere oggi un unico sistema a tutela di tutti i cittadini e le cittadine, fuori e dentro le mura.

Si registra qui una doppia difficoltà. Da un lato, nonostante i ripetuti richiami degli organismi internazionali (che rispecchiano peraltro l'ispirazione originaria della riforma sanitaria), prevale l'idea che la tutela della salute mentale equivalga ad assicurare solo servizi psichiatrici specialistici, in linea con la più generale tendenza a confondere la salute con la sanità. Dall'altro, la nuova titolarità del SSN in carcere non ha del tutto eliminato il retaggio culturale della sanità penitenziaria nell'affrontare il conflitto fra i bisogni di salute della persona detenuta e le esigenze di sicurezza. Nell'ottica della sanità penitenziaria, la salute era vista come una variabile dipendente dal prevalente mandato custodiale del carcere. Dopo la riforma, il bene salute acquista una sua autonomia *in quanto diritto*, che il nuovo sistema sanitario - non a caso autonomo dall'amministrazione penitenziaria- è chiamato a rappresentare e garantire. Ma l'autonomia istituzionale non sempre si traduce in autonomia culturale nelle pratiche quotidiane in cui è impegnato il personale che dipende dal SSN: ed è evidente la maggiore difficoltà da parte dello staff sociosanitario a interloquire con le autorità carcerarie circa le caratteristiche psico-socio-ambientali dei penitenziari, per quanto si tratti di personale normativamente non dipendente dall'amministrazione penitenziaria.

Ciò ci riporta al conflitto fra la tutela della salute mentale e le caratteristiche "strutturali" del carcere: *in primis* come luogo di segregazione e di "sottrazione alla vista" dei corpi. In sintesi, il carcere **comprime** i diritti individuali. In particolare, va ricordata la contraddizione fra l'affermazione del diritto e il mandato di sicurezza del carcere che tende a limitarlo; fra il deficit iniziale di salute di chi varca le mura, e un carcere che, lungi da operare per la parità, accentua lo squilibrio perché produce sofferenza e malattia[13].

Infine, rispetto al disturbo mentale, c'è un ultimo problema bioetico, rimasto intatto anche dopo la chiusura degli OPG: la *non imputabilità* prevista nel sistema penale per malattia psichiatrica o grave disturbo di personalità. La non imputabilità si fonda sul giudizio che l'autore del reato sia stato "incapace di intendere e volere al momento del fatto": con la conseguenza del suo proscioglimento (e dunque dell'esenzione dalla pena carceraria). Tuttavia il prosciolto è di regola sottoposto a misure di sicurezza detentive, sulla base del giudizio di pericolosità sociale. Questa norma si configura come una "legislazione

[11] G. DURCAN, *From the inside. Experiences of prison mental health care*, Sainsbury Centre for mental health, London 2008.
[12] WHO Europe, 2007, cit. p. 6.
[13] Cfr. il parere *La salute dentro le mura,* cit., p. 6.

speciale" per persone portatrici di disabilità psico-sociale, espressamente esclusa dalla Convenzione sulla Disabilità[14].

Senza addentrarsi nel complesso problema della modifica normativa, va tuttavia ricordato che il cosiddetto "doppio binario" degli imputabili/non imputabili costituisce un nodo irrisolto, alla base delle difficoltà, normative e culturali, nell'assicurare la tutela degli autori di reato affetti da disturbo mentale. Storicamente, il binario di non imputabilità, conducendo alla misura di sicurezza detentiva e all'internamento in OPG, si è dimostrato più afflittivo del binario di imputabilità. Sul piano culturale, ha dato fiato al concetto di pericolosità sociale supportando il collegamento fra disturbo mentale e pericolosità e operando così per la conservazione del sistema complessivo delle misure di sicurezza (solo parzialmente modificato dalla Legge n. 81/2014)**.**

Avanzare riserve circa il concetto di non-imputabilità del soggetto affetto da disturbo psichiatrico non significa negare la sua malattia, bensì rifiutare il presunto automatismo naturalistico e deterministico fra malattia e reato, restituendo al malato la sua individualità e responsabilità, e dunque la possibilità di rielaborare una parte importante del proprio vissuto legata al reato.

A tal fine, è essenziale assicurare un sistema di intervento in grado di far fronte ai bisogni terapeutici della persona che ha compiuto reati, ma anche di agire in maniera preventiva/proattiva per intercettare il disagio mentale nella fase iniziale**.**

Epidemiologia della salute mentale in carcere

La ricerca epidemiologica in carcere non è ancora sufficientemente sviluppata, a livello nazionale e ancora meno a livello locale. Tale situazione è simile in molti altri Paesi.

Per l'Italia, lo studio più recente e più importante è quello multicentrico del 2015, in cui il disturbo mentale si conferma come la patologia più frequente nei penitenziari: dato peraltro già noto a livello internazionale sino dalle prime indagini all'inizio del secolo scorso [15].

Il livello deteriorato di salute mentale dei detenuti dà luogo a difficoltà di interpretazione, influenzato da due possibili variabili interagenti: il ruolo patogeno del carcere da un lato, lo scarso livello di salute mentale (e di salute più in generale) prima dell'ingresso in carcere, dall'altro. La mole di studi circa la relazione fra il cosiddetto "gradiente sociale" e le disuguaglianze nella salute suggerirebbe di appuntare l'attenzione sul rapporto fra il deterioramento della salute e il disagio sociale da cui proviene gran parte della popolazione detenuta[16]. Ciò può sollevare numerosi problemi in ambito criminologico, che non è compito di questo parere discutere[17]. Rispetto all'oggetto specifico di questo documento,

[14] Nazioni Unite, *Convenzione per i diritti delle persone con disabilità*, 13 dicembre 2016. Secondo la Convenzione (art. 12), le persone con disabilità psicosociale devono godere di pari diritti, compreso il diritto alla capacità giuridica.

[15] Lo studio è stato condotto dall'Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana in collaborazione col Ministero della Salute: *La salute dei detenuti in Italia: i risultati di uno studio multicentrico*, Documenti dell'Agenzia Nazionale di Sanità della Toscana, aprile 2015, n. 83. Per mostrare come i disturbi psichiatrici siano sempre stati la patologia prevalente nelle carceri, si cita uno studio dei primi del novecento negli Stati Uniti (p. 75).

[16] Ad esempio, è stata riscontrata una correlazione fra la situazione socioeconomica e la presenza dei più comuni disturbi, come l'ansia e la depressione. Cfr. J. ORFORD, *Community Psichology. Challenges, Controversies and Emerging Consensus*, Wiley, Chichester 2008, pp. 102 ss.

[17] Si veda il tema dell'orientamento "diseguale" del *law enforcement* e della risposta carceraria.

gli studi succitati spingerebbero a una attenta considerazione delle componenti socio ambientali della salute (più di quanto non sia stato fatto finora). Ciononostante, gli studi epidemiologici nella popolazione carceraria, quale quello citato del 2015, non offrono un sufficiente approfondimento in questa direzione. Ad esempio, la scheda di rilevazione si limita a segnalare il livello di istruzione del campione dei detenuti (che mostra un notevole discostamento verso il basso in confronto alla popolazione generale)[18].

Osservando le tipologie di disturbo prevalenti sul totale dei detenuti e delle detenute arruolati, al primo posto troviamo la dipendenza da sostanze psicoattive (23,6%), disturbi nevrotici e reazioni di adattamento (17,3%), disturbi alcol correlati (5,6%), disturbi affettivi psicotici (2,7%), disturbi della personalità e del comportamento (1,6%), disturbi depressivi non psicotici (0,9%), disturbi mentali organici senili e presenili (0,7%), disturbi da spettro schizofrenico (0,6%). Per la scarsità dei casi, non è possibile calcolare la percentuale delle oligofrenie e del ritardo mentale, dei disturbi alimentari.

Passando alla distribuzione per genere delle diagnosi[19], prevale tra gli uomini la diagnosi di dipendenza da sostanze psicoattive (50, 8% degli uomini e 32,5% delle donne) e tra le donne la diagnosi di "disturbi nevrotici e reazioni di adattamento" (36,6% delle diagnosi femminili e 27,1% delle diagnosi maschili); seguite fra gli uomini dai "disturbi alcol correlati" (9,1 % degli uomini e 6,9% delle donne) e fra le donne dai disturbi affettivi psicotici (10,1% delle donne e 4,1% degli uomini), dai disturbi della personalità e del comportamento (2,4% degli uomini e 3,4% delle donne), disturbi depressivi non psicotici (1,3% degli uomini e 2,8% delle donne). Seguono nella classifica i disturbi mentali organici senili e presenili, i disturbi da spettro schizofrenico, oligofrenie e ritardo mentale.

Queste differenze di per sé richiederebbero studi mirati per specificità di genere e in particolare sulle donne detenute, che approfondiscano sia lo stato di salute mentale all'entrata in carcere, sia le (differenti) capacità e strategie di resistenza allo stress della detenzione.

Come si vede, circa la metà delle diagnosi riguarda i disturbi legati alle sostanze psicoattive (abuso e dipendenza), il che non stupisce considerato che nel carcere una larga fetta della popolazione è reclusa direttamente per violazione della legge antidroga[20]. Vengono poi i "disturbi nevrotici e le reazioni di adattamento", che suggeriscono un ruolo rilevante dello stress dell'incarcerazione nello sviluppo e/o nella emersione del disturbo[21]. Da notare la maggiore significativa presenza di questi disturbi fra le donne detenute: lo

[18] In particolare: il 7% della popolazione detenuta è senza titolo di studio (contro il 4% della popolazione generale); il 58% (della popolazione detenuta) si è fermato alle medie inferiori (contro il 29% della popolazione generale); il 10,7 % si è fermato alle medie superiori (contro il 36,5%); solo il 3,5% ha una laurea (contro il 12,5%). Il gruppo degli stranieri detenuti ha livelli di istruzione più bassi degli italiani.

[19] Lo studio utilizza la categorizzazione del Sistema Informativo Regionale per la Salute Mentale (SIRM), con cui sono catalogati i disturbi rilevati nei servizi di salute mentale del territorio (cfr. p. 75).

[20] Nel 2017, il 29,37% è entrato in carcere in violazione dell'art. 73 del DPR 309/90. Per la stessa infrazione, il 34,3% è presente in carcere al 31 dicembre 2016. Alla stessa data, i tossicodipendenti rappresentano il 25,5% di tutti i detenuti presenti (Dati DAP, Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo). Cfr. anche Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia, Anno 2018 (Dati 2017)*, pp. 34 ss.

[21] Nella "slatentizzazione" del disturbo, per usare un termine tecnico.

stesso si può dire per i “disturbi affettivi psicotici” e per i “disturbi depressivi non psicotici”.

Quanto alla scarsa presenza di disturbi gravi, quali i disturbi mentali organici, dello spettro schizofrenico e le oligofrenie, è da ricordare che al momento dell’indagine esisteva l’Ospedale Psichiatrico Giudiziario, cui erano destinate tutte le patologie psichiatriche gravi, comprese quelle sopravvenute alle persone dopo la carcerazione.

Passando dai dati epidemiologici alle indicazioni operative, in specie per ciò che riguarda i disturbi più frequenti come quelli da reazioni di adattamento, è evidente l’importanza di individuare fin dall’ingresso in carcere i disturbi che sono la continuazione o l’evidenziazione di disturbi psichici già prima esistenti; distinguendoli dai disturbi che rappresentano una risposta di tipo psicopatologico a eventi particolarmente traumatizzanti legati alla carcerazione (l’imprigionamento, l’adattamento a un ambiente di vita estraneo, l’attesa del processo, la condanna, eventuali episodi di violenza etc.). Ciò è tanto più importante sul piano degli interventi, poiché la risposta adattiva al carcere è in funzione di diverse variabili, più o meno modificabili: da quelle individuali di caratteristiche di personalità e di struttura di vita precedente, a quelle ambientali relative a particolari contingenze (chiusura per molte ore nelle celle, difficoltà di convivenza nelle celle etc.).

L’eredità dell’OPG

Come già accennato in premessa, la chiusura degli OPG non è che un tassello della modifica normativa intervenuta a seguito del riconoscimento della salute come diritto anche per i detenuti e della conseguente equiparazione con tutti gli altri cittadini nella fruizione del diritto. Già il DPCM del 1° aprile 2008 (di passaggio al SSN) tracciava le linee di intervento per gli OPG, poi precisate nelle leggi n. 9/2012 e n. 81/2014, che hanno disegnato il nuovo sistema di presa in carico dei prosciolti. Nell’ottica del diritto alla salute e dell’appropriatezza delle cure, non era più tollerabile un contenitore indistinto come l’OPG, destinato a una varietà di soggetti accomunati solo dalla finalità custodiale. L’orientamento del legislatore, dal 2008 al 2014, è stato sollecitato dalle prese di posizione della Corte costituzionale, che più volte, fra il 2003 e il 2004, ha richiamato la preminenza del diritto alla salute della persona affetta da disturbo mentale. Sulla base di questo diritto, la Corte ha aperto la strada a un sistema centrato sulla presa in carico territoriale, affermando la incostituzionalità dell’automatismo che imponeva al giudice di applicare le misure di sicurezza in OPG “anche quando una misura meno drastica, e in particolare una misura più elastica e non segregante come la libertà vigilata (..) appaia capace, in concreto, di soddisfare contemporaneamente le esigenze di cura e tutela della persona interessata e di controllo della sua pericolosità sociale”. La preminenza della tutela della salute è ribadita anche in un altro passaggio del pronunciamento, dove si legge che “le esigenze di tutela della collettività non potrebbero mai giustificare misure tali da recare danno, anziché vantaggio, alla salute del paziente”. Da qui l’invito a ripensare tutto il sistema delle misure di sicurezza[22].

[22] Sentenza della Corte Costituzionale n. 253 del 2003. I principi cui si richiama questa sentenza sono stati ribaditi nelle sentenze n. 367 del 2004 e n. 208 del 2009. Cfr. K. PONETI, *Salute mentale in carcere: l’incerto destino dei rei folli*, in F. CORLEONE (a cura di), *Mai più manicomi*, Fondazione Michelucci Press, Firenze 2018, pp. 85 ss.

Su questa linea, le leggi citate, in particolare la Legge n. 81/2014, hanno sancito la svolta, da un lato imponendo di stabilire un termine per la misura di sicurezza detentiva e quindi mettendo fine agli "ergastoli bianchi"[23]; dall'altro prefigurando una cura "parificata" a quella di tutti gli altri cittadini affetti da disturbo mentale, e *dunque imperniata sulla presa in carico territoriale*. A tal fine, la Legge n. 81/2014 ha introdotto un'altra modifica, stabilendo il principio della misura di sicurezza detentiva come *extrema ratio*, solo quando altri strumenti meno restrittivi – come la misura di sicurezza non detentiva (la libertà vigilata) o l'affidamento alle strutture terapeutiche territoriali - siano giudicati inidonei dal magistrato. Non è perciò corretto, come spesso si sente dire, che "l'OPG è stato sostituito dalla Residenza per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza - REMS", poiché il ricovero in REMS dovrebbe rappresentare per i prosciolti la soluzione residuale.

La battuta d'arresto normativa e il "doppio binario" di giudizio e di assistenza

Il percorso di adeguamento legislativo si è interrotto dopo la Legge n. 81/2014. Non è stato toccato il "doppio binario" di non imputabilità/imputabilità, che si apre davanti agli autori di reato affetti da disturbi mentali e che produce il "doppio binario" trattamentale: il primo riguardante i cosiddetti "folli rei", giudicati non imputabili; il secondo per i "rei folli", considerati capaci di intendere e perciò imputabili. Poiché la Legge n. 81/2014 ha affrontato solo il binario assistenziale dei "folli rei", è rimasta incerta la sorte delle altre tipologie di malati in precedenza ospitati negli OPG: le persone considerate imputabili e dunque giudicate e condannate a pena detentiva, ma colpite durante la detenzione da disturbo tale da far scattare l'incompatibilità col carcere; le persone in misura di sicurezza provvisoria in attesa che venga accertata la non imputabilità (con eventuale successiva trasformazione della misura di sicurezza provvisoria in definitiva) e i soggetti in osservazione psichiatrica (i cosiddetti "osservandi"), su disposizione del magistrato, per stabilire l'esistenza o meno della infermità psichica sopravvenuta durante la detenzione.

Per quanto riguarda le persone in misura di sicurezza provvisoria, la loro collocazione nelle REMS contrasta col carattere eminentemente terapeutico di queste strutture, da riservarsi perciò solo a chi, definitivamente prosciolto, può essere destinatario di un progetto terapeutico personalizzato: in questo senso il CNB si è già espresso nel 2017[24].

Riguardo al tema specifico dell'assistenza in carcere, il nodo più delicato e controverso riguarda i condannati e già reclusi cui venga riscontrato un disturbo psichiatrico grave durante la detenzione. Per questi soggetti, il riferimento è agli articoli 147 CP e 148 CP (il primo sul differimento pena per incompatibilità con la detenzione, il secondo che stabilisce il trasferimento in OPG). L'articolo 147 permette a chi si trovi "in stato di grave infermità fisica" di godere della sospensione della pena, uscendo dal circuito penitenziario per essere sottoposto alla misura di detenzione domiciliare al fine di curarsi. Il mancato riferimento in

[23] Con la Legge n. 81/2014 la misura di sicurezza detentiva (cioè il ricovero nella REMS) è soggetta a un termine individuato dalla pena edittale massima prevista per il reato commesso. Oltre questo termine la misura non può essere prorogata e quindi dovrà essere revocata o trasformata in una misura di minore gravità, come la libertà vigilata.

[24] Cfr. il parere CNB *La cura delle persone con malattie mentali: alcuni problemi bioetici*, 21 settembre 2017, p. 36.

questo articolo alla "infermità psichica" ha finora impedito di allargare la possibilità della sospensione ai soggetti con malattia psichiatrica, **causando una discriminazione lesiva del principio di uguaglianza e del diritto alla tutela della salute.** Quanto all'articolo148, la norma sopravvive nonostante l'OPG non esista più. Si apre perciò il problema di dove e come debbano essere curate queste persone, nel rispetto del loro diritto alla tutela della salute.

Anche per questi, non è pensabile un loro ricovero nelle REMS, a meno di non venire meno alla loro finalità curativa, trasformandole in un sostituto dell'OPG.

Il paradosso della sopravvivenza dell'art.148 dopo la chiusura dell'OPG induce a riflettere.

Da un lato, è direttamente la spia della poca chiarezza circa il disegno complessivo della cura dei "rei folli" [25] ma anche, indirettamente, della cura dei "folli rei", perché mette in tensione il nuovo sistema di cura delineato per questi ultimi; dall'altro, alimenta la spinta a usare le REMS come se fossero degli OPG in scala minore.

La carenza di un progetto organico è evidente analizzando in dettaglio il processo normativo che ha condotto all'attuale situazione. Il DPCM del 2008 invitava all'attivazione di sezioni carcerarie specializzate all'interno degli istituti, destinate agli imputati e ai condannati in carcere con infermità psichica. Con ciò, il decreto dava il via all'opera di svuotamento degli OPG per riportare la gran parte dei malati in carcere: a questa linea cercavano di adeguarsi i vari accordi Stato-Regioni intervenuti dopo il 2008, ipotizzando "articolazioni psichiatriche penitenziarie", in base all'art. 65 dell'Ordinamento Penitenziario. Dopo la chiusura degli OPG, l'accordo Stato Regioni del 22/01/2015 (punto 3.2 dell'allegato all'accordo) apriva le articolazioni psichiatriche in carcere anche ai detenuti con patologie particolarmente gravi, tanto da essere giudicati incompatibili[26] .

Ma le "articolazioni psichiatriche penitenziarie" presentano una serie di gravi problematiche: dalla mancanza di copertura giuridica adeguata e di indicazioni sulle caratteristiche strutturali[27], alla carenza di chiarezza circa la gestione delle articolazioni stesse (che sono pur sempre sezioni carcerarie sotto la responsabilità dell'Amministrazione Penitenziaria, per quanto "a prevalente gestione sanitaria"[28]). *In altre parole, le articolazioni psichiatriche penitenziarie sembrano andare in direzione opposta all'idea guida presentata all'inizio, secondo cui le persone con patologie gravi dovrebbero avere diritto ad essere curate al di fuori del carcere, in condizioni di parità coi liberi.*

Forse per questa confusione iniziale, molte delle articolazioni psichiatriche previste sono rimaste finora sulla carta, mentre altre risultano prive di qualsiasi caratteristica sanitaria[29]; altre ancora, frutto della riconversione di ex OPG, come

[25] I rei folli sono gli imputabili condannati al carcere e affetti da disturbo psichiatrico grave, come detto poco sopra.

[26] Sono le persone precedentemente destinate all'OPG secondo il già citato art. 148 CP.

[27] Solo una legge, e non un Accordo Stato-Regioni, può regolare le forme di privazione della libertà personale; in più l'accordo non può abolire una norma di legge, l'art. 148 che destina i malati all'OPG, mantenendo così la confusione.

[28] È la dizione che si ritrova nella legge delega 103 del 23 giugno 2017, *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario.*

[29] Si veda il caso dell'articolazione psichiatrica nel carcere Dozza di Bologna. La Magistratura di sorveglianza è stata chiamata a pronunciarsi su un caso di differimento pena, inviato nell'articolazione psichiatrica della Dozza dopo la chiusura dell'OPG. Il responso è stato che la persona non poteva stare lì perché l'articolazione non aveva niente di sanitario.

le Articolazioni di Reggio Emilia e di Barcellona Pozzo di Gotto, che ospitano detenuti cui è applicato l'art.148 CP, destano molte perplessità, vuoi per gli alti numeri dei pazienti, vuoi perché concentrano detenuti che provengono da tutte le parti d'Italia[30].

La legge delega per la riforma dell'Ordinamento Penitenziario del 2017, e il successivo lavoro delle Commissioni ministeriali incaricate di studiare i problemi dell'assistenza psichiatrica, avevano indicato i primi interventi per superare le difficoltà[31]: sia ribadendo la destinazione delle REMS ai prosciolti sottoposti a misura di sicurezza (e solo in via transitoria e subordinata ai condannati con disturbo mentale sopravvenuto, quando le articolazioni psichiatriche del carcere non fossero adeguate al trattamento); sia disegnando la cornice giuridica per potenziare l'assistenza psichiatrica fuori dal carcere, nella previsione della priorità del trattamento territoriale. In questa direzione, si prevedeva l'abrogazione dell'art. 148 e la modifica dell'art. 147 (per consentire il differimento pena anche per sopravvenuta infermità psichica e non solo fisica). Ciò, al fine di permettere la detenzione domiciliare in luogo di cura, in carico al Dipartimento di Salute Mentale. Inoltre, si introduceva una nuova modalità di affidamento in prova a finalità terapeutica (ricalcato su quello per tossicodipendenti): da applicarsi al di sotto dei 6 anni di pena, o di residuo pena.

Tuttavia, il decreto legislativo n. 123 del 2 ottobre 2018, di attuazione della legge delega, non comprende gran parte di queste proposte, di fatto eludendo la problematica della salute mentale. Non è stato modificato l'articolo 147 CP e neppure è stato abrogato l'art. 148; non sono state introdotte le nuove misure alternative terapeutiche per malati psichici e neppure sono state istituite dentro gli istituti penitenziari Sezioni Cliniche a gestione sanitaria[32].

Non solo non è stato affrontato il nodo del "doppio binario" di giustizia per imputabili/non imputabili, nemmeno si sono accolti i suggerimenti per una maggiore articolazione delle misure di sicurezza, in modo che i magistrati possano disporre di una nuova misura intermedia fra la misura di sicurezza detentiva in REMS e la libertà vigilata con prescrizioni terapeutiche: cioè il ricovero in una comunità in regime semi-detentivo. Così come non è stata accolta la proposta di limitare ai reati più gravi la misura di sicurezza detentiva**.**

Di fronte all'inerzia legislativa, si registrano interventi della Magistratura. L'ordinanza della Prima Sezione della Corte di Cassazione n. 13382/2018 rimanda alla Corte costituzionale il quesito circa l'art.148, inapplicabile dopo la chiusura degli OPG e perciò da ritenersi implicitamente abrogato. Il pronunciamento della Consulta è atteso a breve.

Al tempo stesso la Cassazione denuncia che la mancata modifica dell'art.147 ha creato un vuoto di tutela del detenuto con patologia psichiatrica[33]. Più radicalmente, l'ordinanza del tribunale di sorveglianza di Messina (28 febbraio

[30] Nel luglio 2018, a Reggio Emilia, si registravano 47 presenti, di cui solo 16 dell'Emilia Romagna; a Barcellona Pozzo di Gotto, 69 presenti, di cui 53 dalla Sicilia. Perciò il principio di territorialità è disatteso.

[31] Legge delega n. 103 del 23 giugno 2017, *Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e all'ordinamento penitenziario*.

[32] Lo schema di decreto legislativo del dicembre 2017 (rimasto inattuato) in una prima versione parlava di gestione "esclusivamente sanitaria". Il Parlamento ha modificato l'espressione in "prevalentemente sanitaria". In ogni caso la Regione competente dovrebbe gestire autonomamente e prevalentemente con proprio personale la Sezione Clinica.

[33] La mancata tutela consiste nel fatto che il detenuto affetto da patologia psichica non possa accedere, come il detenuto affetto da patologia fisica, alla sospensione della pena e alla detenzione domiciliare in luogo di cura.

2018), considerando automaticamente decaduto l'art.148 CP, ritiene che il differimento dell'esecuzione della pena sotto forma di detenzione domiciliare in struttura terapeutica, previsto dall'art.147 per la patologia fisica, possa applicarsi per analogia anche alla patologia psichica, così "colmando una lacuna ordinamentale" - scrive il giudice -, **secondo una prospettiva del tutto condivisibile.**

"Rei folli" e "folli rei": la crisi complessiva di sistema

L'incertezza circa l'assistenza ai "rei folli" riguarda sia la predisposizione di strumenti e di organizzazione adeguati in carcere (le Sezioni Cliniche di cui si è detto); sia, più alla radice, la questione della non compatibilità della malattia col carcere, considerando come regola la cura al di fuori del carcere. La scelta della cura sul territorio è stata fatta dalla Legge n. 81/2014 per i "folli rei", stabilendo la misura di sicurezza detentiva (da eseguirsi in REMS) come la soluzione estrema nell'articolato sistema di presa in carico dei non imputabili.

Al momento, siamo in presenza di una crisi complessiva del sistema, che si manifesta con le liste d'attesa per le REMS: in parte, perché impropriamente pressate dai "rei folli" che non possono rimanere in carcere per incompatibilità, ma che neppure possono essere inviati in cura sul territorio per la carenza di normativa di cui si è detto; in parte perché il collegamento fra disturbo psichiatrico e pericolosità sociale sul piano culturale alimenta il binario della non-imputabilità e l'eccessivo ricorso alla misura di sicurezza provvisoria, indipendentemente dalla gravità del reato. Ad esempio, può avvenire che una persona con disturbo psichico compia un reato non grave (come un furto di una mela in un supermercato). Il magistrato può ritenere che il disturbo incida sull'imputabilità e che ci sia il rischio di reiterazione del reato se la persona non si cura: in tal caso può scattare la misura di sicurezza provvisoria[34]. Si consideri che ben il 40% dei soggetti inviati in REMS sono in misura di sicurezza provvisoria.

Ancora l'opacità culturale circa il binomio "follia-reato" fa da ostacolo al principio della priorità di presa in carico territoriale, sia per i non imputabili che per gli imputabili. Per i primi, ne è prova il largo ricorso alla misura di sicurezza detentiva in REMS (nonostante il principio già ricordato della "extrema ratio" della misura detentiva), insieme alla resistenza ad allargare il ventaglio delle misure di sicurezza con opzioni più blande. Per i secondi, testimonia l'inerzia normativa nel definire il sistema di presa in carico.

Circa il fenomeno delle liste d'attesa nelle REMS e più in generale della presa in carico dei "folli rei", la risoluzione del Consiglio Superiore della Magistratura del settembre 2018 mette in relazione l'alto numero di misure di sicurezza provvisorie all' "eccessivo ricorso all'applicazione dell'art.88 CP (vizio totale di mente)", con conseguente eccessivo numero di soggetti da sottoporre a perizia con l'applicazione della misura più restrittiva (quella nelle REMS)[35]. Con il

[34] Oggi abbiamo il limite massimo di una pena edittale, ma per un furto si può arrivare anche a dieci anni, quindi un soggetto potrebbe restare nella REMS per un furto di una mela anche per dieci anni.
Dall'audizione del Presidente Marcello BORTOLATO, che ha portato questo esempio per sostenere la proposta di limitare la misura di sicurezza provvisoria al rischio di commissione di reati contro la persona con uso di armi o per criminalità organizzata, sull'esempio di quanto già vale per le misure applicate ai minorenni (art. 37 comma 2 del DPR 448/88).

[35] Consiglio Superiore della Magistratura, *Risoluzione sui Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche* (relatore Consigliere Nicola CLIVIO), 24 settembre 2018.

medesimo intento di ridurre l'accesso "*massivo e indiscriminato alle REMS*", il CSM raccomanda che "gli accertamenti relativi all'eventuale disturbo o disagio psichico correlati al reato siano affidati al servizio psichiatrico territoriale di riferimento".

La risoluzione del CSM raccomanda un *sistema integrato attraverso la collaborazione* fra i diversi "nodi" della rete istituzionale (con la stesura di protocolli operativi fra magistratura di cognizione, magistratura di sorveglianza, l'Ufficio Esecuzione Penale Esterna, i Dipartimenti di Salute Mentale). Il CSM ribadisce i principi cardine per la tutela delle persone affette da disturbo mentale: "il principio della priorità della cura sanitaria necessaria; il principio di territorialità che stabilisce che la presa in carico dei servizi di salute mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o comunque di provenienza dell'interessato; la centralità del progetto terapeutico individualizzato; *l'essere il ricovero in REMS uno strumento di* extrema ratio*, solo laddove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili*".

In applicazione di questi principi, il CSM ricorda la centralità "dei dipartimenti di salute mentale, divenuti titolari di programmi terapeutici riabilitativi *allo scopo di attuare, di norma, i trattamenti in contesti territoriali e residenziali*". E ancora: "*Le REMS sono solo un elemento del complesso sistema di cura e di riabilitazione dei pazienti psichiatrici autori di reato*. Con la Legge n. 81/2014, *l'internamento in REMS ha assunto non solo (..) il carattere dell'eccezionalità, ma anche della transitorietà*".

Se la risoluzione del CSM affronta il tema specifico delle misure di sicurezza per i non imputabili, i principi cui si richiama (in specie *la priorità della cura* necessaria) e le conseguenti indicazioni operative (in specie *l'attuazione, di norma, dei trattamenti in contesti territoriali* e residenziali) offrono una guida anche per costruire un sistema valido di presa in carico degli imputabili.

Linee di indirizzo per il sistema di cura dei "rei folli"

Alle difficoltà normative ampiamente descritte per offrire assistenza adeguata ai "rei folli", si aggiungono quelle relative al funzionamento dei servizi di salute mentale, poiché il passaggio di competenze al Servizio Sanitario Nazionale tarda ancora a dare i frutti promessi, specie nel campo della salute mentale.

Come già visto, manca una ricerca epidemiologica adeguata e dunque manca una programmazione degli interventi. In buona parte del Paese, la tutela della salute mentale in carcere non è ancora parte organica dell'attività del Dipartimento Salute Mentale, integrata coi servizi di salute mentale territoriali e in sinergia con l'intera rete dei servizi sociosanitari: la psichiatria in carcere è ancora troppo spesso un settore isolato, che mantiene molte delle caratteristiche della precedente gestione del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Un esempio di questa separatezza è la tipologia di personale, che presenta una molteplicità di rapporti di lavoro contrattuali in gran parte derivanti dalla precedente gestione. Siamo cioè di fronte a un'organizzazione tradizionale, con un servizio di tipo ambulatoriale "a chiamata", senza quella continuità di presenza e di programmazione delle attività che sarebbero necessarie.

Non solo la gestione della salute in carcere è tuttora poco attenta alle componenti ambientali della salute in chiave preventiva[36]; la perdurante

[36] Esercitando un controllo e una interlocuzione con l'Amministrazione Penitenziaria circa l'esistenza di spazi adeguati, l'organizzazione della vita quotidiana, etc., come detto sopra.

separatezza dei servizi “dentro le mura” fa sì che il sistema sia poco adeguato a offrire *alternative di cura al di fuori del carcere*. Se nuove norme sono importanti per assicurare ai detenuti maggiori opportunità terapeutiche fuori del carcere, la loro concreta applicazione dipende dalla capacità dei servizi di salute mentale di elaborare progetti personalizzati, avvalendosi di tutte le opportunità, sanitarie e sociali, del territorio.

D’altro lato, la capacità di gestione delle risorse comunitarie da parte dei servizi è essenziale anche per favorire la comunicazione con la magistratura, troppo spesso carente. In pratica, può capitare che il giudice di cognizione applichi la misura più restrittiva in carcere quando invece potrebbe applicare il trasferimento in strutture idonee con finalità terapeutiche, se fossero opportunamente segnalate dai servizi.

Superati questi ritardi, il sistema dovrebbe svilupparsi nell’ottica della priorità della cura al di fuori del carcere, nella comunità territoriale. In presenza di disturbi mentali gravi sopravvenuti in stato di detenzione, le Sezioni Cliniche di Salute Mentale in carcere, una volta effettivamente istituite e affidate alla gestione sanitaria, *dovrebbero funzionare come luoghi transitori, di elaborazione e di preparazione a progetti di cura individualizzati terapeutico-riabilitativi, da eseguirsi sul territorio*. L’elaborazione dei progetti è compito del Dipartimento di Salute Mentale, che necessita di una forte proiezione territoriale e di intensa collaborazione fra le unità operative dentro e fuori il carcere. Le Sezioni Cliniche dovrebbero essere dotate di spazi e di organizzazione di vita idonei alla cura. In caso di crisi, le persone dovrebbero essere trasferite immediatamente fuori dal carcere, nei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura (SPDC) ospedalieri, per poi rientrare nelle Sezioni Cliniche una volta superata la fase di scompenso.

Un primo problema riguarda la confusione fra le Sezioni Cliniche a gestione sanitaria e le Articolazioni Psichiatriche, intese come reparti gestiti dall’Amministrazione Penitenziaria. Queste ultime rischiano di riprodurre una logica di segregazione disattendendo i bisogni terapeutici. Bisogna cioè evitare che il “reparto psichiatrico” diventi una discarica delle persone con particolari disturbi “scomodi” nella gestione ordinaria del carcere[37].

Per evitare ciò, occorre rafforzare la “normale” assistenza di base di salute mentale, riservando il ricovero nelle Sezioni Cliniche alle situazioni subacute, quando vi sia in una riaccensione della patologia durante la detenzione. Il ricovero nella Sezione Clinica dovrebbe cioè essere limitato al tempo necessario a “ricalibrare” l’assistenza: che, nel caso dei disturbi meno gravi, tornerà a svolgersi nel carcere “ordinario”. In presenza di un sistema di servizi efficienti e ben collegati, la riaccensione della patologia può essere gestita anche dai servizi territoriali in regime di detenzione domiciliare.

Nel caso di disturbi più gravi, la priorità della cura al di fuori del carcere richiede un adeguamento normativo: finalizzato a permettere il ricovero in strutture sanitarie in regime di detenzione domiciliare; e ad ampliare le possibilità di affidamento terapeutico ai servizi territoriali o a strutture residenziali o semiresidenziali facenti parte del Dipartimento Salute Mentale[38].

[37] Cfr. l’audizione del dottor Franco SCARPA.

[38] Su questa linea si muoveva la legge delega per il riordino dell’Ordinamento Penitenziario già citata.

Raccomandazioni

Questo parere interviene in un momento particolarmente difficile per la vita carceraria, per i tassi di sovraffollamento in ascesa e per un nuovo picco dei suicidi di detenuti. Ciò richiama l'attenzione sulle condizioni generali di vita delle persone in detenzione, che possono mettere a grave rischio la salute mentale.

Nello specifico dell'assistenza agli autori di reato affetti da disturbo mentale, il parere, pur volendo approfondire il trattamento dei "rei folli", non ha potuto tralasciare il problema dei "folli rei". Il nodo unificante sta nell'eredità dell'OPG, non solo nella gestione concreta dei soggetti un tempo destinati all'OPG e che ora attendono una diversa collocazione non ancora ben definita; ma, più a monte, nel portato culturale che ancora sopravvive nel "doppio binario", ovvero nel "binario speciale" di non imputabilità per vizio di mente. L'eccessivo ricorso alla non imputabilità e al giudizio di "pericolosità sociale" (cui consegue l'ampio utilizzo delle misure di sicurezza) è spia della vecchia visione del malato psichiatrico come soggetto pericoloso, da contenere più che da curare. Da qui la resistenza ad adeguamenti normativi che possano favorire *la cura non in stato di detenzione*, sia dei "rei folli", sia "dei folli rei".

Su questa base, si avanzano alcune raccomandazioni:

- Assicurare forme umane di detenzione, rispettose della dignità delle persone, offrendo un trattamento con opportunità di formazione e di lavoro nella prospettiva risocializzante, è l'obiettivo basilare per tutelare la salute mentale di tutti i detenuti e le detenute.
- Sulla base del diritto alla tutela della salute e della parità nel diritto "dentro" e "fuori" le mura, *la cura delle persone affette da grave disturbo mentale e che abbiano compiuto reati dovrebbe avvenire di regola in contesti territoriali e residenziali curativi e non in istituzioni detentive.*
- In linea con questo principio, per tutelare i soggetti imputabili e condannati sono urgenti alcune modifiche normative quali: il rinvio della pena quando le condizioni di salute psichica risultino incompatibili con lo stato di detenzione, in analogia con quanto previsto dagli art. 146 e 147 CP per la compromissione della salute fisica; la previsione di specifiche misure alternative per i soggetti che manifestano un'infermità psichica in carcere; l'introduzione di Sezioni Cliniche in carcere a esclusiva gestione sanitaria.
- Per assicurare lo stesso principio, anche il sistema di presa in carico delle persone dichiarate non imputabili e prosciolte, delineato dalla Legge n. 81/2014, necessita di nuovi interventi normativi: in primo luogo una più incisiva riforma delle misure di sicurezza, per limitare il ricorso alla misura di sicurezza detentiva. **Inoltre, in coerenza con la finalità terapeutica delle REMS, occorre limitare il ricovero nelle REMS ai soggetti nei cui confronti viene applicata una misura di sicurezza detentiva definitiva.**
- Più in generale, andrebbe riconsiderato **il concetto particolarmente problematico di "pericolosità sociale"**, alla base delle misure di sicurezza, e la legislazione speciale di "doppio binario" di imputabilità/non imputabilità per le persone affette da disturbo mentale.

I servizi di salute mentale in carcere devono superare la storica "separatezza", eredità della sanità penitenziaria, e funzionare come parte integrante di forti Dipartimenti di Salute Mentale, capaci di individuare le risorse di rete territoriale per la cura delle patologie gravi al di fuori dal carcere e di collaborare a tal fine con la magistratura di cognizione e di sorveglianza.

Presidenza del Consiglio dei Ministri



RIFLESSIONI BIOETICHE SUL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

18 luglio 2019

INDICE

Presentazione ..... ……3

1. Premessa: le ragioni del parere e l'attenzione posta sull'aiuto al suicidio 6
2. Il rapporto fra eutanasia e suicidio assistito 9
3. Inquadramento etico-giuridico sul fine vita nel nostro ordinamento …… 11
   - 3.1. Lettura codicistica e giurisprudenziale……,…… 11
   - 3.2. La sedazione palliativa profonda continua……..... 13
   - 3.3. Il suicidio……..... 13
4. Temi in discussione sul suicidio medicalmente assistito... ……14
   - 4.1. Il valore da attribuire all'espressione di volontà della persona. 14
   - 4.2. Il rispetto dei valori professionali del medico e degli operatori sanitari.15
   - 4.3. L'argomento del pendio scivoloso 18
   - 4.4. L'importanza delle cure palliative e delle terapie del dolore..... 19
5. Opinioni etiche e giuridiche all'interno del CNB……..... 21
6. Raccomandazioni..... 26

Postille..... 27

Postilla del Prof. Francesco D'Agostino 27

Postilla della Prof. Assunta Morresi..... 29

Postilla del Prof. Maurizio Mori 31

Presentazione

Il CNB, dando seguito al proprio mandato di incentivare la discussione pubblica su tematiche etiche e di offrire una consulenza alle decisioni politiche, ritiene necessario con questo parere svolgere una riflessione sull'aiuto al suicidio a seguito dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, la quale è intervenuta sulla questione, sollevata dalla Corte di Assise di Milano (ordinanza 14 febbraio 2018), in merito al caso di Marco Cappato e alla sospetta illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale.

Il Comitato ha inteso affrontare il tema dell'aiuto al suicidio con la consapevolezza di rilevare orientamenti difformi sia all'interno dello stesso Comitato, sia nella società.

Le linee guida del CNB (26/02/2015) all'art. 13, in merito alla stesura dei pareri predispone che questi "siano costituiti anzitutto da una parte descrittiva dello *status quaestionis*. Nella parte valutativa, quando emergono orientamenti divergenti, dovrà essere dato conto, in forma aperta e compatibile con l'economia del documento, della pluralità degli argomenti e delle posizioni emerse".

La diversità di opinioni ha la possibilità, d'altronde, di fornire elementi di riflessione a servizio delle scelte di una società che intenda affrontare una questione, come quella dell'aiuto al suicidio, che presenta una serie di problemi e di interrogativi a cui non è possibile dare una risposta univoca. Una tematica che va annoverata fra le più controverse del dibattito bioetico attuale nel nostro Paese. Va considerato anche che l'elemento personale e le specifiche situazioni giocano un ruolo rilevante nel momento in cui ci si interroga in cosa consista il diritto alla vita, se esista il diritto alla morte e quali siano i valori etici a cui ispirarsi e in quale dimensione si collochi l'intervento del terzo, in particolare del medico, chiamato a dare risposta alla richiesta del paziente.

Il dibattito pubblico concernente il suicidio assistito illustra la grande difficoltà di riuscire a conciliare i due principi, così rilevanti bioeticamente, della salvaguardia della vita da un lato e dell'autodeterminazione del soggetto dall'altro.

Il parere ha voluto richiamare l'attenzione della società e del mondo politico, che dovrà discutere questo tema a seguito dell'invito della Corte costituzionale, su quelli che ha ritenuto essere le chiarificazioni concettuali e i temi etici più rilevanti e delicati che emergono a fronte di tali richieste: la differenza tra assistenza medica al suicidio ed eutanasia; l'espressione di volontà della persona; i valori professionali del medico e degli operatori sanitari; l'argomento del pendio scivoloso; le cure palliative.

All'interno del presente Comitato si riscontrano differenti opinioni.

Alcuni membri del CNB sono contrari alla legittimazione, sia etica che giuridica, del suicidio medicalmente assistito, e convergono nel ritenere che la difesa della vita umana debba essere affermata come un principio essenziale in bioetica, quale che sia la fondazione filosofica e/o religiosa di tale valore, che il compito inderogabile del medico sia l'assoluto rispetto della vita dei pazienti e che l'"agevolare la morte" segni una trasformazione inaccettabile del paradigma del "curare e prendersi cura".

Altri membri del CNB sono favorevoli sul piano morale e giuridico alla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito sul presupposto che il valore della tutela della vita vada bilanciato con altri beni costituzionalmente rilevanti, quali l'autodeterminazione del paziente e la dignità della persona. Un

bilanciamento che deve tenere in particolare conto di condizioni e procedure che siano di reale garanzia per la persona malata e per il medico.

Altri ancora sottolineano come non si dia una immediata traducibilità dall'ambito morale a quello giuridico. Inoltre, evidenziano i concreti rischi di un pendio scivoloso a cui condurrebbe, nell'attuale realtà sanitaria italiana, una scelta di depenalizzazione o di legalizzazione del c.d. suicidio medicalmente assistito, modellata sulla falsariga di quelle effettuate da alcuni Paesi europei.

Malgrado queste divergenti posizioni, il Comitato è pervenuto alla formulazione di alcune raccomandazioni condivise, auspicando innanzi tutto che in qualunque sede avvenga - ivi compresa quella parlamentare - il dibattito sull'aiuto medicalizzato al suicidio si sviluppi nel pieno rispetto di tutte le opinioni al riguardo, ma anche con la dovuta attenzione alle problematiche morali, deontologiche e giuridiche costituzionali che esso solleva e col dovuto approfondimento che esige una tematica così lacerante per la coscienza umana.

Il Comitato raccomanda, inoltre, l'impegno di fornire cure adeguate ai malati inguaribili in condizione di sofferenza; chiede che sia documentata all'interno del rapporto di cura un'adeguata informazione data al paziente in merito alle possibilità di cure e palliazione; ritiene indispensabile che sia fatto ogni sforzo per implementare l'informazione ai cittadini e ai professionisti della sanità delle disposizioni normative riguardanti l'accesso alle cure palliative; auspica che venga promossa un'ampia partecipazione dei cittadini alla discussione etica e giuridica sul tema e che vengano promosse la ricerca scientifica biomedica e psicosociale e la formazione bioetica degli operatori sanitari in questo campo.

Questo testo è stato redatto dai Proff.: Stefano Canestrari, Carlo Casonato, Antonio Da Re, Lorenzo d'Avack e Laura Palazzani, con gli apporti scritti dei Proff.: Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Tamar Pitch, Lucio Romano, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa.

Il documento è stato discusso in occasione di numerose plenarie tenute dal Comitato, avvalendosi di un dibattito al quale hanno partecipato tutti i Colleghi, dando un importante contributo alla sua stesura.

Il presidente della FNOMCeO, Dott. Filippo Anelli, è stato audito in occasione della plenaria del 24 maggio 2019.

Nella seduta del 18 luglio 2019 il documento ha ottenuto a grande maggioranza il consenso dei presenti, i Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia Caporale, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Mario De Curtis, Riccardo Di Segni, Gianpaolo Donzelli, Carlo Casonato, Lorenzo d'Avack, Silvio Garattini, Maria Pia Garavaglia, Marianna Gensabella, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa.

Il Prof. Francesco D'Agostino ha espresso voto contrario.

I Proff. Carlo Caltagirone, Lucio Romano, Lucetta Scaraffia, Tamar Pitch, assenti dalla seduta, hanno successivamente manifestato la loro adesione al parere.

Pur non avendo diritto di voto hanno aderito: per il Presidente dell'ISS il delegato, Prof. Carlo Petrini; per il Presidente dell'ISS la delegata, Dott.ssa Paola Di Giulio; per il Presidente del CNR il delegato, Dott. Amedeo Cesta.

Assente alla plenaria, ha successivamente aderito per il Presidente della FNOMCeO il delegato, Dott. Maurizio Benato.

Sono state redatte tre postille, pubblicate contestualmente al parere. La prima del Prof. Francesco D'Agostino, a conferma del voto negativo dato al parere; le altre due della Prof.ssa Assunta Morresi e del Prof. Maurizio Mori, che

pur avendo approvato il documento, hanno voluto precisare le proprie ragioni di dissenso su alcuni temi trattati.

Roma, 29 luglio 2019

Il Presidente
Prof Lorenzo d'Avack

1. Premessa: le ragioni del parere e l'attenzione posta sull'aiuto al suicidio

1.1. L'enorme sviluppo delle tecnologie in medicina, per un verso consente di curare pazienti che fino a pochi anni fa non avrebbero avuto alcuna possibilità di sopravvivenza, e per l'altro in alcuni casi porta anche al prolungamento della vita in condizioni precarie e di grandissima sofferenza.

Accanto alle trasformazioni tecnologiche è cambiata anche la sensibilità sociale nei confronti della sofferenza. Anche per queste ragioni il morire suscita oggi un complesso di riflessioni su tematiche etiche, giuridiche, sociali ed economiche. In tale situazione vengono messe in gioco alcune questioni fondamentali come il valore della vita umana, la dignità della persona con i suoi diritti fondamentali (diritto alla libertà, all'uguaglianza, alla salute, ecc.), i valori della medicina e del ruolo del medico, il valore delle opzioni giuridiche fatte proprie dalle politiche pubbliche.

Fra le decisioni di fine vita è indispensabile tenere conto della natura specifica delle domande avanzate dai pazienti, che possono essere molto diverse tra di loro. In molti casi, infatti, i pazienti chiedono di essere accompagnati "nel" morire, con conseguenze etiche e giuridiche che non ricadono nell'ambito né dell'eutanasia né dell'assistenza al suicidio (il c.d. "accompagnamento nel morire"). In altri casi vi può essere la domanda di essere aiutati nel morire senza sofferenza, che si traduce in una richiesta di cure palliative; in altri ancora emerge la domanda di evitare forme di accanimento clinico; o anche di rifiuto e rinuncia al trattamento sanitario salvavita previsti dalla Legge n. 219/2017.

Il CNB, dando seguito al proprio mandato di incentivare la discussione pubblica su tematiche etiche e di offrire una riflessione ponderata in vista delle decisioni politiche, ritiene necessario con questo parere svolgere una riflessione sull'aiuto al suicidio a seguito dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, la quale è intervenuta sulla questione, sollevata dalla Corte di Assise di Milano (ordinanza 14 febbraio 2018), in merito al caso di Marco Cappato e alla sospetta illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale. Del contenuto di questa ordinanza daremo una descrizione in seguito.

Il Comitato intende affrontare il tema dell'aiuto al suicidio con la consapevolezza di rilevare posizioni difformi sia all'interno dello stesso Comitato, sia nella società. La diversità di opinioni ha la possibilità di fornire elementi di riflessione a servizio delle scelte di una società che intenda affrontare una questione, come quella dell'aiuto al suicidio, che presenta una serie di problemi e di interrogativi a cui non è semplice dare una risposta univoca. Va considerato anche che l'elemento personale e le specifiche situazioni giocano un ruolo rilevante nel momento in cui ci si interroga in cosa consista il diritto alla vita, se esista un diritto alla morte**,** e quali siano i valori etici a cui ispirarsi in questi frangenti, e in quale dimensione si collochi l'intervento del terzo, in particolare del medico, chiamato a dare risposta alla richiesta del paziente. Il dibattito pubblico concernente il suicidio assistito o l'eutanasia illustra la grande difficoltà di riuscire a conciliare i due principi, così rilevanti bioeticamente, della salvaguardia della vita umana da un lato, e dell'autonomia e dell'autodeterminazione del soggetto dall'altro.

Dal diverso modo di interpretare il bilanciamento tra questi principi o di assegnare la priorità all'uno piuttosto che all'altro derivano una serie di implicazioni bioetiche che a loro volta sollevano interrogativi non facilmente risolvibili sul piano del diritto, in specie con riguardo al fine vita.

Tale questione, infatti, non possiede soltanto una dimensione etica e giuridica, ma chiama in causa interrogativi esistenziali, psicologici, filosofici e antropologici molto più generali. Il Comitato, pur non potendo esaurire il tema sul piano antropologico-filosofico, propone una riflessione etica e giuridica per un inquadramento del suicidio medicalmente assistito come questione che nasce e si sviluppa nelle società contemporanee tecnologicamente avanzate.

Dal punto di vista etico, una domanda fondamentale riguardo al fine vita è se esista una differenza intrinseca moralmente rilevante tra l'eutanasia o il suicidio assistito da un lato, e la sospensione o la non attivazione di un trattamento su richiesta del paziente, dall'altro. Alcuni contestano tale differenza sulla base della constatazione che il risultato atteso, la morte del paziente, è identico in entrambi i casi e parlano**,** nel caso di sospensione e non attivazione di trattamenti sanitari su richiesta**,** di *eutanasia omissiva*. Altri ritengono**,** invece**,** che tale differenza risieda nella distinzione tra uccidere e lasciar morire**,** e pensano che esista una responsabilità morale radicalmente diversa tra *essere causa di* un evento e *permettere a* un evento di accadere. A partire da tale distinzione concettuale, si ritiene che eutanasia e suicidio assistito siano sempre e comunque illeciti, mentre la sospensione o la non attivazione di un trattamento su richiesta del paziente nelle situazioni previste sia sempre lecita. Esistono**,** infine**,** posizioni intermedie, secondo cui la distinzione tra uccidere e lasciar morire sarebbe generalmente valida, ma ammetterebbe delle eccezioni. In tal modo essa non sarebbe un principio etico assoluto, ma *prima facie*, vale a dire un principio generalmente valido, ma non *sempre* valido: così come esistono casi in cui è moralmente illecito lasciare morire, esistono casi eccezionali in cui sarebbe moralmente lecito ottemperare alla richiesta di un paziente di essere ucciso o di essere aiutato ad uccidersi.

Ad ogni modo, qualunque possa essere la valutazione *morale* della liceità o illiceità del suicidio assistito, va considerato che discorso morale e discorso giuridico non devono né necessariamente coincidere né essere radicalmente separati. Esistono posizioni secondo le quali alla illiceità morale del suicidio deve seguire la proibizione giuridica della pratica; altre posizioni secondo le quali alla liceità morale del suicidio deve seguire la legalizzazione della pratica. Altre posizioni ancora sostengono che in circostanze mediche specifiche e in certo qual modo eccezionali la richiesta e l'assistenza al suicidio non siano atti moralmente riprovevoli, ma che ciò non comporti automaticamente che il suicidio medicalmente assistito debba essere legalizzato o depenalizzato. Qualora si supponga**,** infatti**,** che in casi estremi sia moralmente lecito aiutare un individuo a uccidersi per evitare sofferenze che egli ritiene insopportabili, sorgono una serie di interrogativi che rendono non scontata la traduzione in termini giuridici di questa situazione: dalla compatibilità di tali pratiche con la deontologia medica, alla difficoltà di garantire che alcune condizioni essenziali siano ottemperate nella pratica clinica (dall'autonomia della richiesta del paziente all'inutilità di tutte le possibili forme di cura e di assistenza alternative), all'impossibilità di trovare formule giuridicamente univoche capaci di impedire pericolose forme future di pendio scivoloso.

In generale, quindi, va sempre considerato che**,** su temi così delicati come quelli in esame, e a fronte di un pluralismo morale diffuso nella nostra società, etica e diritto non sempre convergono, e che le scelte del legislatore al riguardo devono mediare e bilanciare i diversi valori in gioco, al fine di potere rappresentare le diverse istanze provenienti dalla società.

1.2. Oggetto di questo parere è la questione sollevata dalla Corte di Assise di Milano (ordinanza 14 febbraio 2018)**,** che dubita della legittimità dell'art. 580 c.p. (a) "nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o rafforzamento del proposito di suicidio"; e (b) nella parte in cui non distingue le condotte di semplice agevolazione da quelle di istigazione.

In risposta a tali quesiti**,** l'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale ha innanzitutto osservato che l'art. 580 del codice penale è "funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell'ordinamento"**,** e quindi che "l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può essere ritenuta incompatibile con la Costituzione". Ancora, la Corte sostiene che "l'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio è (…) funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili". Il principio etico di tutela della vita trova**,** quindi**,** la sua estrinsecazione nell'art. 2 della Costituzione e nell'art. 2 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo; ne deriva il dovere per lo Stato di approntare tutte le misure affinché la vita sia adeguatamente tutelata, "non quello - diametralmente opposto - di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire". Il fatto**,** poi**,** che il legislatore nel 1930 concepisse il reato di aiuto al suicidio come una forma di tutela della vita umana sulla base dell'interesse della collettività, non esclude che**,** in seguito e ancor oggi, la *ratio* dell'art. 580 c.p. possa rinvenire una sua più appropriata giustificazione nel valore personalistico della Costituzione repubblicana.

Tuttavia**,** la Corte costituzionale ricorda anche come l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lasci prive di adeguata tutela determinate situazioni ugualmente meritevoli di protezione e di rispetto**,** situazioni in cui il valore della tutela della vita umana va bilanciato con altri beni costituzionalmente rilevanti. Si tratta di situazioni che non erano minimamente prevedibili nel 1930 (ma anche nei decenni successivi) e che sono determinate dalle possibilità straordinarie della medicina e del suo apparato tecnico-scientifico di salvare dalla morte pazienti in condizioni gravemente compromesse; tali pazienti poi però si trovano a vivere in uno stato irreversibilmente debilitato, talvolta anche di dipendenza tecnologica e di sofferenza, che può indurre i malati a ritenere la propria vita non dignitosa.

In specie, la Corte ha individuato quattro requisiti che possono ~~g~~iustificare un'assistenza di terzi nel porre fine alla vita di una persona malata: quando essa sia a) affetta da una patologia irreversibile e b) che sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche da lei giudicate intollerabili, c) che sia tenuta in vita grazie a trattamenti di sostegno vitale e che al contempo d) resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli. È possibile domandarsi se questi requisiti indicati dalla Corte abbiano un valore generale o siano stati formulati in riferimento al caso specifico (situazione di Fabiano Antoniani, detto Dj. Fabo) sottoposto alla sua attenzione.

La Corte traccia una analogia tra il rifiuto al trattamento sanitario consentito dalla Legge n. 219/2017 su *Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento* e le correlate cure palliative, che possono giungere fino alla sedazione profonda da un lato, e la richiesta di aiuto al suicidio da parte del malato, di porre fine alla propria esistenza dall'altro. Tale analogia risulta uno dei profili utilizzati per giustificare la legittimità dell'aiuto al suicidio nelle situazioni estreme di cui si è detto. "Se infatti – scrive la Corte – 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 materialistico, 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".

Per questo motivo, oltre che per il rispetto della dignità e dell'autodeterminazione della persona malata, la Corte ritiene opportuno un intervento del legislatore per definire modi e condizioni dell'assistenza al suicidio e del diritto del soggetto a ricevere un trattamento di fine vita. Pertanto, pur riconoscendo fin d'ora che l'art. 580 del codice penale necessita di essere integrato da una norma capace di corrispondere alle richieste provenienti da quelle situazioni estreme di cui si diceva (persona affetta da una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, tenuta in vita attraverso trattamenti di sostegno vitale, capace di decisioni libere e consapevoli), la Corte differisce a data futura (24 settembre 2019) l'udienza pubblica in cui si tratterà la questione di legittimità costituzionale. Per questo, data la situazione di incertezza sul tema, il CNB ritiene opportuno di intervenire, cercando di delineare i termini del problema e i valori in gioco.

2. Il rapporto tra eutanasia e suicidio assistito

Nel linguaggio specialistico e nel linguaggio comune spesso si usano i termini "eutanasia" e "suicidio assistito" in modi diversi. È pertanto indispensabile, prima di un'analisi etica e giuridica del tema, chiarire l'uso semantico di queste espressioni. È necessario tracciare anche una distinzione sulle procedure che caratterizzano la fattispecie dell'eutanasia e quella dell'aiuto al suicidio.

Eutanasia è termine polisemico, possiede cioè differenti significati, ancorché etimologicamente correlati. In generale qui la intendiamo come l'atto con cui un medico o altra persona somministra farmaci su libera richiesta del soggetto consapevole e informato, con lo scopo di provocare intenzionalmente la morte immediata del richiedente. L'obiettivo dell'atto è anticipare la morte su richiesta al fine di togliere la sofferenza; in questo senso, è inquadrabile all'interno della fattispecie più generale dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.).

Le circostanze specifiche di legittimazione giuridica di tali pratiche sono variabili: generalmente le legislazioni prevedono condizioni di gravi patologie inguaribili e di sofferenza fisica e psichica percepita come insopportabile e esplicitata in modo ripetuto (es. legislazione olandese, belga e lussemburghese). È oggetto di discussione la possibilità di allargare l'eutanasia a condizioni di depressione, grave disagio esistenziale, solitudine, incidenza economica negativa sulla famiglia, o anche a condizioni di non piena capacità di intendere e volere, come nel caso di minori o di persone affette da demenza.

Altra fattispecie è l'*aiuto* o l'*assistenza al suicidio*, che si distingue dall'eutanasia perché in questo caso è l'interessato che compie l'ultimo atto che provoca la sua morte, atto reso possibile grazie alla determinante collaborazione di un terzo, che può anche essere un medico, il quale prescrive e porge il prodotto letale nell'orizzonte di un certo spazio temporale e nel rispetto di rigide condizioni previste dal legislatore. Non mancano casi in cui la procedura si avvale di macchine che possono aiutare il paziente con ridotta capacità fisica ad assumere

il prodotto letale predisposto (dal medico o da altri). Per lo più, l'aiuto al suicidio si realizza con l'assistenza del medico, del farmacista o dell'infermiere e all'interno di strutture di cura (aiuto al suicidio medicalizzato).

Si può, però, considerare anche un'altra ipotesi, quella di ritenere non giustificato attribuire soltanto ai medici e alle professioni sanitarie coinvolte a diverso livello (infermieri, farmacisti, psicologi) il compito di praticare il suicidio assistito. Si possono anche prevedere commissioni interdisciplinari istituite presso strutture sanitarie o socio-sanitarie, a carico del SSN, ove il ruolo dei medici può essere limitato alla sola constatazione dell'esistenza o dell'assenza di condizioni cliniche per il suicidio assistito, escludendo la collaborazione alla predisposizione e alla somministrazione del farmaco letale[1].

Anche da parte dell'interessato si riscontra a volte il timore verso una morte burocratizzata ed un eccesso di tecnologie o medicalizzazione e si prospettano altre soluzioni: il ricorso a familiari, amici, o associazioni che offrono aiuto al suicidio in istituti sociosanitari o a domicilio. In questi casi, realizzati fuori dagli ospedali, l'"assistenza al suicidio" si completa con un'"assistenza farmacologica": la presenza di un medico può essere richiesta soltanto nel momento iniziale della procedura, in cui nel rispetto di rigide condizioni il medico prescrive il prodotto, che sarà poi distribuito dal farmacista. La persona che entra in possesso del prodotto letale resta, peraltro, libera di decidere se farne uso o meno in un secondo momento. Non mancano dati statistici di persone che, pur avendo ottenuto il composto, non realizzano il loro programma suicida.

Nel trattare la tematica in oggetto, la Corte costituzionale fa chiaro riferimento all'aiuto al suicidio *medicalizzato,* ritenendo che in questa situazione siano maggiormente rispettati i requisiti e i criteri di accortezza della pratica e garantito a qualsiasi soggetto "un controllo *ex ante* sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti".

In tutti i casi di richiesta di suicidio assistito sopra descritti, all'origine e alla realizzazione dell'atto letale vi erano sempre la volontà della persona che ha voluto mettere fine alla sua vita attraverso il suicidio e la presenza di un terzo o di terzi, che hanno assecondato la richiesta per ragioni di solidarietà e di pietà. Le legislazioni che ammettono l'aiuto al suicidio ritengono condizione primaria la volontà consapevole, libera, chiaramente affermata e verificata, e non tollerano che, per vantaggi personali, un terzo incida o eserciti pressione sull'autonomia della persona (fattispecie dell'istigazione al suicidio).

È opportuno, ora, discutere se la nozione di aiuto al suicidio, nelle sue diverse modalità, possa rientrare nella nozione di eutanasia, dal momento che le due fattispecie infatti vengono spesso accomunate sotto il profilo etico o giuridico.

Per alcuni orientamenti distinguere l'aiuto al suicidio dall'eutanasia può risultare operazione inconsistente e speciosa, data la sostanziale equivalenza tra il fatto di aiutare una persona che vuole darsi e si dà la morte, e il fatto di essere autore della morte di questa persona. Il suicidio, che per definizione è un atto individuale quando il soggetto fa tutto da sé, cessa di essere tale nel caso in cui

[1] È questa un'ipotesi presentata nell'audizione del 24 maggio 2019 presso il CNB dal Dott. Filippo Anelli, Presidente Nazionale della FNOMCeO. Nel corso del suo intervento, il Dott. Anelli ha presentato questa possibilità come residuale; l'audizione è stata infatti improntata, in primo luogo, al valore della cura nella professione medica e al cambiamento di paradigma che comporterebbe il suicidio assistito in questo contesto. Tale posizione è confermata dal Documento conclusivo dei lavori della Consulta Deontologica Nazionale della FNOMCeO, chiamata ad esprimere parere sul suicidio assistito in merito all'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, del 14 marzo 2019.

ci sia assistenza, ossia quando altri provvedono a predisporre gli ausilii richiesti a dare la morte, e all'interessato è lasciato solo l'ultimo atto. In questo senso elementi strutturali dell'eutanasia si possono riscontrare nell'assistenza al suicidio: la volontà del soggetto, pienamente libero e consapevole, a ricevere il trattamento necessario per morire a seguito di circostanze da lui stesso puntualmente determinate sul momento o previste anticipatamente; l'impegno di un terzo di venire incontro a tale richiesta; l'interesse pubblico di controllare che siano rispettate opportune cautele; l'obbligo delle strutture sanitarie ad assistere il paziente e offrire concrete possibilità di accedere alle cure palliative e alla sedazione.

Per altri orientamenti, invece, dal punto di vista filosofico e simbolico esiste una differenza significativa a livello dei principi con cui queste due azioni possono essere giustificate. Nella fattispecie dell'assistenza al suicidio si osserva che il suicidio rimane un atto della persona stessa, mentre l'eutanasia prevede, nel dare la morte, l'intervento di un terzo. Una distinzione che marca l'idea secondo la quale consentire a una persona di darsi la morte non è identico a dare la morte a qualcuno a seguito della sua richiesta. Si sottolinea che l'omicidio su richiesta della persona contrasta con l'opinione diffusa secondo cui la morte di un essere umano non deve essere provocata intenzionalmente da altri. L'eutanasia coinvolge persone che esprimono il desiderio di porre fine alla vita, ma che preferiscono o che necessitano che ciò avvenga per mano di un terzo.

3. Inquadramento etico-giuridico sul fine vita nel nostro ordinamento

3.1. Lettura codicistica e giurisprudenziale

A prescindere dai dibattiti morali sottesi alle diverse posizioni, nell'ordinamento italiano è assente una disciplina specifica delle due pratiche sopra esaminate (eutanasia e suicidio assistito), che sono trattate come aspetti delle figure generali dei delitti contro la vita. Un effetto di questa situazione è che tali pratiche danno luogo a sanzioni penali molto elevate, di un rigore così intenso da apparire, secondo alcuni, censurabili sotto il profilo di una ragionevole proporzionalità della pena. Quest'aspetto emerge con chiarezza ove si consideri che casi di eutanasia simili a quelli descritti sono riconducibili alla fattispecie dell'omicidio del consenziente (art. 579 c.p., da sei a quindici anni di reclusione) o a quella dell'omicidio volontario comune (art. 575 c.p., reclusione non inferiore a ventuno anni). Come appare evidente, un simile inquadramento delle tragiche vicende riconducibili all'omicidio *pietatis causa* è incongruo.

Anche l'aiuto al suicidio è considerato fattispecie criminosa, disciplinata congiuntamente all'istigazione al suicidio ex art. 580 c.p., figura criminosa che si realizza tutte le volte in cui la vittima abbia conservato il dominio della propria azione, nonostante la presenza di una condotta estranea di determinazione o di aiuto alla realizzazione del suo proposito, e lo abbia realizzato, anche materialmente, di mano propria.

La linea di discrimine tra le due diverse figure criminose ex art. 579 c.p. e ex art. 580 c.p. consiste, dunque, nel fatto che l'ultimo atto causativo della morte sia compiuto da un terzo o invece dal paziente, e ciò determina una rilevanza decisiva sul piano della responsabilità penale con una diminuzione della pena.

Va ancora sottolineato che il diritto, che tutela il bene vita e altri principi fondamentali (libertà, dignità, uguaglianza, ecc.), nel corso del tempo ha già trovato nel nostro ordinamento giuridico un bilanciamento tra i valori. La stessa

Corte costituzionale (ad es. nella sentenza n. 27/1975) ne ha ammesso una ponderazione nella materia dell'interruzione volontaria della gravidanza, pur in riferimento a chi "persona deve ancora diventare", e si può citare la Corte di Cassazione che nella vicenda Englaro ha stabilito che "deve escludersi che il diritto all'autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene vita" (Cass. Sez. I civ., n. 21748/2007).

In questa linea si colloca poi l'attuale normativa sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento (Legge n. 219/2017), dove il legislatore ha ritenuto legittimo, sulla scorta della giurisprudenza costituzionale intervenuta ai sensi degli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione, il rifiuto e la rinuncia informati e consapevoli del paziente, espressi anche attraverso le DAT, e la pianificazione condivisa, a *qualsiasi* trattamento sanitario, anche salvavita.

Rileva osservare che la Corte costituzionale nell'ordinanza in questione fa un accostamento tra il rifiuto al trattamento sanitario in forza della Legge n. 219/2017 e l'assistenza al suicidio medicalizzato, al fine di giustificare per alcuni casi la legittimità di quest'ultima. Inoltre, nel raccomandare nella propria ordinanza una serie di limiti, cautele e condizioni all'assistenza medicalizzata al suicidio (irreversibilità della malattia, gravi sofferenze, plurimi profili in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto, riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al SSN, possibilità per il medico di avvalersi dell'obiezione di coscienza, ecc.) ipotizza che il legislatore possa regolamentare la legittimità dell'assistenza al suicidio, non attraverso un'autonoma disciplina o "una mera modifica della disposizione penale di cui all'art 580 c.p.", bensì "inserendo la disciplina stessa nel contesto della Legge n. 219/2017 e del suo spirito".

Tale ipotesi legislativa non è condivisa dal CNB, dato che permane una netta differenza di fatto, con effetti sul piano etico e giuridico, tra il paziente libero di rifiutare o di accettare un trattamento terapeutico e il paziente che chiede di farsi aiutare a morire (aiuto al suicidio). Una cosa è sospendere o rifiutare trattamenti terapeutici per lasciare che la malattia faccia il proprio corso; altra cosa è chiedere ad un terzo, per esempio ad un medico, un intervento finalizzato all'aiuto nel suicidio. Si tratta di affrontare due situazioni giuridicamente diverse: l'una ammessa in forza dell'art. 32, comma 2 della Carta costituzionale e della Legge n. 219/2017; l'altra, vietata sulla scorta del principio "non uccidere", posto a fondamento del vivere sociale, le cui eventuali eccezioni non possono essere invocate per analogia ma, in merito alla loro possibile liceità, essere semmai oggetto di una decisione specifica da parte della Corte costituzionale o del legislatore.

3.2. La sedazione palliativa profonda continua

Riguardo alla c.d. "sedazione palliativa profonda continua", per utilizzare un'espressione proposta dal Comitato Nazionale per la Bioetica nel Parere del 2016, si afferma la tesi, argomentata all'interno dello stesso Parere e in linea con quanto sostengono le società scientifiche di cure palliative, che la sedazione palliativa profonda continua non è equiparabile all'eutanasia, perché l'una è un atto volto ad alleviare le sofferenze, l'altra un atto finalizzato alla morte. Una simile differenza trova poi la sua giustificazione anche in altri elementi**:** per esempio**,** nei farmaci diversi che vengono somministrati nei due differenti procedimenti, sedativo o eutanasico, e anche nel diverso esito dell'atto, in quanto

nella sedazione il paziente si avvia, senza coscienza, verso la morte naturale**,** mentre nell'eutanasia la morte viene provocata nell'immediato. In questa linea si è precisato che il Codice di deontologia medica 2014, "in ottemperanza dell'autodeterminazione del paziente da un lato e nel rispetto della clausola di coscienza del medico dall'altro, sottolinea come l'attuazione della volontà del paziente nel rifiutare le cure, pone il ricorso alla sedazione profonda medicalmente indotta, come attività consentita al medico in coerenza e nel rispetto dei precetti deontologici. Tutto ciò nel rispetto della dignità del morente"[2].

3.3. Il suicidio

Dal punto di vista giuridico, il suicidio non è oggi oggetto di un divieto. Tuttavia non costituisce esercizio di un diritto costituzionalmente garantito, ma viene inteso come una semplice facoltà o un mero esercizio di una libertà di fatto.

Di norma la prevenzione del suicidio è una finalità importante e condivisibile, in sintonia con la concezione personalistica della nostra Costituzione che opportunamente sottolinea una prospettiva solidaristica. La maggioranza degli studi, che si sono occupati del suicidio da diversi angoli visuali (sociologico, psicologico, psichiatrico, ecc.), sono stati condotti anche allo scopo di raccogliere informazioni utili a prevenire le condotte suicidarie.

Peraltro, appare evidente che, nelle ipotesi di suicidio assistito delineate dalla Corte costituzionale, siamo di fronte ad una richiesta di assistenza nel morire avanzata in condizioni esistenziali molto diverse rispetto a quelle che contraddistinguono le molteplici tipologie di suicidio, indotte dalle "sofferenze dell'anima". In questo parere il Comitato Nazionale per la Bioetica utilizza il termine *suicidio* nella piena consapevolezza della difficoltà di ricondurre le situazioni indicate dalla Corte costituzionale alla categoria tradizionale del suicidio. In ogni caso, di fronte alla richiesta di essere aiutati a morire, l'approccio che ispira l'etica dell'accompagnamento nel morire è quello dell'ascolto, dell'interpretazione della richiesta: ad ogni soggetto che**,** in condizioni di particolare vulnerabilità fisica e psichica**,** manifesti la volontà di morire, deve essere dedicato un ascolto particolare, perché il medico possa comprendere cosa significhi la sua richiesta.

4. Temi in discussione circa l'assistenza al suicidio

4.1. Il valore da attribuire all'espressione di volontà della persona

Il requisito considerato irrinunciabile perché la richiesta di aiuto al suicidio sia legittima è che questa sia informata, consapevole e libera.

Nelle legislazioni che consentono l'aiuto al suicidio rimane come requisito sempre necessario che la persona determini in maniera esplicita, libera e informata la propria volontà di terminare la propria vita mediante la collaborazione di altri, che predispongono mezzi materiali attraverso cui il soggetto si dà la morte, e che non si tratti di una decisione presunta o di una acquiescenza passiva o di una mera accettazione di suggerimenti altrui. Una richiesta consapevole, libera e informata che in queste circostanze alcuni ritengono opportuno che sia rivolta ad un medico di cui la persona abbia fiducia. La comunicazione tra medico

[2] Lettera del Presidente della FNOMCeO, Dott. Filippo Anelli, al Presidente del CNB, Prof. Lorenzo d'Avack, del 14 marzo 2019.

e paziente deve avvenire nel modo più appropriato possibile e spetta al medico, in prima battuta, accertare che la richiesta risponda alle condizioni di garanzia previste dalla legge. Dalla documentazione, data in genere nella cartella clinica, deve risultare che il paziente sia stato chiaramente informato sulla natura della sua malattia, sui possibili sviluppi di cure multidisciplinari e anche di prodotti in corso di sperimentazione e mirati su quelle patologie di cui è affetto e sull'effettiva possibilità di un coinvolgimento in un percorso di efficaci e continue cure palliative. Per queste ragioni la decisione di prestare assistenza medicalizzata al suicidio, pur nel rispetto di condizioni e criteri prestabiliti, non può diventare un automatismo, ma deve sempre essere presa pensando alla persona che la chiede e alla situazione specifica.

Per alcune correnti di pensiero l'autodeterminazione della persona è condizione necessaria e sufficiente per legittimare ogni atto medico: in questo senso il consenso informato diviene espressione dell'autonomia del soggetto capace che rivendica il controllo sulla propria vita e sulla propria morte.

Le nozioni di "consenso informato", di "capacità legale" e di "capacità di intendere e di volere" vengono, però, a volte criticate da altri a motivo del loro carattere statico e formalistico, con un forte riferimento agli atti di disposizione patrimoniale. Questi privilegiano, quindi, una nozione di "capacità di esprimere la propria volontà o la propria identità", che risulterebbe più dinamica e aderente al carattere personale della decisione da adottare nel contesto in esame. E in questo senso, può rilevarsi come la stessa Corte costituzionale, nell'ordinanza n. 207/2018, non tratti di "capacità di intendere e volere", ma fissi una delle condizioni per l'assistenza al suicidio in concetti di carattere più sostanziale come "capacità di autodeterminarsi" o capacità "di prendere decisioni libere e consapevoli".

Per altre correnti di pensiero, invece, la richiesta di aiuto al suicidio in determinate circostanze è espressione di uno spazio di libertà personale, da rispettare anche perché basato su principi etici e costituzionali.

Riconoscere la capacità di decisione delle persone in stato di grave sofferenza non significa negare l'influenza dell'emotività nelle scelte. È nel carattere degli umani l'essere guidati nelle loro azioni da sollecitazioni emotive che interagiscono con la razionalità. Ma ciò non inficia l'autodeterminazione, né può, di per sé, giustificare la limitazione della libertà delle persone sofferenti, pena l'aggiunta di nuove sofferenze.

Per altre correnti ancora il consenso informato non è affatto sufficiente per legittimare un atto che comporti la disposizione della propria vita. Un'eventuale disposizione della propria vita può essere giustificata solo dall'adesione a valori più alti, come per esempio avviene nel sacrificio di sé per salvare vite altrui. Vi è, quindi, a fondamento della questione un modo diverso di intendere il rapporto tra libertà e vita.

Infine, coloro che considerano illecito il suicidio assistito ritengono invece che le condizioni esistenziali di grave malattia e di sofferenza insopportabile rendano i soggetti particolarmente vulnerabili. In questi casi è difficile presupporre una lucidità di giudizio e la libera capacità di volere del paziente, cioè una volontà da vero *esprit fort*. La realtà è anche che un'ipotesi del genere si muove in un'atmosfera chiaroscurale, dominata dall'angoscia e dall'incertezza e tutt'altro che illuministicamente univoca. L'atteggiamento delle persone gravemente malate e prossime alla fine può essere ambivalente e incostante. Sono generalmente persone fragili, angosciate dal timore della sofferenza e dalla mancanza di autonomia, talvolta afflitte da problemi economici e familiari, incerte

del loro futuro, bisognose di essere alleggerite dal peso di decisioni gravose, spesso in stato di confusione o depressione. Sono le condizioni prevalenti di chi si trova alla fine della vita, e vanno prese sul serio sul piano bioetico per evitare il rischio che, in nome di una pretesa e supposta volontà autonoma e informata del paziente, si aprano spazi di abbandono dei soggetti considerati 'marginali', in quanto improduttivi, dipendenti e costosi, che necessitano di un sostegno solidale.

4.2. Il rispetto dei valori professionali del medico e degli operatori sanitari

Un problema di rilievo circa il suicidio medicalmente assistito o l'eutanasia riguarda i valori professionali del medico e del personale sanitario coinvolto in tale pratica. Al riguardo le posizioni sono molte, ma al fondo sono riconducibili a due prospettive diverse che si rivelano essere tra loro in contrasto.

L'una è quella storicamente più diffusa, e afferma che il compito professionale del medico e del personale sanitario è rivolto alla guarigione e alla cura, e non contempla atti che procurano direttamente la morte. Un eventuale coinvolgimento in pratiche tese a dare la morte (suicidio assistito o eutanasia) comporterebbe un profondo mutamento (o addirittura uno stravolgimento) della figura del medico e del suo ruolo nelle strutture sanitarie e delle strutture sanitarie stesse. Infatti, invece di essere rivolte all'*aiuto nel morire*, ossia all'accompagnamento nel morire attraverso le cure palliative e la terapia del dolore, queste verrebbero rivolte all'*aiuto a morire* attraverso la collaborazione a (o l'esecuzione di) atti che provocano direttamente la morte. Escludere l'assistenza al suicidio consente al medico di conservare il significato etico-deontologico della propria professione e al paziente di mantenere in modo più saldo e solido la fiducia nel proprio medico. Si osserva anche che la medicina non è un'attività meramente tecnica e neutrale, ma è una pratica basata su un'etica e una deontologia che pone al centro la tutela della vita, la cura e il prendersi cura del paziente.

Sono questi i principi espressi dalla World Medical Association che, nel suo più recente documento sul suicidio assistito (2017), ha ribadito quanto già affermato in anni precedenti (1992, 2002, 2005, 2013 e 2015): "L'Associazione Medica Mondiale riafferma il suo forte convincimento che l'eutanasia si pone in conflitto con i principi etici fondamentali della pratica medica, e la Associazione Medica Mondiale incoraggia fortemente tutte le Associazioni Mediche Nazionali e i medici ad astenersi dal partecipare all'eutanasia, anche se la legge nazionale la ammette o la depenalizza in certe circostanze"[3]. Lo stesso argomento può essere applicabile all'aiuto al suicidio.

[3] Cfr. il testo originale "The World Medical Association reaffirms its strong belief that euthanasia is in conflict with basic ethical principles of medical practice, and The World Medical Association strongly encourages all National Medical Associations and physicians to refrain from participating in euthanasia, even if national law allows it or decriminalizes it under certain conditions". *WMA Statement on Physician Assisted Suicide* (Adopted by the 44th World Medical Assembly, Marbella, Spain, September 1992 and editorially revised by the 170th Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005, reaffirmed by the 200th WMA Council Session, Oslo, Norway, April 2015 and reiterated on October 2017)". Il testo integrale di tale documento è: "Physician-assisted suicide, like euthanasia is unethical and must be condemned by the medical profession. Where the assistance of the physician is intentionally and deliberately directed at enabling an individual to end his or her own life, the physician acts unethically. However the right to decline medical

Questa prospettiva è riaffermata dal Codice di deontologia medica (2014), che all'art. 3 ricorda che "doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera". E all'art. 17 precisa che "Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte". La posizione è ribadita anche dal documento conclusivo dei lavori della Consulta Deontologica Nazionale della FNOMCeO del marzo 2019, la cui relazione di accompagnamento, pure, ammette che i valori professionali vanno "vissuti in un'epoca di evoluzione travolgente della scienza e della tecnologia medica e influiscono nel processo del morire, modificandolo; nello stesso tempo la società trasforma la percezione sociale e individuale della morte"[4].

Anche la Federazione Nazionale degli Ordini dei Farmacisti Italiani nel proprio Codice deontologico (2018), all'art. 8 (*Dispensazione e fornitura dei medicinali*) dispone che: "La dispensazione del medicinale è un atto sanitario, a tutela della salute e dell'integrità psicofisica del paziente". Inoltre, nel proprio giuramento (testo approvato dal Consiglio Nazionale il 15 dicembre 2005) il farmacista promette "di difendere il valore della vita con la tutela della salute fisica e psichica delle persone per il sollievo della sofferenza come fini esclusivi della professione, ad essi ispirando ogni mio atto professionale con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, affermando il principio etico dell'umana solidarietà".

Il nuovo Codice degli infermieri (aprile 2019) all'art. 24 sottolinea che l'infermiere "presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale".

L'altra posizione è storicamente più recente e meno diffusa, e afferma che l'aiuto a morire può rientrare tra i compiti professionali del medico e del personale sanitario. Questo perché oggi non solo sono profondamente cambiate rispetto al passato le condizioni del morire, ma anche perché le persone vogliono affermare l'autodeterminazione sulla propria vita e sulla propria morte. In alcuni casi, il processo del morire è prolungato da interventi medici che comportano sofferenze e angosce nelle persone, così che non solo si richiedono cure palliative e programmi di pianificazione delle cure, ma si passa anche all'esplicita richiesta di aiuto a morire per superare un'inevitabile situazione di dolore. In questi casi, la disponibilità del medico ad assecondare la richiesta di morire nasce dal *primum non nocere*, ossia dal dovere che impone di non causare nocumento e di diminuire il dolore.

In altri casi, inoltre, più che ad evitare sofferenze, la richiesta di essere aiutati a morire nasce dalla scelta autonoma di una persona che vuole evitare la perdita di dignità che l'evoluzione della malattia può comportare.

Anche in questa prospettiva si osserva che la medicina non è una mera attività tecnica e neutrale, ma è pratica informata a un'etica che privilegia sia il rispetto dell'autonomia dell'interessato, sia la lotta alle sue sofferenze, sia la tutela di un vivere che per l'interessato ha perso dignità. I codici deontologici

---

treatment is a basic right of the patient and the physician does not act unethically even if respecting such a wish results in the death of the patient".

[4] FNOMCeO, Documento conclusivo della Consulta Deontologica Nazionale, marzo 2019, p. 3.

dell'Olanda, del Belgio e del Canada hanno recepito questa prospettiva che viene proposta come alternativa.

Va ancora tenuto conto che, nell'eventualità di una normativa che legittimi l'aiuto al suicidio medicalizzato, in alcuni casi potrà esservi una concordanza tra la volontà del paziente che chiede di porre termine alla propria vita, e la volontà del medico o dell'operatore sanitario che assecondano la richiesta del paziente. Ma in altri casi potrà riscontrarsi una discordanza, perché il medico o l'operatore sanitario potrebbero non volere fornire un'assistenza al suicidio, appellandosi a molteplici ragioni di coscienza: tutela della vita, identità della professione medica, dovere di cura, rischi sociali, ecc.

Il Comitato ha esaminato questa posizione e ritiene che**,** nell'eventualità di una normativa che legittimi l'aiuto al suicidio medicalizzato**,** sia indicata la possibilità dell'obiezione di coscienza per il medico, qualora tale atto sia ritenuto profondamente contrario ai propri convincimenti. Ciò significa che l'attuazione dell'aiuto al suicidio medicalizzato può aversi solo nei casi di concordanza tra la volontà del paziente che chiede di essere aiutato a porre termine alla propria vita e la volontà del medico disposto ad assecondare la richiesta del paziente.

Del resto anche le normative che, nei vari Paesi, hanno legalizzato il suicidio medicalmente assistito o l'eutanasia, prevedono in genere la possibilità dell'obiezione di coscienza per il personale sanitario coinvolto. Come il CNB ha sostenuto nel suo parere 2012[5] "l'obiezione di coscienza in bioetica è costituzionalmente fondata (con riferimento ai diritti inviolabili dell'uomo) e va esercitata in modo sostenibile"; quindi "la tutela dell'obiezione di coscienza, per la sua stessa sostenibilità nell'ordinamento giuridico, non deve limitare né rendere più gravoso l'esercizio di diritti riconosciuti per legge né indebolire i vincoli di solidarietà derivanti dalla comune appartenenza al corpo sociale". Nello stesso parere del CNB si ribadisce che "quando un'obiezione di coscienza è ammessa dovrà essere prevista l'organizzazione di un servizio che permetta comunque l'esercizio dei diritti nonostante la mancata partecipazione dell'obiettore" (p. 17).

4.3. **L'argomento del pendio scivoloso**

Applicata al caso del suicidio medicalmente assistito, la metafora del "pendio scivoloso" richiama l'attenzione sul pericolo o sul rischio che una possibile legislazione, permissiva dell'aiuto medico al suicidio in circostanze particolari e ben delimitate, venga poi, inevitabilmente e al di là delle iniziali intenzioni, ad ampliare considerevolmente le maglie fino ad ammettere nella pratica casi che, nella situazione iniziale, non erano affatto previsti.

Secondo alcuni, una volta ammesso il suicidio medicalmente assistito in qualche tragico e sporadico caso, si finirebbe per scivolare nell'ammissione di modalità di anticipazione della morte anche per le situazioni di demenza o di minorità, per le quali la capacità di consenso esplicito è più incerta. Diventerebbe poi difficile distinguere tra sofferenze fisiche e psicologiche, con il risultato di allargare tali condizioni inizialmente ristrette a patologie inguaribili e sofferenze insopportabili, anche a persone con disagi psicologici come la depressione o la "sofferenza esistenziale". In una società caratterizzata da un costante e progressivo invecchiamento della popolazione e dalla necessità di contenere i costi dell'assistenza sanitaria, la legalizzazione del suicidio medicalmente assistito, che inizialmente potrebbe essere prospettata per pochi casi pietosi e

[5] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Obiezione di coscienza e bioetica*, 12 luglio 2012.

oggi eccezionali, potrebbe spingere la società ad intravedere possibili vantaggi economici a fronte del venir meno delle cure che sarebbero necessarie e indispensabili per garantire un'esistenza dignitosa alle persone direttamente coinvolte. La preoccupazione di fondo è che la legittimazione del suicidio assistito in determinate condizioni esistenziali possa portare al "pendio scivoloso" di considerare non degne tali condizioni in generale, fino a determinare quasi una sorta di "dovere di morire" il più rapidamente possibile, come richiesta implicita, situazione questa che verrebbe a pesare maggiormente sui soggetti meno abbienti e/o privi di affetti familiari.

Anche alcuni di coloro che moralmente ammettono il suicidio assistito in casi limitatissimi aderiscono all'argomento del pendio scivoloso, ritenendo che lo scivolamento possa riguardare soprattutto la sfera giuridica nei limiti in cui non è possibile regolamentare l'eccezione, né porre una chiara linea di demarcazione tra sofferenza fisica e sofferenza psichica, stanchezza della vita e rifiuto della vita. Secondo questo orientamento giustificare un singolo atto è cosa ben diversa dal giustificare una prassi o una politica. Detto altrimenti, si può immaginare che un singolo atto, per esempio di assistenza al suicidio, rivolto a quel malato, in quella particolare condizione estrema, possa essere giustificato *moralmente* e possa anche non essere perseguibile penalmente; tuttavia, la *legalizzazione sul piano giuridico* di una prassi comprendente atti di questo genere acquisterebbe un significato assai diverso. Secondo tale analisi, la pratica professionale e la legalizzazione che permettono ai medici di assistere o 'provocare la morte', anche a ben precise condizioni, espongono presumibilmente a gravi abusi, con il rischio che questi aumentino sempre più nel corso del tempo.

Altri, tuttavia, osservano che l'argomento del pendio scivoloso può avere un valore se inteso come invito alla cautela nell'individuazione di condizioni stringenti per l'ammissibilità dell'assistenza al suicidio, ma va contrastato nella forzatura retorica, secondo la quale non ci sarebbe una cesura, bensì una necessaria continuità dal suicidio medicalmente assistito in base alla richiesta consapevole del paziente (condizione necessaria seppure insufficiente) ad altre forme di anticipazione della morte moralmente non accettabili: una continuità che tende ad azzerare le differenze che distinguono le situazioni moralmente ammissibili da quelle considerate inammissibili.

L'esperienza dimostra come esistano forme di controllo che evitano di scivolare. Per esempio sono state create Commissioni apposite, che procedono a revisioni periodiche, le quali monitorano le nuove pratiche per controllare il rispetto delle clausole previste e segnalare eventuali problemi o abusi. L'esperienza dimostra che queste misure sono in grado di evitare lo scivolamento giù per il pendio.

D'altro canto, un'eventuale futura modifica delle maglie inizialmente previste dalla legge (allargamento o restrizione) dovrebbe essere intesa come una possibile e ragionevole risposta a nuove esigenze sociali e culturali e a mutamenti nel comune sentire. Qualora fosse un allargamento, non dovrebbe essere aprioristicamente interpretato come un indebito cedimento alla logica del pendio scivoloso. Ciò può accadere quando l'esperienza acquisita nel frattempo giustifica tale soluzione, mostrando aspetti e problemi che prima non erano colti.

In questo senso, costoro sostengono che anche nel caso del suicidio medicalmente assistito è possibile avere un provvedimento legislativo capace di contemperare le diverse esigenze in campo. Un simile provvedimento dovrebbe, quindi, da un lato tener fermi il valore simbolico e la forza deterrente del divieto di uccidere e, inoltre, valorizzare la responsabilità sociale assieme al dovere

costituzionale di fornire cure adeguate nei confronti di tutti i malati; dall'altro, dovrebbe determinare gli elementi moralmente qualificanti al fine di considerare legale un atto (quello del suicidio medicalizzato) che, almeno in certi casi e a determinate condizioni, parte della società è disposta a considerare lecito e quindi degno di essere raccomandato alla ragionevolezza del legislatore.

4.4. L'importanza delle cure palliative e delle terapie del dolore

Ultimo tema qui considerato circa l'assistenza medica al suicidio riguarda l'utilizzo delle cure palliative: si tratta di un tema spesso ribadito nei documenti nazionali e internazionali e sempre presente nelle discussioni sul fine vita e sui rispettivi diritti e obblighi del paziente e del medico, nell'ambito della relazione di cura.

Un primo aspetto da ricordare è che l'obiettivo delle cure palliative è quello di non ostacolare né di anticipare la morte, ma di prendersi cura del dolore fisico e psichico del paziente. La filosofia che ispira e permea le cure palliative è di accompagnare "nel" morire, astenendosi dal fornire un aiuto "a" morire.

Quando i sintomi fisici e psichici sono refrattari, in condizioni di inguaribilità e di terminalità, o di imminenza della morte del malato, la sedazione palliativa profonda continua diviene una possibile opzione nell'ambito delle cure palliative. Come chiarito nel Parere del CNB sulla sedazione palliativa profonda[6] non è assimilabile all'eutanasia e va somministrata in base a criteri ben definiti di appropriatezza medica e non può essere considerata un percorso che, per le sue caratteristiche, vada sempre associato all'interruzione di trattamenti di sostegno vitale, indipendentemente dalle condizioni della persona in fine vita.

In questo settore delle cure palliative la legge italiana n. 38/2010, *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*, è ritenuta all'avanguardia nella medicina occidentale. Un testo che sta facendo da traino in Italia nel considerare la palliazione e la terapia del dolore all'interno dell'intero percorso di cura dei pazienti, e non limitatamente alla parte terminale della loro vita.

Purtroppo, lo sviluppo e il consolidamento della cultura palliativa nel nostro Paese incontrano ancora molti ostacoli e difficoltà, specie nella disomogeneità territoriale dell'offerta del SSN, e nella mancanza di una formazione specifica nell'ambito delle professioni sanitarie. Non è questa la sede per affrontare adeguatamente tale problematica, per la quale rimandiamo innanzitutto alle relazioni annuali del Parlamento italiano sull'applicazione della Legge n. 38/2010 e al portale dedicato dal Ministero della Salute[7] oltre che all'indagine conoscitiva sull'attuazione della legge della Commissione Affari Sociali della Camera[8].

Tuttavia il CNB unanime auspica che il SSN sia sempre in grado di offrire, realmente, senza diseguaglianze in termini di entità e qualità di servizi, su tutto il territorio nazionale, cure palliative e terapia del dolore, nei termini stabiliti dalla

---

[6] Comitato Nazionale per la Bioetica, *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 29 gennaio 2016.

[7] http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3766&area=curePalliativeTerapiaDolore&menu=cure. Essenziali per la verifica dello stato di attuazione della normativa in materia di cure palliative dovrebbero essere i meccanismi di monitoraggio e referto periodico al Parlamento previsti dalla Legge n. 38/2010 (art. 8) e dalla Legge n. 219/2017 (art. 11).

[8] Cfr. *Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge 15 marzo 2010, n. 38, in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico*, adottato dalla Commissione Affari Sociali della Camera il 10 aprile 2019.

Legge n. 38/2010, a ogni persona che ne abbia necessità[9]. Dovrebbe essere questa una priorità assoluta per le politiche della sanità.

Nell'ambito del dibattito da alcuni orientamenti è stata poi sottolineata la necessità che a coloro che intendono avvalersi di assistenza medica al suicidio sia obbligatoriamente proposta, come pre-requisito, la presa in carico da parte di strutture della rete palliativa. Si ritiene che debbano, pertanto, essere offerti specifici percorsi palliativi, indicando concretamente le strutture sanitarie disponibili e le modalità di accesso: percorsi che ogni paziente sarà libero di accettare o rifiutare, in tutto o in parte. In questo modo si ritiene anche di poter impedire che scelte di morte medicalmente assistita siano la conseguenza di un abbandono o comunque di un'inadeguata assistenza sanitaria, specie riguardo al sollievo della sofferenza.

Questo orientamento di pensiero ritiene, dunque, che la richiesta di suicidio o "a" morire possa, attraverso il percorso delle cure palliative, essere riformulata insieme al paziente come richiesta di aiuto a non soffrire, ad essere accompagnati "nel" processo del morire, di modo che la risposta non debba essere la messa a disposizione di mezzi, farmacologici o tecnologici, per porre in atto l'intento di uccidersi. In questo senso le cure palliative costituiscono un'*alternativa* alla richiesta di suicidio medicalmente assistito e un'efficace risposta alle persone sofferenti che in realtà non vogliono darsi la morte, ma solo uscire da situazioni di dolore intollerabile.

Secondo altri orientamenti si ritiene che le cure palliative siano una valida pratica per rispondere a molte sofferenze e che la loro diffusione sia certamente opportuna e auspicabile; tuttavia secondo tale orientamento è illusorio credere che esse siano in grado di rispondere in modo efficace a tutte le situazioni che si prospettano al paziente nel fine vita. In alcuni casi le sofferenze sono incontrollabili e la stessa sedazione profonda continua risulta essere impercorribile per alcuni malati che la considerano contraria alla propria dignità, preferendo un percorso più rapido di morte. In questo senso le cure palliative non sono alternative, ma preliminari e sinergiche al suicidio medicalmente assistito. I valori che il paziente attribuisce alla pratica palliativa sono diversi da quelli che vuole affermare richiedendo l'aiuto a morire. Tali valori consistono nella valorizzazione della propria autonomia, nel personale atteggiamento che ciascun individuo ha di fronte al fine vita, nella riappropriazione della propria morte, nella certezza di conservare la propria dignità nella morte. Il paziente rivendica la libertà di decidere in merito alle modalità e circostanze del percorso da intraprendere verso la fine della propria vita.

5. Opinioni etiche e giuridiche all'interno del CNB

Le tematiche sopra esaminate mostrano quanto complessi siano i problemi etici, bioetici e biogiuridici sollevati dal suicidio medicalmente assistito. Come si è visto, al riguardo esistono prospettive diverse, e anche all'interno del presente Comitato si riscontrano differenti opinioni, che in qualche modo riflettono i differenti orientamenti nel dibattito pubblico sin qui esposti. Le posizioni sono

[9] A tale proposito si ricorda quanto affermato dall'art. 2, c. 1 della Legge n. 219/2017: "Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38".

molte, con sfumature e tonalità diverse: in questo documento sono state raggruppate in tre prospettive al fine di rendere più esplicito il quadro culturale.

A) Alcuni membri del CNB si oppongono al suicidio medicalmente assistito sia sul piano etico che su quello giuridico, e convergono nel ritenere che la difesa della vita umana debba essere affermata come un principio essenziale in bioetica, quale che sia la fondazione filosofica e/o religiosa di tale valore. Su tali basi si ritiene che un'eventuale legittimazione del suicidio medicalmente assistito:

a) attivi un *vulnus* irrimediabile al principio secondo il quale compito primario e inderogabile del medico (e, più in generale, di ogni operatore e di ogni sistema sanitario giuridicamente riconosciuto e garantito) sia l'assoluto rispetto della vita dei pazienti, anche nei casi in cui essi stessi formulino esplicite richieste di aiuto al suicidio o più in generale di carattere eutanasico; in tale contesto si richiama il principio morale di indisponibilità della vita umana in quanto ciascuna persona ha una dignità intrinseca anche nelle condizioni di grave disabilità o compromissione della salute;

b) non possa essere giustificata a partire dalla possibilità di accertare rigorosamente, al di là di ogni ragionevole dubbio, la pretesa volontà suicidaria del paziente, assunta come volontà pienamente informata, consapevole, non sottoposta a condizionamenti psicologici, familiari, sociali, economici, o religiosi;

c) provochi o comunque favorisca inevitabilmente un progressivo superamento dei limiti che si volessero eventualmente indicare, come appare assolutamente evidente in quegli ordinamenti, che, avendo legalizzato il suicidio medicalmente assistito, l'hanno di fatto esteso indebitamente a minori, a soggetti psicologicamente e/o psichiatricamente fragili, agli anziani non autosufficienti, fornendo prove evidenti della difficoltà di porre un freno - una volta indebolito il principio del più rigido rispetto nei confronti della vita – al pendio scivoloso a favore di pratiche eutanasiche o comunque para-eutanasiche sempre più diffuse.

Per quanto siano umanamente comprensibili le condizioni estreme e drammatiche di alcuni casi concreti e alcune condizioni cliniche che portano i malati a chiedere l'aiuto a morire al medico, si ritiene siano sufficienti i percorsi già delineati dal legislatore e da una consolidata riflessione bioetica: la non giustificazione della ostinazione irragionevole delle cure (ritenendo doveroso che il medico bilanci saggiamente l'oggettiva proporzionalità terapeutica e le istanze soggettive del paziente con riferimento alla percezione della sofferenza) e la giustificazione del "lasciare morire", con accompagnamento palliativo (anche con sedazione palliativa continua profonda), nelle condizioni di consapevolezza del rifiuto e rinuncia delle cure e nel contesto di una relazione paziente-medico centrata sulla reciproca fiducia.

La scelta consapevole del paziente, riguardo al non inizio o alla sospensione di trattamenti, cioè la possibilità di rifiutare o rinunciare alle cure, deve essere sempre garantita, in quanto è riconducibile alla coscienza personale che non è e non può essere comprimibile; analogamente il medico deve essere libero in scienza e coscienza di accogliere o no le eventuali richieste. La richiesta consapevole di rifiuto o di rinuncia alle cure potrà essere quindi rispettata attuando una piena libertà di cura, consentendo cioè sempre al paziente di scegliere il proprio medico di riferimento, per una reciproca e libera condivisione di percorsi assistenziali.

Lo scivolamento dal "lasciare morire" (che riconosce il limite dell'intervento medico sul corpo del paziente, a condizione di piena consapevolezza delle conseguenze) all'"agevolare la morte" (che legittima la richiesta del malato al

medico di aiuto nel suicidarsi), oltre a segnare una trasformazione inaccettabile del paradigma del “curare e prendersi cura”, su cui da sempre si fonda la professione medica, non tiene in adeguata considerazione la particolare vulnerabilità dei malati che vivono condizioni di vita che, a causa delle tecnologie ma anche senza le tecnologie, sono ritenute soggettivamente, e forse anche socialmente, non degne di essere vissute. Di fronte a tali richieste, che vanno ascoltate e comprese, la risposta non deve essere la proposta o messa a disposizione di mezzi, farmacologici o tecnologici, per mettere in atto l’intento di uccidersi, ma l’offerta d’aiuto ad affrontare la sofferenza e il dolore, in una logica solidaristica e di sostegno anche psicologico**.** In questo senso ciò che deve essere implementato è l’efficace ed equo accesso alle cure palliative e alle terapie del dolore, oltre che un’adeguata formazione dei medici, personale sanitario e psicologi alla comunicazione con i malati in condizioni estreme. Le cure palliative, le terapie del dolore e l’assistenza medico-psicologica alla fine della vita (oltre auspicabilmente alla vicinanza umana solidale) sono in grado di prevenire efficacemente le richieste suicidarie e garantiscono il fondamentale e prioritario diritto di ogni malato ad essere curato e preso in cura, anche nel contesto di situazioni patologiche gravissime o di fine vita.

(Amato, D’Agostino, Dallapiccola, Di Segni, Garavaglia, Gensabella, Morresi, Romano, Palazzani, Scaraffia, Sargiacomo)

B) Altri membri del CNB sono favorevoli, sia sul piano etico e bioetico che su quello giuridico, alla legalizzazione del suicidio medicalmente assistito in presenza delle condizioni sotto indicate e accertabili. Essi ritengono 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: principi etici che sono peraltro in sintonia con il principio personalistico e i principi di libertà, di non discriminazione, di autodeterminazione libera e consapevole, propri del nostro ordinamento giuridico, e che, come ricordato anche dalla Corte costituzionale nell'ordinanza n. 207/2018, vanno bilanciati con la tutela della vita umana e con altri beni costituzionalmente rilevanti.

Si reputa 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. In certe circostanze l'esistenza si impoverisce al punto da non avere da offrire altro che sofferenze o condizioni in cui viene percepita la progressiva perdita della propria dignità. In tali condizioni va rispettata una richiesta pienamente consapevole di essere aiutati a morire, senza dover ricorrere alla sedazione continua profonda ed eventualmente affrontare l’interruzione dei trattamenti di sostegno vitale.

Un simile bilanciamento di valori e principi deve tenere in particolare conto che, per legittimare la decisione di prestare assistenza medica al suicidio, devono essere presenti e contemporaneamente soddisfatte le seguenti condizioni:

1. la presenza di una malattia grave e irreversibile accertata da almeno due medici indipendenti (uno dei quali del SSN);
2. la presenza di uno stato prolungato di sofferenza fisica o psichica di carattere intrattabile o insopportabile per il malato;
3. la presenza di una richiesta esplicita espressa in forma chiara e ripetuta, in un lasso di tempo ragionevole.

È la simultanea soddisfazione di queste condizioni a fungere da garanzia per la tutela della persona malata e per il medico disposto ad accoglierne la richiesta di aiuto a morire**.**

In questa prospettiva, la presenza di un trattamento di sostegno vitale è considerata una condizione aggiuntiva solo eventuale; ritenerla necessaria, infatti, creerebbe una discriminazione irragionevole e incostituzionale (ai sensi dell'art. 3 della Costituzione) fra quanti sono mantenuti in vita artificialmente e quanti, pur affetti da patologia anche gravissima e con forti sofferenze, non lo sono o non lo sono ancora. Si imporrebbe, inoltre, a questi ultimi di accettare un trattamento anche molto invasivo, come nutrizione e idratazione artificiali o ventilazione meccanica, al solo scopo di poter richiedere l'assistenza al suicidio, prospettando in questo modo un trattamento sanitario obbligatorio senza alcun motivo ragionevole.

Come in talune circostanze la dignità personale può essere garantita dal rifiuto di terapie salvavita e/o dalla richiesta di accedere alla sedazione palliativa profonda continua, così in altre circostanze tale dignità può essere invece garantita dall'aiuto al suicidio**.** Inoltre, se è possibile accertare con certezza la volontà dell'interessato che chiede la sospensione delle terapie salvavita che lo porterà a morte, non si vede come mai non sia possibile fare lo stesso per la richiesta della persona che chiede di essere aiutata in altro modo a giungere allo stesso risultato. Questo è tanto più vero se si considera che la richiesta di assistenza al suicidio giunge alla fine di un percorso di cura e di relazione con il medico e con altre figure dell'*équipe* sanitaria che permette la conoscenza del malato e l'instaurazione di un rapporto di fiducia, di un'alleanza terapeutica all'interno della quale si prospettano le varie alternative e si accerta che la volontà dell'interessato sia autentica e non sia frutto di pressioni esterne che fanno leva sullo stato di vulnerabilità. Sapere di avere la possibilità di mantenere la propria dignità fino alla fine della propria vita è un aspetto centrale del proprio benessere complessivo e fornisce quel senso di sicurezza che può rasserenare l'esistenza, anche qualora non si richieda concretamente alcuna assistenza a morire.

I sostenitori della presente posizione caldeggiano altresì che le cure palliative diventino effettivamente accessibili a tutti coloro che le richiedono all'interno di un sistema integrato di cure. Sottolineano che le carenze nelle cure palliative sono il segno di una grave e colpevole disattenzione della nostra società nei confronti delle persone sofferenti e auspicano che si proceda con decisione nella diffusione di tali cure e nella formazione di personale adeguato. Ritengono, tuttavia, che l'effettiva disponibilità della palliazione non escluda la possibilità che il paziente avanzi comunque una richiesta di aiuto medico al suicidio. Una simile richiesta va presa in considerazione in ogni caso perché la sofferenza va comunque alleviata, e non si può penalizzare chi già soffre in attesa di una maggiore sensibilità sociale verso tale stato.

Con l'auspicio che il legislatore provveda a legalizzare, in alcune particolari fattispecie, il suicidio medicalmente assistito, questi componenti del Comitato, pur raccomandando che sia assicurata al soggetto tale pratica in strutture del SSN o comunque a carico dello stesso, ritengono che debba essere riconosciuta per legge al medico e agli altri operatori sanitari l'obiezione di coscienza in riferimento alle attività specificatamente e necessariamente dirette all'assistenza al suicidio.

(Battaglia, Caltagirone, Caporale, Casonato, d'Avack, De Curtis, Donzelli, Garattini, Mori, Pitch, Savarino, Toraldo di Francia, Zuffa)

C) Altri membri ritengono che, sul piano bioetico e su quello biogiuridico, nelle tragiche situazioni prese in considerazione in questo documento - malati affetti da una patologia irreversibile, con sofferenze fisiche e psichiche non trattabili o ritenute assolutamente intollerabili, capaci di prendere decisioni libere e consapevoli ma non in grado di far cessare da soli la propria esistenza - l'utilizzo del termine suicidio (medicalmente assistito) sia in verità improprio. Il suicidio è un attacco letale alla vita di sé e in queste drammatiche vicende concrete non si vuole in realtà "uccidere sé stessi", ma liberarsi da un corpo che è diventato una prigione.

A partire dalla comprensione della drammaticità di queste situazioni estreme, tale posizione si distingue, sul piano biogiuridico, tra chi ritiene comunque opportuno vietare sempre la condotta del medico che aiuta a morire il malato (Da Re) e chi ritiene, invece, che sia possibile individuare ambiti assai circoscritti in cui prevedere un'esenzione da responsabilità per l'assistenza medica a morire del malato in casi, appunto, eccezionali e ben determinati (Canestrari).

Questa posizione peraltro è concorde sull'importanza di sottolineare i rischi che comporterebbe una scelta, da parte del nostro legislatore, di depenalizzazione o di legalizzazione del c.d. suicidio medicalmente assistito modellata sulla falsariga di quelle effettuate da alcuni Paesi europei (Svizzera, Olanda, Belgio, Lussemburgo). I sostenitori di questa posizione ritengono infatti che i concreti pericoli di un pendio scivoloso sarebbero accentuati in maniera significativa nella realtà sanitaria italiana.

La libertà di autodeterminazione, che deve costituire il presupposto imprescindibile per parlare di una richiesta consapevole di assistenza a morire, è presente solamente in un contesto concreto in cui i pazienti godano di un'effettiva e adeguata assistenza sanitaria, ove possano accedere a tutte le cure palliative praticabili - compresa la sedazione palliativa profonda - e nel quale siano supportati da una consona terapia medica, psicologica e psichiatrica. Accesso alle cure, strutture adeguate e risorse appropriate devono essere garantite a prescindere da quella che sarà la decisione legislativa in materia: la richiesta di assistenza a morire non deve mai essere una scelta obbligata come avverrebbe laddove uno stato di sofferenza, che oggettivamente sarebbe mutabile e riducibile, fosse reso insuperabile dalla mancanza di supporto e assistenza adeguati.

In proposito allora si intende manifestare, proprio in questa sede, la grande preoccupazione riguardo al contenuto del "Rapporto sullo stato di attuazione della legge n. 38 del 15 marzo 2010 *Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"*, che il Ministero della Salute ha inviato al Parlamento nel gennaio 2019[10]. Come si legge con chiarezza nel documento, la qualità e l'offerta assistenziale per le cure palliative in regime residenziale e domiciliare presenta forti disomogeneità sul territorio nazionale, non certo per inadeguatezza dei professionisti sanitari ma per note e gravi carenze strutturali. Ciò si traduce nel fatto che in alcune regioni italiane oggi non viene garantito un diritto umano fondamentale: quello del paziente di ricevere nella fase finale della propria esistenza un effettivo supporto finalizzato al controllo della sofferenza nel rispetto della sua dignità.

Si è pienamente consapevoli che una maggiore diffusione e un potenziamento della terapia del dolore e delle cure palliative non possono eliminare del tutto le richieste di assistenza medica a morire, ma potrebbero

[10] http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814.

ridurle in maniera significativa, escludendo quelle dettate da cause legate ad una sofferenza alleviabile. In via prioritaria si intende, dunque, ribadire con forza la necessità di rendere omogeneo l'accesso alle cure palliative sul territorio nazionale.

È opportuno concludere l'esposizione di questa posizione con alcune riflessioni sul rapporto tra la Legge n. 219/2017 (*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*) e la questione del suicidio medicalmente assistito.

Con l'entrata in vigore della normativa citata, la legislazione del nostro Paese si allinea alle scelte dei principali ordinamenti degli Stati costituzionali di derivazione liberale. La Legge n. 219/2017 sancisce con chiarezza il diritto inviolabile di vivere tutte le fasi della propria esistenza senza subire trattamenti sanitari contro la propria volontà - derivazione logica del diritto all'intangibilità della sfera corporea di ogni essere umano - e contiene disposizioni che riteniamo di fondamentale importanza. Ai fini del discorso sviluppato all'interno di questa posizione, è sufficiente ricordare la disciplina delle disposizioni anticipate di trattamento, della pianificazione condivisa delle cure (rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta), la disposizione che prevede il trattamento sanitario della sedazione palliativa profonda continua, il quale consente di morire senza dolore anche in seguito alla rinuncia al proseguimento di trattamenti di sostegno vitale.

Purtroppo la Legge n. 219/2017 non ha ancora avuto piena attuazione e non è ancora sufficientemente conosciuta nella realtà sanitaria del nostro Paese. Ora, è profonda convinzione di chi sostiene tale posizione che l'indispensabile applicazione, valorizzazione e diffusione dei contenuti e degli istituti previsti da tale normativa possa avere un potente effetto preventivo e dissuasivo nei confronti, in generale, delle condotte suicidarie dei pazienti e, in particolare, di moltissime, anche se non di tutte le richieste di suicidio medicalmente assistito (di assistenza medica a morire).

(Canestrari, Da Re)

6. Raccomandazioni

Sebbene vi siano queste divergenti posizioni, il Comitato è pervenuto, dopo articolata discussione, alla formulazione di alcune raccomandazioni condivise, che vengono così sintetizzate.

Il CNB:

1. auspica che in qualunque sede avvenga - ivi compresa quella parlamentare - il dibattito sull'aiuto medicalizzato al suicidio si sviluppi con la dovuta attenzione alle problematiche morali, deontologiche e giuridico-costituzionali che esso solleva e col necessario approfondimento che esige una tematica così delicata e sofferta per la coscienza umana;

2. raccomanda di tenere presente che le questioni relative alla fine della vita rinviano a problemi ben più vasti che la società deve considerare e valutare: l'impegno di fornire cure adeguate ai malati inguaribili in condizione di sofferenza; i valori professionali e deontologici dei medici e degli altri professionisti sanitari; la solidarietà nei confronti delle persone con condizione di particolare vulnerabilità nel rispetto della dignità umana;

3. chiede che sia accertata e documentata, all'interno del rapporto di cura, un'adeguata informazione data al paziente in condizioni di inguaribilità e

sofferenza in merito alla fruibilità di un alto standard di cure e trattamenti, anche sperimentali, prospettando la riduzione della sofferenza realisticamente ottenibile;

4. ritiene indispensabile che sia fatto ogni sforzo per implementare l'informazione da parte dei cittadini e l'aggiornamento dei professionisti della sanità delle disposizioni normative (Legge n. 38/2010 e Legge n. 219/2017) che attualmente garantiscono i diritti delle persone alle cure palliative certificate, e che queste siano effettivamente incrementate e accessibili a tutti coloro che le richiedono in modo da evitare che le domande di assistenza al suicidio siano motivate da sofferenze che potrebbero essere trattate, con il consenso della persona malata, in maniera efficace;

5. auspica che venga promossa un'ampia partecipazione dei cittadini alla discussione etica e giuridica al fine di elaborare e diffondere una cultura del fine vita consapevole e responsabile (in tale direzione il CNB ha da tempo organizzato conferenze per le scuole e incontri con la cittadinanza che andrebbero ulteriormente sostenute ed implementate);

6. auspica che vengano promosse la ricerca scientifica biomedica e psicosociale e la formazione bioetica degli operatori sanitari in questo campo (medici, infermieri, farmacisti, psicologi ecc.), e anche nell'ambito dell'amministrazione e organizzazione sanitaria.

POSTILLE

Postilla del Prof. Francesco D'Agostino

Il parere sull'aiuto al suicidio, approvato dal CNB in data 18 luglio 2019, si raccomanda sotto diversi profili: un linguaggio nitido e privo di ogni vaghezza e ambiguità; estrema precisione e notevole rigore nelle argomentazioni; piena correttezza nell'esposizione delle diverse e controverse tesi in materia, anche quando palesemente in irriducibile contrasto tra loro. Chi scrive è convinto che la lettura di questo parere non possa che essere di grande aiuto a tutti coloro che vogliano approfondire una tematica bioetica così attuale e conturbante. Ciò non di meno, chi firma questa postilla ha deciso di esprimere un voto contrario, che intende motivare rapidamente. Il parere del CNB, per esplicita ammissione di chi lo ha redatto e di tutti coloro che hanno collaborato alla sua definitiva elaborazione, ha essenzialmente un carattere espositivo, che in alcuni punti del testo tocca le vette della migliore esposizione didattica della tematica, cioè della migliore dossografia; una dossografia equilibrata e intellettualmente onesta (e già solo per questo ammirevole), ma pur sempre una dossografia, inevitabilmente fredda. Nelle indagini dossografiche non sono i casi umani ad avere rilievo, nella loro drammatica singolarità, ma le dottrine prodotte da elaborazioni concettuali. Chi scrive questa postilla è invece convinto che la bioetica in generale (e in particolare quella affidata alle riflessioni di un Comitato Nazionale) debba liberarsi da ogni tentazione dossografica, soprattutto quando sia chiamata ad affrontare tematiche laceranti, che è bene che siano percepite da tutti come tali e in merito alle quali ogni tentativo, pur generoso, di mediazioni concettuali e/o ideologiche non può che condurre a sminuirne la valenza antropologica e soprattutto etica. È questo esattamente il caso del suicidio volontario e consapevole (cioè non indotto da cause psicopatologiche) e della complessa costellazione di concetti che a tale forma di suicidio possono essere ricondotti e che il parere del CNB esamina con tanta lodevole e gelida attenzione dottrinale. Non è questo il luogo per rievocare la nota tesi di Camus, che riteneva che esistesse un solo problema filosofico veramente serio, quello appunto del suicidio: ci basti insistere sul fatto che la sua legalizzazione, che ha trovato da anni spazio ordinamentale in molti Paesi vicini storicamente e culturalmente al nostro, ha prodotto un effetto sociale storicamente inedito e antropologicamente tragico, quello di una innegabile burocratizzazione del morire, nei confronti della quale siamo chiamati a prendere posizione, prima di immergerci (peraltro, solo se lo vogliamo) nelle complesse questioni casistiche che tale burocratizzazione di necessità attiva e che il parere del CNB, nelle sue articolatissime analisi, presenta al lettore. Esempio estremo di tale burocratizzazione è la triste vicenda dell'adolescente olandese Noa Pothoven, che, affetta da un dolore psichico di altissima intensità (ma di cui però nessuno ha negato la "trattabilità"), si è lasciata morire, senza che intervenissero – come sarebbe stato bioeticamente doveroso – adeguate contromisure mediche, affettive, familiari. Chi scrive queste righe ritiene che la questione del suicidio e di tutte le diverse possibili e immaginabili forme di aiuto che esso possa legalmente ottenere (in forme peraltro molto diversificate tra di loro, come facilmente emerge da una analisi, ancorché rapida, di diritto comparato), prima che secondo modalità descrittive, vada affrontata in una logica drasticamente prescrittiva, accettando (o non accettando) la possibilità apriori che il suicidio possa avere una qualsivoglia possibilità di giustificazione, che legittimi eticamente e giuridicamente (dettandone accuratamente le modalità) pratiche di

aiuto nei confronti di chi decida di togliersi la vita. Il no, formulato da chi scrive questa postilla, al parere sull'aiuto al suicidio del CNB, vuole quindi avere in primo luogo il valore di un'affermazione esistenziale, più che quello di una argomentazione bioetica, un'affermazione indispensabile in un momento storico-culturale, come l'attuale, nel quale l'assistenza e l'aiuto al suicidio vengono presentati da molti come un'opzione conturbante, ma non scandalosa, un'opzione problematica ma meritevole di attenzione, un'opzione controvertibile, ma anche perfettamente riconducibile al sistema valoriale oggi dominante. Fermo restando, ovviamente, il rispetto umano e dialogico per chi accetti questa opzione, è però indispensabile per chi non la condivide sottolineare con forza come essa destrutturi (quasi sempre nella serena inconsapevolezza dei suoi fautori) il paradigma fondamentale della bioetica, che in quanto paradigma critico esige non una mera e serena prospettazione di tesi contrapposte e meno che mai volenterosi tentativi di mediazione tra di esse (come fa il parere del Comitato), ma ferme decisioni orientate al vissuto delle persone a favore di una tesi o dell'altra. Decidere, in qualsiasi forma, contro la legalizzazione del suicidio assistito non significa eludere pigramente un confronto dialettico con chi sia ad essa favorevole: significa più semplicemente mettere a fuoco un'opzione fondamentale, che non può essere rimossa, o peggio ancora occultata, ma che va annunciata con forza, perché si rivela indispensabile per comprendere non solo le pratiche di rilievo biologico, biomedico e bioetico, ma anche e soprattutto le ideologie (e perfino le fantasie) che le attivano e le sostengono, dando loro consistenza psicologica e sociale e che hanno trovato e sempre più tendono a trovare un loro spazio nei sistemi normativo ordinamentali. Chi scrive si augura che il suo voto contrario al parere del CNB possa essere percepito dai lettori di questa postilla per come esso vuol essere percepito: come una presa di posizione etica, prima ancora che dottrinale, alla quale chi scrive ritiene che possa essere affidata la stessa salvezza paradigmatica della bioetica, sottraendola a quel destino di riduzione alla biogiuridica al quale essa sembra ormai essere inesorabilmente condannata e di cui il documento del CNB, dal quale qui si prendono le distanze, è eloquente testimonianza.

Francesco D'Agostino
già Presidente del Comitato
Nazionale per la Bioetica

Postilla della Prof. Assunta Morresi

Un documento elaborato da un Comitato pluralista come il nostro, che raccoglie riflessioni bioetiche su tematiche complesse, non potrà mai essere scritto come ciascun componente farebbe se ne fosse l'unico autore, né potrà descrivere con esattezza orientamenti e giudizi personali di ognuno di noi, ed il presente parere sul suicidio medicalmente assistito rappresenta emblematicamente questi limiti inevitabili.

Ho aderito quindi al testo finale perché esprime con chiarezza la mia personale opposizione a qualsiasi forma di suicidio assistito, nonostante non ne abbia condiviso alcuni passaggi nello svolgersi delle argomentazioni. In particolare con questa nota voglio ribadire un convincimento che non ha trovato spazio nel documento, ma che ritengo importante per la discussione in corso. Premetto che, di seguito, con l'espressione "eutanasia" o "atto eutanasico" intendo anche quelle procedure tipiche del "suicidio assistito", come descritte nel parere, sia perché penso non ci siano differenze sostanziali dal punto di vista morale, sia per semplificare la lettura.

Mi riferisco alle valutazioni riguardo alla Legge n. 219/2017, su *Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*: una legge che ritengo andare oltre la legittima possibilità per una persona di rifiutare o rinunciare ai trattamenti sanitari (possibilità che condivido, così come anche illustrato sinteticamente nella posizione a) del parere, in cui mi riconosco), e aprire alla legalizzazione di alcune forme di morte su richiesta, cioè alcuni comportamenti eutanasici.

Senza questa norma cadrebbe infatti una delle principali argomentazioni della ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale in favore della parziale depenalizzazione dell'aiuto al suicidio, quando chiede per quale motivo è possibile sempre morire per interruzione di sostegni vitali - cioè con un comportamento omissivo da parte del medico - e al tempo stesso si impedisce di farlo in modo più veloce, in alcune situazioni - con un comportamento attivo da parte del medico, che procura al paziente un prodotto chimico letale.

A mio avviso questa della Corte è una argomentazione logica, e non contestabile come invece appare dal parere: la Legge n. 219/2017, pienamente costruita intorno al concetto di autodeterminazione, permette di interrompere sostegni vitali come alimentazione e idratazione artificiale, definendoli trattamenti sanitari, cioè equiparandoli a terapie, consentendo la loro sospensione a prescindere da qualsiasi condizione medica, in base esclusivamente alla volontà del paziente. In questo modo, senza nutrimento e acqua, si ha la certezza di raggiungere sempre la morte: indipendentemente dall'essere o meno un malato terminale e con l'unica condizione clinica richiesta di dover essere nutrito mediante semplici presìdi medici.

È cioè una legge il cui "spirito" – per usare un'espressione della Corte – ben si adatta ad aprire a forme eutanasiche più dirette.

Il documento del CNB respinge questa connessione logica anche scegliendo, coerentemente, una definizione di eutanasia che si limita alla sola somministrazione di farmaci letali, escludendo a priori qualsiasi comportamento omissivo.

In altre parole: se circoscrivo l'eutanasia a situazioni in cui un medico fornisce un prodotto letale al paziente, per farlo morire, la sospensione di meri sostegni vitali come liquidi e nutrienti, per definizione, non sarà mai eutanasia, a prescindere dalle intenzioni di chi la chiede e di chi la realizza. E per questo non è stata introdotta l'obiezione di coscienza nella Legge n. 219/2017: se la

sospensione di sostegni vitali per definizione non è mai eutanasia, ma sempre un normale atto medico, l'obiezione di coscienza non può essere messa in gioco.

Il passaggio logico è invece stato serenamente riconosciuto dalla Consulta, e anche, in precedenza, dalla ordinanza della Corte di Assise di Milano, a riprova che l'interpretazione in chiave eutanasica di alcuni aspetti della Legge n. 219/2017 è tutt'altro che fantasiosa.

Che la Consulta ravvisi nella Legge n. 219/2017 un'evidente apertura eutanasica mi pare dimostri l'impossibilità di eliminare le ambiguità etiche affidandosi alle semplici definizioni. Il legislatore ha escluso ogni implicazione eutanasica grazie a un rigido spartiacque, terminologico più che concettuale: perché la rinuncia alle cure non sia mai eutanasia basta definire nutrizione e idratazione terapie. La Corte però ha scavalcato l'invalicabile muro lessicale con facilità, e tale facilità fa capire come, di fronte all'estrema delicatezza del bilanciamento tra tutela della libertà e della vita umana, aggrapparsi alla terminologia sia disperatamente insufficiente.

Sono comunque d'accordo con il CNB quando respinge l'idea di un intervento sulla Legge n. 219/2017, per modificare le norme sull'aiuto al suicidio, come invece suggerisce la Consulta: pur avendo una sua coerenza, sarebbe comunque un passo ulteriore, un pesante salto di qualità, importante e pericoloso, in direzione del riconoscimento del "diritto a morire".

Assunta Morresi

Postilla del Prof. Maurizio Mori

È opportuno prevedere che il medico contrario al suicidio medicalmente assistito:

1) abbia la facoltà di ricorrere all'obiezione di coscienza che, però, non è pratica "costituzionalmente fondata";

2) debba dichiarare di non essere disposto a prestare l'aiuto eventualmente richiesto.

Nel paragrafo 4.2. dedicato al rispetto dei valori professionali del medico e degli operatori sanitari, tra altre questioni, il CNB ha esaminato il problema che si potrebbe creare "nell'eventualità di una normativa che legittimi l'aiuto al suicidio medicalizzato" ove tale atto risultasse "profondamente contrario ai […] convincimenti profondi" del medico stesso. Dopo riflessione, si è giunti alla conclusione che, in questa situazione, "sia mantenuta la possibilità dell'obiezione di coscienza per il medico" e per gli altri operatori sanitari eventualmente coinvolti nella pratica.

Condivido la tesi dell'opportunità che il medico e gli altri operatori sanitari contrari al suicidio assistito abbiano la possibilità di ricorrere all'obiezione di coscienza, ma dissento dall'ulteriore tesi che tale possibilità sia giustificata dall'idea che "l'obiezione di coscienza in bioetica è costituzionalmente fondata (con riferimento ai diritti inviolabili dell'uomo)", che farebbe diventare la pratica dell'obiezione una sorta di "diritto umano".

Quest'idea risale a un controverso parere del 2012, approvato a maggioranza, che, di per sé, non vincola l'attuale composizione del Comitato. Inoltre, essa travalica le competenze specifiche del CNB stesso, che riguardano l'*etica* e la *bioetica*, e non le questioni giuridiche di costituzionalità, di spettanza della Corte costituzionale. La tesi, poi, è infondata anche per ragioni teoriche, alcune delle quali sono state esposte dal Prof. Carlo Flamigni nella sua postilla al parere del 2012, a cui rimando.

Ribadisco: nonostante in bioetica la pratica dell'obiezione di coscienza non sia "costituzionalmente fondata" né faccia "riferimento ai diritti inviolabili dell'uomo", ove fosse approvata – come auspico – una normativa favorevole al suicidio medicalmente assistito, è opportuno prevedere che, assieme alla possibilità di obiezione di coscienza per gli operatori sanitari, con comunicazione pubblica il medico obiettore dichiari la propria scelta di non essere disposto a prestare l'aiuto eventualmente richiesto dall'interessato.

Maurizio Mori

Presidenza del Consiglio dei Ministri



MOZIONE

CONTRO IL TABAGISMO

27 Settembre 2019

Secondo i dati dell'OMS il fumo di tabacco rappresenta la seconda causa di morte nel mondo e la principale causa di morte evitabile. È riconosciuta da tempo l'associazione con i tumori del polmone, del cavo orale e gola, esofago, pancreas, colon, vescica, prostata, rene, seno, ovaie e di alcuni tipi di leucemie. L'OMS calcola che 8 milioni di persone perdono la vita ogni anno per i danni da tabagismo, a cui si aggiungono 1,2 milioni di non fumatori che muoiono a causa dell'esposizione al fumo passivo. Al fumo di sigaretta è attribuibile l'85-90% di tutti i tumori polmonari.

Dal Report "I numeri del cancro in Italia 2019" si rileva che nel 2019 sono attese in Italia 42.500 nuove diagnosi di tumore del polmone (29.500 negli uomini e 13.000 nelle donne). La sopravvivenza a 5 anni dei pazienti con tumore del polmone in Italia è pari al 16%, condizionata negativamente dalla grande proporzione di pazienti diagnosticati in stadio avanzato. La sopravvivenza a 10 anni dei pazienti con tumore del polmone in Italia è pari al 12% (11% tra gli uomini e 15% tra le donne). Includendo le varie cause (tabacco; esposizioni ambientali o professionali a radon, asbesto e metalli pesanti quali cromo, cadmio e arsenico che producono un incremento del rischio; esposizione al particolato atmosferico e all'inquinamento atmosferico; processi infiammatori cronici; …) la possibilità di morire a causa di un tumore del polmone in Italia è pari a 1/11 negli uomini e 1/45 nelle donne. Il rischio relativo dei fumatori rispetto ai non fumatori aumenta di circa 14 volte e aumenta ulteriormente fino a 20 volte nei forti fumatori (oltre le 20 sigarette al giorno). I non fumatori esposti al fumo passivo (vale a dire l'inalazione involontaria di sostanze provenienti dal fumo di altre persone) presentano un aumento del rischio relativo di ammalare di tumori del polmone nel corso della loro vita.[1]

Ciò premesso, in merito alla lotta al tabagismo gli ultimi studi statistici indicano che in Italia vi sono ancora 11,6 milioni di fumatori. Sul totale della popolazione italiana a partire dai 14 anni d'età fuma il 23,3% degli uomini e 15% delle donne[2]. Si stima che siano attribuiti al fumo di tabacco più di 70.000 morti l'anno con oltre il 25% di questi decessi compreso tra i 35 e i 65 anni di età, che rappresentano un importante potenziale per patologie tumorali, respiratorie e cardiovascolari, le quali determinano il 12% di tutte le morti e il 22% delle morti da tumore.

Il CNB ha già affrontato, nel dettaglio, la questione bioetica nel parere *Il tabagismo* del 2003.

Con la presente mozione il CNB manifesta la propria preoccupazione e fa presente alle istituzioni competenti come, nel periodo intercorso da allora (16 anni), la mortalità e morbilità correlate all'uso di tabacco non sono diminuite, anzi aumentate. Tutto questo è avvenuto e continua ad avvenire, a conferma che le azioni di educazione sanitaria e prevenzione intraprese non sono sufficienti.

Inoltre da alcuni anni l'industria del tabacco sta promuovendo le nuove sigarette a tabacco riscaldato e incrementando il suo mercato verso la sigaretta elettronica. Questi prodotti di nuova generazione sono reclamizzati come meno tossici, attraverso una pubblicità ingannevole. I pacchetti delle sigarette a tabacco riscaldato ad esempio non contengono quelle "immagini shock" che si

[1] AIOM, AIRTUM, PASSI, SIAPEC-IAP*, I numeri del cancro in Italia*, 2019.

[2] Dati forniti nel giugno 2019 dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'ISS sulla base del "Rapporto nazionale sul fumo 2019", i cui dati sono in corso di pubblicazione nella rivista "Tabaccologia".

trovano nei pacchetti tradizionali e la disinformazione delle compagnie di tabacco sulle sigarette a tabacco riscaldato e sulle sigarette elettroniche viene definita una minaccia presente e reale.

L'OMS nel suo recente rapporto sul fumo ha voluto sottolineare la nocività di questi prodotti per la salute non solo dei fumatori, ma anche di terzi, in quanto rilasciano nell'aria composti tossici e includono additivi il cui effetto non è ancora noto[3]. Innanzitutto non è ancora chiaro se l'uso dei prodotti di nuova generazione aiuti a smettere di fumare.

É possibile invece constatare che la maggior parte dei consumatori di sigarette elettroniche le usa in parallelo alle sigarette tradizionali: si fuma la sigaretta convenzionale dove è possibile farlo e si "svapa" quella elettronica nei luoghi dove esiste il divieto di fumo. In questi prodotti di nuova generazione, sebbene non si raggiunga la combustione, la nicotina è comunque presente nel prodotto (ad eccezione del vapore aromatizzato[4]), ingenera dipendenza, che limita la libertà individuale, è responsabile di malattie cardiovascolari e cerebrovascolari e costituisce uno dei più recenti ostacoli alla lotta contro il tabagismo.

Il Comitato, pertanto, intende richiamare nuovamente l'attenzione della società sulle conseguenze negative individuali e collettive che ingenera il consumo di tabacco, tanto più in quell'ottica che, pur muovendo dal rispetto della libertà individuale, presuppone che ognuno di noi debba essere ben consapevole di non recare con i propri atti "danno ad altri", considerando in particolare le implicazioni per la salute del fumo passivo.

Dal punto di vista bioetico questa situazione è ancora più rilevante in determinate circostanze (madre-feto, minori che vivono con adulti fortemente fumatori, ecc.).

Allo Stato compete il compito di tutelare insieme i singoli e la collettività, nel rispetto dei diritti fondamentali della persona.

A fronte di questa situazione, manca un programma educativo alla salute per aumentare la consapevolezza dei cittadini sulle conseguenze del fumo, per limitare il numero dei fumatori con vantaggio di salute individuale e collettiva e per contribuire alla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale.

In questo tipo di consumo c'è una tendenza all'imitazione: in un ambiente sociale dove i più fumano è difficile astenersi e viceversa. La spinta viene di sovente da un bisogno di affermazione e socializzazione. Il fatto che l'ambiente socioculturale abbia un certo rilievo è dimostrato anche dalla correlazione dell'abitudine del fumo con il livello di istruzione (ad esempio, nella fascia di istruzione più bassa ci sono più fumatori).

Un'adeguata informativa, attenta ai comportamenti "salutari", una propaganda a diversi livelli e in diverse situazioni che aiuti ad una maggiore consapevolezza dei danni del fumo e un chiaro impegno pubblico nella lotta al tabagismo possono avere in questa vicenda uno scopo soprattutto pragmatico e possono portare ad una diminuzione progressiva della percentuale di fumatori. Peraltro, la difficoltà di contenere questo fenomeno cresce nel prendere atto che dietro il consumo di tabacco ci sono anche gli interessi nazionali e internazionali legati alla produzione e alla vendita delle sigarette (entrate statali, multinazionali

[3] WHO, *Report on the Global Tobacco Epidemic*, 2019.

[4] La cui tossicità è comunque indiscussa, tanto che di recente l'amministrazione Trump nel correre ai ripari contro l'epidemia di malattie e di decessi legati alle sigarette elettroniche, ha annunciato l'intenzione di mettere al bando le e-cigarette profumate in quella che è stata battezzata la grande crisi del "vaping".

del tabacco, persone che nei paesi in via di sviluppo sopravvivono coltivando tabacco).

Con questa mozione il Comitato intende ricordare al Governo e al Parlamento la necessità di portare avanti alcune azioni con la finalità di disincentivare l'uso del tabacco:

1. Promuovere una informazione corretta sui pericoli dell'uso del tabacco per sé e per gli altri (fumo passivo) e, pertanto, rendere efficace la campagna antitabagismo nelle scuole di ogni ordine e nei luoghi di lavoro, fornendo linee guida, percorsi didattici, con l'ausilio di personale specializzato, di medici, psicologi, sociologi e mass media, ed aumentare il numero di centri antitabagismo, oggi poco numerosi in Italia.

2. Promuovere ricerche per la valutazione ed applicazione di misure restrittive. C'è evidenza che un aumento del prezzo delle sigarette e altri tabacchi, tramite aumento delle accise, comporta una riduzione dei consumi di questi prodotti e dell'iniziazione al fumo nei giovani, con un aumento - non di poco conto - anche del gettito fiscale. Inoltre, è dimostrato come in Italia l'aumento del prezzo del tabacco sia una strategia efficace, attuabile,[5] fortemente accettabile dalla società. Risulta, pertanto, importante e urgente adottare politiche fiscali, considerate dall'OMS come la strategia più efficace per il controllo del tabagismo. È importante, però, che non vi siano differenze significative di prezzo di diversi tipi di tabacco. Un aumento della tassazione rischierebbe di fare semplicemente passare i fumatori a consumare il prodotto più economico. É questo il caso dei tabacchi trinciati per sigarette rollate a mano, che costano quasi la metà rispetto alle sigarette confezionate, e che sono sempre più usate in Italia, soprattutto dai più giovani. Tali politiche fiscali dovrebbero essere attuate anche per le sigarette a tabacco riscaldato[6] e per le sigarette elettroniche.

Il CNB ritiene opportuno che siano promossi anche studi sulla evoluzione socio-economica-culturale della nostra società per le influenze che tale evoluzione può esercitare sugli stili di consumo del tabacco, al fine di avere conoscenze utili a indirizzare le politiche di prevenzione, oltre quelle restrittive.

3. Al fine di evitare i gravi danni cagionati dal fumo passivo alla popolazione, estendere i divieti di fumo[7] a luoghi esterni, dove si ritrovano anche bambini e donne in gravidanza, quali ad esempio: giardini pubblici, luoghi di spettacolo all'aperto, spiagge attrezzate, stadi, campi sportivi, ristoranti all'aperto.

4. Informare adeguatamente gli utenti che il preteso beneficio di svezzamento che deriva dall'uso delle sigarette elettroniche non trova alcuna prova scientifica e non è scevro di rischi per il fumatore e per chi gli sta accanto. Pertanto, il CNB raccomanda di estendere le limitazioni imposte nel nostro Paese anche alle sigarette a tabacco riscaldato e alle sigarette elettroniche.

---

[5] In Italia un pacchetto di sigarette ha un costo che è in linea con la media europea, ma che è la metà rispetto al prezzo nel Regno Unito, Irlanda e Norvegia e, comunque, di molto inferiore a Paesi quali Francia, Svezia, Svizzera, Islanda.

[6] Le c.d. **sigarette a riscaldamento del tabacco o sigarette che non bruciano** sono dispositivi elettronici che, diversamente dalle sigarette elettroniche, **contengono foglia di tabacco**. La sigaretta viene **scaldata ad alta temperatura**, ma non brucia direttamente.

[7] In base alla legge 16 gennaio 2003, n. 3 il divieto di fumo è già in vigore in tutti i locali chiusi, pubblici e privati, escluso le residenze private e i locali idonei per i fumatori.

5. Sollecitare l'attenzione e sensibilizzare sul fatto che i mozziconi delle sigarette usualmente abbandonati su strade, spiagge, parchi pubblici, mancando anche appositi raccoglitori, sono realizzati in acetato di cellulosa, sostanza difficilmente biodegradabile, quindi causa di un persistente e continuo inquinamento ambientale. Se accendere una sigaretta significa immettere più di 4000 sostanze chimiche ad azione nociva, tossica e cancerogena, una parte di queste resta nel filtro e nella parte di sigaretta non fumata. Un rapporto di Enea in occasione della Settimana Europea per la Riduzione dei Rifiuti (2017)[8] nel valutare il potenziale nocivo dei mozziconi, rileva come nel nostro Paese su tale minaccia vi sia un vuoto culturale e normativo. La sua risoluzione dipende non solo da una riduzione del consumo di sigarette, ma è necessario un comportamento consapevole e responsabile da parte degli utenti e da parte dei comuni, degli amministratori locali, dei datori di lavoro che dovrebbero non solo emanare regole di comportamento, ma anche istallare, come accade per altre tipologie di rifiuti, appositi raccoglitori per mozziconi di sigarette.

6. Inibire ogni forma di pubblicità anche occulta dei prodotti e dei marchi riferibili al tabacco o alle sigarette elettroniche, inclusa l'accettazione di sponsorizzazioni da parte dei produttori di tabacco anche a fondazioni politiche o istituti di ricerca.

7. Incrementare progetti di ricerca, sostenuti da fondi pubblici, trasparenti e svincolati da condizionamenti di parte, coinvolgendo medici, psicologi, antropologi, pubblicitari, al fine di una migliore conoscenza dei lati oscuri o poco conosciuti del tabagismo (es. meccanismi della dipendenza), così da aumentare gli strumenti di prevenzione primaria.

8. Considerato l'utile che lo Stato ricava dalla vendita di sigarette e affini, prevedere la possibilità che il Servizio Sanitario Nazionale rimborsi i farmaci per il trattamento del tabagismo e disponga di maggiori risorse per la cura della dipendenza.

Il CNB ritiene che questi interventi debbano essere attivati con urgenza visto il grande rilievo che possono assumere per la salute pubblica. Per ognuno di essi sarà essenziale, in ogni caso, fare la massima attenzione ad evitare il rischio di stigmatizzazione delle persone che fumano, anche al fine di rendere più efficaci le stesse campagne di prevenzione.

Va, inoltre, tenuto nella massima considerazione il principio secondo cui a prevalere deve essere sempre la prevenzione sociale, che si basa sul complesso dei rischi ambientali, rispetto alla prevenzione che gravi solo sui singoli.

** ** **

Il testo è stato elaborato dai Proff. Silvio Garattini e Lorenzo d'Avack.

La mozione è stata discussa e votata nella plenaria del 27 settembre 2019 dai Proff.: Salvatore Amato, Luisella Battaglia, Stefano Canestrari, Cinzia

[8] Di questo argomento si è discusso anche più di recente (gennaio 2019) presso la sede dell'ENEA durante la giornata di studio "*L'impatto ambientale del fumo di tabacco. Le cicca di sigaretta: un rifiuto tossico dimenticato''*.

Caporale, Carlo Casonato, Lorenzo d'Avack, Riccardo Di Segni, Silvio Garattini, Mariapia Garavaglia, Maurizio Mori, Assunta Morresi, Laura Palazzani, Massimo Sargiacomo, Luca Savarino, Lucetta Scaraffia.

Si sono astenuti i Proff.: Tamara Pitch, Monica Toraldo di Francia e Grazia Zuffa.

Assenti alla plenaria, hanno successivamente aderito i Proff.: Carlo Caltagirone, Bruno Dallapiccola, Antonio Da Re, Mario De Curtis, Marianna Gensabella, Lucio Romano, Massimo Sargiacomo.

Il Prof. Carlo Petrini, componente delegato dell'ISS; la Prof.ssa Paola Di Giulio, componente delegato del CSS; il Dott. Maurizio Benato, componente delegato della FNOMCeO, e il Dott. Amedeo Cesta, componente delegato del CNR, non avendo diritto al voto, hanno voluto tuttavia esprimere la loro adesione al parere.



Comitato Nazionale Bioetica

Ufficio del Segretario Generale

Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali

Via della Mercede, 96 – Roma

bioetica.governo.it

cnbioetica@palazzochigi.it



Pubblicazione a cura della Segreteria
Comitato Nazionale per la Bioetica - bioetica.governo.it

Presidenza del Consiglio dei Ministri
Ufficio del Segretario Generale
Ufficio Studi e Rapporti Istituzionali
Via della Mercede, 96 – Roma

Ottobre 2021