

A CONFRONTO

Eutanasia in Spagna, ma l'Italia ha fatto peggio

VITA E BIOETICA

24_03_2021



**Tommaso
Scandroglio**



La recente [legge sull'eutanasia approvata in Spagna](#) ricalca uno schema ormai abbastanza consolidato e redatto per la prima volta dal Parlamento dei Paesi Bassi nel 2000. Tale schema è stato ripreso, con alcune peculiari varianti, anche da altre legislazioni.

Il protocollo eutanasi previsto in Spagna e in altri paesi potremmo così

sintetizzarlo in queste fasi. La prima: il consenso informato. Il paziente deve essere informato sulle sue condizioni cliniche, sulla prognosi e sulle diverse opzioni terapeutiche diverse dalla soluzione eutanasica. La seconda: il paziente deve essere affetto da una patologia grave, che sia percepita come intollerabile e che sia cronica, quindi non curabile, e invalidante (in Canada un requisito richiesto assai peculiare è la condizione di malato terminale, condizione qui assente). Terza: la volontà di morire reiterata due volte. Quarta fase eventuale: la validità giuridica del *living will* nel caso in cui il paziente non sia più capace di intendere e volere. Quinta: la verifica da parte del medico curante a cui si aggiunge un parere clinico terzo. La loro decisione deve essere infine validata dalla Commissione di Garanzia e Valutazione. Sesta: la scelta della modalità per praticare l'eutanasia. L'aiuto al suicidio o la cosiddetta iniezione letale.

Dunque abbiamo una prima fase di carattere soggettivo (il consenso informato), una seconda di natura oggettiva (le condizioni cliniche), una terza e quarta nuovamente di carattere soggettivo (la volontà attuale di morire oppure riportata in un testamento biologico), una quinta ancora di natura pseudo oggettiva (la verifica clinica) e una sesta mista, ossia soggettiva e oggettiva (scelta dello strumento per morire).

Come abbiamo accennato l'imprinting fu dato dal Parlamento olandese e lo schema pare funzionare perché preso a modello da altri paesi. I commentatori in genere benedicono questo modello perché concretizza un presunto bilanciamento tra autodeterminazione e tutela dagli abusi, inserendo a tal fine alcuni paletti. In breve un'autonomia eutanasica vincolata. Abbiamo scritto «presunto bilanciamento» perché una volta inserito il principio che si può uccidere una persona innocente questo travolge ogni paletto, compreso il consenso del futuro *de cuius*. Ad un livello ancor più generale di valutazione di questa legge spagnola e delle altre a lei simili possiamo dire che si tratta dell'ennesimo caso in cui il rispetto di alcune regole procedurali vorrebbe mutare in atto morale ciò che è in realtà contrario alla morale naturale. La procedura dunque trasforma il male in bene. È il caso dell'aborto procurato e della fecondazione artificiale: il rispetto di regole sia cliniche che amministrative burocratiche vorrebbe moralizzare condotte intrinsecamente malvagie.

Ma veniamo ad una domanda: la legge italiana sull'eutanasia **n. 219 del 2017** ricalca la disciplina normativa spagnola sul consenso informato e sull'eutanasia? In buona sostanza sì, eccetto nei casi di pazienti incapaci e fatta eccezione per la cosiddetta iniezione letale. Partiamo dalla scelta dello strumento per morire. La legge italiana prevede, come indicato dalla disciplina normativa spagnola già vigente prima del varo della recente legge sull'eutanasia, la possibilità di morire tramite l'astensione da terapie

salvavita (possibilità esperibile anche prima del varo della legge 219), tramite l'interruzione di terapie salvavita e, dopo l'intervento della Corte costituzionale ([sentenza n. 242/2019](#)), tramite il suicidio assistito.

A differenza della normativa spagnola manca l'azione diretta del medico, tramite cosiddetta iniezione letale, al fine di provocare la morte del paziente, ma ben presto tale ulteriore metodica sarà probabilmente legittimata anche da noi. C'è però chi grida alla discriminazione: coloro che non possono accedere al suicidio assistito – pazienti tetraplegici – come potranno chiedere l'eutanasia? Sul piano fattuale poco cambia: questi pazienti o i loro rappresentanti legali potranno chiedere di interrompere i mezzi di sostentamento vitale oppure potranno avvalersi della sedazione profonda usata con intenti eutanasici. Dunque, se non *de iure*, ma certamente *de facto* nessuna differenza con le pratiche ammesse dalla legislazione spagnola. Ultima particolarità comune ai due ordinamenti su questo tema specifico: la richiesta del suicidio assistito sia in Italia che in Spagna può essere avanzata solo da persona capace di intendere e volere e che sia maggiorenne.

Passiamo alle condizioni per accedere all'eutanasia: nella legislazione italiana non sono previste condizioni particolari, ma la legge 219 – permettendo di morire unicamente a chi, semplificando, è attaccato ad una macchina – restringe, solo apparentemente, la platea dei possibili candidati all'eutanasia. Abbiamo scritto «solo apparentemente» perché gli articoli dedicati alla «sedazione palliativa profonda continua» possono essere usati per ampliare questa platea. Il bacino di utenza è stato poi significativamente ampliato dalla già citata sentenza della [Consulta](#): possono ricorrere al suicidio assistito tutti coloro che, capaci di intendere e volere, sono sottoposti a trattamenti salvavita e in presenza di patologie irreversibili – pensiamo ai pazienti oncologici o chi è in dialisi - che causano sofferenze fisiche e psicologiche che il paziente considera intollerabili – la sofferenza psicologica non può venire oggettivata e quindi l'ultima parola spetta al paziente stesso. Come avrà notato il lettore attento, la Consulta, in buona sostanza, ha importato questi criteri da quelli già in uso in giro per il mondo per legittimare l'eutanasia.

Il protocollo internazionale per accedere all'eutanasia prevede poi, come abbiamo visto, due momenti: quello informativo e quello decisionale in merito alle pratiche eutanasiche. Nella legge 219 questi due momenti, potremmo così dire, sono fusi nella procedura del consenso informato. Valorizzata anche dalla disciplina italiana le dichiarazioni scritte (Dat) in merito ai trattamenti sanitari qualora il paziente non sia più *compos sui*.

In merito invece al sindacato del medico sulle volontà espresse dal paziente, la legislazione spagnola prevede una verifica multipla sui requisiti oggettivi. La disciplina italiana invece ha due facce tra loro complementari. Analizziamo la prima. La legge 219 prevede in prima battuta che le volontà del paziente devono sempre trovare attuazione per il tramite del medico: «Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo» (art. 1, comma 6). Poi però si aggiungono due eccezioni. Venendo alla prima, il medesimo comma 6 continua così: «Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali». A motivo di come viene inteso il consenso da parte di questa normativa, la volontà di morire del paziente attaccato ad una macchina viene qualificata come «terapia». Come tale non può trovarsi in conflitto le norme di legge, la deontologia professionale o le buone pratiche clinico-assistenziali. Seconda eccezione: il medico si può rifiutare di procedere come indicato dai rappresentanti legali qualora il paziente sia incapace. In questo caso deciderà il giudice tutelare.

Qualora invece il paziente scelga il suicidio assistito, la presenza dei requisiti prima indicati (patologia irreversibile, paziente sottoposto a terapie salvavita, sofferenze intollerabili, paziente capace di intendere e volere) deve essere verificata da «una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente», per citare la sentenza della Consulta.

Detto tutto ciò domandiamoci: è peggiore la legge spagnola o la nostra? Su un primo fronte potremmo dire che la legge 219 prevede l'eutanasia solo per alcuni pazienti (coloro che sono collegati a macchinari, seppur le terapie antalgiche usate impropriamente possono allargare lo spettro di «utenti»), ma le condizioni di accesso sono assai ampie. Però poi la Consulta ha permesso il suicidio assistito a tutti, perché le condizioni di accesso, seppur determinate nero su bianco, comprendono una platea di candidati all'eutanasia molto vasta. In buona sostanza e al netto di sottili distinguo, dopo l'intervento della Corte costituzionale, le categorie che potranno chiedere l'eutanasia e i

requisiti di accesso sono analoghe tra legislazione spagnola e italiana. L'impossibilità, poi, in Italia di richiedere attualmente l'iniezione letale, abbiamo visto, è facilmente aggirabile in altri modi.

Ma c'è una peculiare differenza tra legislazione spagnola e quella italiana e riguarda minori e persone incapaci. Per l'art. 3 della legge italiana n. 219 ai minori e agli incapaci che dipendono per la loro sopravvivenza da alcune terapie salvavita può essere applicato un protocollo eutanasico (non possono però accedere al suicidio assistito). Invece secondo il comma 6 dell'art. 9 della **legge spagnola n. 41 del 2002** (revisionata nel dicembre del 2018) i minori e gli incapaci devono essere sempre curati e non bisogna attentare alla loro vita. Relativamente a questo aspetto, non secondario, possiamo concludere che la nostra normativa è peggiore di quella spagnola.