

Riflessioni bioetiche sui trattamenti di sostegno vitale: la sentenza n. 135/2024 della corte costituzionale

Lucio Romano*

ABSTRACT:

Che cosa si intende per trattamenti di sostegno vitale? È possibile e quando sospenderli? Sono solo alcuni dei più problematici e attuali interrogativi presi in considerazione dalla recente sentenza della Corte costituzionale (n. 135/2024), che riprende e ribadisce la precedente pronuncia (n. 242/2019). A fronte di un dibattito bioetico che spesso tende a contrapporre posizioni interpretative confliggenti. Da un lato coloro che ritengono una svolta aperturista della Corte, dall'altro coloro che invece ritengono si sia «spinta troppo avanti».

What is meant by life-sustaining treatments? Is it possible and when to suspend them? These are just some of the most problematic and current questions taken into consideration by the recent ruling of the Constitutional Court (n. 135/2024), which takes up and reiterates the previous ruling (n. 242/2019). In the face of a bioethical debate that often tends to contrast conflicting interpretative positions. On the one hand, those who believe that the Court has taken an open-minded turn, on the other, those who believe that that it is «pushed too far».

SOMMARIO: 1. Il suicidio assistito di M.S. – 2. Aspetti bioetici sui Trattamenti di Sostegno Vitale nella sentenza n. 135/2024 Corte cost. – 3. I Trattamenti di Sostegno Vitale nel Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica.

* Centro Interuniversitario di Ricerca Bioetica (CIRB)

1. Il suicidio assistito di M.S.

Il caso all'attenzione della Corte costituzionale si riferisce al suicidio assistito di M.S., toscano quarantaquattrenne, affetto da sclerosi multipla. Patologia irreversibile con significativo e rapido peggioramento delle condizioni di vita. Impossibilitato a muoversi dal letto. Pressoché totale immobilizzazione anche degli arti superiori. Sofferenze psicologiche reputate insostenibili. «Non era più una vita dignitosa, ingabbiato con la mente sana in un corpo che non funziona».

Al grave deterioramento delle sue condizioni di salute, M.S. aveva espresso la propria determinazione al suicidio assistito, con decisione libera e consapevole. Il suicidio assistito avvenne in Svizzera dopo aver «confermato definitivamente la sua volontà e, utilizzando il braccio che ancora poteva controllare, assumendo per via orale un farmaco letale».

Secondo quanto riportato dal GIP del Tribunale di Firenze nell'istanza alla Corte costituzionale, M.S. non risultava in uno stato di dipendenza da Trattamenti di Sostegno Vitale (TSV). Vale a dire che non faceva ricorso, ad esempio, a supporti come nutrizione, idratazione e ventilazione artificiale né sottoposto a terapie farmacologiche salvavita. Inoltre, «pur conservando integre tutte le altre funzionalità corporee, a causa della progressiva immobilizzazione degli arti, M.S. aveva bisogno con sempre maggiore frequenza del supporto di terzi per le attività fisiologiche quotidiane».

Nell'istanza si afferma che per «trattamenti debba intendersi il riferimento ai soli trattamenti sanitari»; che la stessa Corte «non abbia fornito una definizione del concetto di TSV (sentenza sul caso Dj Fabo - n. 242/2019) salvo il riferimento (ordinanza n. 207/2018) – con evidente valenza esemplificativa – a trattamenti quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali»; che «l'assistenza prestata genericamente da terzi – ad esempio per agevolare il paziente nel mangiare o per accompagnarlo in bagno – non sarebbe riconducibile all'insieme dei significati attribuibili a trattamento, il quale evocherebbe non un qualsiasi intervento esterno, ma una più pregnante e qualificata ingerenza sul corpo e sulla salute del paziente».

Tralasciando considerazioni di pertinenza giuridica, l'istanza si sintetizza nella richiesta alla Corte di «dichiarare costituzionalmente illegittima la non punibilità di chi agevola l'altro suicidio alla circostanza che l'aiuto sia prestato a una persona tenuta in vita da TSV». Quindi rimuovere il requisito della dipendenza da TSV, ritenendolo in contrasto con i principi costituzionali di eguaglianza, di autodeterminazione terapeutica, di dignità della persona. In particolare, secondo l'istanza, l'aspetto certamente prioritario è che nel caso M.S. mancherebbe il requisito della dipendenza da TSV.

Ecco emergere alcuni e imprescindibili interrogativi bioetici. Quali requisiti per l'accesso al suicidio assistito? Che cosa si intende per trattamenti di sostegno vitale (TSV)? È possibile e quando sospenderli? Di seguito, alcune considerazioni, limitatamente agli aspetti che hanno suscitato la maggiore attenzione, con posizioni interpretative anche divergenti.

2. Aspetti bioetici dei trattamenti di sostegno vitale nella sentenza n. 135/2024 Corte cost.

Nell'analizzare alcuni aspetti bioetici della sentenza in oggetto, limitando il perimetro delle riflessioni che seguiranno, risulta opportuno riportare preliminarmente quanto la stessa Corte sottolinea. Vale a dire che «compito di questa Corte non è quello di sostituirsi al legislatore nella individuazione del punto di equilibrio in astratto più appropriato tra il diritto all'autodeterminazione di ciascun individuo sulla propria esistenza e le contrapposte istanze di tutela della vita umana, sua e dei terzi; bensì, soltanto, quello di fissare il limite minimo, costituzionalmente imposto alla luce del quadro legislativo oggetto di scrutinio, della tutela di ciascuno di questi principi, restando poi ferma la possibilità per il legislatore di individuare soluzioni che assicurino all'uno o all'altro una tutela più intensa»¹.

In assenza di una legge che possa regolamentare materia così complessa e divisiva, è ragionevole che sul “limite minimo” verta oggi una larga parte del dibattito bioetico nonché, prevedibilmente, di quello futuro a livello parlamentare. Così, inevitabilmente, non potranno che essere di riferimento le pronunce della Corte, pur nel rispetto delle prerogative del legislatore.

Con la sentenza n. 135/2024 si confermano i requisiti richiesti per l'accesso al suicidio assistito già definiti con la precedente (n. 242/2019): (a) irreversibilità della patologia, (b) presenza di sofferenze fisiche o psicologiche, che il paziente reputa intollerabili, (c) dipendenza del paziente da TSV, (d) capacità del paziente di prendere decisioni libere e consapevoli. Requisiti che devono essere verificati da una struttura pubblica del SSN, previo parere del Comitato Etico territorialmente competente. Fermo restando che «deve essere necessariamente assicurato al paziente l'accesso alle terapie palliative appropriate»². Si delinea una «procedura medicalizzata» che coinvolge direttamente il SSN, «al quale è affidato il delicato compito di accertare la sussistenza delle condizioni sostanziali di liceità dell'accesso alla procedura di suicidio assistito, oltre che di “verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»³.

Premessi questi ben specifici requisiti di riferimento è necessaria una precisazione. La Corte «non ha riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile, fisica o psicologica, determinata da una patologia irreversibile, ma ha soltanto ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito di pazienti che – versando in quelle condizioni, e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali –

¹ Sentenza n.135/2024 Corte cost, paragrafo 7.2.

² Ivi, paragrafo 9.

³ *Ibidem*.

già abbiano il diritto, loro riconosciuto dalla legge n. 219 del 2017 in conformità all'art. 32, secondo comma, Cost., di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza»⁴.

Ciò significa il riconoscimento di diritti fondamentali quali la tutela del bene vita e la tutela dell'autodeterminazione. La tutela del bene vita, sostanzialmente indisponibile secondo la visione personalista e solidaristica della Costituzione, ancor più nelle persone più deboli e vulnerabili, e la tutela di autodeterminarsi in ordine all'interruzione o al rifiuto di TSV. La finalità si fonda sull'esigenza di evitare rischi che «non riguardano solo la possibilità che vengano compiute condotte apertamente abusive da parte di terzi a danno della singola persona che compia la scelta di porre termine alla propria esistenza, ma riguardano anche [...] la possibilità che, in presenza di una legislazione permissiva non accompagnata dalle necessarie garanzie sostanziali e procedurali, si crei una "pressione sociale indiretta" su altre persone malate o semplicemente anziane e sole, le quali potrebbero convincersi di essere divenute ormai un peso per i propri familiari e per l'intera società, e di decidere così di farsi anzitempo da parte»⁵.

In sintesi, si definisce una circoscritta area di non punibilità all'interno della fattispecie di reato dell'art. 580 cod. pen. in presenza di alcune e ben definite condizioni.

Tra i diversi ambiti di riflessione bioetica, quello inerente ai TSV è di particolare rilevanza nonché di indubitabile problematicità. Si tratta di pazienti che per sopravvivere non sono in grado di provvedere autonomamente, avendo bisogno di essere aiutati, sostenuti ed accuditi in tutte le funzioni, anche le più elementari.

Nel nostro ordinamento manca una definizione normativa di TSV. Un riferimento potrebbe essere individuato nella Legge n. 219/2017 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) che include nutrizione e idratazione artificiale tra i trattamenti sanitari cui il malato può rinunciare o rifiutare⁶. Ma la stessa legge non definisce espressamente nutrizione e idratazione artificiale come TSV. Né richiama e classifica come tali altri specifici trattamenti.

Anche sotto il profilo biomedico non si riscontra nella letteratura scientifica una definizione unanime di TSV, vista la complessità della moderna prassi clinico-assistenziale. In cui è frequente l'uso simultaneo ed integrato di apparecchi, presidi, farmaci, atti sanitari di competenza medica e infermieristica modulati secondo la peculiare situazione clinica del paziente.

⁴ Ivi, paragrafo 7.1.

⁵ Ivi, paragrafo 7.2.

⁶ «Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici». Legge n. 219/2017 - Art. 1, comma 5.

Né tantomeno la Corte provvede a una definizione tecnico-scientifica dei TSV. Precisando, tuttavia, che «a fronte della varietà delle interpretazioni offerte nella prassi, la nozione di TSV deve essere interpretata dal Servizio Sanitario Nazionale e dai giudici comuni in conformità alla ratio della sentenza n. 242/2019»⁷. Non mancando di ribadire, «come si è più volte rammentato»⁸ che la sentenza «si basa sul riconoscimento del diritto fondamentale del paziente a rifiutare ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, indipendentemente dal suo grado di complessità tecnica e invasività»⁹.

Sulla base di tale diritto e indipendentemente dal grado di complessità tecnica e invasività, la Consulta include tra i TSV «quelle procedure che sono normalmente compiute da personale sanitario, e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero essere apprese da familiari o caregivers che si facciano carico dell'assistenza del paziente»¹⁰.

E a tal fine si richiama un criterio chiave, prognostico temporale. Vale a dire che possono essere considerati di sostegno vitale i trattamenti la cui «omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo»¹¹, includendo come TSV «l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali»¹². Di conseguenza, «tutte queste procedure – proprio come l'idratazione, l'alimentazione o la ventilazione artificiali, nelle loro varie modalità di esecuzione – possono essere legittimamente rifiutate dal paziente»¹³.

La Corte non fa una differenziazione tra TSV (*advanced life supports*) e trattamenti di sostegno di base (*base life supports*), come sarebbe stato auspicabile da parte di coloro che, invece, nello specifico ad esempio di nutrizione e idratazione artificiali le ritengono cure di base ovvero forme di *comfort care* e che, in forza del valore simbolico del “dar da mangiare” e “dar da bere” rivestono, a prescindere dalle diverse modalità e dai diversi contesti in cui si attuano, una speciale forza morale¹⁴.

Proprio su nutrizione e idratazione artificiali è significativa la Lettera “*Samaritanus bonus*” della Congregazione per la Dottrina della Fede sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita, che, considerando nutrizione e idratazione artificiali come “cure di base”, ne indica tuttavia i limiti di somministrazione. Vale a dire che «quando il fornire sostanze nutrienti e liquidi fisiologici non risulta di alcun giovamento al paziente, perché il suo organismo non è più in grado di assorbirli o metabolizzarli, la loro somministrazione

⁷ Sentenza n. 135/2024 Corte cost, paragrafo 8.

⁸ Ivi, paragrafo 6.2 e 7.1.

⁹ Ivi, paragrafo 8.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ C. VIAFORA, *La cura e il rispetto. Il senso della bioetica clinica*, Milano, Franco Angeli, 2023, p. 66.

va sospesa. In questo modo non si anticipa illecitamente la morte per privazione dei supporti idratativi e nutrizionali essenziali alle funzioni vitali, ma si rispetta il decorso naturale della malattia critica o terminale. In caso contrario, la privazione di questi supporti diviene un'azione ingiusta e può essere fonte di grandi sofferenze per chi la patisce». Si individuano, poi, altri limiti alla "obbligatorietà" del trattamento. «Alimentazione e idratazione non costituiscono una terapia medica in senso proprio, in quanto non contrastano le cause di un processo patologico in atto nel corpo del paziente, ma rappresentano una cura dovuta alla persona del paziente, un'attenzione clinica e umana primaria e ineludibile. L'obbligatorietà di questa cura del malato attraverso un'appropriata idratazione e nutrizione può esigere in taluni casi l'uso di una via di somministrazione artificiale, a condizione che essa non risulti dannosa per il malato o provochi sofferenze inaccettabili per il paziente»¹⁵.

Il requisito dei TSV indicato dalla Corte risponde a una ulteriore e non secondaria conseguenza. Come ha richiamato la Corte di Strasburgo nella recente sentenza *Dániel Karsai vs. Hungary*, «l'aiuto al suicidio assistito a pazienti che non dipendono dal supporto vitale può dare luogo a ulteriori questioni e a un rischio di abuso»¹⁶.

Sui requisiti indicati dalla Consulta si è sviluppato un confronto con interpretazioni contrastanti. Da un lato la sentenza è ritenuta troppo cauta, dall'altro invece troppo spinta in avanti. Si contrappongono categorie etiche diverse.

Tra i primi si ritiene che – visto il diritto prioritario di autodeterminazione, l'interpretazione data ai TSV e pur tralasciando i requisiti necessari ribaditi dalla Corte – si debba riconoscere un pieno diritto al suicidio assistito. È la visione dell'autonomia liberale in cui la dignità è "*della persona*" che ne dispone in maniera tale che la valutazione di una scelta dipende da ragioni che, autonomamente, la singola persona si dà¹⁷. Un diritto irrinunciabile sul quando e come concludere la propria esistenza.

Tra coloro che invece ritengono la sentenza troppo spinta in avanti, prevale la considerazione che la Corte abbia dato una interpretazione estensiva ai TSV, comprendendo non solo le strumentazioni che sostituiscono le funzioni degli organi vitali (nutrizione e idratazione artificiali, terapie farmacologiche "salvavita") ma anche ogni trattamento sanitario praticato sul proprio corpo, per quanto compiuto da personale sanitario o da caregivers che si facciano carico dell'assistenza del paziente. Ampliando, così, il novero dei pazienti che potrebbero accedere al suicidio assistito si rilevarebbe una contraddizione con il confermato mancato diritto al suicidio assistito. Sul fronte della dignità, poi, diversamente dalla posizione liberale, in quella personalista la dignità è "*nella persona*", nel senso che è

¹⁵ Congregazione per la Dottrina della Fede, Lettera "*Samaritanus bonus*" sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita. Roma, 22.09.2020; n. 3.

¹⁶ «However, it cannot be overlooked that the provision of PAD (Physician-Assisted Dying) in respect of patients who are not dependent on life support may give rise to further challenges and a risk of abuse», in European Court of Human Rights, Case of *Dániel Karsai v. Hungary*. Strasbourg, 13 June 2024, n. 150.

¹⁷ C. VIAFORA, *La cura e il rispetto*, cit., p. 66.

la persona il luogo dove effettivamente si dà. «Ma questo non vuol dire che sia la persona, nella sua autoreferenzialità, a istituirla e a disporre. È la presenza dell'umanità, piuttosto, a istituire ogni essere umano come persona, capace cioè di moralità»¹⁸.

Le osservazioni successive alla pubblicazione della Sentenza hanno evidenziato, quindi, la persistente polarizzazione (“*polarità soggettiva*” e “*polarità oggettiva*”) nel dibattito bioetico, che non permette di evidenziare e valorizzare la “*dimensione intersoggettiva*” della dignità umana volta al “bene integrale” della persona.

Comunque, emerge in maniera evidente il richiamo ad altro e certo non secondario principio bioetico, quello della proporzionalità dei trattamenti. Snodo cruciale nella relazione di cura che interpella la consapevolezza del limite, soprattutto nell'epoca definita della globalizzazione del “paradigma tecnocratico”.

La proporzionalità rappresenta, nella sua dimensione oggettiva, un criterio prioritario e immediatamente condivisibile nonché sempre attuale. È principio di giustificazione etica e giuridica dell'atto medico che risulta lecito quando i benefici attesi sono superiori, o almeno uguali, ai rischi previsti. Richiede il discernimento, nell'ottica dell'integrazione, tra il valore della vita umana e il valore del diritto a morire degnamente. La proporzionalità consente di giungere a una decisione che si qualifica moralmente per aiutare a dirimere situazioni drammatiche e tormentate nella dura effettività della singolare situazione clinica. Perché un trattamento possa essere definito proporzionato/sproporzionato si richiede la valutazione dell'intervento medico-chirurgico nella sua oggettività in ragione della opportunità o necessità biomedica di iniziarlo/non iniziarlo, continuarlo/sospenderlo. Pertanto, occorre la valutazione di parametri quali il trattamento e l'effetto atteso che, a sua volta, può caratterizzarsi per una composita diversità: miglioramento, stabilizzazione, invarianza, peggioramento, destabilizzazione da cui risultano oggettive evidenze di positività, neutralità o negatività che connotano la proporzionalità terapeutica¹⁹. Tenendo conto che per quanto un trattamento possa essere clinicamente appropriato tuttavia potrebbe risultare sproporzionato per la persona malata che lo ritenesse troppo gravoso per le circostanze in cui si trova (ortotanasia).

In questa interpretazione del principio di proporzionalità si incontrano il valore vita con la sua dignità intrinseca (dignità ontologica), la dimensione oggettiva (tecnica o biomedica) del trattamento, la dimensione soggettiva del paziente che implica la propria percezione e valutazione circa la gravosità e la sostenibilità dei trattamenti (dignità percepita), da cui il necessario discernimento e bilanciamento nella relazione di cura, in cui la fiducia del paziente e la coscienza del medico si incontrano.

Tuttavia, possono interpersi altri parametri valutativi di natura sociale in merito alla valutazione sulla qualità o quantità residuale della vita del paziente (dignità attribuita). È questa

¹⁸ *Ibidem.*

¹⁹ R. COLOMBO, *Nella cura il giusto criterio è quello della proporzione*, in *Avvenire*, 9 dicembre 2017, pp. 3-4.

una situazione che tende a determinare il valore vita in base alle sue espressioni di funzionalità (antropologia funzionalista), influenzando a tal punto il discernimento sulla proporzionalità/sproporzionalità del trattamento da anteporsi come una vera e propria forma di predeterminazione del valore e dignità della vita. È questo il piano del pre-giudizio sociale che parametrizza la dignità del vivere e del vivente in ragione delle funzioni in grado o meno di poter esprimere.

Altri fattori, non secondari, che possono influenzare la valutazione sulla proporzionalità del trattamento sono l'accessibilità dei servizi assistenziali, in termini di qualità e quantità delle risorse disponibili del SSN, e la situazione esistenziale come l'età del malato, il contesto familiare e socioculturale, il contesto sanitario e assistenziale (dignità esistenziale)²⁰. Necessario, pertanto, poter distinguere nella complessità dei fattori in gioco i trattamenti proporzionati da quelli sproporzionati. Con una premessa ineludibile. L'ostinazione irragionevole dei trattamenti, vale a dire sproporzionati, non risponde a criteri di liceità né biomedici né bioetici, oltreché giuridici. E su quest'aspetto concordano le diverse bioetiche, sia quella funzionalista che quella sostanzialista del personalismo ontologicamente fondato. Astenersi o interrompere un trattamento sproporzionato ha la finalità di evitare l'accanimento clinico. Ma non proseguire nell'ostinazione irragionevole dei trattamenti, a sua volta, non significa però abbandonare il paziente. Ciò richiama, piuttosto, l'importanza dell'alleanza di cura nella fiducia che incontra la coscienza, del concreto ricorso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Insomma, quella indispensabile "prossimità responsabile" per pazienti sempre curabili per quanto inguaribili. Non praticare un'ostinazione irragionevole non significa desistenza curativa!

Infatti, netto e ribadito il richiamo della Corte in merito all'importanza etico-giuridica delle cure palliative e della terapia del dolore, il «dovere della Repubblica è assicurare a questi pazienti tutte le terapie appropriate, incluse quelle necessarie a eliminare o, almeno, a ridurre a proporzioni tollerabili le sofferenze determinate dalle patologie di cui sono affetti, oltre al dovere di assicurare loro ogni sostegno di natura assistenziale, economica, sociale, psicologica»²¹.

Secondo la *Consensus-Based Definition of Palliative Care dell'International Association for Hospice & Palliative Care*, le cure palliative rappresentano un prerequisito imprescindibile. Rappresentano la cura olistica attiva di individui di tutte le età con gravi sofferenze

²⁰ «Sempre più spesso si parla oggi di una vita "degnata" e di una vita "non degna". E con tale indicazione ci si riferisce a situazioni proprio di tipo esistenziale: per esempio, al caso di una persona che, pur non mancando apparentemente di nulla di essenziale per vivere, per diverse ragioni fa fatica a vivere con pace, con gioia e con speranza. In altre situazioni è la presenza di malattie gravi, di contesti familiari violenti, di certe dipendenze patologiche e di altri disagi a spingere qualcuno a sperimentare la propria condizione di vita come "indegnata" di fronte alla percezione di quella dignità ontologica che mai può essere oscurata. Le distinzioni qui introdotte, in ogni caso, non fanno altro che ricordare il valore inalienabile di quella dignità ontologica radicata nell'essere stesso della persona umana e che sussiste al di là di ogni circostanza». Dicastero Dottrina per la Fede, Dichiarazione *Dignitas infinita* circa la dignità umana. Roma, 2.4.2024, n. 8.

²¹ Sentenza n. 135/2024 Corte cost, paragrafo 7.2.

legate alla salute, indotte da malattie gravi e, in particolare, di coloro che si avvicinano alla fine della vita. L'obiettivo è migliorare la qualità della vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro caregiver. Le cure palliative comprendono la prevenzione, l'identificazione precoce, la valutazione globale e la gestione dei problemi fisici, inclusi il dolore e altri sintomi dolorosi, il disagio psicologico, il disagio spirituale e i bisogni sociali. Quando possibile, questi interventi devono essere basati sull'evidenza. Forniscono il supporto per aiutare i pazienti a vivere il più pienamente possibile fino alla morte facilitando una comunicazione efficace, aiutando loro e le loro famiglie a determinare gli obiettivi di cura. Sono applicabili durante tutto il corso della malattia, a seconda delle esigenze del paziente. Sono fornite in combinazione con terapie modificanti la malattia quando necessario e possono influenzare positivamente il decorso della malattia. Comunque, non intendono né accelerare né rinviare la morte; affermano la vita e riconoscono la morte come un processo naturale. Forniscono sostegno alla famiglia e agli operatori sanitari durante la malattia del paziente e durante il suo lutto. Sono erogate riconoscendo e rispettando i valori culturali e le convinzioni del paziente e della famiglia. Aspetto non secondario, sono applicabili in tutti gli ambienti sanitari (luogo di residenza e istituzioni) e a tutti i livelli. Possono essere fornite da professionisti con formazione di base in cure palliative ma le cure palliative specialistiche richiedono un team multiprofessionale per i casi complessi²².

Un'evidenza non solo scientifica, come si rileva anche nei Pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica, rispettivamente in "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito"²³ e "Cure palliative"²⁴.

È concorde la letteratura specialistica sul fatto che dove vengono messe in atto le cure palliative, il ricorso al suicidio assistito o all'eutanasia cala drasticamente. Tenendo conto, inoltre, che comunque dovrebbero essere estesamente disponibili anche per molte altre situazioni come nelle patologie neurodegenerative. Eliminare il dolore e la sofferenza significa civiltà nella cura. È obbligo etico-sociale. Imprescindibile principio di riferimento bioetico, nonché giuridico e deontologico È politica della cura, «perché dove non c'è cura non c'è democrazia»²⁵.

In sintesi, potremmo dire che dalla Sentenza n. 135/2024 emergono i seguenti elementi significativi sotto il profilo bioetico: 1) si afferma che non è riconosciuto un generale diritto a terminare la propria vita, ovvero non è riconosciuto un diritto assoluto al suicidio assistito; 2) si richiama che dal riconoscimento del diritto alla vita scaturisce il dovere dello Stato di tutelare ogni vita umana senza lasciarla in una situazione di insufficiente

²² L. RADBRUCH *et al*, Redefining Palliative Care. A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage.* 2020 Oct;60(4):754-764.

²³ Comitato Nazionale per la Bioetica, Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, Roma, 18.7.2019.

²⁴ Comitato Nazionale per la Bioetica, Cure palliative. Roma 14.12.2023.

²⁵ J. LAGUNA, *Dove non c'è cura, non c'è democrazia*, in *Aggiornamenti Sociali*, n° 8-9/74, agosto-settembre 2023, pp. 476-483.

protezione; 3) si ribadisce il diritto a rifiutare qualsiasi trattamento medico non imposto per legge, anche se necessario per la sopravvivenza e indipendentemente da complessità tecnica e invasività; 4) si precisa il diritto a rifiutare procedure la cui interruzione determina prevedibilmente la morte in un breve lasso di tempo; 5) si riconosce che ogni vita è portatrice di una inalienabile dignità, indipendentemente dalle condizioni in cui si svolge; 6) si sostiene il bilanciamento tra autodeterminazione e dovere di tutela della vita umana; 7) si confermano i requisiti e le condizioni procedurali fissati dalla sentenza n. 242/2019. *Last, but not least* il ruolo e le responsabilità del legislatore. Ebbene, ancora una volta la Corte stigmatizza la perdurante assenza di una legge che possa regolamentare materia così complessa e divisiva²⁶. Nel rispetto delle prerogative parlamentari, «la Corte non può che ribadire con forza l'auspicio, già formulato nell'ordinanza n. 207 del 2018 e nella sentenza n. 242 del 2019, che il legislatore e il Servizio Sanitario Nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione ai principi fissati da quelle pronunce, oggi ribaditi e ulteriormente precisati dalla presente decisione, ferma restando la possibilità per il legislatore di dettare una diversa disciplina, nel rispetto dei principi richiamati dalla presente pronuncia» (Paragrafo 10).

3. I trattamenti di sostegno vitale nel parere del Comitato Nazionale per la Bioetica

Sui TSV è intervenuto recentemente il Comitato Nazionale per la Bioetica²⁷. Anche il Parere rileva che in letteratura medica non esiste una definizione condivisa di TSV. Al fine di poter offrire una risposta, il Comitato ha unito le considerazioni cliniche, bioetiche e giuridiche sottese alla sentenza della Consulta (n. 242/2019). Si configura nel Parere l'elaborazione di un criterio flessibile, che permetta d'inquadrare i TSV in relazione a finalità, intensità e conseguenze alla sospensione.

Finalità: i TSV sono indirizzati alla risposta a condizioni che mettono a rischio la vita, in un arco di tempo breve o addirittura brevissimo (quando si tratta non di un semplice “sostegno”, ma di una vera e propria “sostituzione” di una funzione vitale che l'organismo è ormai del tutto incapace di assicurare autonomamente).

Intensità: i TSV impiegano spesso tecnologie avanzate e procedure specialistiche, e possono implicare una forte invasività e continuità nel tempo. Non vanno confusi con un trattamento o un farmaco salvavita (per esempio l'adrenalina per lo shock anafilattico).

²⁶ A tutt'oggi, cinque DdL sono in trattazione al Senato in sede redigente presso le Commissioni Giustizia; Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale. Senato, XIX Legislatura - Atto n. 124, https://www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/comm/55303_comm.htm (accesso del 7.8.2024).

²⁷ Comitato Nazionale per la Bioetica, Risposta al Quesito del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria del 3 novembre 2023. Roma 20.6.2024.

Sospensione: la sospensione di un TSV provoca conseguenze fatali immediate o comunque rapide, in relazione al tipo di trattamento e alle condizioni cliniche del paziente

Da questi criteri, il Parere fa una distinzione tra trattamenti ordinari e TSV. I primi sono orientati al miglioramento quali-quantitativo della sopravvivenza. I TSV, a loro volta, sono orientati a mantenere in vita un paziente affetto da una condizione critica, con compromissione di organi la cui insufficienza grave comporta una morte immediata o prossima, quando le relative funzioni non siano supportate o interamente sostituite da mezzi adeguati.

Il Parere è stato approvato a maggioranza. Componenti del Comitato hanno espresso una posizione diversa, dando rilievo in particolare all'autonomia della persona che definisce il limite invalicabile dell'intervento sociale. Da cui il diritto al rifiuto delle cure, comprese le cure palliative. Inoltre, e considerazioni non secondarie, i TSV non sono da considerare solo i dispositivi meccanici ma i trattamenti di carattere anche farmacologico o assistenziale dalla cui sospensione consegue, anche in tempi non rapidi, la morte del paziente. Inoltre, si richiama che una interpretazione restrittiva dei TSV sarebbe discriminatoria, come nel caso di pazienti oncologici terminali non dipendenti da un dispositivo meccanico, e paradossale perché per accedere al suicidio medicalmente assistito un paziente dovrebbe chiedere di essere attaccato a un dispositivo che rifiuta dal momento che – data la sua condizione ormai giunta alla fine della vita – non ne ha bisogno.

