

Editoriale

Il suicidio assistito degli italiani in Svizzera e il silenzio della psichiatria

The assisted suicide of Italians in Switzerland and the silence of psychiatry

GIUSEPPE BERSANI^{1*}, RAFFAELLA RINALDI², ANGELA IANNITELLI³

*E-mail: giuseppe.bersani@uniroma1.it

¹Dipartimento di Scienze e Biotecnologie Medico-chirurgiche, Sapienza Università di Roma

²Dipartimento di Scienze Anatomiche, Istologiche, Medico-legali e dell'Apparato Locomotore, Sapienza Università di Roma

³Dipartimento di Neuroscienze Umane, Sapienza Università di Roma

RIASSUNTO. Il dibattito sulla risposta da dare alle diverse forme di richiesta di morte ha assunto ormai da molti anni una dimensione estremamente ampia nell'opinione pubblica del mondo occidentale e si richiama evidentemente a posizioni di principio spesso assai diversificate, quando non del tutto contrapposte. Ma al di là delle posizioni culturali, politiche o di principio, un ulteriore elemento critico, spesso sottovalutato o non considerato, riguarda la capacità di una persona di formulare in modo valido il consenso informato alla richiesta di morte, sulla base degli stessi criteri della validità del consenso informato a qualunque atto medico. Questo assume un particolare rilievo nel caso del suicidio assistito. Il suicidio assistito rappresenta un fenomeno in netta crescita nel mondo occidentale. Legale in molte nazioni, in Svizzera è consentito anche a cittadini stranieri, alimentando così il cosiddetto "turismo del suicidio". Oltre a malattie neoplastiche e neurologiche disabilitanti, anche la depressione è stata accettata come malattia che rende possibile il suicidio assistito. Questo impone considerazioni cliniche ed etiche profonde, poiché la depressione è unanimemente riconosciuta come una malattia curabile e perché essa nelle sue forme più gravi, quali quelle in cui domina l'ideazione suicidaria, può compromettere la capacità del paziente di esprimere un consenso valido a qualunque atto medico, incluso naturalmente il suicidio assistito. Inoltre, viene spesso trascurato il fatto che ogni malattia somatica grave e invalidante, fonte di intensa e cronica sofferenza, comporta il rischio molto elevato di insorgenza di condizioni depressive non riconosciute, in grado a loro volta di influenzare negativamente la capacità di esprimere un valido consenso. Davanti a tale situazione, che ha coinvolto negli ultimi anni un numero elevato anche di cittadini italiani, appare assolutamente carente la voce della psichiatria, che contrappone il suo silenzio alle opinioni di chi non vuole tenere conto delle sue potenzialmente fondamentali considerazioni.

PAROLE CHIAVE: morte assistita, depressione, eutanasia, suicidio, suicidio assistito.

SUMMARY. The debate on different forms of request of death has taken on a broad dimension in public opinion over last years, often referring on profoundly differentiated and often opposing positions of principle. Beyond cultural, political or ideal positions, a further critical issue, often underestimated or quite not considered, concerns a person's ability to express a valid consent to the request of death, according to the same criteria of validity of the informed consent to any medical act. This assumes particular importance in the case of assisted suicide. Assisted suicide represents a phenomenon in sharp growth in Western world. It is legal in many nations, and in Switzerland it is also allowed for foreign citizens, thus increasing the phenomenon of the so-called "tourism of suicide". In addition to neoplastic and neurological diseases, depression has also been accepted as a disease that makes assisted suicide possible. This imposes profound clinical and ethical considerations, since depression is unanimously recognized as a treatable disease and since in its most serious forms, such as those in which suicidal ideation dominates, it can compromise the patient's ability to express a valid consent to any medical act, including the assisted suicide. Furthermore, it is often overlooked that any serious and disabling somatic disease, source of intense and chronic suffering, carries the very high risk of the onset of unrecognized depressive conditions, able in turn to negatively influence the ability to express valid consent. Faced with this situation, which has involved a large number of Italian citizens in recent years, the personal and official voice of psychiatry is absolutely lacking, contrasting its silence with the opinions of those who do not want to take into account its potentially fundamental considerations.

KEY WORDS: assisted dying, depression, euthanasia, suicide, assisted suicide.

Non esistono, naturalmente, statistiche ufficiali, ma le informazioni disponibili indicano con certezza che sono diverse centinaia, secondo stime assolutamente prudenti, i cittadini italiani che hanno negli ultimi anni richiesto e ottenuto il suicidio assistito in Svizzera, con una netta tendenza all'aumento nel periodo recente. Si tratta di dati sparsi, ricavati per

lo più da informazioni in internet rispetto a singoli casi o anche da diffusione di dati reali da parte delle agenzie coinvolte nell'organizzazione delle procedure. Per quanto quindi soggetto ad aspetti di parziale indefinitezza nella sua quantificazione, si tratta di un fenomeno incontrovertibile, che riporta in prima linea il dibattito sulle implicazioni etiche e de-

ontologiche del fine vita, ma che dovrebbe anche aprire le porte di una riflessione strettamente clinica, all'interno della quale gli psichiatri avrebbero titolo per ricoprire una posizione di primo piano.

Il dibattito sulla risposta da dare alle diverse forme di richiesta di morte (richiesta di non interferenza nell'azione suicidaria, disposizioni anticipate di trattamento comportanti il rifiuto dell'assistenza medica in caso di malattia o condizione potenzialmente mortale, eutanasia, suicidio assistito) ha assunto ormai da molti anni una dimensione estremamente ampia nell'opinione pubblica del mondo occidentale e si richiama evidentemente a posizioni di principio spesso assai diversificate, quando non del tutto contrapposte, relative alla visione su disponibilità o non disponibilità della vita, sacralità o meno della vita stessa, confronto tra visioni etiche ideali e principio di autodeterminazione, ecc.

Ma al di là delle posizioni culturali, politiche o di principio che alimentano il dibattito, che non rientrano tra gli obiettivi della presente riflessione, un ulteriore elemento critico, spesso sottovalutato quando non del tutto non considerato, riguarda la capacità di una persona di formulare in modo valido la richiesta di morte, riservando a tale capacità gli stessi criteri che sono alla base della validità del consenso informato a qualunque atto medico, cioè informazione, libertà e revocabilità. Si tratta di un elemento che dovrebbe assumere un valore ancora maggiore rispetto alla richiesta di un atto, come il suicidio, che nell'accezione più diffusa è ancora connotato in senso fortemente patologico.

Il suicidio assistito, cioè l'aiuto "medico" a procurarsi la morte, rappresenta una realtà da tempo legale in diversi Paesi europei, oltre che nordamericani e altri. In particolare, il suicidio assistito è legale in Svizzera, Germania, Spagna, Olanda e Belgio. In queste ultime due nazioni esso è consentito anche nel caso di minori, con l'autorizzazione dei genitori. La Svizzera, tuttavia, costituisce l'unico caso in cui il suicidio assistito è consentito anche per persone straniere, e per questo motivo è divenuta il centro europeo del cosiddetto, molto cinicamente, "turismo del suicidio". Da oltre 20 anni, diverse associazioni reclutano in tutta Europa, ricevendone direttamente il contatto, soggetti che richiedono il suicidio. Non esistono casistiche ufficiali, ma sono certamente migliaia le persone accompagnate nel loro iter verso la morte in contesto medico in Svizzera. Il numero più elevato tra i richiedenti non svizzeri proviene dalla Germania, ma, come già detto, verosimilmente almeno centinaia di cittadini italiani hanno ottenuto l'aiuto richiesto. Ufficialmente il criterio di ammissione alla procedura è sempre quello dell'esistenza di una malattia grave ed incurabile, fonte di intensa sofferenza fisica e psicologica; tra le malattie da cui sono più spesso affetti i richiedenti prevalgono le malattie neoplastiche di varia natura e quelle neurologiche disabilitanti, quali la sclerosi laterale amiotrofica e la sclerosi multipla. Ma anche la depressione viene di fatto considerata una condizione morbosa in grado di consentire l'accettazione della richiesta. Il paziente, dopo una valutazione dei criteri di ammissibilità, deve esprimere il suo consenso informato, essendo considerato capace di esprimerlo. Dopo la selezione e il ricovero in "cliniche" deputate a tale attività, spesso in località tranquille e amene, al "paziente" viene fornito da un medico il "cocktail" farmacologico, a base di barbiturici più o meno associati ad altre sostanze, che egli deve assumere autonomamente, per quanto e secondo le modalità consentite dalla propria

condizione fisica. Il decesso viene comunicato all'autorità sanitaria e successivamente ai familiari per la riconsegna della salma.

Tutto avviene in un contesto assolutamente "medico" e come "atto medico" viene di fatto connotata tutta la procedura. Questa si svolge esclusivamente in strutture private e il suo costo ammonta, con un certo grado di variabilità in rapporto a singole situazioni, a diverse migliaia di euro. Tutto viene descritto svolgersi in modo sereno, quando non idilliaco. Nel manuale in rete della più importante tra le associazioni attive nel campo si legge: «Nello stesso periodo [l'associazione] ha aiutato più di 1700 persone a cessare volontariamente la propria vita in modo dolce, sicuro e spesso in presenza dei propri familiari e/o amici».

Di fatto, l'unica volontà che viene rispettata è quella del richiedente il suicidio.

Il fenomeno riguarda da vicino anche l'Italia, per l'elevato numero di persone che hanno contribuito e continuamente contribuiscono al potenziamento della realtà del "turismo del suicidio", ma esso è quasi sempre sotterraneo, non soggetto a riconoscimento o a casistiche ufficiali, assurdo alla dimensione di notizia pubblica e al conseguente dibattito solo nei casi di personaggi noti od oggetto di controversia rispetto alle situazioni precedenti e accompagnati al suicidio assistito.

Eppure, anche prescindendo, come già detto, da un giudizio strettamente etico sulla liceità o meno del suicidio, subordinato a punti di vista etici, religiosi, culturali, individuali, una serie di interrogativi inerenti il campo della bioetica si impongono a una valutazione obiettiva del fenomeno¹.

E una serie di interrogativi di natura clinica, oltre che etica, richiederebbero un'esplicita riflessione, tuttora assente, da parte delle voci ufficiali della psichiatria. In primo luogo, quello sull'accompagnamento al suicidio dei pazienti depressi.

Il suicidio è ancora di per sé in assoluto considerato un atto espressivo di gravissima sofferenza psichica, spesso di grave malattia mentale, e in quanto tale oggetto di trattamenti, di prevenzione individuale e sociale, ecc. L'associazione tra grave depressione e rischio di suicidio rappresenta un dato inoppugnabile, tale da giustificare, nella realtà clinica ordinaria, interventi terapeutici anche intensi e, se necessario, anche contrari alla volontà stessa del paziente. Tale ottica, unanimemente condivisa in tutta la cultura medica e nell'opinione pubblica internazionale, è anche clinicamente fondata in modo assoluto sul fatto che l'ideazione suicidaria che accompagna la depressione regredisce spesso in modo completo insieme alla depressione stessa, malattia grave ma nella grandissima maggioranza dei casi soggetta a regressione o a vera "guarigione", anche in rapporto all'elevata efficacia dei trattamenti terapeutici e preventivi disponibili.

Perché quindi un atto di cui è inequivocabilmente riconosciuta la natura patologica deve essere considerato accettabile quando richiesto nell'ambito di una procedura di suicidio assistito? La depressione è notoriamente una condizione curabile, anche nei casi che raggiungono l'apice della gravità e della sofferenza. Il concetto di "depressione resistente" è indefinito, spesso legato a situazioni contingenti di insufficiente efficacia dei trattamenti effettuati rispetto al singolo caso interessato. D'altro lato, il sentimento dell'incurabilità e della mancanza di prospettive future costituisce parte integrante del quadro psicopatologico del soggetto depresso e

Il suicidio assistito degli italiani in Svizzera e il silenzio della psichiatria

viene nella realtà clinica unanimemente considerato un elemento a favore dell'effettuazione delle terapie, non della rinuncia a esse. La speranza, spesso assente o estremamente affievolita nelle persone depresse, possiede di per sé una valenza terapeutica intrinseca e la condivisione della rinuncia a essa, implicita nell'accettazione della richiesta di morte, contribuisce a togliere al malato un'importante potenzialità di recupero del perduto slancio vitale. Sono noti casi di persone depresse che hanno ottenuto il suicidio assistito in Svizzera, ma si è prevalentemente trattato, almeno in quelli arrivati a livello di conoscenza pubblica, di soggetti non curati o comunque rifiutanti gli interventi terapeutici adeguati al loro caso. Si tratta di una contraddizione clinica ed etica gravissima che, se non attentamente focalizzata, potrebbe nel tempo condurre a una progressiva riduzione della considerazione del rischio di suicidio come manifestazione patologica estrema della depressione, così da ridurre il livello di attenzione e di strategie preventive, con tutte le possibili conseguenze drammatiche di tale cambiamento².

Ma addirittura al di là della diagnosi di depressione, più o meno correttamente formulata o non formulata, la cronaca riporta non infrequentemente casi di persone che hanno attivato le procedure del suicidio assistito motivate da spinte psichiche conseguenti a diagnosi di patologie terminali, che tuttavia venivano smentite alle successive indagini autoptiche. Utile in proposito citare i risultati di una "review"³ secondo la quale su 69 casi di autopsie effettuate dopo la messa in atto di un suicidio assistito, solo il 25% di essi presentava una condizione di malattia realmente terminale. Ma è ancora più allarmante il dato descritto nel lavoro quando si fa riferimento a 5 casi nei quali nessuna diagnosi di patologia significativa era risultata alla successiva indagine anatomo-patologica.

Il riscontro di tali evidenze, peraltro, non è così remoto come potrebbe apparire. In Italia ha avuto un'ampia risonanza in internet il caso di un magistrato, dell'età di 62 anni, il quale, dopo aver ricevuto una diagnosi di una patologia incurabile (con tutti i suoi effetti sullo psichismo del soggetto), si era rivolto, in assoluta autonomia, a una clinica della "dolce morte" in Svizzera e qui aveva posto fine ai suoi giorni. Il tutto senza sapere che alla base della scelta irreversibile vi era una errata diagnosi ricevuta dai sanitari italiani, acriticamente accolta dai sanitari svizzeri. Solo il dato autoptico, che tra l'altro non è previsto in queste fattispecie (e che nel caso specifico era stato richiesto dai familiari), di fatto, aveva potuto chiarire la realtà clinica del caso.

Un analogo ragionamento può naturalmente essere esteso ad altre forme di sofferenza mentale conclamata, quali disturbi di natura psicotica, quadri iniziali o avanzati di demenza o altri, forse anche maggiormente caratterizzati sul piano clinico dalla condizione della cronicità, oltre che dalle logiche riserve sull'adeguata capacità di esprimere un consenso valido. A tale considerazione, che appare semplicemente ovvia sul piano clinico, deontologico, etico e medico-legale, dovrebbe essere attribuito un peso adeguato tra i criteri di valutazione in fase di accettazione della richiesta di suicidio assistito⁴.

In tutti i casi in cui esista una sofferenza mentale grave e riconosciuta esiste in modo logico e inequivocabile il rischio gravissimo di una riduzione della capacità di esprimere un consenso valido all'"atto medico" del suicidio assistito. Per gli stessi criteri clinici per cui a un paziente psichiatrico vie-

ne in molte situazioni riconosciuta una capacità grandemente o del tutto scemata di esprimere o rifiutare un consenso a un atto medico, tanto da potere essere legalmente sottoposto a trattamenti anche contro la sua volontà, dovrebbe essere attentamente considerata la possibilità che la condizione psicopatologica, sia di natura depressiva che di altra natura, a causa della quale un soggetto richiede il suicidio assistito, sia di per sé di gravità tale, confermata dalla richiesta stessa del suicidio, da influire negativamente sulla capacità di esprimere in modo valido il consenso a esso^{5,6}.

Questa riflessione, in secondo luogo, introduce un ulteriore aspetto critico relativo all'accettazione della richiesta di aiuto a morire da parte di persone affette da malattie somatiche croniche e invalidanti, causa di per sé di grave sofferenza sia fisica che mentale, anche se non formalmente diagnosticate come "deprese".

Ogni malattia fisica comporta inevitabilmente una quota di sofferenza emotiva e affettiva. Tale sofferenza si incrementa nella sua intensità in progressione parallela alla sofferenza indotta dalla patologia somatica e soprattutto all'esperienza di perdita della salute e della validità fisica, di riduzione o perdita completa dell'autonomia, dell'accorciamento delle prospettive di vita, della consapevolezza del peso rappresentato per i propri familiari, ecc. Anche se esiste naturalmente la possibilità di un'accettazione dello stato di sofferenza, prevalentemente sulla base dell'adesione a principi ideali o religiosi o semplicemente sulla base di forti capacità individuali di resilienza, si tratta in generale di situazioni psicologiche che inevitabilmente, in misura maggiore o minore, caratterizzano il quadro affettivo del soggetto fisicamente malato e che lo connotano in senso specificamente depressivo.

È purtroppo facile valutare l'ipotesi che molti dei pazienti che richiedono il suicidio assistito in seguito a malattie somatiche croniche, fonte di gravi o gravissime invalidità e sofferenze, particolarmente malattie di natura neurologica degenerativa, possano essere motivati nella loro richiesta di fine vita da una condizione affettiva di natura depressiva, non riconosciuta nella sua valenza clinica in quanto "comprensibile" in rapporto alla malattia somatica, ma potenzialmente di severità tale da rendere applicabili le stesse riflessioni sulla riduzione o esclusione della validità del consenso espresso all'"atto medico" del suicidio assistito, già discusse nel caso di richiesta da parte di pazienti affetti da forme primitive di depressione⁷.

È assolutamente necessario ricordare, anche se sembrerebbe superfluo (ma la realtà indica che purtroppo non lo è), che ogni forma di sofferenza psichica, strutturata o meno in condizioni cliniche definite, comporta in modo lineare una riduzione della libertà della persona affetta. Senza entrare nel merito delle infinite possibilità di situazioni psicopatologiche individuali, sia capacità di comprendere sia, ancora di più, libertà di agire, due condizioni essenziali per la validità di un consenso, sono sempre potenzialmente compromesse dalla severità della sofferenza psichica.

Sembrirebbe ovvio considerare, ma la realtà si dimostra molto diversa, che davanti alla richiesta di morte di una persona malata, in modo del tutto indipendente da valutazioni etiche personali intrinseche alla formulazione o all'accettazione della richiesta stessa, come già ricordato soggette a valutazioni etiche, culturali, religiose individuali e autonome, sarebbe logico, deontologico e clinicamente fondato prefiggersi il

Bersani G, et al.

primo obiettivo di aiutare il malato nel recupero, nella misura possibile, della libertà di scelta, inevitabilmente compromessa dalla stessa natura depressiva della malattia o dalla reazione depressiva alla malattia, mediante tutti gli interventi e i trattamenti potenzialmente utili. La riduzione della sofferenza psicopatologica dovrebbe rappresentare una condizione essenziale per il malato per una possibile riconsiderazione della sua richiesta, una volta influenzata in misura minore dalla sofferenza mentale, in una capacità quindi di esprimere un consenso più valido in rapporto al recupero della libertà della sua espressione. Il recupero della libertà di scelta, compromessa dalla sofferenza, dovrebbe rappresentare un obiettivo primario di ogni terapia, tale da rimettere il paziente in condizioni di esercitare in modo valido la propria autodeterminazione rispetto alla richiesta o meno di fine vita.

Davanti a questa situazione, in Italia come in altre nazioni, che vede comunque l'ampliamento del fenomeno del suicidio assistito parallelamente alla riduzione della riflessione critica sulle sue implicazioni etiche e cliniche, in un contesto decisionale in cui sembrerebbe potere svolgere un ruolo centrale di valutazione e di considerazioni concettuali e operative, la voce degli psichiatri è praticamente assente.

La letteratura scientifica psichiatrica internazionale sul suicidio assistito è povera, l'opinione degli psichiatri non viene ricercata, la sua influenza è comunque estremamente debole nell'ambito del dibattito etico e culturale e nelle ripercussioni di questo sull'opinione pubblica. Di fatto, la psichiatria, intesa come la quasi totalità delle voci dei singoli psichiatri e delle loro società scientifiche, sembra esprimere la rinuncia, o il timore culturale o "politico" o l'incertezza etica,

a pronunziarsi su un tema su cui potrebbe invece esprimere riflessioni assolutamente obiettive e decisive.

Di fronte a un fenomeno che chiamerebbe direttamente in causa la sua competenza e la sua responsabilità, il silenzio della psichiatria fa da contrappunto al coro delle voci e delle opinioni di chi non vuole ascoltare le sue possibili e potenzialmente fondamentali considerazioni.

BIBLIOGRAFIA

1. Biondi M, Iannitelli A, Ferracuti S. Sull'imprevedibilità del suicidio. *Riv Psichiatr* 2016; 51: 167-71.
2. Blikshavn T, Husum TL, Magelssen M. Four Reasons why assisted dying should not be offered for depression. *J Bioeth Inq* 2017; 14: 151-7.
3. Roscoe LA, Malphurs JE, Dragovic LJ, Cohen D. Dr. Jack Kevorkian and cases of euthanasia in Oakland County, Michigan, 1990-1998. *N Engl J Med* 2000; 343: 1735-6.
4. Diehl-Schmid J, Jox R, Gauthier S, et al. Suicide and assisted dying in dementia: what we know and what we need to know. A narrative literature review. *Int Psychogeriatr* 2017; 29: 1247-59.
5. Miller FG, Appelbaum PS. Physician-assisted death for psychiatric patients. *Misguided Public Policy*. *N Engl J Med* 2018; 378: 883-5.
6. Vandenberghe J. Physician-assisted suicide and psychiatric illness. *N Engl J Med* 2018; 378: 885-7.
7. Bersani G. Malattia, desiderio di morte e depressione: la necessità di valutazione clinica e di riflessione etica sul confine tra diritto di scelta e diritto alla cura. *Medicina e Morale* 2011; 6: 1-12.