



Istituto Cattaneo

Dati e analisi per capire l'Italia che cambia

ANALISI | 9 gennaio 2022

Suicidio assistito ed eutanasia

Lezioni da nove paesi e da trent'anni di applicazione

DI

ASHER D. COLOMBO

INFORMAZIONI E CONTATTI MEDIA

Prof. Asher D. Colombo, Presidente | Prof. Salvatore Vassallo, Direttore

+39 351 7851 417 | istitutocattaneo@cattaneo.org | www.cattaneo.org

Istituto Carlo Cattaneo

L'Istituto di studi e ricerche Carlo Cattaneo è sorto nel gennaio 1965, raccogliendo l'eredità dell'Associazione di cultura e politica "Carlo Cattaneo" costituita nel 1956. Il 15 maggio 1986, con decreto del Presidente della Repubblica, è stato riconosciuto come Fondazione di ricerca Istituto Carlo Cattaneo ed eretto in ente morale, senza fini di lucro. Promuovere attività di ricerca, editoriali e di formazione sull'Italia contemporanea, con particolare riferimento ai fenomeni politici, sociali, culturali ed economici, al funzionamento delle istituzioni, all'esercizio delle libertà collettive e individuali costituzionalmente garantite. Preoccupazione primaria della Fondazione è l'attenzione ai dati empirici analizzati in base ai migliori standard metodologici consolidati in campo scientifico ed al tempo stesso la divulgazione dei dati e delle ricerche presso un pubblico non accademico, nella convinzione che la diffusione di tali conoscenze sia un fattore di sviluppo democratico e di vigore per la vita civile.

Strada Maggiore, 37 – 40125 Bologna

© Istituto Carlo Cattaneo

Suicidio assistito ed eutanasia

Lezioni da nove paesi e da trent'anni di applicazione

Il dibattito sulle varie forme di Morte Medicalmente Assistita (Suicidio Assistito e Eutanasia) si sta sviluppando prevalentemente nell'ambito etico e in quello giuridico, con posizioni progressivamente sempre più polarizzate. Poco invece si sa su quali siano stati gli effetti della depenalizzazione e della legalizzazione che sono state introdotte in alcuni paesi europei e americani. – L'analisi dei dati disponibili sull'andamento dei suicidi assistiti e dell'eutanasia rivela due aspetti, uno relativo alle dimensioni del fenomeno, l'altro relativo alla sua dinamica. Per quanto riguarda l'incidenza delle morti assistite, i dati mostrano livelli di eterogeneità tutt'altro che trascurabili. È plausibile che queste differenze dipendano dal diverso grado di disapprovazione della pratica nelle opinioni pubbliche. Per quanto riguarda l'andamento del fenomeno, invece, sono tre gli aspetti più rilevanti. Il primo è che in tutti i paesi in cui eutanasia o suicidio assistito sono stati depenalizzati o legalizzati, si è registrata una crescita nel tempo dei livelli di ricorso a queste procedure. Questa è variata, in media, tra l'8% e il 16% annuo a seconda del periodo e del paese, ma è la Svizzera il paese in cui è stata più elevata. Il secondo è che in nessuno di questi paesi si sono visti segni di interruzione o di rallentamento anche a trent'anni di distanza. Il terzo è che la crescita non sempre è stata lineare. Ad aumentare, infatti, non è solo il numero di morti assistite sul totale, ma anche il tasso di incremento annuo.

1. La svolta

Il 25 Settembre 2019 la Corte Costituzionale metteva sostanzialmente la parola fine alla vicenda del processo nei confronti di Marco Cappato, tesoriere dell'associazione Luca Coscioni, impegnata a favore dell'introduzione in Italia dell'eutanasia legale. L'accusa si basava sull'aiuto fornito dall'attivista a Fabiano Antoniani, noto come DJ Fabo che, in seguito a un incidente stradale, era rimasto tetraplegico e non vedente. Come è noto, nel 2017 Cappato aveva materialmente accompagnato DJ Fabo da Milano alla clinica Dignitas di Zurigo dove l'uomo aveva potuto accedere alla morte medicalmente assistita, non disponibile in Italia.

La sentenza della Corte riguardava l'articolo 580 del codice penale relativo al cosiddetto "omicidio del consenziente", che punisce con pene comprese tra i 5 e i 12 anni, «l'istigazione o l'aiuto al suicidio». La Corte indicava quattro criteri che escludevano la punibilità: che la patologia dovesse essere irreversibile, che dovesse essere causa di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che il paziente visse solo ed esclusivamente grazie a trattamenti o apparati di sostegno vitale senza i quali non potrebbe sopravvivere, che lo stesso paziente fosse in grado di prendere una decisione autonoma, libera e consapevole¹. La Corte concludeva auspicando "un indispensabile intervento del legislatore" che tenesse conto dei paletti indicati. E proprio a questi fa riferimento, con alcune modifiche, l'attuale proposta di legge la cui discussione e votazione in Parlamento è prevista per febbraio 2022. Alimentato anche da una concomitante proposta di referendum abrogativo dell'intera norma del Codice penale relativa all'omicidio del consenziente - che probabilmente aprirebbe la strada non solo al suicidio assistito, ma anche all'eutanasia legale volontaria e collocherebbe l'Italia ai primi posti, se non al primo, in termini di livello di "apertura" all'eutanasia² - ne è nato un dibattito piuttosto acceso e decisamente polarizzato. Le argomentazioni si sono mosse prevalentemente all'interno di due posizioni antitetiche. Entrambe ricalcano quelle emerse in contesti in cui questo dibattito si era già svolto in precedenza.

La prima, contraria all'introduzione di norme sull'eutanasia e sul suicidio assistito, solitamente pone al centro un argomento etico, si appella al valore intrinseco della vita umana e considera inaccettabile l'idea che possa essere consentito porvi fine deliberatamente. È questa la posizione difesa in primo luogo dalla Chiesa Cattolica³. A questa si accompagna, poi, il sospetto che suicidio assistito e eutanasia possano costituire mezzi per la soppressione di vite il cui mantenimento appare particolarmente oneroso in termini economici o organizzativi per chi resta, si tratti della collettività o dei familiari. Si paventa il rischio che le morti medicalmente assistite possano offrire scorciatoie comode, quando non fortemente incentivate, per chi si trova

nelle condizioni di non poter sostenere finanziariamente trattamenti di sostegno vitale prolungati. Si teme, di conseguenza, che l'apertura di questo canale di gestione del fine vita possa avviare una crescita virtualmente indefinita del ricorso alla morte assistita per tutti i casi di vite "onerose" per la collettività. Una dinamica che rischierebbe di produrre effetti particolarmente marcati tra gli appartenenti agli strati più svantaggiati. È la tesi del "piano inclinato" o, come spesso viene chiamata con l'espressione inglese, della "slippery slope" (Verbakel and Jaspers, 2010).

La posizione opposta, invece, auspica l'istituzione del suicidio assistito, dell'eutanasia, o di entrambe, e colloca al centro del proprio interesse un argomento giuridico, quello relativo al rispetto del diritto individuale all'autonomia. Si afferma che ai pazienti soggetti a sofferenze vissute come intollerabili debba essere concessa ogni opportunità di scegliere, determinare e controllare con pienezza tempo, luogo e modalità della propria morte. In quest'ottica la morte assistita è intesa come un diritto umano fondamentale. È forse il caso più evidente di quella che un sociologo britannico ha definito l'affermazione di un modello di morte "a modo mio", radicato nel concetto di scelta (Walter, 2002). A questa posizione si accompagna, poi, l'idea che la morte debba essere vissuta "con dignità" e che proprio questa caratteristica manchi in un'epoca in cui all'allungamento della durata della vita non sempre corrisponde un corrispondente miglioramento della sua qualità, in particolare nel suo ultimo tratto, quello a sempre più spesso si fa riferimento con il termine "fine vita". Non a caso la parola "dignità" compare tanto nei nomi delle principali cliniche del suicidio svizzere, quanto nei titoli di buona parte delle leggi a favore del suicidio assistito adottate in alcuni stati Usa, che prendono il nome di "Death with Dignity Act" (è questo, fra gli altri, il caso di Oregon, Washington, Maine, District of Columbia). E la parola "scelta" compare, invece, nelle leggi approvate nel Vermont e nello stato delle Hawaii.

Pur essendo radicalmente opposte, e anzi decisamente contrapposte, queste due posizioni condividono però un elemento. Entrambe contribuiscono a collocare il dibattito su Eutanasia e Suicidio assistito nel campo di valori non negoziabili, quello dei diritti individuali e della sfera etica (Verbakel and Jaspers, 2010). Vi trovano cittadinanza riferimenti a valori fondamentali, principi religiosi, ai fondamenti della civiltà giuridica. **Il dibattito, quindi, tende a spostarsi su un piano in cui si contrappongono posizioni programmaticamente inconciliabili**, che lascia sullo sfondo, quando non vi rinuncia completamente, la possibilità di sottoporre a verifica empirica almeno parte delle argomentazioni avanzate dai sostenitori dell'una e dell'altra. Tale verifica deve necessariamente partire dalla analisi delle conseguenze che l'introduzione di una legislazione che depenalizza, o che legalizza, suicidio assistito e eutanasia ha prodotto.

Nelle pagine che seguono saranno ricostruiti, sulla base dei dati più affidabili disponibili al momento e di analisi rigorose, i modi in cui si sono affermate le varie forme di morte medicalmente assistita fin qui introdotte in alcuni paesi, le dimensioni che il fenomeno ha assunto e il suo andamento nel tempo, nella speranza di contribuire a spostare il dibattito dal campo delle opinioni a quello della valutazione basata su fatti accertabili.

2. *Il ruolo delle opinioni pubbliche*

A oggi sono nove i paesi che hanno introdotto norme che consentono una o più forme di Morte medicalmente assistita, che vanno dal suicidio assistito all'eutanasia. Sei sono in Europa: Svizzera (dove la depenalizzazione del suicidio assistito risale al 1942, e dove dal 1982 opera la prima “clinica del suicidio”), Belgio (dal 2002), Paesi Bassi (dal 2011, ma preceduto da oltre un decennio di depenalizzazione di fatto), Lussemburgo (dal 2009), Germania (dal 2015), Spagna (dal 2021). Tre sono nelle Americhe: la Colombia (dal 1997), il Canada (dal 2016) e dieci stati Usa: Oregon (il primo a introdurre la legalizzazione nel 1998), California, Washington, Vermont, Colorado, District of Columbia, New Jersey, Hawaii, Maine, New Mexico a cui si può, secondo alcuni osservatori, aggiungere il Montana che ha depenalizzato l'aiuto al suicidio per via giudiziaria nel 2009⁴. Per alcuni di questi paesi sono disponibili dati che consentono una prima grossolana valutazione delle dimensioni e dell'andamento nel tempo delle morti medicalmente assistite.

Nelle pagine che seguono il termine “morte medicalmente assistita” o semplicemente “morte assistita” viene utilizzato per fare riferimento al complesso dei “suicidi medicalmente assistito”, e dei casi di eutanasia, volontaria o non volontaria⁵.

Con tutte le cautele da osservare nell'utilizzo di dati provenienti da fonti diverse (per le quali si rimanda alla nota metodologica in calce al rapporto), la tab. 1 rivela una notevole variabilità nei livelli di ricorso alla morte assistita nei paesi in cui questa è ammessa. Si consideri il numero di morti medicalmente assistite sul totale dei decessi (tasso di morti assistite) a partire dall'anno della sua introduzione. Questo valore è indicato nell'ultima riga della stessa tabella 1. I valori inferiori di questo indicatore si registrano negli Stati Usa e in Canada. I valori superiori in Europa, con l'eccezione del Lussemburgo, e in particolare in Olanda. Belgio e Svizzera⁶ si collocano a metà strada tra il pavimento costituito dagli stati americani, e il tetto olandese.

Tab. 1. *Morti medicalmente assistite per 1.000 decessi, valore medio assunto nel decennio in quattro paesi europei, in Canada, e in cinque stati Usa, 1998-2020*

| Periodo | Belgio (2002-2020) | Svizzera (1998-2018) | Olanda (2002-2019) | Lussemburgo (2009-2016) | Washington (2009-2018) | Oregon (1998-2020) | California (2016-2020) | Vermont (2017-2019) | Colorado (2017-2020) | Canada (2016-2017) |
|----------------------------|-----------------------|-------------------------|-----------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Anni '90 | | 0,8 | | | | 0,7 | | | | |
| Anni '00 | 4,2 | 3,2 | 15,1 | 0,3 | 0,7 | 1,3 | | | | |
| Anni '10 | 17,2 | 11,5 | 35,9 | 2,0 | 2,8 | 3,3 | 1,3 | 4,8 | 3,0 | 3,6 |
| Anni '20 | 19,3 | | | | | 6,1 | | | 3,3 | |
| Totale periodo considerato | 12,1 | 6,6 | 26,9 | 1,8 | 2,3 | 2,5 | 1,3 | 4,8 | 3,1 | 3,6 |

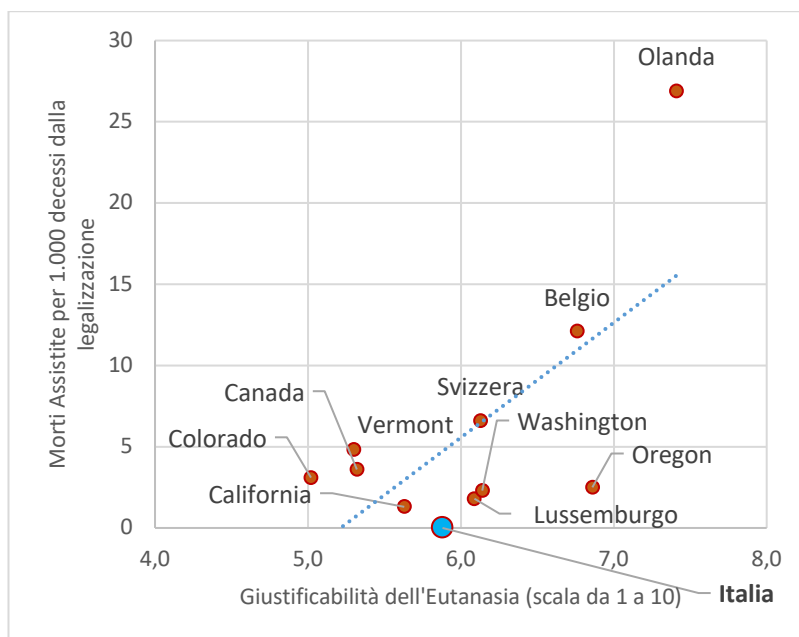
Fonte: Elaborazioni dell'Istituto Cattaneo su dati amministrativi; per i dettagli si rimanda alla nota metodologica. Con "Morti medicalmente assistite" si intende la somma dei Suicidi assistiti e dei casi di Eutanasia, dove sono presenti. Sotto il nome del paese, tra parentesi, è indicato il periodo per il quale sono disponibili i dati. Per il calcolo del tasso si rimanda alla nota metodologica in calce a questo rapporto.

Il divario tra i diversi paesi, in particolare al di qua e al di là dell'Oceano, è tutt'altro che trascurabile. Nel decennio appena trascorso, in Olanda, oltre il 3% del complesso dei decessi è attribuibile a qualche forma di morte medicalmente assistita. In Oregon e nello stato di Washington, invece, questa quota è stata al di sotto dello 0,4%. Dato che la stragrande maggioranza delle richieste di accesso alla morte medicalmente assistita riguarda tipicamente pazienti oncologici (in Olanda e in Oregon, casi sui quali sono disponibili i dati, oltre i due terzi del totale) è possibile presumere che il diverso grado di ricorso alle morti assistite sia riconducibile alla diversa incidenza dei tumori. Tuttavia il tasso standardizzato per età di decessi per tumore è massimo in Olanda (152,8 per 100 mila residenti nel 2017), stato di Washington (143,4 per 100 mila residenti nel 2019) e Oregon (145,0 per 100 mila residenti nel 2019), e minimo in Belgio (132,3 per 100 mila residenti nel 2017) e Svizzera (102,8 per 100 mila residenti nel 2017)⁷. **Non sembra quindi che le differenze nel ricorso alla morte medicalmente assistita possano essere ricondotte a divari nella diffusione dei tumori tra la popolazione.** Anzi, i due stati Usa, in cui l'incidenza dei tumori è comparativamente elevata, sono anche quelli in cui il ricorso alla morte medicalmente assistita è più contenuto. È ragionevole, invece, supporre che tali differenze debbano essere ricondotte a fattori diversi dalla diseguale distribuzione delle patologie.

Se in Olanda l'incidenza delle morti medicalmente assistite è superiore a quella di Svizzera e Belgio, e se l'incidenza delle morti assistite in questi paesi è superiore a quella che si registra nei due stati Usa menzionati, **questo sembra piuttosto riconducibile a differenze nei livelli di resistenza da parte delle opinioni pubbliche ad accettare l'idea che alla vita possa essere messa fine in base a una scelta deliberata**, sia essa di un individuo, di una famiglia, del personale medico, o anche di un'istituzione o di una qualche combinazione tra questi attori. Il grafico in fig. 1 prende in considerazione solo i paesi in cui la norma sul suicidio assistito o sull'eutanasia sia rimasta in vigore da un tempo sufficiente per consentire di valutarne le dimensioni e valuta la relazione tra l'incidenza delle morti medicalmente assistite e il grado di accettazione dell'eutanasia da parte delle opinioni pubbliche di quei paesi. Il grafico mostra che, almeno tra i casi (paesi e stati Usa) presi in considerazione per questa analisi, al crescere della disponibilità dei cittadini a definire giustificabile l'eutanasia, crescono le dimensioni del ricorso a questa procedura. Si tratta di una relazione che suggerisce il ruolo molto rilevante esercitato dai valori di riferimento della comunità, pur all'interno di uno spazio culturale caratterizzato già da livelli comparativamente elevati di accettazione dell'idea della morte medicalmente assistita, al di sotto dei quali la pratica difficilmente può essere legalizzata.

Nel grafico è stata inclusa anche l'Italia, limitatamente alla posizione rispetto al livello di accettazione dell'eutanasia. Questo risulta inferiore a quello registrato in Olanda, Belgio e Svizzera, e superiore a quello registrato nei cinque stati americani presi in considerazione.

Fig. 1. Morti medicalmente assistite per 1.000 decessi (valore medio di tutto il periodo in cui sono state eseguite) per paese secondo il livello di giustificabilità dell'eutanasia (World Values Survey, Wave 7, 2017-2020)



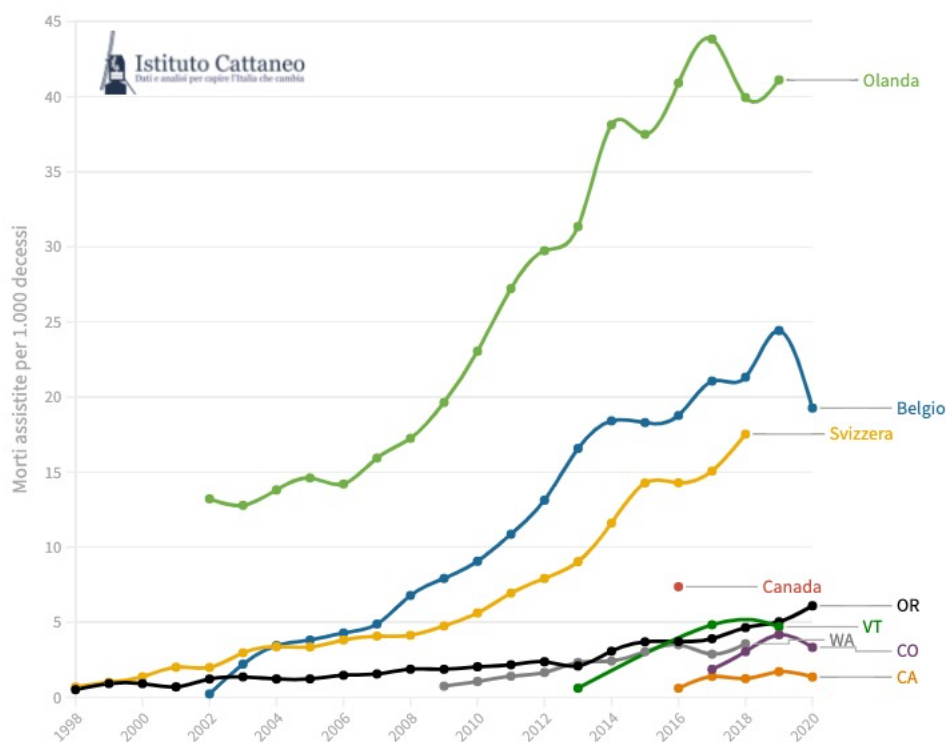
Fonte: Elaborazioni dell'Istituto Cattaneo su dati amministrativi; per i dettagli si rimanda alla nota metodologica. Con "Morti medicalmente assistite" si intende la somma dei Suicidi assistiti e dei casi di Eutanasia, dove sono presenti. Per il calcolo del tasso si rimanda alla nota metodologica in calce a questo rapporto. La domanda posta dalla WVS, Wave 7, era: "Per favore, mi dica per ciascuno dei seguenti comportamenti se Lei ritiene che sia sempre giustificato, mai giustificato o una via di mezzo, utilizzando la scala da 1 (mai giustificato) a 10 (sempre giustificato): Porre termine alla vita di un malato incurabile (eutanasia)". Il valore riportato sull'asse verticale è quello medio rilevato in ciascun paese o stato americano. Coefficiente di correlazione di Pearson per i dieci paesi tra tasso di morti assistite e livello di giustificabilità dell'eutanasia $r = 0,680$ ($N=10$).

3. *Le morti medicalmente assistite corrono lungo un piano inclinato?*

Il grafico in fig. 2 mostra il numero di morti medicalmente assistite per 1.000 decessi dal 1998 all'ultimo anno per il quale sono disponibili dati. Gli andamenti di questo indicatore piuttosto grossolano sono abbastanza chiari. In primo luogo i valori riprodotti nel

grafico confermano la già osservata esistenza di una rilevante eterogeneità nel ricorso alla morte medicalmente assistita tra questi paesi. Al netto del lieve calo del 2020 dovuto agli effetti della pandemia sui sistemi sanitari, che non ha evidentemente risparmiato anche le procedure di accesso alla morte medicalmente assistita, almeno in Belgio, i paesi europei hanno valori di gran lunga superiori a quelli che si registrano negli stati americani. In Svizzera e Belgio le morti medicalmente assistite, oggi, hanno superato l'1% del totale, in Olanda il 4%. Negli Stati americani e in Canada, invece, il valore rimane ben al di sotto dell'1%, e quasi sempre sotto lo 0,5%.

Fig. 2. *Morti medicalmente assistite (insieme di casi di suicidio assistito e di eutanasia) per 1.000 decessi in tre paesi europei, Canada e sei stati Usa, 1998-2020*



Fonte: si veda Fig. 1. Sigle degli stati Usa: CA=California, CO=Colorado, OR=Oregon, VT=Vermont, WA=Washington.

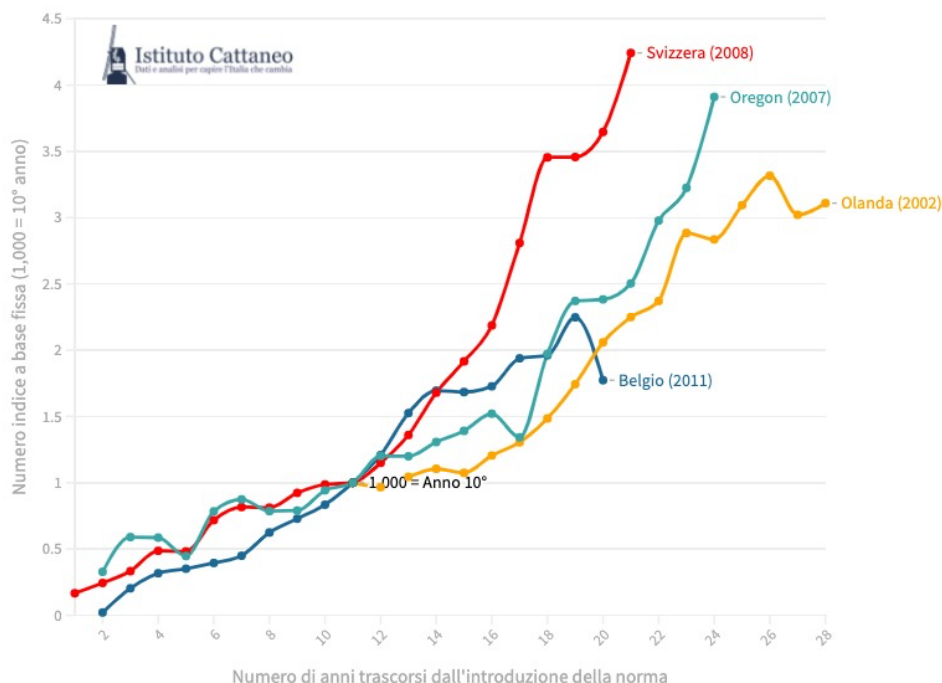
In secondo luogo, in tutti i paesi in cui qualche forma di morte medicalmente assistita è stata introdotta si è registrata una crescita nel tempo. I dati sembrano mostrare che, oltre alle dimensioni, anche la velocità di questa crescita possa essere stata molto diversa. L'osservazione va considerata con cautela però. In primo luogo, perché la rappresentazione del semplice andamento nel tempo non permette di tenere conto del diverso numero di anni trascorsi dall'introduzione della norma nei diversi paesi. Svizzera e Belgio

hanno, per esempio, iniziato prima della gran parte degli stati americani, ad eccezione dell'Oregon.

In secondo luogo, perché i valori di partenza sono molto diversi. L'Olanda presenta valori molto lontani da quelli di tutti gli altri paesi fin dal primo anno per il quale disponiamo di dati.

Per questa ragione è opportuno ridisegnare le serie temporali tenendo conto del diverso momento di introduzione della morte medicalmente assistita. È quello che fa il grafico in fig. 3. In questo caso l'andamento delle morti assistite non viene mostrato a partire da uno stesso anno, ma dal momento in cui la morte assistita è stata legalizzata, o depenalizzata. Questa scelta dipende soprattutto dalla necessità di comparare il caso olandese con gli altri. La legge olandese che legalizza eutanasia e suicidio assistito entra in vigore, infatti, nel 2002, ma già dalla fine del 1990 eutanasia volontaria e suicidio medicalmente assistito sono di fatto depenalizzati, quindi pienamente legali. Ed è confidando su questa depenalizzazione che medici, famiglie e pazienti prendono le proprie decisioni (Lewy, 2010:26-segg.). Di conseguenza il valore che il tasso di morti assistite sul totale dei decessi assume nel caso dell'Olanda appare, se comparato con gli altri, fuori scala fin dal primo anno. Di fatto, quando la legge entra in vigore, l'Olanda si trova nella situazione in cui gli altri paesi che hanno introdotto questa legislazione si troveranno solo dieci anni dopo la sua introduzione. Dato che non si hanno informazioni sul primo decennio di morti assistite in Olanda, perché si trattava di una depenalizzazione e non di una legalizzazione, si è scelto di far partire tutti i paesi dal decimo anno successivo alla legalizzazione, escludendo però dal computo il primo anno, in modo da ridurre il peso di variazioni eccessive dovute al fatto che il primo anno è spesso solo parzialmente coperto dagli effetti della norma, una circostanza che produce salti bruschi della misura nell'anno successivo.

Fig. 3. *Morti medicalmente assistite per 1.000 decessi in tre paesi europei e in uno stato Usa, 1991-2020; numeri indice a base fissa (1,000 = 10° anno dall'introduzione della depenalizzazione o della legalizzazione)*



Fonte: Elaborazioni dell'Istituto Cattaneo su dati amministrativi; per i dettagli si rimanda alla nota metodologica. Con "Morti medicalmente assistite" si intende la somma dei Suicidi assistiti e dei casi di Eutanasia, dove sono presenti. L'anno di introduzione della norma è indicato tra parentesi dopo il nome del paese considerato. Per il calcolo del tasso si rimanda alla nota metodologica in calce a questo rapporto.

L'analisi presentata nel grafico in fig. 3 conferma quanto visto finora, ma fornisce anche alcune ulteriori indicazioni importanti.

In tutti i paesi in cui la morte medicalmente assistita è stata introdotta si è registrata una crescita continua della sua incidenza sul totale dei decessi. Le dimensioni di questi incrementi sono ora misurabili. In tre paesi questa crescita si è attestata, nel secondo decennio in cui la legge è entrata in vigore o è avvenuta la depenalizzazione, attorno a un **valore medio annuo tra l'8% e l'11%**. Questo significa che a dieci anni dall'introduzione legale, ogni anno, l'incidenza delle morti assistite sul totale, rispetto all'anno precedente, è cresciuta dell'8,4% in Olanda, del 9,6% in Oregon, del 10,7% in Belgio. **Da questo tasso di crescita si è però notevolmente allontanata la Svizzera. In questo paese la crescita media annua nella decade considerata è stata decisamente più elevata, pari al 15,5%.** Il grafico mostra bene che tre paesi – Oregon, Olanda, Belgio – hanno proceduto quasi in parallelo, mentre l'andamento di

uno, la Svizzera, si è progressivamente sempre più divaricato rispetto a quello degli altri tre.

L'atteggiamento istituzionale potrebbe aver giocato un ruolo di rilievo. La Svizzera, per esempio, ha assunto un atteggiamento particolarmente aperto nei confronti delle richieste di suicidio assistito, come testimoniano l'elevata incidenza di pazienti provenienti da altri paesi, primo fra tutti la Germania, e come testimonia la diffusione di un atteggiamento culturale caratterizzato da un'enfasi marcata sull'autonomia del paziente e dall'affermazione di quella che è stata chiamata la "right-to-die mentality" (Lewy, 2010:153). Anche in Belgio variazioni nelle procedure potrebbero aver giocato un ruolo. In questo paese la lista di casi per i quali un paziente può richiedere l'accesso al suicidio assistito o all'eutanasia si è progressivamente estesa, come mostra la comparsa tra le motivazioni proposte nei moduli per giustificare la richiesta della motivazione, in precedenza assente, relativa alla "stanchezza di vivere". (Lerner and Caplan, 2015). Il tasso di crescita del Belgio è stato più alto di quello di Oregon e Olanda negli anni successivi al decimo dall'introduzione della norma.

Una seconda, più immediata, osservazione è che **nessuno dei paesi considerati ha mai interrotto la propria corsa**. Con l'eccezione di flessioni erratiche, in un solo caso di durata superiore a un solo anno (solo in Oregon la crescita si è interrotta per due anni, tra il 2004 e il 2005), i casi in cui la legge è stata introdotta da più tempo mostrano l'assenza di interruzioni della crescita ancora dopo tre decenni.

Infine, una terza osservazione è che, almeno nei casi dell'Olanda, della Svizzera e dell'Oregon, non in quello del Belgio, **l'aumento delle morti assistite sul totale dei decessi non sembra essere stato lineare**, ma si sia sviluppato in base a un tasso crescente nel tempo.

I dati non consentono, naturalmente, di stabilire se questa crescita sia riconducibile a una graduale semplificazione delle procedure a parità di domanda di accesso alla morte medicalmente assistita, a un progressivo rilassamento delle definizioni o dei criteri stessi di accesso, come paventano i sostenitori dell'ipotesi del piano inclinato, all'incremento della popolazione anziana⁸ o, ancora, a un processo che si autoalimenta dietro la spinta di un progressivo abbassamento delle resistenze a richiedere una pratica mano a mano che questa si diffonde e viene percepita come progressivamente meno disapprovata.

Appare sempre più chiara la necessità di disporre di analisi accurate di un fenomeno complesso, la cui conoscenza appare ancora decisamente molto lacunosa. Nessun paese interessato, per esempio, ha svolto analisi sistematiche e approfondite sull'ampia casistica che è andata accumulandosi, e anche la pubblicazione dei dati aggregati avviene con

modalità e tempi lasciati alla buona volontà delle singole amministrazioni (la Svizzera ha interrotto da qualche anno la pubblicazione dei dati), mentre manca un consenso sulla classificazione delle morti medicalmente assistite.

Anche se è lecito nutrire dubbi che possano davvero essere i fatti a indirizzare un dibattito etico o politico, tanto più se molto polarizzato come questo, è altrettanto chiaro che prendere posizione su un tema tanto controverso senza tenere conto dei fatti è decisamente poco auspicabile.

Come sono state fatte le analisi:

Per produrre le analisi presentate in questo studio, l'Istituto Cattaneo si è avvalso di molte fonti diverse. I dati relativi ai decessi per diverse forme di morte assistita vengono da rapporti pubblicati o dagli istituti nazionali di statistica (è il caso della Svizzera), o da istituzioni governative a cui è stato attribuito il compito di monitorare l'andamento del fenomeno e che pubblicano, a cadenza in genere annuale, un rapporto contenente, in genere scarse, informazioni statistiche sull'andamento dei casi di eutanasia e di suicidio assistito, a volte stratificati secondo alcune caratteristiche, come il sesso e l'età (è il caso del Belgio, dell'Olanda, del Lussemburgo): ((BFS), 2020; Regional Euthanasia Review Committees, 2020; CFCEE, 2020; (BFS), 2012; Centraal Bureau voor de Statistiek, 2003; Oregon Health Authority - Public Health Division, 1999; Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie, 2002). La scelta di pubblicare i dati in questa forma appare anomala se confrontata con i decessi dovuti ad altre cause, oggetto di distribuzione periodica nelle statistiche sulle cause di morte. la ragione di questa differenza è che il suicidio assistito e l'eutanasia non costituiscono categorie specifiche tra le cause di morte primarie o secondarie. Nessuna delle due compare, infatti, nella classificazione standard delle cause di morte (ICD-10). Nelle statistiche relative alle cause di morte i decessi dovuti a suicidio assistito o a eutanasia, tanto volontaria che non volontaria, sono rubricati sotto le cause per le quali è stata fatta la richiesta di accesso alla morte medicalmente assistita da parte del personale sanitario.

Il *tasso di morti assistite* (T.M.A.) è calcolato come

$$TMA_t = \frac{SMA_t + E_t}{D_t} \times 1.000$$

Dove:

TMA = Tasso di Morti Assistite

SMA = numero di suicidi medicalmente assistiti

E= numero di casi di eutanasia

D = numero di decessi totali

t = anno

Nota terminologica: La morte medicalmente assistita è **legalizzata** quando esistono norme positive che la consentono, è **depenalizzata** quando esistono norme che la vietano, ma si sceglie intenzionalmente e apertamente di non somministrare le punizioni previste.

L'indagine, le elaborazioni e la stesura del testo sono state condotte nell'ambito delle attività di ricerca dell'area "Misure e analisi del cambiamento sociale" presso l'Istituto Cattaneo sotto la supervisione di Asher Colombo.

NOTE

- Bartsch, Christine, et al. (2019), 'Assisted suicide in Switzerland: An analysis of death records from Swiss institutes of forensic medicine', *Deutsches Ärzteblatt International*, 116 (33-34), 545.
- Bosshard, Georg, et al. (2016), 'Medical End-of-Life Practices in Switzerland', *JAMA Internal Medicine*, 176 (4), 555.
- (BFS), Bundesamt für Statistik (2012), 'Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz',
- (2020), 'Häufigste Todesursachen bleiben im Jahr 2018 stabil – assistierter Suizid nimmt stark zu',
- Centers for Disease Control and Prevention (2021), 'Cancer Mortality by State',
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2003), 'Vademecum gezondheidsstatistiek Nederland 2003',
- Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie (2002), 'Rapport aux Chambres législatives',
- CFCEE, Communiqué de presse de la Commission fédérale de Contrôle et d'Évaluation de l'Euthanasie – (2020), '22 octobre 2020 : EUTHANASIE – Chiffres des années 2018-2019 - 9e rapport aux Chambres législatives',
- Corte Costituzionale (2019), 'Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale - Sentenza 242/2019',
- Groenewoud, A Stef, et al. (2021), 'Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation', *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjpcare-2020.
- Lerner, Barron H and Arthur L Caplan (2015), 'Euthanasia in Belgium and the Netherlands: on a slippery slope', *JAMA Internal Medicine*, 175 (10), 1640-41.
- Lewy, Guenter (2010), *Assisted death in Europe and America: Four regimes and their lessons*, (Oxford University Press).
- Milella, Liana (2021), 'Flick "Lo dico da cattolico: sì alla legge sul fine vita"', *La Repubblica*, 2021 p. 11.
- Norwood, Frances (2018), 'The New Normal: Mediated Death and Assisted Dying in the United States', *A Companion to the Anthropology of Death*, 461-75.
- Oregon Health Authority - Public Health Division (1999), 'Oregon Death with Dignity Act - 1998-2020 Data Summary',
- Padubidri, Jagadish Rao, Matthew Antony Manoj, and Tanya Singh (2021), 'Euthanasia: A good death or an act of mercy killing: A global scenario', *Clinical Ethics*, 147775092110618.
- Regional Euthanasia Review Committees (2020), 'Annual Report (vari anni)',
- Roser, Max and Hannah Ritchie (2015), "'Cancer'", *Published online at OurWorldInData.org*,
- Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede (1980), 'Dichiarazione sull'Eutanasia',
- van der Geest, Sjaak and Priya Satalkar (2021), 'Autonomy and dying: Notes about decision-making and "completed life" euthanasia in the Netherlands', *Death Studies*, 45 (8), 613-22.

Verbakel, Ellen and Eva Jaspers (2010), 'A Comparative Study on Permissiveness Toward Euthanasia: Religiosity, Slippery Slope, Autonomy, and Death with Dignity', *Public Opinion Quarterly*, 74 (1), 109-39.

Violante, Luciano 'Il limite tra fine vita e diritti', *La Repubblica*, p. 26.

Walter, Tony (2002), *The Revival of Death*, (London: Taylor & Francis).

¹ La Sentenza dichiarava costituzionalmente illegittima la parte dell'articolo 580 del codice penale che prevede una punizione per chi "...agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente". (Corte Costituzionale, 2019).

² È un punto su cui hanno richiamato l'attenzione, tra gli altri, Luciano Violante (Violante) e Giovanni M. Flick. (Milella, 2021).

³ Si veda (Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede, 1980).

⁴ Sulla Svizzera si vedano (Bartsch et al., 2019; Bosshard et al., 2016; Lewy, 2010). Su Olanda, Belgio e Usa (Lewy, 2010; Padubidri et al., 2021; Groenewoud et al., 2021; van der Geest and Satalkar, 2021; Norwood, 2018).

⁵ Si segue, in questo, un uso accolto nella letteratura scientifica (Lewy, 2010). Si consideri comunque che nei paesi in cui entrambe sono disponibili entrambe le possibilità, come in Olanda, i suicidi assistiti sono una minoranza del totale delle morti medicalmente assistite. A differenza di questo uso, invece, vengono incluse nelle morti medicalmente assistite anche i casi di eutanasia non volontaria, come i "killing without request" che, in Olanda, costituiscono tra il 5% e il 10% del totale delle forme di eutanasia o suicidio assistito.

⁶ Nel caso della Svizzera va comunque tenuto conto il peso degli stranieri nel computo dei suicidi assistiti. A questo fenomeno, le cui dimensioni non sono note con precisione, viene tipicamente fatto riferimento con espressione, non del tutto felice, di "turismo suicidiario". Uno studio recente condotto su 3.666 casi di suicidio assistito avvenuti tra il 1985 e il 2013 e registrati presso l'Istituto nazionale di medicina forense ha calcolato che ben il 46% dei casi riguardava residenti in paesi diversi dalla Confederazione Elvetica, in particolare tedeschi, seguiti a grande distanza da cittadini britannici e francesi. Tuttavia i dati non mostrano l'esistenza di un cambiamento stabile nel tempo del rapporto tra le due componenti (Bartsch et al., 2019). Si può quindi supporre che la distorsione sia stabile nel tempo.

⁷ Dati non mostrati in tabella. Per il tasso di mortalità standardizzato per età per tumori nei paesi europei nel 2017 è stata utilizzata la banca dati al sito di *Ourworldindata* (Roser and Ritchie, 2015). Per il tasso di mortalità standardizzato per età per tumori negli Stati Usa è stata utilizzata la banca dati del Center for Disease control and Prevention del governo americano (Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

⁸ Ad esempio, in Olanda gli over 70 sono passati dal 9,5% del 2000 al 14,2% del 2020, gli over 80 dal 3,2% al 4,9%.