

Un quarto di secolo di eutanasia e suicidio assistito

scritto da Caterina Livi Bacci | 4 Ottobre 2024



Le statistiche sull'eutanasia e sul suicidio assistito sono raramente disponibili, in parte perché pochissimi paesi hanno legalizzato questa forma di fine vita, di solito solo negli ultimi o negli ultimissimi anni. Questa mancanza di informazioni, come sostengono Gianpiero Dalla Zuanna e Asher D. Colombo, non aiuta a fare scelte politiche informate, soprattutto su un tema così delicato.

Nel corso degli ultimi anni, tre aspetti dell'ultima fase della vita sono profondamente cambiati nei paesi sviluppati, e stanno cambiando anche nei paesi in via di sviluppo. Il primo è demografico e si riferisce ai notevoli guadagni di sopravvivenza ottenuti negli ultimi anni, anche se molti degli anni guadagnati vengono vissuti in cattiva salute. Il secondo è culturale: una quota crescente della popolazione ritiene che la durata della propria esistenza non debba più essere governata da fattori esterni, come Dio o il destino, ma possa essere controllata a livello individuale. Il terzo è medico, con i rapidi progressi nelle terapie del dolore, nelle cure palliative e nei rimedi per il disagio mentale, che ora possono ridurre notevolmente dolore e sofferenza spesso associati all'ultima fase della vita.

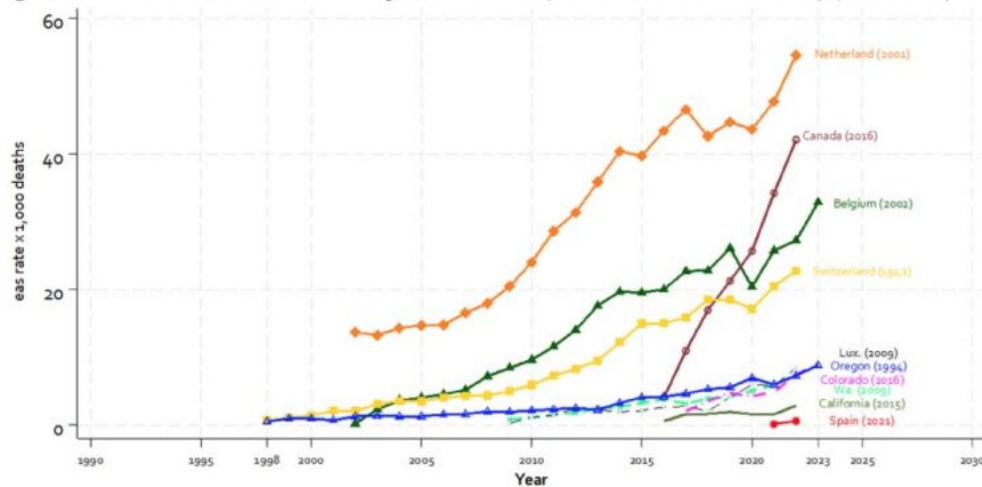
Dalla fine del secolo scorso, alcuni paesi hanno depenalizzato la morte assistita o hanno introdotto una legislazione che consente l'accesso all'eutanasia o al suicidio assistito (EAS) per i pazienti che ne fanno richiesta, con criteri che variano, spesso profondamente, da paese a paese. L'introduzione di questa nuova legislazione è stata preceduta e seguita da accesi dibattiti sui potenziali effetti del consentire alle persone di

ricorrere alle EAS. Molti di questi dibattiti, tuttavia, si sono svolti in un vuoto di conoscenza piuttosto ampio, che abbiamo cercato di colmare in un recente articolo (Colombo e Dalla Zuanna 2023).

Crescita, ma con notevole variabilità

La Figura 1 mostra l'indicatore principale utilizzato per l'analisi, ovvero il numero di decessi per eutanasia o suicidio assistito (EAS) ogni 1.000 decessi, dopo aver rimosso i decessi per cause esterne, ovvero dovuti a lesioni, autolesionismo o violenza interpersonale (codici V01 a Y89 dell'ICD-10, versione 2010).

Figura 1 - Eutanasia e suicidio assistito per 1.000 morti (escludendo le cause esterne) (1998-2023)



Nota: Decessi escludendo le morti violente (v01-Y89, ICD₁₀ 2010)

Source: Colombo e Dalla-Zuanna (2024), aggiornata.

Ovunque sia stata introdotta questa legislazione, si è verificata una crescita generalizzata della quota di EAS, sebbene i livelli differiscano notevolmente. Nei Paesi Bassi, negli ultimi dieci anni, la quota di morti non violente attribuibili a qualche forma di EAS è aumentata dal 4,3% a oltre il 5%, con Svizzera (1,7% – 2,3%) e Belgio (2,0% – 3,3%) che seguono a distanza. Questa quota è molto più bassa in tutti gli stati degli Stati Uniti, al di sotto dell'1%. Un'analisi attenta del grafico suggerisce l'esistenza di tre gruppi di paesi. Gli stati americani e il Lussemburgo, insieme alla Spagna (dove la nuova legge è molto recente) hanno mostrato un modesto aumento, mentre la crescita nei paesi europei è stata rapida. Un caso a sé è il Canada, dove la sorprendente e anomala curva di crescita è molto più ripida che altrove.

Inizi diversi, tassi di cambiamento diversi

L'interpretazione delle tendenze mostrate finora può essere influenzata dai diversi anni in cui ogni paese ha legalizzato l'EAS e, quindi, dalle diverse durate della misura. La Tabella 1 presenta i tassi quinquennali di decessi per EAS ogni 1.000 decessi non dovuti a cause esterne dal primo anno completo di introduzione della misura, anch'essa visualizzata nella tabella. Alcuni paesi e stati degli Stati Uniti, come Svizzera, Lussemburgo, Spagna,

California, Washington e Oregon, hanno avuto un inizio relativamente lento. In altri, come Belgio e Colorado, i livelli sono stati sistematicamente più alti fin dall'inizio, come nel caso dei Paesi Bassi, dove il suicidio assistito era stato depenalizzato molto prima della legge del 2001 che lo ha reso legale, e del Canada, sicuramente un caso anomalo.

Tabella 1 – EAS per 1,000 morti non dovute a causa esterna, valori medi dei tassi quinquennali per paese e stato, per numero di anni dall'introduzione della legge

	Country, and first complete year									
	Belgium	Canada	Switzerland	Netherlands	Spain	Luxembourg	Oregon (US)	Colorado (US)	California (US)	Washington (US)
Number of years	2003	2017	1998	2002	2022	2010	1998	2017	2017	2010
1-5	4.0	22.6	1.5	14.2	(0.7)	1.9	0.9	4.0	1.7	2.0
6-10	10.3	(42.1)	3.7	21.6		2.8	1.5	(8.3)	(2.9)	3.7
11-15	19.9		6.2	38.2		(6.7)	2.2			(3.6)
16-20	24.4		13.6	45.1			3.7			
21-25	(32.9)		19.5	(54.6)			6.3			
25-30							(8.9)			
# of years										
with complete data	21	6	25	21	1	13	26	7	6	12

Nota: tra parentesi, valori calcolati su meno di 5 anni

Anche la velocità di crescita nei vari paesi varia. La tabella 2 mostra il tasso medio annuo di incremento dell'EAS per ogni quinquennio di esistenza della legge. La crescita è stata generalmente rapida all'inizio, poi ha rallentato in seguito. Tuttavia, in molti paesi, ha ripreso a crescere tra il terzo e il quarto quinquennio. I tassi medi di crescita annui sono inferiori al 10% all'anno nei Paesi Bassi e in Oregon, tra il 10% e il 20% in Svizzera, Oregon, Washington e superiori al 20% all'anno in Belgio, Lussemburgo e due stati degli Stati Uniti (Colorado, California). Anche il Canada si distingue in questo senso, con un tasso di crescita dell'EAS di quasi il 50% all'anno.

Tabella 2 – EAS ogni 1.000 decessi non dovuti a cause esterne, tasso medio di variazione a 5 anni e nel periodo (percentuale)

Number of years	Belgium	Canada	Switzerland	Netherland	Spain	Luxembourg	Oregon (US)	Colorado (US)	California (US)	Washington (US)
1-5	84.6	53.0	34.0	1.9		45.9	24.5	28.9	21.5	26.5
6-10	22.0	(22.9)	6.9	14.1		16.0	4.9	(22.3)	(78.4)	9.8
11-15	10.1		16.7	8.7		(26.8)	8.6			(17.6)
16-20	3.7		14.2	(1.9)			13.2			
21-25	(20.7)						9.4			
25-30							(20.7)			
Total period	26.3	47.5	15.4	7.1		29.3	11.8	27.8	29.6	17.8

Nota: tra parentesi, valori calcolati su meno di 5 anni

La difficoltà di interpretare queste differenze

Gli articoli citati tentano qualche interpretazione delle differenze fra paesi. Verosimilmente, molto dipende dalla legislazione: più le EAS sono scelta incondizionate, più alto è il loro livello e più rapida è la crescita. Se al contrario, l'accesso alle EAS è condizionato (ad esempio, come avviene in Italia, alla presenza di dolori insostenibili) più basso è il livello e meno intensa è la crescita.

Non è però possibile dire molto di più, perché la ricerca in questo campo è gravemente ostacolata dalla mancanza di dati dettagliati e comparabili. Le fonti sono limitate ai report presentati dalle autorità nazionali ai rispettivi governi per valutare le politiche sanitarie, e i decessi attribuibili all'EAS non sono dettagliati nelle statistiche sulle cause di morte. Per far progredire la ricerca, agevolando anche le scelte di sanità pubblica e meglio determinare gli aspetti etici delle EAS, sarebbe un grande passo avanti se i certificati di morte indicassero se l'eutanasia o il suicidio assistito sono una causa (secondaria) di morte. Ciò potrebbe essere fatto includendo due nuove domande sul certificato di morte: "La morte è stata indotta dal suicidio assistito?" e "La morte è stata indotta dall'eutanasia?". Questa scelta avrebbe il vantaggio della semplicità, separando la raccolta di questo tipo di informazioni dal complesso compito di identificare le cause di morte.

Per saperne di più

Asher Daniel Colombo e Gianpiero Dalla Zuanna, 2023. "La demografia del fine vita". *Rassegna italiana di Sociologia*.

Asher Daniel Colombo e Gianpiero Dalla Zuanna, 2024. "Data and trends in assisted suicide and euthanasia, and some related demographic issues". *Population and Development Review*, 50 (1):233–257.