

## Prova di testo normativo in materia di aiuto medico a morire

*Il presente documento nasce da una discussione che ha impegnato il Gruppo di lavoro "Per un diritto gentile"<sup>1</sup> da gennaio a luglio del 2022. Le diverse posizioni sul tema risultano dal Dialogo pubblicato nella Rivista "Responsabilità medica" (fasc. 1/2022). Le adesioni alla proposta sono a titolo personale: non impegnano tutti i partecipanti del gruppo, né vanno imputate agli enti di riferimento. L'elenco dei firmatari è rinvenibile in <https://undirittogentile.wordpress.com/>.*

### Art. 1. Finalità

**1.** La presente legge disciplina la richiesta di aiuto medico a morire, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 3, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, nonché delle norme che disciplinano la relazione di cura e l'assistenza sanitaria.

**2.** In relazione alle condizioni ed esigenze della persona richiedente, l'aiuto medico a morire può consistere nel sostegno all'autosomministrazione o nella somministrazione da parte del medico di farmaci adeguati allo scopo.

<sup>1</sup> Il gruppo *Undirittogentile*, il cui coordinamento fa capo al Dipartimento di Scienze Politiche Giuridiche e delle Relazioni Internazionali dell'Università di Padova, riunisce su scala nazionale ad oggi circa centocinquanta aderenti tra studiosi, professionisti, operatori in campo giuridico, medico, medico-legale, etico, psicologico, della comunicazione. Aderiscono, inoltre, associazioni interessate ai problemi della fragilità. Nato nel 2012 con l'obiettivo di promuovere una cultura giuridica adeguata alla specificità della relazione di cura, il gruppo opera in quest'ambito con svariate iniziative di carattere nazionale e locale. L'intenso dibattito tra i suoi numerosi componenti trova espressione in interventi pubblici e nella pubblicazione di interventi sia sulla stampa sia in diverse sedi scientifiche tra cui le Riviste "Nuova Giurisprudenza Civile

**3.** L'aiuto a morire si realizza nell'ambito della relazione di cura e di fiducia già in atto o avviata con la richiesta di aiuto di cui all'art. 2.

### Art. 2. Richiesta di aiuto medico a morire

**1.** La persona affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili, e che sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli, può chiedere ad un medico di sua fiducia, o ad un medico individuato su sua richiesta dall'azienda ospedaliera o dall'azienda sanitaria locale, di essere aiutata a porre termine alla propria vita.

**2.** La richiesta di aiuto medico a morire, acquisita nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni della persona, è documentata in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare.

**3.** Il medico cui la richiesta è rivolta procede, in dialogo con il paziente, a valutare la presenza dei requisiti di cui al comma 1°; informa la persona e, se questa acconsente, anche i familiari o altre persone dalla stessa indicate, sulle cure palliative e sugli altri interventi sanitari possibili nella

Commentata", "BioLaw Journal- Rivista di Biodiritto" e "Responsabilità medica". L'attività si estende alla collaborazione con varie Società scientifiche per gli aspetti giuridici di linee-guida e protocolli e con i Dipartimenti universitari in cui è insediato per iniziative di ricerca e di didattica e organizzazione di convegni e seminari. Sono al momento attivi Osservatori locali istituiti a Padova, Bologna e Trento. Il gruppo si fa inoltre promotore di proposte normative, sia che si tratti di testi articolati autonomamente, sia che si tratti di proposte di modifiche o emendamenti a progetti di disciplina già in corso di elaborazione o di vaglio. In tale ottica il gruppo ha anche contribuito alla preparazione della legge n. 219/2017.

situazione data. Nel rispetto della identità della persona, e con il consenso della stessa, il medico promuove azioni di sostegno anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica e spirituale.

**4.** Ove, a seguito di quanto indicato al comma precedente, la persona confermi di voler essere aiutata a morire, il medico registra nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico la richiesta del paziente, la sussistenza di una patologia irreversibile, la condizione di intollerabilità delle sofferenze fisiche o psichiche e ogni attività svolta in relazione alla richiesta stessa e la trasmette senza indugio alla Direzione sanitaria competente.

**Art. 3. Procedura di verifica delle condizioni**

**1.** La Direzione sanitaria designa immediatamente un medico come responsabile della procedura e con la sua collaborazione, sentito il medico di fiducia, individua gli altri esperti necessari, anche tenendo conto della particolare vulnerabilità del richiedente. Del collegio fanno parte, oltre al medico responsabile della procedura, almeno un altro medico esperto nella patologia da cui è affetta la persona, un medico-legale, ed uno psicologo clinico. Il collegio provvede senza indugio a sentire la persona con le modalità più consone alle sue condizioni e procede alla verifica dei requisiti di cui all'art. 2, comma 1, della presente legge. Il paziente può farsi assistere dal medico di fiducia.

**2.** Il medico responsabile della procedura registra nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico la persistenza della richiesta della persona di aiuto medico a morire, la sussistenza di tutti i requisiti richiesti per potervi accedere e ogni attività svolta in relazione alla richiesta stessa. Qualora il collegio non accolga la richiesta, il rifiuto deve essere adeguatamente motivato e la persona può chiedere la nomina di

un collegio con diversa composizione, che dovrà essere costituito entro 8 giorni.

**Art. 4. Prestazione dell'aiuto medico a morire**

**1.** Qualora il collegio accolga la richiesta, il medico responsabile della procedura provvede senza indugio a concordare con la persona le modalità di prestazione dell'aiuto medico più adeguate alle sue condizioni ed esigenze e le comunica alla Direzione sanitaria.

**2.** La Direzione sanitaria provvede tempestivamente a individuare un medico e il personale sanitario che attueranno la procedura, tenendo conto delle richieste del paziente e della eventuale disponibilità dei professionisti già intervenuti.

**3.** Il medico individuato ai sensi del comma 2, verificata la persistenza della volontà della persona di procedere con l'aiuto medico a morire, fornisce, con la collaborazione del personale sanitario, l'assistenza concordata con il paziente, procede alla constatazione della morte e redige un verbale dell'attività svolta. Il verbale è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

**4.** Il medico, il personale sanitario e tutti coloro che abbiano partecipato in qualsiasi forma alla procedura di aiuto medico a morire, secondo le modalità previste dalla presente legge, sono esenti da responsabilità civile o penale.

**Art. 5. Disponibilità del personale sanitario**

**1.** La libera dichiarazione di disponibilità da parte dei medici e del personale sanitario a prestare l'aiuto a morire è registrata dalla Direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera o dell'azienda sanitaria locale in cui il personale opera, in regime di dipendenza o in convenzione, e aggiornata annualmente.

**2.** Il professionista sanitario può in qualsiasi momento ritirare la propria disponibilità; in tal caso è rimosso con effetto immediato dal registro.

**Art. 6. Obblighi delle strutture sanitarie**

**1.** Ogni azienda ospedaliera o azienda sanitaria locale deve garantire con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, anche assicurando l'adeguata formazione del personale.

**2.** È fatto obbligo di assicurare lo svolgimento delle procedure di aiuto medico a morire e la disponibilità del personale necessario alla loro realizzazione.

**3.** La Regione garantisce e controlla l'attuazione della presente legge anche attraverso la mobilità del personale.

**Art. 7. Disposizioni finali**

**1.** Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto:

a) indica i requisiti delle strutture del Servizio sanitario nazionale idonee ad accogliere le

persone che fanno richiesta di aiuto medico a morire;

b) definisce i protocolli e le modalità per la prescrizione, la preparazione, il coordinamento e la sorveglianza della procedura di aiuto medico a morire;

c) definisce le procedure necessarie ad assicurare il sostegno psicologico alla persona malata e ai suoi familiari;

d) determina le modalità di custodia e di archiviazione delle richieste di aiuto medico a morire e di tutta la documentazione ad essa relativa in forma digitale;

e) definisce le modalità di un'informazione capillare sulle possibilità offerte dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219;

f) definisce le modalità di monitoraggio e di potenziamento della Rete di cure palliative che garantisca la copertura efficace e omogenea di tutto il territorio nazionale.

**2.** Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni della presente legge.



## Una legge “gentile” sull’aiuto medico a morire?

**Mariassunta Piccinni**

Professoressa associata di diritto privato, Università degli Studi di Padova. Mail: [mariassunta.piccinni@unipd.it](mailto:mariassunta.piccinni@unipd.it).

### 1. Introduzione

Questo scritto si propone di avviare una discussione attorno ad una “prova di testo normativo” in materia di aiuto medico a morire, predisposta, a seguito di un ciclo di seminari interni al gruppo di lavoro “Per un Diritto Gentile”, da un gruppo di studio interdisciplinare<sup>1</sup>, e quindi fatta propria dagli aderenti che l’hanno sottoscritta<sup>2</sup>.

Il documento è stato elaborato tra gennaio e luglio 2022 mentre in Italia, sul piano giurisprudenziale, si assisteva alle prime applicazioni nei Tribunali della sentenza della Corte cost. n. 242/2019 rispetto all’art. 580 cod. pen. e la stessa Consulta dichiarava l’inammissibilità del referendum abrogativo proposto sull’art. 579 c.p.<sup>3</sup>; intanto, sul piano del dibattito parlamentare, si creava un’ampia convergenza su un testo di legge, noto come d.d.l. Bazoli, convergenza poi vanificata dalla conclusione anticipata della legislatura<sup>4</sup>.

La “prova di testo” si presenta come strumento e proposta per riflettere su due questioni: da un lato, l’opportunità stessa di un intervento legislativo – se intervenire; dall’altro, le possibilità di una disciplina “gentile” in questo difficile ambito – come intervenire con una legge<sup>5</sup>. Non si trattava allora, né si tratta ora, di proporre in sede politica un “progetto di legge” definito e completo, ma, piuttosto, di offrire uno «spunto concreto di riflessione politico-giuridica», di fare insomma circolare «idee in forma normativa» riprendendo e allargando la discussione sul tema dell’aiuto medico a morire<sup>6</sup>.

La premessa metodologica si può riassumere nei seguenti punti.

Se si conviene sul fatto che «non esiste questione giuridica che possa essere risolta *efficacemente* senza tener conto delle *verità del rapporto*», quando il rapporto da regolare sia quello che si instaura tra medico e paziente, si tratta, più precisamente, di «*creare le condizioni* perché la relazione di cura divenga *capace di apprendimento riguardo ai valori che si affermano nelle norme*»<sup>7</sup>.

In quest’ottica, vanno affrontati gli specifici problemi che emergono nella relazione. Il bilanciamento tra gli interessi, individuali e generali, che rilevano rispetto allo scopo ultimo di promuovere “il pieno sviluppo della persona umana”, anche attraverso la tutela e promozione dei «diritti

<sup>1</sup> M. Azzalini, L. Busatta, P. Benciolini, E. Cadamuro, F. Giardina, L. Orsi, E. Palermo, M. Piccinni, D. Provolo, D. Rodriguez, M. Vergano, P. Zatti.

<sup>2</sup> <https://bit.ly/3nKKgpe>.

<sup>3</sup> Corte cost., 2 marzo 2022, n. 50. Nella giurisprudenza di merito v., ad esempio: Corte di assise Massa, 27 luglio 2020, e Corte di assise d’appello Genova, 28 aprile 2021; Trib. Ancona, ord. 26 marzo 2021 e Trib. Ancona, ord. 9 giugno 2021; Trib. Ancona, ord. 18 gennaio 2022.

<sup>4</sup> Si tratta del testo unificato C. n. 3101/2021, XVIII legisl. (rel. Bazoli e Provenza), approvato alla Camera il

10 marzo 2022, e, quindi, trasmesso al Senato come d.d.l. S. n. 2553/2022, XVIII legisl., *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*. Per comodità, ci si riferirà a questo testo come d.d.l. Bazoli.

<sup>5</sup> V. per tutti già P. ZATTI, *Dal consenso alla regola: il giurista in bioetica*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1994, 532 ss.

<sup>6</sup> V. in senso analogo P. ZATTI, *Per un diritto gentile in medicina. Una proposta di idee in forma normativa*, in *Nuova giur. civ. comm.*, 1, II, 2013, 1 s., ad introduzione della *Prova di testo normativo sulla relazione di cura*.

<sup>7</sup> *Ibidem*.

inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni ove si svolge la sua personalità» (v. gli artt. 2 e 3 Cost.) non può prescindere dai diversi piani – psicologico, culturale, tecnico, organizzativo. Le ingerenze non necessarie nelle scelte individuali o le burocratizzazioni inutili sono da evitare.

Occorre dunque partire dall'*analisi della realtà*, ricostruita da diverse prospettive (sociali, esperienziali, disciplinari, professionali) per *rilevare ed interpretare la richiesta sociale* di ricorso al diritto e per elaborare una *risposta giuridica adeguata*, nella consapevolezza delle *conseguenze dell'intervento sui diritti dei singoli e sull'ordinamento giuridico/società nel complesso*.

Quanto alla prima questione (*se intervenire*) nella discussione sviluppata nell'ambito del Diritto gentile è emersa una posizione tendenzialmente contraria ad un intervento del legislatore sull'aiuto medico a morire, determinata principalmente dalle condizioni attuali del servizio sanitario nazionale, con particolare riguardo all'effettività dell'erogazione delle cure palliative<sup>8</sup>. Nei fatti, dopo le vicende politiche – successive al momento in cui questo documento è stato elaborato – che hanno portato alle elezioni anticipate, sembra difficile immaginare che possano determinarsi a breve in Parlamento nuove convergenze su un testo di legge che regoli la materia.

<sup>8</sup> V. le posizioni espresse da C. VIAFORA, *Questioni etiche di fine vita: il paradigma della dignità*, 9 ss. e S. CANESTRARI, *I dilemmi dell'aiuto medico a morire nella prospettiva di un diritto liberale e solidale*, 71 ss., in AA. VV., *Etica, medicina e diritto – Dialogo sull'aiuto medico a morire dai Seminari del gruppo "Undirittogentile"*, numero monografico di *Resp. med.*, 1, 2022.

<sup>9</sup> Così, in altro contesto, P. ZATTI, *Per un diritto gentile in medicina*, cit., 1.

<sup>10</sup> Se la sent. n. 242/2019 è chiara nell'escludere che per il personale sanitario vi sia un obbligo di procedere all'aiuto medico a morire, vi sono più dubbi su quali siano gli obblighi di attivazione in capo alle

strutture sanitarie. V. per tutti: L. BUSATTA; N. ZAMPERETTI, *Scelte di (fine) vita: cambia il diritto, può cambiare la medicina?*, in *Riv. it. med. leg.*, 2020, 669 ss. Sulle difficoltà legate alla gestione delle richieste, v. ad esempio G. MARSICO; D. BONUCCELLI, *La prima richiesta di "suicidio medicalmente assistito" in Toscana: il ruolo del comitato per l'etica clinica, il percorso intrapreso dalla Az. USL Toscana Nord Ovest*, in AA.VV., *Etica, medicina e diritto – Dialogo sull'aiuto medico a morire*, cit., 37 ss. Sulle vicende relative alla riforma ministeriale dei Comitati etici, si pensi solo al dibattito che ha accompagnato lo schema di decr. diffuso dal Ministero della Salute ad inizio 2022 (per alcune

Resta, però, un dato di partenza che è stato determinante nell'elaborazione del documento qui presentato. Con la sent. n. 242/2019, la Corte costituzionale ha aperto una possibilità di accedere all'aiuto medico a morire. L'intervento della Consulta ha creato problemi di varia natura, legati alla mancanza di chiarezza su: i) le procedure per accedere alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale ai fini della "verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio"; ii) le stesse condizioni che permettono di accedere all'aiuto medico, con particolare riguardo all'interpretazione del requisito dell'essere "tenuti in vita da trattamenti di sostegno vitale"; iii) la possibilità, infine, di accedere alla prestazione di aiuto medico a morire presso strutture pubbliche.

Le incongruenze dell'ordinamento, e la conseguente mancanza di quella "giusta certezza" su quanto «si chiede al medico, su quanto può e quanto deve fare soprattutto nelle situazioni critiche»<sup>9</sup>, rendono difficile ottenere l'aiuto medico anche per coloro che, in base alla sent. della Corte cost. n. 242/2019, sarebbero legittimati a chiederlo; in speculare difficoltà si trovano medici e strutture pubbliche che vogliono dare risposte adeguate ai pazienti loro affidati che chiedano un "aiuto a morire"<sup>10</sup>.

strutture sanitarie. V. per tutti: L. BUSATTA; N. ZAMPERETTI, *Scelte di (fine) vita: cambia il diritto, può cambiare la medicina?*, in *Riv. it. med. leg.*, 2020, 669 ss. Sulle difficoltà legate alla gestione delle richieste, v. ad esempio G. MARSICO; D. BONUCCELLI, *La prima richiesta di "suicidio medicalmente assistito" in Toscana: il ruolo del comitato per l'etica clinica, il percorso intrapreso dalla Az. USL Toscana Nord Ovest*, in AA.VV., *Etica, medicina e diritto – Dialogo sull'aiuto medico a morire*, cit., 37 ss. Sulle vicende relative alla riforma ministeriale dei Comitati etici, si pensi solo al dibattito che ha accompagnato lo schema di decr. diffuso dal Ministero della Salute ad inizio 2022 (per alcune

## 2. Alcune questioni di politica del diritto

Tra i firmatari della prova di testo normativo è prevalsa, proprio per queste ragioni pratiche, l’idea che sia necessario un intervento normativo ampio, che non si limiti alla sola riformulazione di alcune fattispecie di reato, ma che contenga una disciplina dei diritti e degli obblighi di prestazione che sorgono quando vi sia una estrema richiesta di aiuto a morire rivolta dal paziente al proprio medico. Alla base della proposta, vi sono alcune questioni di “politica del diritto”, su cui sarebbe utile approfondire la discussione nell’attesa di un intervento del legislatore.

Le questioni possono essere così sintetizzate:

1) È opportuno distinguere l’aiuto medico *nel* morire dall’aiuto medico *a* morire?

Nel primo ambito di problemi si collocherebbero: a) la non attivazione o sospensione di trattamenti inappropriati o sproporzionati; b) il divieto di ostinazione irragionevole nelle cure; c) il problema delle cure palliative adeguate, inclusa la sedazione palliativa profonda continua; d) il rifiuto o rinuncia al trattamento da parte del paziente. Si tratta di ipotesi che hanno portato dapprima dottrina e giurisprudenza, e, poi, il legislatore (art. 1, comma 6° e 2 l. n. 219/2017) non solo a ridisegnare l’ambito di estensione delle fattispecie penali di cui agli artt. 575 ss. cod. pen., ma a rivedere più in generale il problema della posizione di garanzia del medico<sup>11</sup>.

---

considerazioni, v. L. BUSATTA, M. PICCINNI, D. RODRIGUEZ, G. MARSICO, *Comitati etici territoriali e suicidio assistito. Quel decreto va rivisto*, in *Quotidiano sanità*, 7 febbraio 2022).

<sup>11</sup> La dottrina sul punto è sconfinata; si rinvia per tutti e tra i primi a E. PALERMO FABRIS, *Diritto alla salute e trattamenti sanitari nel sistema penale*, Padova, 2000.

<sup>12</sup> V. già, solo come esempio, la posizione polemica espressa da H. KUNG in H. KÜNG, W. JENS, *Della dignità del morire*, tr. di Alessandro Corsi, Milano, 1996, 67

Nel secondo ambito di questioni rientrerebbero: a) la richiesta di *suicidio assistito* e b) la richiesta di *eutanasia in senso stretto*, cioè quelle ipotesi in cui l’aiuto medico contribuisce a provocare la morte del paziente e che attualmente nel nostro ordinamento possono integrare i distinti reati di aiuto al suicidio (art. 580 cod. pen.) e di omicidio del consenziente (art. 579 cod. pen.).

La questione annosa<sup>12</sup> è tornata attuale almeno a partire da Corte cost., ord. n. 207/2018, che ha riproposto l’analogia tra la situazione del paziente che chieda la sospensione di un trattamento di sostegno vitale e quella del paziente che, trovandosi nella medesima situazione di dipendenza da presidi medici, chieda l’accesso ad un farmaco in grado di provocare la propria morte, analogia che la Corte rinviene dal punto di vista della decisione del paziente di porre termine alla propria vita. Rispetto alla richiesta fatta al medico: da un lato, si tratterebbe di lasciare che la malattia faccia il suo corso, dall’altro, di accelerare un processo già in corso. Non si tratta di un problema solo classificatorio/concettuale, ma ne derivano conseguenze importanti sulla disciplina della relazione medico-paziente nelle c.d. questioni di “fine vita”.

2) È opportuno affidare il compito dell’aiuto *a morire ai medici e alla medicina*, e, se sì, entro quali limiti ed in quale rinnovato orizzonte rispetto al ruolo della medicina?

Anche questo è un problema centrale<sup>13</sup>. È evidente che una simile richiesta mette in crisi

ss. Per una ricostruzione più recente del dibattito bioetico sul punto: F. MARIN, *Bioetica di fine vita. La distinzione tra uccidere e lasciar morire*, Napoli-Salerno, 2017, *passim*.

<sup>13</sup> V. per tutti N. ZAMPERETTI, *La fragilità biologica può essere un requisito per l’accesso ad una procedura di aiuto medico a morire?*, in questo fasc. e più approfonditamente in L. BUSATTA, N. ZAMPERETTI, *Scelte di (fine) vita*, cit., spec. 654-658 e 674-682.

l'apparato etico/deontologico tradizionale. Basti ricordare il Giuramento professionale, ancora prestato dai medici prima di iniziare l'esercizio della professione<sup>14</sup>.

È pure interessante notare che, anche a livello internazionale, mentre la comunità medico-scientifica e le organizzazioni intergovernative<sup>15</sup> hanno proceduto di pari passo nel riconoscere i diritti della persona malata morente rispetto all'aiuto medico nel morire, è ancor oggi forte l'avversione da parte della comunità medico-scientifica<sup>16</sup> e la prudenza da parte delle organizzazioni intergovernative rispetto alle pratiche di eutanasia e suicidio assistito<sup>17</sup>. D'altronde, come dimostra anche l'esperienza europea, c'è stata negli ultimi tempi un'inversione di tendenza rispetto alla prevalente scelta politica di penalizzazione *tout court* delle relative pratiche<sup>18</sup>.

3) Una volta ammessa la necessità di una regolamentazione giuridica del fenomeno, sarebbe opportuno uscire dalla logica dell'*aiuto al suicidio-omicidio del consenziente* (artt. 580-579 cod. pen.) per considerare le peculiarità del *contesto* in cui si inserisce la richiesta di aiuto *medico* a morire?

Sul punto si è registrata una tendenziale convergenza nella riflessione interna al gruppo del

Diritto gentile rispetto alla posizione espressa dalla Corte costituzionale<sup>19</sup>, mentre sono emerse profonde divergenze su due questioni di politica legislativa correlate.

Se il contesto peculiare fosse, infatti, proprio quella della "relazione di cura e fiducia" tra medico e paziente, *i*) la richiesta andrebbe collocata al di fuori o dentro la l. n. 219/2017 e, soprattutto, *ii*) come sarebbe possibile *delimitare in modo ragionevole* il contesto dell'aiuto *medico* a morire, senza creare ingiuste (cioè ingiustificate) distinzioni, ma prevedendo una giusta (cioè giustificata) differenziazione tra chi potrebbe accedervi e chi no?

Si tratta di questioni tra loro correlate e su cui gli stessi estensori della prova di testo normativo hanno espresso posizioni differenti<sup>20</sup>. Questo non ha impedito di trovare una convergenza di fondo sulla proposta qui presentata, di cui si cercherà di dar conto nelle pagine che seguono. Se e in che misura la proposta riesca a rispettare gli obiettivi di politica del diritto sopra ricordati, con riferimento al problema del *come* sarebbe opportuno intervenire da parte del legislatore, è ovviamente opinabile e costituisce anche l'oggetto della presente discussione.

<sup>14</sup> Anche nella rinnovata versione del 2014, il giuramento, infatti, richiede, ancora, in continuità con l'antico giuramento di Ippocrate, "di non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte".

<sup>15</sup> Per esempio, rispetto all'attività del Consiglio d'Europa, si veda già CoE, *Recommendation 779 (1976) on the Rights of the Sick and Dying & Resolution 613 (1976) on the Rights of the Sick and Dying*, e la successiva *Resolution 613 (1976), Rights of the sick and dying*.

<sup>16</sup> WMA, *Declaration on euthanasia and physician assisted suicide*, 70 WMA General Assembly, Tbilisi, Georgia, ottobre 2019. Per le posizioni delle società europee dei palliativisti, v. L. ORSI, *Il punto di vista di un medico rispetto alla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*, in *Nuova giur. civ. comm.*, II, 2019, 428 ss.

<sup>17</sup> Per tutti, U.N., Committee on Economic, Social and Cultural rights, *General Comment No. 36 (2019) article 6, Right to life*, punto 9. Una posizione di prudente attesa ha caratterizzato anche la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, dal caso *Pretty* (sent. del 29.4.2002, ric. n. 2346/02), al più recente caso *Mortier* (sent. del 4.10.2022, ric. n. 78017/17).

<sup>18</sup> V. ad esempio la ricostruzione del quadro normativo, ancora in divenire, contenuta in Corte eur. dir. uomo, 12.4.2022, ric. n. 15136/20, *Lings v. Denmark*, par. 26 ss.

<sup>19</sup> In linea con Corte cost., ord. n. 207/2018, cit., punti 8-10, del Considerato in diritto.

<sup>20</sup> V. AA.VV., *Etica, Medicina, Diritto – Dialogo sull'aiuto medico al morire*, cit.



### 3. Le principali caratteristiche della “Prova di testo normativo in materia di aiuto medico a morire”

La proposta (d’ora innanzi Prova di testo normativo) è composta di 7 articoli. Si possono individuare quattro aspetti caratterizzanti: a) la scelta di un ambito di regolazione ampio del fenomeno indicato come “aiuto medico a morire” (art. 1); b) l’individuazione di requisiti di accesso ampi (art. 2); c) la predisposizione di una procedura di accesso articolata, che può essere attivata solo su richiesta del paziente e in cui sono coinvolti, con responsabilità differenziate, diversi professionisti ed organi istituzionali (artt. 2-6); d) la mancata previsione dell’obiezione di coscienza, in conseguenza dalla scelta di rimettere la prestazione di aiuto medico a morire alla “disponibilità del personale sanitario”, salvo l’obbligo di garantire la prestazione a carico delle strutture pubbliche (artt. 5-6)<sup>21</sup>.

L’ultimo articolo (art. 7) contiene “disposizioni finali”, molto simili a quelle previste dall’art. 10 del d.d.l. Bazoli, che hanno lo scopo di ricordare che una legge sull’aiuto medico a morire richiede strumenti normativi di attuazione ulteriori ed una attivazione di servizi alla persona volti ad assicurare che la richiesta di aiuto a morire non sia determinata da un’offerta inadeguata di percorsi di cura, in particolare, per il controllo del dolore e l’alleviamento delle sofferenze<sup>22</sup>.

### 4. Segue: la definizione di aiuto medico a morire (art. 1)

Si è scelto di individuare l’ambito di un possibile intervento normativo in un modo che è parso rispettoso della realtà e dei bisogni alla base della estrema richiesta posta al medico curante dal paziente, di essere aiutato a morire, tentando di radicare la stessa il più possibile nell’ambito della relazione di cura e fiducia, che si pone al centro dell’intera disciplina (art. 1, comma 3°).

La l. n. 219/2017 non viene mai espressamente citata, ma il suo rapporto con le norme sull’aiuto medico a morire è, evidentemente, di specialità. Le norme che disciplinano la relazione di cura e fiducia tra paziente e medico, come quelle sull’assistenza sanitaria – dalla l. n. 833/1978 istitutiva del servizio sanitario nazionale alla l. n. 38/2000 sulle disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore – insieme ai principi normativi che ne sono alla base, sono, infatti, il contesto normativo generale in cui si colloca la richiesta del paziente di un aiuto attivo a morire (art. 1, comma 1°). Tale richiesta giustifica una disciplina speciale, che si sostanzia nell’individuazione di requisiti e di una procedura specifici, volti a verificare con ragionevole certezza che la richiesta del paziente sia irreversibilmente ed inequivocabilmente il risultato di una decisione libera e consapevole.

La scelta terminologica “aiuto medico a morire” si pone in continuità con quella del Documento di sintesi del gruppo di lavoro di Trento del 2019<sup>23</sup>. Ci si è voluti, invece, appositamente

<sup>21</sup> Sulla compatibilità della proposta con la giurisprudenza della Corte costituzionale v. L. BUSATTA; sugli gli aspetti penalistici: E. PALERMO, D. PROVOLO, E. CADAMURO, *Il perché della non punibilità dell’aiuto medico a morire*, entrambi in questo fasc.

<sup>22</sup> Come richiesto anche da Corte cost., ord. n. 207/2018, punto 10, e dalla sent. n. 242/2019, punti 2.4 e 5 *Considerato in diritto*, sentenza che richiama

anche il Parere del CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, Roma, 18.7.2019.

<sup>23</sup> AA.VV., *Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole*, Documento di sintesi del gruppo di lavoro in materia di aiuto medico al morire di Trento, in [Recenti Progressi in Medicina](#), 10, 2019, 466 s.

discostare dal linguaggio apparentemente neutro, ma riduzionista nel senso della medicalizzazione, della “morte medicalmente assistita”, seguito dal d.d.l. Bazoli, in cui l’ambito soggettivo della relazione professionale di aiuto è sacrificato per appiattirsi sul dato oggettivo della necessità di un intervento medico per conseguire il risultato voluto dal (e di cui resterebbe responsabile *solo* il) paziente<sup>24</sup>.

L’idea di fondo è che se la richiesta è fondata, ed è confermata nell’ambito della procedura prevista, questa fa sorgere un obbligo di prestazione a carico del servizio sanitario nazionale, mentre nessun obbligo di dare la morte può sussistere in capo al singolo medico coinvolto nelle procedure.

Nell’ottica di una *relazione* che nasce per una richiesta del paziente di essere aiutato a morire dal proprio curante si spiega l’equiparazione dell’aiuto medico a quella dell’eutanasia. Il testo specifica, infatti, che «l’aiuto medico a morire può consistere nel sostegno all’autosomministrazione o nella somministrazione da parte del medico di farmaci adeguati allo scopo». La scelta dell’una o dell’altra pratica, che certo potrebbe essere guidata da norme di buona pratica clinica elaborate dalla comunità medico-scientifica, dovrebbe dipendere solo dalle “condizioni” in cui si trova la “persona richiedente” e dalle “esigenze” da questa manifestate (art. 1, comma 2°).

### 5. Segue: *i requisiti di accesso* (art. 2)

Si tratta del punto forse più problematico, in cui si è tradotta la difficoltà di individuare limiti d’accesso, giustificati dalla duplice esigenza di

proteggere, da un lato, le persone più vulnerabili dalle loro stesse decisioni e, dall’altro, di rispettare il “mandato” dell’agire professionale del medico, individuando linee di confine tra chi può accedere e chi non può accedere alla prestazione di aiuto a morire, che non siano ingiustificatamente discriminatorie<sup>25</sup>.

Il compromesso raggiunto è stato quello di individuare un *elemento oggettivo* che collegasse la richiesta ad uno stato di malattia, con il riferimento ad una “patologia irreversibile”, affiancato dall’*elemento soggettivo* delle “sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili” dal richiedente (art. 2, comma 1°).

Rispetto ai requisiti oggettivi, l’ulteriore requisito dell’“essere dipendenti da sostegni vitali”, previsto dalla Corte costituzionale, non è parso ragionevole, e non si sono trovati altri requisiti sostitutivi convincenti.

A tali requisiti, entrambi piuttosto ampi, si è affiancata una regola di *capacità*, diversa da quella prevista dalla l. n. 219/2017 per le decisioni mediche prese dalla persona in grado di interagire con il personale sanitario. Si è deciso, infatti, di prescindere dalla capacità legale di agire, e di riferirsi esplicitamente alla “capacità di prendere decisioni libere e consapevoli”. Questo comporta che la capacità legale di agire non è richiesta come condizione di accesso, ma, d’altro canto, la stessa non basta per poter accedere alla prestazione.

Questa scelta apre, dunque, da un lato, alla possibilità che ad accedere alla richiesta possano essere anche persone minori di età o persone la cui capacità legale sia altrimenti limitata, con il problema di coniugare il riconosciuto spazio di

<sup>24</sup> V. artt. 1 e 2, comma 1°, d.d.l. Bazoli.

<sup>25</sup> Sul rapporto tra vulnerabilità e autodeterminazione nella regolamentazione dell’aiuto medico a morire, si vedano le diverse posizioni emerse, a seguito della sent. n. 50/2022, cit., in AA.VV., *Etica, medicina e*

*diritto – Dialogo sull’aiuto medico a morire*, cit., nonché in AA. VV., nel *Forum a proposito di Corte cost. n. 50/2022*, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, 2, 2022, 19 ss. Evidenziano alcune criticità in direzioni diverse GIAIMO, SEMINARA, SERVETTI, tutti in questo fasc.

autodeterminazione con altre misure di protezione in atto (si pensi alla responsabilità genitoriale nel caso di un minore di età o ad un eventuale provvedimento di amministrazione di sostegno che limiti la capacità del beneficiario rispetto alle scelte mediche, ad esempio); d’altro canto, impedisce che per le persone maggiorenni operi la presunzione di capacità, di solito collegata alla capacità legale di agire.

L’idea è che, di fronte ad una richiesta così dirompente, sia per il paziente che per il medico, sia necessario un accertamento della capacità in concreto, da svolgersi caso per caso nell’ambito della relazione di cura. Dal punto di vista pratico, il paziente avrebbe l’onere di provare la propria capacità ed il medico il dovere di accertarla in base alle proprie competenze tecnico-professionali e, nei casi dubbi, con il coinvolgimento di altri specialisti.

Si è ritenuto che, invece, per quanto riguarda la *forma* della richiesta, poiché questa proviene da persona in grado di interagire con il medico curante, basti una regola analoga a quella prevista dalla l. n. 219/2017 per il caso di consenso o rifiuto di cure espressi direttamente dal paziente. La forma scritta, o altra equivalente, serve solo a documentare la richiesta. Non solo la richiesta del paziente va acquisita “nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni della persona”, ma tutto il processo comunicativo, come quello di cura, va sempre registrato e documentato in quell’atto pubblico che è la cartella clinica (ed, anche, nel fascicolo sanitario elettronico), che è lo strumento formale specifico della relazione di cura (v. art. 2, comma 2° e comma 4°): ogni ulteriore forma richiesta non costituirebbe che un appesantimento inutile in una situazione di così estrema vulnerabilità e sofferenza.

<sup>26</sup> V., in altro contesto, P. ZATTI, *Per un diritto gentile in medicina*, cit., 2.

## 6. Segue: la *procedura di accesso* (artt. 2-6)

L’obiettivo della procedura, incardinata nell’ambito del servizio pubblico, è di vagliare con sufficiente certezza la libertà e consapevolezza della richiesta e, infine, la persistenza della volontà del paziente di avvalersi di un aiuto medico a morire, cercando di evitare inutili burocratizzazioni della relazione di cura. L’idea di fondo è di un diritto che sappia «ascoltare la verità, spesso sottile, delle relazioni che regola, e non cadere con peso di piombo sulle aspettative e i bisogni delle persone»<sup>26</sup>.

Il percorso può essere distinto in tre fasi: *i*) una prima fase (art. 2) si avvia solo se il paziente lo richiede, e si compie nell’ambito del *rapporto tra il paziente ed il medico cui la richiesta è rivolta*; *ii*) la seconda fase (art. 3) deve essere attivata dal medico che ha preso in carico il paziente quando, al termine dell’attività espletata, la persona confermi di voler essere aiutata a morire e consiste in una procedura di verifica delle condizioni, che spetta alla Direzione sanitaria competente. La Direzione si avvale di un Collegio, di volta in volta istituito in base alle peculiarità della richiesta. Il Collegio ha la responsabilità di accogliere o non accogliere la richiesta presentata dal paziente; *iii*) la terza fase (art. 4) è quella che riguarda la prestazione dell’aiuto medico a morire. Quando il Collegio, espletate le proprie attività, ritiene che la richiesta debba essere accolta, lo comunica alla Direzione sanitaria, che provvede ad individuare il medico ed il personale che attueranno la procedura, sempre che la volontà del paziente di accedervi persista.

La responsabilità “di assicurare lo svolgimento delle procedure e la disponibilità del personale necessario alla loro realizzazione” è in capo alla struttura sanitaria pubblica competente. Si è

scelto di non prevedere termini, per forza di cose ordinatori, per lo svolgimento delle procedure (se non in un caso marginale: v. art. 3, comma 2°), ma di utilizzare in tutti i passaggi centrali della procedura espressioni come “senza indugio”, “immediatamente”, “tempestivamente”, che indicano che i tempi non devono essere ingiustificatamente dilazionati, ma adeguati alle concrete circostanze.

Non sono previsti strumenti di controllo successivo, ma è richiesto che il Ministero della salute definisca «protocolli e modalità per la prescrizione, la preparazione, il coordinamento e la sorveglianza» delle procedure. La previsione di una relazione annuale alle Camere sullo stato di attuazione della legge appare, infine, uno strumento utile – se ben implementato – per monitorare l’applicazione della legge.

Vale la pena, infine, di sottolineare qualche ulteriore dettaglio che qualifica le tre fasi indicate.

*i)* Rispetto alla prima fase, il paziente può fare la richiesta ad un medico di sua fiducia o, nel caso in cui non ne trovi uno proprio, ad un medico individuato su sua richiesta dall’azienda ospedaliera o dall’azienda sanitaria locale (art. 2, comma 1°).

Il medico cui la richiesta è rivolta ha il dovere di valutare la presenza dei requisiti richiesti (come già si è detto piuttosto ampi) «in dialogo con il paziente». Quel generale precetto per cui «il tempo di comunicazione è tempo di cura», espresso, oltre che dal CDM 2014, anche dall’art. 1, comma 8°, l. n. 219/2017, si esplica, in altri termini, in questo contesto: *a)* anzitutto, nell’accogliere la richiesta del paziente e nel vagliarne, anche alla luce della condizione patologica e delle sofferenze riportate dal paziente, la libertà e

consapevolezza. Se la richiesta fosse stata determinata dalla mancata attivazione di percorsi di cure, anche palliative, adeguati, il medico avrebbe l’obbligo di proporli al paziente (v. art. 1, comma 1°); *b)* inoltre, nel fornire informazioni adeguate sulle cure palliative e sugli altri interventi sanitari possibili nella situazione data, da condividere, se il paziente acconsente, con i familiari o le altre persone dallo stesso indicate; *c)* infine, nel dovere di promuovere, sempre con il consenso del paziente, quelle azioni di sostegno che siano rispettose dell’identità della persona, coinvolgendo altre figure professionali e proponendo eventuali percorsi di cura alternativi o integrativi rispetto a quelli già attivati. In questi termini può leggersi il riferimento alla possibilità di avvalersi “anche” dei «servizi di assistenza psicologica e spirituale»<sup>27</sup>.

*ii)* Rispetto alla seconda fase, la Direzione sanitaria competente, che riceve la richiesta corredata di idonea documentazione, ha il compito di costituire un collegio di cui fa parte un medico, nominato come responsabile della procedura, almeno un altro medico esperto della patologia da cui è affetta la persona, un medico-legale ed uno psicologo clinico, nonché tutti gli altri «esperti necessari», individuati di concerto con il medico responsabile della procedura e sentito il medico di fiducia. Non si sono precisate ulteriori competenze, ma si è fatto riferimento alla «particolare vulnerabilità del richiedente», che potrebbe richiedere il coinvolgimento di esperti con competenze esterne a quelle mediche: dal bioeticista, all’assistente sociale. Non è previsto il ricorso ad organismi tecnici stabilmente istituiti, inclusi i comitati etici già esistenti. Ciò non toglie che, come accade per qualsiasi problema di pratica

<sup>27</sup> Sulle difficoltà empiriche di instaurare una relazione che nasca da una richiesta di aiuto medico a morire, v. L. DE PANFILIS, *Oltre la Corte Costituzionale: per*

*una proposta di legge che prenda in carico le vulnerabilità*, in questo fasc.

clinica, in base alle particolarità del caso, e laddove un comitato di etica clinica sia istituito dalla struttura sanitaria di riferimento, questi organismi possano essere coinvolti per un loro parere non vincolante, utile ad affrontare casi che pongano questioni etiche di particolare complessità<sup>28</sup>.

Rispetto all’attività del Collegio, si è cercato di fare in modo che il paziente possa essere coinvolto con modalità il più possibile rispettose delle sue condizioni e si richiede che, nel caso in cui il collegio non accolga la richiesta, il rifiuto sia «adeguatamente motivato». In questa ipotesi, sempre salvo il ricorso alle vie legali ordinarie, la persona ha anche la possibilità di chiedere che la domanda sia riesaminata da un collegio con diversa composizione.

iii) Rispetto alla terza fase, si prevede che, se il Collegio accolga la richiesta, il medico responsabile della procedura concordi con il paziente le modalità di prestazione «più adeguate alle [sue] condizioni ed esigenze» e le comunichi alla Direzione sanitaria. Quest’ultima, «tenendo conto delle richieste del paziente e della eventuale disponibilità dei professionisti già intervenuti», provvederà ad individuare un medico e il personale che attueranno la procedura. Non è escluso che possano essere coinvolti nella procedura anche professionisti che già abbiano partecipato alle fasi precedenti. Mentre, ai fini dell’imparzialità della procedura, si è ritenuto opportuno distinguere il medico di fiducia cui la richiesta è posta ed il medico responsabile della verifica che avviene nella seconda fase, nella terza fase, laddove vi sia la richiesta del paziente e la disponibilità del personale con cui questi sia già entrato

<sup>28</sup> Per alcune perplessità rispetto a questa scelta ancora DE PANFILIS, *op. cit.*

<sup>29</sup> V. sul punto in questo fasc. P. BENCIOINI. L’idea di cambiare ottica nasce anche dallo spunto offerto in CORTE COST. n. 242/2019, cit., in cui si precisa che, in assenza di un obbligo per i medici di procedere

in relazione, le figure possono sovrapporsi in quanto prevale l’esigenza di individuare il contesto di cura il più vicino possibile alle condizioni ed esigenze del paziente. La prestazione di aiuto a morire può essere eseguita solo dopo che il medico abbia verificato la persistenza della volontà della persona di procedere in tal senso.

### **7. Segue: dall’obiezione di coscienza alla «disponibilità del personale sanitario» (artt. 5-6)**

Si è previsto un meccanismo alternativo all’istituto dell’obiezione di coscienza, che permettesse di considerare la posizione del medico e quella del paziente al di fuori di un modello antagonistico/conflittuale e di ricondurla ad un modello di cooperazione giuridica/composizione di interessi all’interno del rapporto di cura.

Alla logica dell’obiezione, per cui la legge riconosce al paziente un diritto, ma attribuisce al medico la facoltà di obiettare e, dunque, di non prestare la propria opera, facendo prevalere proprie ragioni di coscienza sugli obblighi professionali, si sostituisce una logica più vicina a quella delle “professioni intellettuali” – e della professione medica, in particolare – della disponibilità del personale sanitario e delle “scelte in coscienza”<sup>29</sup>. La legge riconosce al paziente un diritto e prevede un relativo obbligo di prestazione a carico del servizio sanitario pubblico; il servizio ha il dovere di assicurare lo svolgimento delle procedure di aiuto medico a morire e la disponibilità del personale necessario alla loro realizzazione (art. 6, comma 2°). Al contrario, non vi

all’aiuto al suicidio, resta affidato “alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato”. Sul punto si vedano i diversi spunti emersi in AA.VV., *Etica, medicina e diritto – Dialogo sull’aiuto medico a morire, cit., passim.*

sarebbe alcun obbligo di aiutare a morire per il singolo professionista (art. 5).

Rispetto alla facile obiezione della difficoltà per le strutture di reperire il personale sanitario disponibile, la risposta, certo limitata, che la prova di testo normativo offre è data dal 1° comma dell'art. 6. Si è, infatti, riproposto, a carico delle

strutture sanitarie, un obbligo analogo a quello previsto dalla l. n. 219/2017, per cui le stesse devono «garantire con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei *principi*» della legge, *anche* attraverso l'adeguata *formazione del personale*<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> Ancora P. BENCIOLINI, *op. cit.*

## Aiuto medico a morire e diritto: come intervenire? Spunti da un esperimento giuridico

**Lucia Busatta**

*Ricercatrice di diritto costituzionale, Università di Trento. Mail: [lucia.busatta@unitn.it](mailto:lucia.busatta@unitn.it).*

### 1. Un esperimento di scienza giuridica applicata

La “Prova di testo normativo in materia di aiuto medico a morire” che abbiamo l’occasione di presentare e di commentare in questo forum rappresenta, anzi tutto, un esperimento di scienza giuridica applicata. Come ricordato nel contributo di Mariassunta Piccinni, il testo è il risultato di un lavoro corale e multidisciplinare portato avanti da un gruppo di lavoro composto da giuristi afferenti a diverse discipline, medici e bioeticisti componenti della rete “Per un diritto gentile”.

A partire dalle indicazioni contenute nel duplice pronunciamento della Corte costituzionale nel caso Cappato-Antoniani (ordinanza n. 207/2018 e sentenza n. 242/2019), il gruppo di lavoro ha tentato di convergere intorno ad una proposta normativa snella e agile. Nella proposta si è cercato anche di tenere in considerazione alcuni dei passaggi argomentativi della pronuncia resa dalla Corte costituzionale nel giudizio sull’ammissibilità della proposta di referendum per l’abrogazione parziale dell’art. 579 c.p. (sentenza n. 55/2022), nonché – naturalmente – le criticità del disegno di legge approvato nel marzo 2022 alla Camera dei Deputati, mai discusso in Senato e, infine, abbandonato a causa del cambio della legislatura.

In linea con lo spirito che da sempre ha animato le riflessioni maturate all’interno della rete “Per un diritto gentile”, la finalità principale

perseguita nella redazione del testo è stata quella di evitare eccessivi irrigidimenti procedurali per vincolare o rallentare irragionevolmente l’eventuale richiesta della persona. Il perno, come si evince dall’art. 1 della proposta, è quello della relazione di cura, intorno alla quale prende forma la richiesta della persona e si costruisce ogni passaggio successivo

Sebbene in una rilettura “a freddo”, a distanza di qualche mese, la proposta faccia emergere qualche lacuna non irrilevante e possa essere sicuramente perfezionabile, nella propria attività il gruppo di lavoro ha inteso valorizzare, da un lato, la relazione di cura e fiducia tra la persona e il suo curante. Dall’altro lato, si è puntato ad agganciare saldamente lo svolgimento dell’intero percorso alla supervisione delle strutture del Servizio sanitario nazionale, con una chiara finalità di tutela delle situazioni di vulnerabilità e di garanzia, anche verso l’esterno, di trasparenza, imparzialità e controllo di ciascun passaggio e ciascun requisito per l’assistenza medica a morire.

Alla luce di quanto sinora espresso, i punti su cui si desidera concentrare l’attenzione in questo breve contributo puntano, in primo luogo, ad evidenziare la funzione di garanzia pubblica degli enti del Servizio sanitario nazionale, funzionali ad assicurare eguaglianza ed uniformità nell’accesso alla prestazione. In secondo luogo, saranno sviluppate alcune considerazioni circa il rapporto tra procedure e contenuti, nella disciplina di tematiche tanto sensibili dal punto di vista valoriale quanto sottoposte ad un continuo aggiornamento sul versante tecnico. Saranno infine sottolineati gli strumenti pensati per garantire l’effettività della disciplina, senza irrigidire eccessivamente il dato normativo della proposta.

### 2. La funzione di garanzia pubblica del Servizio sanitario nazionale

*Forum*



L'intera procedura è disegnata per costruirsi a partire dalla relazione di cura e fiducia tra la persona e il suo medico. La scelta di non precisare ulteriormente la natura della relazione terapeutica è voluta: sulla scorta del buon esempio offerto dalla legge n. 219/2017 che, senza irrigidire in alcun modo la natura dei rapporti, consente il libero e naturale dispiegarsi della relazione di cura nell'infinita variabilità delle condizioni umane e personali, sarà il singolo a declinare la specificità della propria relazione di cura in base alla diversità delle situazioni individuali. Anche per consentire la maggior libertà possibile nell'individuazione del curante al quale presentare la propria richiesta, la funzione di controllo e garanzia svolta dalle strutture del SSN risulta irrinunciabile, per legare saldamente lo spazio di personalizzazione della richiesta ad un quadro di omogeneità assicurato dalla sanità pubblica. L'aiuto medico a morire, infatti, non è semplicemente concepito come una facoltà per la persona che soddisfi i requisiti oggi indicati nella duplice pronuncia della Corte costituzionale (e auspicabilmente un giorno non troppo lontano sanciti in una legge dello Stato), ma nel testo della proposta normativa qui in commento è immaginato quale prestazione sanitaria garantita nell'ambito della sanità italiana.

La funzione di garanzia pubblica del Servizio sanitario, dunque, emerge sin dal momento in cui la persona manifesti la volontà di ricorrere all'aiuto medico al morire: il medico che riceve la richiesta deve trasmetterla senza indugio alla direzione sanitaria territorialmente competente (art. 2, co. 4). Quest'ultima ha il dovere di designare un medico responsabile per la procedura (art. 3). Tale specificazione, si badi, non ha lo scopo di annullare la relazione di cura tra la persona che avanza la richiesta e il curante da questi scelto: si tratta dell'individuazione di un medico del SSN responsabile del perfezionamento dell'intero

procedimento. Quest'ultimo, insieme ad un collegio di esperti individuati dalla Direzione sanitaria, ascolta la persona e procede alla verifica dei requisiti. Il medico di fiducia può sempre presenziare e assistere la persona.

È questo il momento nel quale la procedura, senza che la proposta di testo normativo ne detti in modo eccessivamente invadente i dettagli, diviene un procedimento. Transitata nelle mani nell'amministrazione sanitaria, la richiesta della persona comporta il dovere di verificare la presenza dei requisiti che consentono l'accesso alla prestazione sanitarie e di fornire, in ogni caso, una risposta al richiedente.

La necessità dell'intervento delle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, dunque, assume i connotati di uno strumento di garanzia nei confronti del richiedente stesso. Alla persona si assicura che la sua richiesta sarà presa in considerazione e che, in caso di diniego, avrà la possibilità di chiedere una nuova valutazione della propria posizione. Il ruolo delle strutture pubbliche del SSN rimane altresì centrale nell'assicurare l'effettivo compimento della procedura. In base agli articoli 4, 5 e 6, sarà la Direzione sanitaria a individuare il medico e il personale sanitario che attueranno la procedura, tenendo in considerazione la libera dichiarazione di disponibilità da parte dei medici e del personale sanitario. La tenuta di ciascun passaggio è garantita – quanto meno formalmente – dall'obbligo di cui all'art. 6, secondo il quale «ogni azienda ospedaliera o azienda sanitaria locale deve garantire con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi» della legge, anche assicurando la formazione del personale.

Si tratta di un'affermazione posta a chiusura della procedura, certamente necessaria a palesare la determinazione di un ipotetico legislatore nella garanzia di effettività della legge. Tuttavia, l'esperienza maturata nei quarantacinque anni



di vigenza della legge n. 194/1978 in materia di interruzione volontaria di gravidanza dimostra quanto si discostino tal genere di prescrizioni legislative dal concreto impegno delle strutture sanitarie e da un tangibile zelo nel superare le problematiche organizzative che possono rallentare o rendere più complesso l'accesso ad una prestazione sanitaria garantita all'interno del SSN.

Si è trattato, sinora, di una funzione di garanzia pubblica svolta dalle strutture del Servizio sanitario nazionale, chiamate nella proposta di testo normativo a fungere da garanti dell'effettivo e tempestivo svolgimento della proposta. La convinzione da cui i redattori di questo piccolo tentativo sono partiti riposa nella necessità di assicurare un riscontro tempestivo ad una richiesta tanto estrema quanto intimamente e profondamente attagliata alla dignità di una persona affetta da una patologia irreversibile. Ciò avviene attraverso una netta scissione tra la doverosità pubblicistica dell'attivazione della necessaria procedura e ogni giudizio sul merito della decisione avanzata, sui convincimenti personali e sui valori morali dai quali muove tale determinazione individuale.

A tale riguardo, il carattere universalistico e pubblico del servizio sanitario italiano costituisce un solido appiglio non solo ai fini della configurazione della procedura quale procedimento da compiersi in seno all'amministrazione sanitaria, cui applicare le tutele previste dalla legge. I principi che reggono il SSN rappresentano altresì il veicolo per assicurare che tale facoltà sia realmente disponibile per tutti. L'articolo 1 della legge n. 833/1978, infatti, definisce il sistema sanitario quale complesso di funzioni, strutture, servizi, attività per la salute fisica e psichica «di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio». L'equità economica e territoriale,

insieme alla globalità della copertura assistenziale sono gli elementi necessari (sebbene non sempre sufficienti) ad assicurare la garanzia capillare di una determinata prestazione e, nel caso di accesso ad un trattamento sanitario subordinato allo svolgimento di una procedura, costituiscono il baluardo per assicurare ad una persona che l'iter intrapreso possa giungere ad una conclusione (o prevedere eventuali strumenti giudiziari o stragiudiziali nel caso in cui non sia così).

Al di là della previsione normativa auspicata – è bene ricordarlo – la giurisprudenza di merito ha già avuto occasione di rammentare come, all'esito della pronuncia della Corte costituzionale n. 242/2019 sia stata costituita una posizione giuridica soggettiva meritevole di tutela da parte dell'ordinamento. L'interessato che presenta una richiesta di assistenza medica a morire, infatti, ha un diritto sostanziale a ottenere che la sua domanda sia presa in considerazione dall'amministrazione sanitaria territorialmente competente e, di conseguenza, anche a poter impugnare un eventuale diniego dinanzi agli organi a ciò preposti. Si tratta di quanto affermato, in sede di reclamo, dal Tribunale di Ancona, nell'ambito del procedimento d'urgenza attivato dal sig. Mario (al secolo Federico Carboni), che per primo in Italia ha ottenuto l'accesso all'assistenza al suicidio secondo la «procedura medicalizzata» individuata dalla Corte costituzionale (Tribunale di Ancona, ordinanza 1 febbraio 2022).

Valorizzare la funzione unificante ed egualitaria del Servizio sanitario nazionale, in definitiva, persegue la finalità di assicurare l'effettività di una prestazione sanitaria che, nello spirito dei redattori della proposta, ma anche sulla scia della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019, deve essere garantita in maniera uniforme sul territorio nazionale, per evitare che alla vulnerabilità individuale si sommino le diseguaglianze

imposte dalla frammentazione geografica della sanità italiana. Si tratta, inoltre, anche di marcata volontà di non sottrarre ad un SSN, certamente piegato dalle difficoltà pandemiche e da un cronico definanziamento, una fondamentale e centrale funzione di presa in carico e protezione delle più profonde vulnerabilità che possono affliggere le persone assistite nell'ambito della sanità pubblica e che non possono essere né abbandonate, né affidate al circuito privato.

### 3. Procedure e contenuti

Un secondo profilo della proposta che merita di essere posto in luce concerne la struttura che sorregge il percorso per l'aiuto medico a morire. Senza voler irrigidire i passaggi entro schemi inflessibili, i passaggi che si sono immaginati puntano ad individuare gli strumenti per assicurare, come si è già anticipato, che alla richiesta seguano senza indugio un'effettiva presa in carico della situazione, la nomina del collegio di esperti e la necessaria verifica dei presupposti per l'accesso alla prestazione.

Si è tentato di allontanare ogni sorta di sovrastruttura di carattere burocratico che potesse imbrigliare eccessivamente la posizione della persona. Al contempo, tuttavia, si è ragionato sul fatto che, quando si punta ad offrire una disciplina normativa a questioni aventi una rilevante e sostanziale dimensione medico-tecnica e valoriale, è opportuno tralasciare una definizione dettagliata dei profili contenutistici, per offrire, invece, l'indicazione di un percorso chiaro e ben delineato, in modo tale che ciascuno lo possa percorrere seguendo il passo che maggiormente rispecchia la propria dimensione individuale.

Una (più o meno) dettagliata descrizione del *modus operandi* da seguire rappresenta un rischio da evitare accuratamente quando si normano materie dense di implicazioni bioetiche,

intimamente legate all'autodeterminazione e alla proiezione individuale, quanto potenzialmente soggette ad evoluzioni dal punto di vista medico. Si espone, infatti, un testo normativo di per sé di difficile composizione (e approvazione) al pericolo di risultare ben presto superato dal punto di vista delle tecniche da impiegarsi oppure irragionevole dal punto di vista della definizione del punto di equilibrio fra i diversi valori in gioco. In questi casi, come alcune esperienze nel panorama italiano e comparato efficacemente dimostrano, è meglio valutare e comporre in una fase preliminare i molteplici interessi rilevanti, sfrondare le posizioni estreme e difficilmente conciliabili, puntando a una regolamentazione quanto più possibile asciutta sotto il profilo dell'indicazione dei contenuti, ma sufficientemente aperta ad abbracciare l'infinita diversità delle posizioni individuali.

La ricerca di soluzioni operative e concrete alle problematiche che una disciplina da adottarsi in ambiti così eticamente esposti può portare in luce conduce, dunque, ad individuare strade e percorsi che assicurino risposte effettive, l'adozione di valide strategie esecutive che evitino situazioni di stallo, ingiustificabili tanto dal punto di vista umano quanto sotto il profilo giuridico, dinanzi a «sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili» da parte di una persona che giunge ad elaborare per sé la decisione più estrema.

Il tempo, in questi casi, diviene il metro dell'effettività della legge e della sua umanità. In questi termini, recuperare la lungimirante affermazione di cui all'art. 1, co. 8, della legge n. 219/2017, secondo cui «Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura» consente di legare, ancora una volta, la richiesta avanzata dalla persona alla relazione di cura e fiducia con il suo curante. Inoltre, assicurare che il servizio sanitario sappia rispondere

tempestivamente alle richieste avanzate, collocandole entro uno spazio procedurale definito e prendendo adeguatamente in considerazione ogni situazione individuale che domanda attenzione, permette di immaginare anche gli spazi organizzativi che possono rendersi necessari per lo svolgimento delle procedure. Da un lato, infatti, la richiesta avanzata dalla persona merita di essere approfondita, analizzata e valutata entro un perimetro spazio-temporale adeguato alle specificità della situazione individuale; dall'altro lato – e in termini affatto trascurabili – strutturare l'organizzazione della procedura senza tralasciare la necessità di valutare i tempi della comunicazione e i tempi della relazione deve essere letto nell'ottica di garantire ai medici coinvolti l'espletamento dei loro doveri nei confronti di ciascun paziente, senza aggravii non debitamente riconosciuti nelle mansioni e con la serenità professionale necessaria ad affrontare tali situazioni.

#### 4. L'aggiornamento tecnico della disciplina e la formazione degli operatori

Un ultimo profilo della proposta normativa che merita una riflessione riguarda la precisa scelta di una tecnica normativa di rinvio a fonti secondarie (art. 7), pensata per evitare – come si accennava poc'anzi – eccessivi appesantimenti legislativi e rischi di una rapida obsolescenza della disciplina. La necessità di una periodica revisione o aggiornamento delle procedure da seguire è un elemento essenziale di qualunque intervento normativo in ambito medico: assicurare l'accesso ad una prestazione sanitaria, al verificarsi di una serie di condizioni o alla luce dell'accertamento di requisiti individuati nella legge, non esaurisce le esigenze di disciplina della materia. Vi sono, infatti, specifici profili di dettaglio che possono riguardare tanto le tecniche da impiegarsi («i protocolli e le modalità per la

prescrizione, la preparazione, il coordinamento e la sorveglianza della procedura di aiuto medico a morire»), quanto le questioni più strettamente organizzative ed amministrative che richiedono uno spazio normativo idoneo («indica i requisiti delle strutture del Servizio sanitario nazionale [...]»; «determina le modalità di custodia e di archiviazione delle richieste di aiuto medico a morire [...] in forma digitale»). Questo non può collocarsi entro la dimensione di una fonte primaria, se non altro per la potenziale necessità di dover aggiustare periodicamente o progressivamente taluni profili. Ne deriva che, pur ravvisandosi l'esigenza che la fonte primaria stabilisca che tali strumenti devono esistere al fine di assicurare l'effettività della disciplina, la soluzione percorribile non può che essere quella di rinviare ad una fonte secondaria il dettaglio della regolazione di tali aspetti.

Il vantaggio rappresentato da un rinvio esplicito ad una fonte secondaria, inoltre, consiste non solo nella possibilità di aggiornare periodicamente le previsioni di dettaglio, senza dover metter mano al testo normativo, ma definisce altresì il perimetro di manovra del decreto. In altre parole, creare un rinvio consente non solo di favorire un periodico aggiornamento della disciplina, ma aggancia anche tale esigenza a un preciso e sostanziale progetto legislativo, vincolando in tal modo l'esecutivo a “prendersi cura” di una disciplina che potrebbe non essere sempre in cima alle priorità di un dicastero. D'altro canto, l'esperienza maturata con altri testi normativi che utilizzano una tecnica simile ha dimostrato quanto, anche ai fini dell'effettività di strumenti di redazione delle norme, non si possa mai fare a meno di una volontà politica solida e obiettiva: senza una spinta politica, in altri termini, si corre il pericolo di lasciare il testo legislativo zoppo e privo della fonte secondaria in esso prevista e richiamata. Inoltre, nel caso in cui venisse

a mancare il periodico aggiornamento dei decreti previsti o, addirittura, la loro stessa adozione, gli strumenti volti a forzare un intervento ministeriale sarebbero decisamente deboli o spuntati. Al netto di tali difficoltà, pare che, comunque, la strada maestra non possa che essere quella di una successiva definizione per tramite di una fonte secondaria degli aspetti di dettaglio di una disciplina normativa che mira ad essere efficace e a restare sempre aggiornata.

Infine, poiché le riforme normative che innovano profondamente l'ordinamento non camminano soltanto sulle spalle del legislatore, ma si avvalgono anche delle gambe di coloro che a quella legge sono chiamati a dare vita (nel nostro caso, gli operatori sanitari), è stato previsto l'obbligo,

in capo ad ogni azienda sanitaria, di assicurare un'adeguata formazione del personale. Il rapido *turn-over* che da sempre caratterizza il comparto sanitario e, unitamente ad esso, le costanti e incessanti esigenze di aggiornamento dei professionisti della salute rischiano di far passare in secondo piano o lasciare misconosciute discipline normative che, invece, sono – è proprio il caso di dirlo – di vitale importanza per i pazienti e i loro congiunti. Senza un'adeguata formazione di coloro che devono dare vita a una riforma normativa, assicurando l'accessibilità ad una prestazione sanitaria, infatti, si rischia di lasciarne del tutto inespresso il potenziale, comprimendo in definitiva i diritti dei più vulnerabili.

## Aiuto medico a morire: “obiezione di coscienza” o “scelte in coscienza”?

**Paolo Benciolini**

*Già Professore ordinario di Medicina Legale, Università degli Studi di Padova. Mail: [paolo@benciolini.it](mailto:paolo@benciolini.it).*

Questo contributo si propone di approfondire, condividendone l'impostazione, alcune questioni relative alla partecipazione dei professionisti sanitari alla “procedura di accesso” come delineata dagli articoli 2-6 della “prova di testo normativo”, con riferimento agli eventuali problemi di “coscienza” degli stessi, così come presi in esame dagli artt. 5 e 6. Nella prospettiva di una regolamentazione normativa dell'aiuto medico a morire (comprendente sia il suicidio assistito che l' “eutanasia”), quale spazio per la “coscienza” degli operatori sanitari coinvolti?

Va, in primo luogo, chiarito che la questione si pone esclusivamente per le “prestazioni” di cui all'art. 4. Infatti, tutti gli operatori coinvolti nelle procedure di cui ai articoli precedenti sono richiesti di svolgere un ruolo basato o su un rapporto di fiducia (art. 2) o sulla propria competenza tecnico-specialistica (art. 3).

Come affrontare, dunque, gli eventuali problemi di coscienza di chi venisse richiesto di “attuare l'assistenza concordata con il paziente” (art. 4, co.3)?

La prima ipotesi che poteva essere prese in esame era, ovviamente, quella di introdurre anche in tema di aiuto medico a morire la previsione normativa della “obiezione di coscienza”, come del resto è avvenuto nel (ora decaduto) ddl Bazzoli sul suicidio assistito, che aveva pedissequamente ripreso le indicazioni della legge n. 194/78, in tema di interruzione volontaria della gravidanza.

Non vi è dubbio che tra le questioni bioetiche e di biodiritto relative agli interventi sanitari all'inizio e quelle che attengono alla fine della vita esistono rilevanti analogie. Oltre alle rispettive ipotesi delittuose, va ricordata la più che bimillennaria tradizione deontologica per la quale sia l'aborto che l'eutanasia erano state costantemente considerate prestazioni mediche gravemente censurabili. Ma anche quando è stata introdotta una previsione normativa di segno diverso (per il primo con la legge 194, per il fine vita con l'intervento della Corte Costituzionale in tema di aiuto al suicidio), pur essendo intervenuto un adeguamento dei rispettivi riferimenti contenuti nel testo del codice di deontologia medica, proprio per quanto attiene alle questioni di “fine-vita” le modifiche introdotte sono state da alcuni considerate inadeguate come pure è stato ritenuto insufficiente il richiamo al principio generale (art. 22) che prevede il “rifiuto della propria opera” quando “vengano richieste prestazioni che contrastino con la propria coscienza”. Da più parti (e non solo in ambito sanitario) si è richiesto (e si richiede ancor oggi, specie nella concreta prospettiva di una norma sulla “eutanasia”) che anche in relazione alle disposizioni legislative sui temi del “fine-vita” il legislatore provveda ad una specifica previsione della “obiezione di coscienza”.

Anche a parere di chi scrive, tuttavia, il punto di partenza per affrontare adeguatamente l'esigenza di dare attuazione alle norme sull'aiuto medico a morire nel rispetto della coscienza degli operatori chiamati ad applicarla dovrebbe consistere nel superamento della formula “obiezione di coscienza”, che, almeno in ambito sanitario, è andata logorandosi, anche culturalmente, nel tempo, ma che già fin dalle prime applicazioni della legge 194 non raramente è stata travisata. E considerando anche la sua difficile

attuazione, per la frequente e diffusa mancanza di “non obiettori”.

A favore di una più meditata e personale attenzione a “scelte in coscienza”, particolarmente interessante (e giustificata) appare la mancata previsione della “obiezione di coscienza” nella legge n. 219/2017, che rimanda ad una attenta riflessione (personale e di equipe) sulle scelte ispirate dal caso concreto<sup>1</sup>. Così come va ricordato che in tema di suicidio medicalmente assistito la sentenza della Corte costituzionale n. 242/19, escludendo la «punibilità dell’aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici», dichiara che «resta affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, ad esaudire la richiesta del malato».

Occorre dunque soffermarsi sul valore della coscienza personale per un confronto serio e sereno con le situazioni esistenziali che l’applicazione della (auspicabile) normativa sul fine vita (che non potrà comunque ignorare le indicazioni della Corte costituzionale) dovrebbe proporre. In altri termini: pervenire a “scelte in coscienza”, per poter esprimere (e dichiarare, anche formalmente – art. 5) la propria disponibilità.

La logica della “obiezione di coscienza” in ambito sanitario è il rifiuto categorico di una prestazione prevista dalla legge, la logica delle “scelte in coscienza” è invece quella della disponibilità a considerare con attenzione la norma che, in questo caso, comporta l’esame della richiesta del paziente e valutarne, dinnanzi alla propria coscienza, la possibilità di attuazione nel caso concreto mediante il personale intervento professionale.

<sup>1</sup> Rinvio a P. BENCIOLINI, “Obiezione di coscienza “?, in *Nuova giur.civ.comm.*, II, 2015, 3 ss. e Id., *Obiezione di coscienza alle DAT? Ordinamento deontologico e*

Per consentire un tale atteggiamento responsabile è tuttavia necessaria una adeguata formazione.

Perché non approfittare del tempo oggi disponibile (anche a causa della rilevante svolta politica di questi mesi, che certamente non favorirà una ripresa a breve scadenza delle iniziative parlamentari) per elaborare questa diversa formulazione della questione attinente al rispetto della “coscienza”, che consenta di temperare le esigenze etico-deontologiche dei professionisti sanitari con la necessità di rendere operativa la norma?

Nel tempo che ci attende vanno dunque proposte ed intensificate iniziative che, con metodologie adeguate, contribuiscano a formare i professionisti sanitari sui diversi temi che riguardano le situazioni del fine-vita. Si tratta di previsioni già contenute nell’art. 1 co. 9 e 10 della legge 219/2017 per quanto riguarda il consenso e le disposizioni anticipate di trattamento ma che possono essere fin d’ora riproposte per il suicidio assistito ed estese anche alle situazioni in cui la richiesta di aiuto medico a morire dovesse comportare un intervento “diretto”. Sotto quest’ultimo profilo, pur in mancanza di specifiche indicazioni sulle possibili cause di giustificazione di tali interventi, chi scrive conviene che esse vadano ormai considerate nella medesima prospettiva del suicidio assistito e che, dunque, le condizioni di non punibilità per tale fattispecie indicate della Corte costituzionale possano essere estese anche agli interventi “diretti.” È infatti difficile pensare – a partire dal profilo etico – ad una differenza sostanziale tra chi, constatata la presenza di gravi patologie e la incapacità del paziente, consapevole di “tollerare” la propria condizione, lo “aiuta” a morire fornendogli il

*ordinamento statale*, in *Nuove leggi civ.comm.*, 2019, 153 ss.



farmaco e chi lo “aiuta” a morire provocandogli direttamente la morte. Il caso emblematico (ma che non può essere considerato a parte, come una “eccezione che conferma la regola”) è quello del paziente incapace fisicamente di compiere gli atti necessari per il suicidio.

Una formazione, dunque, che non solo consenta di cogliere gli aspetti tecnico-organizzativi della procedura, ma anche di percepirne le implicanze etiche e soprattutto in grado di mettere in discussione le proprie motivazioni personali, specie qualora aprioristicamente orientate a rifiutare la richiesta del paziente di essere aiutato a morire. Una formazione, inoltre, non limitata solo a chi potrebbe essere chiamato ad effettuare gli “interventi”, ma estesa anche ai componenti delle équipes comunque coinvolte nella complessiva procedura. Senza ignorare l'importanza di avviare fin d'ora una sensibilizzazione su questi temi rivolta a tutti gli altri professionisti sanitari e agli stessi studenti.

Nelle iniziative di formazione, un primo spunto per una corretta valutazione delle implicanze etiche degli interventi di “aiuto medico a morire” dovrà considerare l'oggetto della “obiezione”. Sotto tale profilo andrà evidenziato che non esiste alcuna analogia tra gli interventi sanitari ai due estremi della vita: nel caso dell'aborto chi obietta intende negare il diritto della donna di sopprimere, nei casi previsti dalla legge, il prodotto del concepimento, un essere inerme, distinto dalla donna che lo richiede. Nel caso, invece, degli interventi sul “fine-vita” l'eventuale rifiuto di intervenire significherebbe non accogliere la decisione di una persona consapevole di porre fine alla propria vita mediante il suicidio assistito o l'intervento diretto nei casi previsti dalla relativa normativa.

Un ulteriore spunto dovrà riguardare la conoscenza del particolare vissuto di chi chiede di porre termine alla propria esistenza per una

patologa da lui considerata “intollerabile”. Sotto tale profilo, l'esperienza dei comitati etici per la pratica clinica (ma anche quella di cui possono essere portatori specialisti quali intensivisti e palliativisti), potrebbe risultare particolarmente preziosa per proporre, a titolo esemplificativo, situazioni esistenziali concrete in ordine alle quali confrontarsi per la verifica delle condizioni previste dalla Corte Costituzionale e interrogarsi sul personale modo di reagire e orientare le proprie scelte etiche. Richiamando, anche, le fondamentali indicazioni della legge 219/2017 in tema di decisioni responsabili da parte del paziente. Senza, dunque, ricorrere alla necessità di una (rigida) previsione normativa della “obiezione di coscienza”, le prospettive che si aprono con una tale formazione dovrebbero consentire alle strutture sanitarie competenti di poter fare riferimento a medici (e l'altro personale necessario) disponibili (art. 5, co. 1) a realizzare la procedura di aiuto medico a morire a seguito di una personale meditata scelta “in coscienza”.

Una previsione “utopistica”? In realtà essa si inquadra nello spirito del “diritto gentile”, che intende promuovere uno stile degli operatori ispirato a una responsabile attenzione alla richiesta e al vissuto della persona ammalata. Senza escludere la possibilità di rivedere, in taluni casi, la propria scelta, ritirando la disponibilità (art. 5, co. 2).

Riproporre per il “fine-vita” la logica della “obiezione di coscienza” significherebbe vanificare le finalità di una normativa che si vorrebbe volta a valorizzare positivamente l'aiuto medico a morire, costringendo la struttura sanitaria, ove ve ne fosse bisogno, a ricorrere ad una soluzione organizzativa quale la “mobilità del personale” da altre aziende. Si tratta di una formula prevista dalla legge n. 194/78 e che, per la verità, viene ora considerata anche nella “prova di testo normativo” elaborata dal Gruppo di lavoro “un

Diritto Gentile” (art. 6, co. 3). Una procedura certamente inevitabile nei casi estremi, ma – ad avviso di chi scrive – pur sempre esposta al rischio di non consentire il formarsi dell’indispensabile (anche in queste situazioni!) rapporto di fiducia tra medico e persona ammalata.

Esistono ulteriori e diverse soluzioni organizzative? Sul punto si rinvia all’ampia rassegna di Lucia Busatta<sup>2</sup> per l’analogia questione sollevata nella applicazione della legge 194/78. In realtà, e proprio in base a tale esperienza (che si protrae ormai da oltre quarant’anni) è difficile immaginarne altre. Va poi rilevato che qualche perplessità susciterebbe – anche ad avviso di chi scrive – il ricorso a formule (già proposte per l’IVG) di incentivazione mediante assunzione riservata a medici “non obiettori”. In questo caso potrebbe

sussistere il rischio di subordinare la “coscienza personale” a scelte di comodo e, per la struttura sanitaria, il rischio di vedere vanificata la programmazione a seguito di successiva scelta del medico assunto di sollevare l’obiezione.

Condividere la proposta elaborata dal Gruppo “Per un diritto gentile” consentirebbe, invece, di abbandonare la logica della “obiezione di coscienza” e di agevolare l’attuazione della norma attraverso una adeguata formazione “sul campo” degli operatori sanitari, valorizzando una attenzione privilegiata ai valori (anche relazionali) ai quali ispirare la loro coscienza e, di conseguenza, anche le “scelte” di disponibilità professionale volte ad “attuare” l’assistenza concordata con il paziente.

<sup>2</sup> L. BUSATTA, *Insolubili aporie e responsabilità del SSN. Obiezione di coscienza e garanzia dei servizi per la*

*interruzione volontaria di gravidanza*, in *Rivista AIC*, 3, 2017, 1 ss.



## Oltre la Corte Costituzionale: per una proposta di legge che prenda in carico le vulnerabilità

**Ludovica De Panfilis**

*Ricercatrice Sanitaria e Bioeticista Clinica, Soc Medico-legale, Referente Area Bioetica Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia. Mail: [Ludovica.DePanfilis@ausl.re.it](mailto:Ludovica.DePanfilis@ausl.re.it).*

La proposta di legge “Disposizioni in materia di aiuto medico a morire” a cura del gruppo multidisciplinare del Diritto Gentile si inserisce in un percorso iniziato almeno 4 anni fa – per individuare un momento nello spazio e nel tempo in cui l’attenzione su questa tematica ha subito una brusca accelerata dal punto di vista normativo, sociale e mediatico.

Il tema è ovviamente oggetto di discussione da molti anni addietro, ma con la sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale esso è diventato fortemente presente a livello nazionale, non soltanto al dibattito etico e giuridico, ma anche a quello sociale e sanitario. Il proliferare di informazioni parziali e spesso confuse, e di interpretazioni personali e applicazioni individuali, continua a generare nella cittadinanza, nei pazienti e nei professionisti sanitari atteggiamenti contrastanti, che poco hanno a che fare con la complessa presa in carico della vulnerabilità e della fragilità delle persone che chiedono un aiuto medico al morire.

Il prezioso tentativo di ordinare la materia in una proposta di legge equilibrata, che tenga conto della sentenza summenzionata e la superi negli aspetti più critici, è indispensabile nel panorama attuale.

La prospettiva dalla quale vengono di seguito proposte alcune riflessioni in merito è quella, che io ritengo privilegiata, di chi si occupa di questioni etiche della relazione di cura “dall’interno”

di un’azienda sanitaria, a contatto con quella bioetica del quotidiano che tanto si fatica a riconoscere se si riflette su questi problemi da una certa distanza. Penso, tuttavia, che anche questo sguardo non sia esente da limiti e, anzi, corra il rischio di essere parziale, nel momento in cui inevitabilmente rischia di porre freni “soluzione ideale” proponibile, sulla base di considerazioni di pura e semplice fattibilità.

Fatte le dovute premesse, il primo punto che desidero evidenziare e da cui credo sia fondamentale partire è la scelta, compiuta dagli autori di questa prova di testo normativo, di definire l’aiuto medico al morire come “sostegno all’autosomministrazione” oppure “somministrazione da parte del medico di farmaci adeguati allo scopo”. È la prima sostanziale e dirimente differenza con la decisione della Corte Costituzionale ed è anche il punto di svolta rispetto ad un dibattito etico ormai “trapassato”, teso a segnare confini spesso artificiali – sicuramente dal punto di vista emotivo e morale – tra suicidio medicalmente assistito ed eutanasia. Questa presa di posizione, inoltre, permette di superare alcune obiezioni che nel tempo renderebbero ambigua qualsiasi regolamentazione dell’aiuto medico a morire basata sulla sentenza della Corte.

Si veda, ad esempio, il caso della proposta di legge regionale dell’Associazione Luca Coscioni, presentata alla Consulta di alcune regioni tra cui l’Emilia Romagna. La proposta, sulla quale per ovvie ragioni non si entrerà qui nei dettagli, è stata scritta ai sensi della sentenza n. 242/19 della Corte.

La Consulta di garanzia statutaria della Regione, dopo averne valutato i contenuti, l’ha dichiarata ammissibile, pur ritenendo che «nella sentenza della Corte non sia configurabile un diritto a essere aiutati a morire dal Servizio sanitario nazionale, ma semmai “un diritto a darsi la morte” ottenendo da una struttura pubblica del SSN

Forum



l'accertamento dei presupposti per la non punibilità (dell'aiuto al suicidio"), quello dell'idoneità del farmaco e, più in generale, l'accertamento delle modalità di esecuzione»<sup>1</sup>. Tale presa di posizione rivela l'intrinseco limite della sentenza n. 242/19, che la prova di testo normativo supera senza ambiguità nella definizione che dà dell'aiuto medico a morire.

Un altro punto di distanza netta dalla decisione della Corte Costituzionale è nell'articolo 2. Il comma 1, nel definire i requisiti che la persona deve avere per richiedere l'aiuto medico a morire, non inserisce né la dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, né la prossimità dell'evento morte. I tre aspetti cardine sono, infatti, la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli, la patologia irreversibile e l'intollerabilità delle sofferenze. Questa assenza ha, a giudizio di chi scrive, un gran significato pratico e morale.

In prima istanza, questa posizione offre una risposta a tutte le persone affette da patologie irreversibili che, però, non dipendono da trattamenti artificiali e che non hanno una prognosi ben definita, ristabilendo, in questo modo, un principio di equità, che garantisca l'aiuto medico a morire sulla base della intollerabilità esistenziale di una malattia irreversibile e fonte di enormi sofferenze.

In secondo luogo, definire la richiesta di aiuto a morire in questi termini permette di segnare una certa distanza dal concetto della sospensione dei trattamenti, normato dalla Legge n.219/2017 sul

Consenso informato e le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT).

Questa differenziazione potrebbe contribuire ad implementare una pratica clinica ed assistenziale che, al contrario, chi è direttamente impegnato sul campo fatica a comprendere fino in fondo, dopo 5 anni dall'entrata in vigore dalla legge. La differenza tra una sospensione di trattamenti salvavita e un aiuto medico a morire è ancora problematica nella pratica, poiché spesso la percezione dei professionisti si basa sull'esito di queste pratiche – la morte del paziente – e sul vissuto emotivo che comporta.

Un altro solco viene, altresì, creato con la sedazione palliativa profonda. Molto spesso i cittadini, le cui nozioni in merito sono alimentate da una informazione talvolta parziale, intendono la sedazione profonda non come un trattamento *last resort* proposto da un medico all'interno di una presa in carico da parte delle cure palliative, ma piuttosto come un'alternativa, l'unica possibile, ad un aiuto medico a morire. L'impatto che questo ha sulla pratica clinica e sulla relazione di cura è, spesso, molto dannoso, in quanto la sedazione profonda viene caricata di significati che non ha, confusa e mal gestita.

Se i due aspetti finora discussi rappresentano, a mio giudizio, i principali punti di forza di questa proposta – un cambio di passo significativo e necessario – di seguito saranno argomentati alcuni punti ritenuti critici, in riferimento soprattutto alle conseguenze della loro applicazione/applicabilità.

<sup>1</sup> Si veda, a tal proposito, quanto riportato da alcuni quotidiani nazionali, in assenza del testo consultabile del parere della Consulta: [https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo\\_id=111313](https://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=111313); [https://bologna.repubblica.it/cronaca/2023/02/22/news/fine\\_vita\\_la\\_regione\\_ammette\\_la\\_proposta\\_di\\_legge\\_dell'associazione\\_luca\\_coscioni-389049947/](https://bologna.repubblica.it/cronaca/2023/02/22/news/fine_vita_la_regione_ammette_la_proposta_di_legge_dell'associazione_luca_coscioni-389049947/);

[https://www.ansa.it/emiliaromagna/notizie/2023/02/22/suicidio-assistito-in-e-r-ammissibile-proposta-coscioni\\_b44e5ce1-0c9b-4241-8d65-37c56d8e19a8.html](https://www.ansa.it/emiliaromagna/notizie/2023/02/22/suicidio-assistito-in-e-r-ammissibile-proposta-coscioni_b44e5ce1-0c9b-4241-8d65-37c56d8e19a8.html).

Problematico appare, agli occhi di scrive, il riferimento alla relazione di cura presente nell'articolo 1, comma 3, ove si specifica che: «L'aiuto a morire si realizza nell'ambito della relazione di cura e di fiducia già in atto o avviata con la richiesta di aiuto a morire».

Le difficoltà nello stabilire una relazione di fiducia tra curanti e persone malate sono ben note e sono di tipo morale, relazionale, comunicativo, etico e deontologico. Alla base di una relazione di cura e di fiducia c'è il tempo, la prossimità, l'ascolto, le competenze etiche di chi comunica e quelle di chi ascolta. C'è un'autoconsapevolezza che aiuta a gestire il distress morale degli operatori e la conoscenza di sé e dei propri valori dei pazienti. Pretendere che una tale relazione si avvii nel momento in cui avviene la richiesta di aiuto a morire non è realistico e, soprattutto, sottovaluta le conseguenze che queste richieste hanno sui pazienti e sugli operatori sanitari, conseguenze che vanno riconosciute e gestite.

In relazione a quanto appena sottolineato, avrebbe avuto senso inserire nella proposta di legge il riferimento al coinvolgimento di un Comitato Etico o, meglio ancora, un Comitato per l'etica nella clinica. Proprio perché quest'ultimo non è presente in maniera uniforme sul territorio nazionale, la proposta poteva essere un'occasione per richiederne l'implementazione, sottolineando il ruolo che questo organismo potrebbe avere.

Il testo descrive, infatti, la predisposizione di un collegio che valuti la richiesta, la presenza dei requisiti necessari e "senta" la persona interessata. Tale organismo, così descritto, non assolve a quello che, invece, un Comitato per l'etica nella clinica potrebbe fare, ovvero supportare la persona malata e i professionisti nel percorso,

aiutandoli ad individuare le ragioni morali della richiesta e della eventuale approvazione e a gestire il distress morale che ne può conseguire. Questi aspetti sono importanti nella pratica, perché il problema del supporto etico a tutti gli attori coinvolti è ineliminabile e, se non affrontato in maniera adeguata, rischia di rendere impraticabile l'intera procedura.

Sempre in relazione al collegio che valuta la proposta, ritengo necessario sottolineare la potenziale problematicità di un altro aspetto. Al comma 2 dell'articolo 3 si dichiara che «qualora il collegio non accolga la richiesta, il rifiuto deve essere adeguatamente motivato e la persona può chiedere la nomina di un collegio con diversa composizione, che dovrà essere costituito entro 8 giorni». Considerato che questo collegio deve valutare l'irreversibilità di una malattia, la piena e libera capacità di scelta e la sofferenza intollerabile, c'è il rischio concreto di una certa discrezionalità nella valutazione. In particolare, l'aspetto dei tre che ritengo più "scivoloso" è la valutazione della sofferenza intollerabile.

Definita anche come distress esistenziale, il fenomeno è, spesso, causa dell'inizio di una sedazione palliativa profonda in prossimità della fine della vita. Nonostante ciò, la sua definizione è di frequente all'origine di dilemmi etici ed è molto dibattuta. Basti pensare che in un "consensus study" del 2000 sono state individuate ben 13 categorie per definire la sofferenza intollerabile legata ad una malattia irreversibile, tra cui: la perdita di significato nella vita presente e passata, la perdita di senso rispetto al proprio ruolo sociale, il sentirsi irrilevante, la dipendenza da altri e la paura di essere un peso, l'assenza di speranza, il dolore intollerabile, le domande disperate di senso<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> La definizione di sofferenza o distress esistenziale e le sue implicazioni alla fine della vita sono oggetto di numerose pubblicazioni. Per il lettore che fosse

interessato ad approfondire l'argomento, si suggerisce di iniziare dalla lettura di una revisione sistematica della letteratura, utile ad inquadrare

Al fine di evitare che il parere di uno – o più – collegi coinvolti sia opinabile in maniera problematica sarebbe ottimale inserire all'interno di essi un esperto nella valutazione di distress esistenziale (uno psicologo, un assistente spirituale, ma anche un bioeticista clinico o un palliativista particolarmente formato in questo ambito).

Allo stesso modo andrebbero stabiliti degli indicatori precisi e il più possibile oggettivabili, in base ai quali il collegio possa accettare o rifiutare la richiesta, oltre alla adeguata motivazione discorsiva che sostenga un eventuale rifiuto.

A conclusione di questo breve contributo, mi preme sottolineare la profonda necessità, che chi lavora nei contesti di cura percepisce, di rendere realmente applicativi gli strumenti previsti dalla Legge n.219 del 2017, anche alla luce del

percorso normativo che si vuol promuovere sul suicidio medicalmente assistito. L'entrata in vigore della 219, infatti, ha trovato una platea di professionisti impreparati e di cittadini parzialmente inconsapevoli. Affinché l'aiuto medico a morire possa essere compreso nel suo significato più profondo, ma anche nelle sue differenze rispetto a quanto già esiste, esso deve affacciarsi in un mondo socio-sanitario che ha già implementato le pratiche e gli strumenti della legge n.219 nella clinica e nell'assistenza quotidiana. Solo allora anche una legge sull'aiuto medico a morire potrà trovare una risposta pronta, consapevole e preparata, nell'ottica di garantire alle persone la piena realizzazione di sé, anche di fronte ad una malattia irreversibile e al morire.

---

l'argomento: BOSTON P, BRUCE A, SCHREIBER R., *Existential suffering in the palliative care setting: an*

*integrated literature review*, in *J Pain Symptom Manage*, 41, 3, 2011 Mar, 604-618.

## Le necessarie tutele (e i relativi controlli) in ordine al processo di formazione della volontà di morte

**Giuseppe Giaimo**

*Professore ordinario di Diritto Privato Comparato nell'Università degli Studi di Palermo. Mail: [giuseppe.giaimo@unipa.it](mailto:giuseppe.giaimo@unipa.it).*

La proposta di regolamentazione dell'aiuto medico a morire, elaborata da un tavolo di lavoro all'interno del gruppo "Per un diritto gentile", copre un ampio spettro di situazioni relative al termine della vita, per scelta di quell'individuo che voglia scampare ai tormenti recategli da uno stato di malattia. In particolare, sono previste le ipotesi di suicidio assistito e di eutanasia attiva (attraverso la somministrazione, da parte del medico, di sostanze capaci di provocare una morte senza afflizioni), in favore di una «persona affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili, e che sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli» (art. 2). Ciò significa, quindi, che il soggetto richiedente potrebbe anche essere un minore di età e che l'infermità potrebbe avere natura psichica come, ad esempio, nel caso di uno stato depressivo cronico.

Una siffatta dilatazione delle fattispecie dimostra, per un verso, l'apprezzabile intento di ampliare la platea dei potenziali fruitori della disciplina, senza discriminazioni fondate sul necessario ricorrere di un peculiare stato patologico o sull'indispensabile presenza di determinati ap-prestamenti sanitari (quali sono i presidi di sostegno vitale, richiesti dalla Corte costituzionale n. 242/2019 come condizione legittimante l'aiuto al suicidio). Per altro verso, tuttavia, è indispensabile valutare se le regole previste in merito all'imprescindibile controllo della genuinità e

della consapevolezza del volere del disponente siano sufficienti ad assolvere al dovere dello Stato, di cui all'art. 2 della Convenzione EDU, di proteggere e tutelare la vita dei consociati; soprattutto quando – come nel caso in questione – siano coinvolti soggetti vulnerabili (quali i minori di età o i malati psichici) il cui procedimento di formazione della volontà necessita di maggiore attenzione. Sul punto è opportuno soffermarsi per un breve chiarimento.

La possibilità di cui gode ciascun essere umano di autodeterminarsi in relazione alle scelte a riguardo della sua salute – anche quando da esse dovessero derivare effetti letali – è espressione diretta del rispetto dovuto, dalla collettività di riferimento, alla libertà di ogni soggetto di conformare la propria esistenza a ciò che è percepito come maggiormente aderente al personale concetto di dignità. Il dovere dello Stato nei confronti del singolo possiede, quindi, una duplice valenza. In primo luogo, esso consiste nell'apprestare un sistema normativo tale da impedire qualsiasi interferenza esterna sulle decisioni individuali, quando queste riguardino le scelte di cura. In secondo luogo, lo Stato stesso – in ossequio all'obbligo che gli è proprio di proteggere la vita dei consociati (art. 2 Convenzione EDU) – deve assicurare, attraverso acconce disposizioni di legge, che ogni statuizione da cui possa scaturire un esito esiziale sia assunta senza che residui alcuna ombra circa la reale coerenza della decisione medesima con la personalità e i bisogni del disponente. In altri termini, se è vero che lo Stato deve astenersi dal porre ingiustificati vincoli alla libertà dispositiva della persona, è altrettanto vero che deve apprestare ogni cautela destinata a fare in modo che la volontà si formi in maniera del tutto scevra da condizionamenti e con un substrato informativo atto a far in modo che il soggetto interessato possa valutare e soppesare

*Giaimo*

ogni possibile alternativa e le relative conseguenze.

Una volta precisato questo presupposto teorico, è opportuno rileggere la proposta normativa in commento attraverso un concreto riscontro giurisprudenziale, in modo da evitare al ragionamento un eccessivo e improduttivo grado di astrattezza. Il riferimento è all'indirizzo dato di recente dalla Corte EDU<sup>1</sup> nel giudizio di conformità della legge belga sulla morte medicalmente assistita all'art. 2 della Convenzione, in un caso di eutanasia praticata in conseguenza di una patologia psichiatrica. La Corte stessa, dopo aver richiamato il margine di discrezionalità di cui godono gli Stati nell'ammettere nel proprio ordinamento la morte pietosa, ha individuato una coppia di elementi la cui presenza è ritenuta indispensabile all'interno di una normativa a regolamento del decesso medicalmente assistito. Il primo di questi requisiti consiste nell'esistenza di un sistema di controlli – preventivi all'atto eutanascico o all'aiuto al suicidio – adatti ad assicurare che la decisione del paziente di porre fine alla sua vita sia assunta in maniera libera e con la piena e perfetta coscienza di ogni informazione in grado di influire sulla scelta; con un ulteriore rafforzamento dei controlli medesimi, quando la richiesta del paziente è conseguenza di un malessere psichico che non sia tale da procurare, in tempi ragionevolmente brevi, l'evento letale<sup>2</sup>. Il secondo elemento indefettibile è costituito dalla previsione di un procedimento che consenta di verificare – in maniera oggettiva e in piena indipendenza di giudizio – che la procedura di morte medicalmente assistita sia stata svolta in perfetta aderenza alle disposizioni di legge, con

particolare riferimento al momento formativo della volontà del malato e alla sussistenza, sino all'istante finale, delle caratteristiche di libertà e consapevolezza che essa deve possedere<sup>3</sup>.

Il sistema del doppio controllo, quindi, secondo la Corte EDU è uno strumento necessario al fine di potersi accertare, senza che residui alcun inopportuno margine di dubbio, che il volere del disponente non sia frutto di condizionamenti esterni, così come di vizi interni – magari dovuti a una falsata percezione del disponente stesso, ovvero a una sua ridotta capacità d'intendere e di volere – che ne alterino la genuinità e ne inficino la consapevolezza. Verifiche, queste, che assumono ancora maggiore rilievo e importanza quando, come nel caso di affezioni di natura psichiatrica, la volontà di morte potrebbe essere facilmente condizionata e distorta proprio in conseguenza di quella specifica malattia; ovvero quando, come nel caso di soggetti minori di età, potrebbe esistere il dubbio che non sia stato ancora raggiunto un grado di maturità decisionale idoneo a comprendere e a elaborare ogni elemento di conoscenza, sulla cui scorta si compiono delle scelte da cui discendono esiti fatali per il disponente<sup>4</sup>.

Le cautele elaborate in tesi dalla Corte EDU trovano, in parallelo, un pieno riscontro positivo all'interno dell'ordinamento spagnolo, la cui *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia* dispone un procedimento di formazione e di manifestazione delle determinazioni del paziente parecchio articolato, con una precisa scansione temporale, del tutto aderente al concetto di alleanza terapeutica e pienamente rispettoso dei

<sup>1</sup> Corte eur. dir. uomo, 4.10.2022, ric. 78017/17, *Mortier c. Belgique*.

<sup>2</sup> *Mortier c. Belgique*, cit., §§ 146-147.

<sup>3</sup> *Mortier c. Belgique*, cit., § 141.

<sup>4</sup> La Corte EDU ha concluso il suo giudizio rilevando come lo Stato belga sia venuto meno al proprio

dovere di proteggere la vita dei consociati, in quanto la legge sull'eutanasia del 28/5/2002 non prevede un sistema di controllo – successivo al decesso della persona che ha richiesto la morte assistita – idoneo a garantire una verifica effettiva e indipendente sulle modalità con cui è stata attuata la procedura eutanascica.

connotati di libertà, consapevolezza e autonomia che deve possedere il volere stesso.

La normativa spagnola – che subordina la possibilità di accedere alla morte medicalmente assistita alla compiuta maggiore età del soggetto interessato e la esclude nell'ipotesi di malattia psichica<sup>5</sup> – prevede un sistema di riscontro delle condizioni che legittimano il procedimento eutanasi (anche nelle forme di assistenza al suicidio) affidato a una *Comisión de Garantía y Evaluación*, quale organo amministrativo di composizione multidisciplinare, nominata su base territoriale dalle *Comunidades Autónomas*. In particolare, la *Ley Orgánica* stabilisce (art. 10) che la verifica della correttezza dell'operato del medico responsabile e dell'esistenza dei requisiti di legge è affidata a due componenti (un medico e un giurista) della Commissione stessa, che potranno anche procedere all'audizione di tutti i soggetti coinvolti, compreso (ove possibile) il paziente. In caso di disaccordo, la Commissione opera in composizione plenaria. L'organismo svolge anche una funzione di giudizio in ordine ai reclami, proposti dal paziente, contro i possibili pareri negativi all'eutanasia formulati dal medico responsabile o dal *médico consultor*<sup>6</sup>. Infine, contro le deliberazioni della *Comisión*, è ammesso il ricorso all'Autorità giudiziaria. Successivamente all'avvenuto decesso, il medico responsabile

deve consegnare alla *Comisión* due distinti documenti, uno con l'indicazione delle generalità del paziente, dello stesso medico responsabile e del *médico consultor*; l'altro con il resoconto puntuale, in forma anonima, dell'intera procedura. La Commissione, quindi, effettuerà un ultimo controllo sulla scorta di questa seconda relazione e, ove dovessero manifestarsi delle perplessità, potrà decidere di accedere ai dati contenuti nel primo documento, in modo da identificare i soggetti coinvolti e disporre ulteriori approfondimenti (art. 18).

Gli elementi tratti dalla sentenza della Corte EDU e dalla normativa spagnola sull'eutanasia e sul suicidio assistito consentono, adesso, di meglio valutare la proposta di legge in commento. Lo spirito sotteso a quest'ultima, com'è evidente dalla lettura del testo, è quello di valorizzare al massimo l'autodeterminazione di chi voglia sottrarsi con la morte procurata alle sofferenze dovute a uno stato patologico, che allontanano irrimediabilmente il vissuto quotidiano da ciò che l'individuo reputa aderente alla propria personalità e al proprio concetto di dignità. Al contempo, è dato opportuno rilievo alla relazione di cura che lega il paziente al medico, posto che la richiesta di aiuto a morire segue un procedimento all'interno del quale riveste un ruolo cardine il professionista sanitario, sia nella figura del

<sup>5</sup> Secondo il disposto dell'art. 5, comma 1 lett. d), l'aiuto medico a morire può essere richiesto soltanto in presenza di una *condizione grave cronica e invalidante*, intesa come «una situazione riferita a limitazioni che colpiscono direttamente l'autonomia fisica e le attività della vita quotidiana, in modo tale da rendere impossibile provvedere a sé stessi [...] associate a una costante e intollerabile sofferenza fisica o psicologica per chi ne soffre, con la certezza o un'alta probabilità che tali limitazioni persistano nel tempo senza possibilità di guarigione o miglioramento apprezzabile. A volte, può significare dipendenza assoluta dal supporto tecnologico di sostegno vitale» (art. 3, lett. b). Ovvero, ancora, quando ricorre una

*malattia grave e incurabile*, definita come «una patologia che per sua natura provoca una sofferenza fisica o mentale costante e insopportabile al di là della tollerabilità della persona, con una prognosi limitata per la vita, in un contesto di fragilità progressiva» (art. 3, lett. c).

<sup>6</sup> Il *médico consultor* è un professionista che – interpellato dal collega che ha curato la vicenda sino a quel momento – a sua volta ha il compito di visitare il paziente, studiarne la storia clinica e redigere una relazione circa la presenza dei requisiti che rendono ammissibile la richiesta di morte volontaria (art. 8, punto 3).

medico cui la richiesta stessa è rivolta (sul quale grava l'obbligo di fornire al richiedente ogni informazione potenzialmente utile a influire sul processo formativo della volontà di morte), sia in quella del medico responsabile della procedura (al quale spetta il compito di individuare e coordinare il collegio al quale compete decidere sull'accoglimento dell'istanza del malato). La medesima logica, infine, si riverbera sul piano dei requisiti richiesti: come si è detto, infatti, il decesso procurato per fini compassionevoli potrebbe riguardare anche i minori di età ed essere conseguente a una patologia di natura psichica. L'importanza riconosciuta alla volontà del paziente richiede, tuttavia, la presenza di una serie di cautele – ulteriori rispetto a quelle già contenute nel progetto normativo – atte a verificare che la volontà stessa sia scevra non solo da condizionamenti esterni, ma anche da deficienze informative che possano inficiarne il contenuto, così come da qualsiasi altro elemento, anche interiore al disponente, che sia tale da provocare pericolose distorsioni. In altri termini, sarebbe

auspicabile una maggiore accentuazione della condizione di indipendenza tra il medico responsabile (al quale spetta il compito di aiutare il richiedente a morire) e il collegio di controllo; così come la previsione di un sistema di verifica della correttezza della procedura seguita, successivo all'avvenuto decesso, affidata a un organo diverso rispetto a quello che ha autorizzato l'evento eutanasico. Questi accorgimenti di certo non sono degli strumenti attraverso i quali si pongono dei vincoli, in maniera surrettizia, alla libera volontà del disponente. Essi costituiscono, piuttosto, un'opportuna precauzione diretta a provare – senza che rimanga alcuna sgradevole sensazione di dubbio – che il volere del disponente sia stato connotato dal massimo grado di fondatezza e consapevolezza, a ulteriore garanzia della genuinità dell'atto di autodeterminazione, soprattutto quando esso riguardi soggetti che, per età o per la particolare condizione patologica in cui versano, risentono di una maggiore vulnerabilità.



## Il perché della non punibilità dell'aiuto medico a morire

### Elisabetta Palermo

Già professoressa associata di diritto penale, Università degli Studi di Padova. Mail: [elisabetta.palermo@unipd.it](mailto:elisabetta.palermo@unipd.it).

### Debora Provolo

Professoressa associata di diritto penale, Università degli Studi di Padova. Mail: [debora.provolo@unipd.it](mailto:debora.provolo@unipd.it).

### Elena Cadamuro

Assegnista di ricerca in diritto penale, Università degli Studi di Padova. Mail: [elena.cadamuro@unipd.it](mailto:elena.cadamuro@unipd.it).

La necessità di un intervento organico del legislatore volto a disciplinare la materia dell'aiuto medico a morire, al fine di definirne chiaramente le condizioni, i limiti e la procedura, impone di considerare anche i risvolti penalistici di tale disciplina.

In particolare, ciò che è evidente già dalla semplice lettura del dispositivo della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 – ove si esclude «la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 [...], 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» – è infatti

che, rendendo lecita la condotta di agevolazione al suicidio in presenza di ben circoscritte condizioni (malattia irreversibile, sofferenza, percorso medicalizzato, ecc.), si è aperta la strada verso nuovi confini dell'autodeterminazione terapeutica, oltre la linea del diritto di rifiutare o interrompere trattamenti sanitari, così come esplicitato nella l. 219/2017, ma pur sempre attigui. Vi è dunque la necessità di interrogarsi, come già fatto nel contesto della legge succitata, rispetto agli obblighi e alle conseguenti responsabilità che si vanno delineando nei confronti di chi è chiamato ad operare in tale situazione<sup>1</sup>.

Nella prova di testo normativo che qui si commenta, anche sotto il profilo prettamente penalistico, si è cercato di sviluppare un ragionamento partendo innanzitutto dalla necessità di circoscrivere il problema dell'aiuto a morire nella cornice della relazione di cura e fiducia tra medico e paziente – secondo le direttive peraltro tracciate dalla Corte costituzionale con il richiamo alla l. 219/2017 – al fine di dare risposte al malato a fronte di una situazione che nasce dalla perdita della salute e comporta sofferenze fisiche e/o psichiche ritenute insopportabili<sup>2</sup>.

Una volta definito questo preciso contesto, anche alla luce di principi già normati, si ritiene possa perdere rilevanza il fatto di continuare a dare rilievo, in particolare sul piano penalistico, alle diverse modalità pratiche con cui si giunga a dare concretezza alla volontà del malato circa il momento terminativo dell'esistenza, seppur nel rispetto delle procedure stabilite.

È chiaro come le maggiori difficoltà dipendano proprio dal considerare anche le ipotesi di aiuto medico a morire che implicino una condotta del

<sup>1</sup> C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa. La sentenza n. 242 del 2019 e il caso Cappato*, in *Sist. pen.*, 4 dicembre 2019.

<sup>2</sup> Per una sintesi efficace del dibattito sorto anche nell'ambito del gruppo di lavoro "Per un diritto

gentile" circa la scelta di delimitare la disciplina dell'aiuto medico a morire nel contesto della relazione di cura v. A. MANNA, *Ancora sul diritto a morire*, in *Discrimen*, 26.01.2023, 7 ss.

medico volta a procurare attivamente la morte della persona che chiede di essere aiutata a morire<sup>3</sup>. È certamente un passo impegnativo da effettuarsi su un terreno altamente divisivo<sup>4</sup>, ma che conduce ad un'equiparazione ragionevole quanto meno se ci si pone dal punto di vista di chi chieda aiuto: emerge cioè la necessità di non discriminare tra tipi di malati a causa di fattori fortuiti connessi alle diversità oggettive dei quadri morbosi<sup>5</sup>.

D'altronde si tratta di una conclusione che trova le sue origini già nelle riflessioni avviate, ancor prima della l. 219/2017, con riferimento all'interruzione su richiesta del paziente di un trattamento in atto, per la quale si renda necessario il comportamento attivo del medico<sup>6</sup>. Il passaggio ulteriore che si chiede al legislatore è di concepire dunque l'inclusione, nella disciplina dell'aiuto medico a morire, non solo dell'intervento del medico che sia di ausilio per l'esecuzione dell'intento del malato di porre fine alla propria sofferenza – il quale mantiene tuttavia il dominio sull'azione – (ipotesi considerata dalla stessa Corte costituzionale per la dichiarazione di

parziale incostituzionalità dell'art. 580 c.p.), ma anche della condotta del medico che, in determinate ben circoscritte situazioni "tragiche", viene dall'ordinamento autorizzato ad agire per consentire al paziente di porre fine a sofferenze da lui sentite come insostenibili.

La peculiarità degli interventi medici, determinati dalla specifica situazione del singolo paziente, non consente infatti di porre sbarramenti o distinguo che rischiano di creare ingiustificate disparità di trattamento. La scelta da perseguire si ritiene debba essere quella di autorizzare la condotta più adeguata, secondo parametri scientifici ed etici, per dare una risposta alla richiesta di "aiuto medico a morire", evitando classificazioni del tutto ininfluenti, per non dire fuorvianti, in considerazione dell'obiettivo perseguito.

In tale prospettiva, dunque, sul fronte della responsabilità di chi opera in un siffatto contesto ben definito, si è scelto di inserire una clausola di esenzione dalla responsabilità sia civile che penale, riproponendo la formulazione contenuta nell'art. 1, co. 6, l. 219/2017<sup>7</sup>. In questa nuova

<sup>3</sup> Ci si riferisce cioè a quella casistica indicata con il termine di "eutanasia attiva". In merito alle criticità circa l'uso di tale termine nel contesto dell'aiuto medico a morire, si rimanda a T. VITARELLI, *Verso la legalizzazione dell'aiuto (medico) a morire? considerazioni "multilivello"*, in *Sist. pen.*, 7 febbraio 2022, e dottrina *ivi* citata.

<sup>4</sup> Vedi, in particolare, i rilievi critici di M. ROMANO, *Aiuto al suicidio, rifiuto o rinuncia a trattamenti sanitari, eutanasia (sulle recenti pronunce della Corte costituzionale)*, in *Sist. pen.*, 8 gennaio 2020, nonché di L. EUSEBI, *Diritto a vivere, suicidio, eutanasia*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2020, 501 ss.

<sup>5</sup> Si tratta invece di una disparità di trattamento che, nell'attuale contesto normativo, rischia di concretizzarsi a fronte dei limiti posti dalla Corte costituzionale nella sent. 242/2019. Sul punto D. PULITANÒ, *Morte assistita. Forza dei fatti e problemi della politica*, in *Sist. pen.*, 7 luglio 2022, 12. Condivisibili le osservazioni di S. SEMINARA, *Morte assistita, suicidio ed eutanasia (tra*

*Corte costituzionale, quesito referendario e Parlamento)*, in *Dir. pen. proc.*, 7, 2022, 935 ss.: «la resa del malato dinanzi all'intollerabilità del male fisico o psichico connesso a una malattia irreversibile, qualora espressa attraverso un atto di volontà libero e consapevole, dovrebbe meritare rispetto; tale rispetto, a sua volta, dovrebbe escludere che l'inerzia dinanzi al trapasso di una persona sofferente sia eticamente più apprezzabile dell'aiuto consistente in un'abbreviazione dell'agonia mediante accelerazione della morte».

<sup>6</sup> S. CANESTRARI, *La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*, in *Leg. pen.*, 19.12.2018, 10.

<sup>7</sup> Sul dibattito circa la natura giuridica della causa di esenzione da responsabilità penale del medico inserita nella l. 219/2017 v. A. MASSARO, *Il "caso Cappato" di fronte al giudice delle leggi: illegittimità costituzionale dell'aiuto al suicidio?*, in *Dir. pen. cont.*, 14 giugno 2018, 15 ss.

disposizione, si è deciso di adottare una formula ampia, che comporti la non punibilità non solo del medico e del personale sanitario, ma altresì di tutti coloro che in qualche modo siano chiamati ad intervenire nell'*iter* procedurale indicato, così creando un quadro operativo di liceità per l'aiuto medico a morire. È evidente infatti come, facendo riferimento a condotte che assumono efficienza causale sull'anticipazione dell'evento morte e, in quanto tali, astrattamente riconducibili alle fattispecie previste dall'art. 579 c.p. (omicidio del consenziente) e 580 c.p. (istigazione o aiuto al suicidio), sia necessario concepire una disposizione di natura scriminante.

In particolare, a nostro avviso, tale esonero da responsabilità può giustificarsi compiutamente se, sotto il profilo dogmatico, lo si concepisce quale risultato di una causa di giustificazione di tipo procedurale, essendone l'operatività vincolata al rispetto di un preciso *iter* procedurale<sup>8</sup>.

La configurazione di una causa di giustificazione permette di separare i fatti leciti da quelli illeciti, estrapolandoli dal fatto tipico, così come tassativamente descritto dalla norma penale, facendo prevalere la tutela di un bene di rilevanza

costituzionale su quello oggetto di tutela<sup>9</sup>: si giunge così a sancire in modo inequivoco la liceità e la legittimità della condotta del medico che, in un contesto medicalizzato e caratterizzato da ben precisi requisiti di gravità ed irreversibilità del quadro morboso, oltre che di sofferenza sentita come intollerabile dal soggetto malato, sia finalizzata a dare attuazione al diritto del malato ad essere "lasciato libero di morire con dignità", quale appunto portato inevitabile del diritto all'autodeterminazione terapeutica, fondato sugli artt. 2, 13 e 32 Cost.<sup>10</sup>.

Di certo, a nostro avviso, una siffatta disciplina non esclude l'opportunità – anche a fronte dell'intervento della Corte costituzionale che ha riguardato solo l'art. 580 c.p. – di un intervento sistematico del legislatore che, proprio in seguito alla definizione di una procedura rigorosa in tema di aiuto medico a morire, concepisca la riformulazione di entrambe le fattispecie penali richiamate (artt. 579, 580 c.p.), non solo confermando la causa di giustificazione procedurale per le ipotesi poc'anzi descritte, ma altresì creando una gradualità nell'intervento punitivo, come già avvenuto in altri ordinamenti europei<sup>11</sup>.

<sup>8</sup> Già la Corte costituzionale, con la sentenza 242/2019, ha definito un «quadro procedimentale minimo» per l'accertamento delle condizioni che legittimano l'aiuto al suicidio da parte di una struttura pubblica del servizio sanitario, v. F. VIGANÒ, *Diritti fondamentali e diritto penale al congedo della vita: esperienze italiane e straniere a confronto*, in *Sist. pen.*, 12 gennaio 2023, 24 ss., il quale ritiene che sia poi lasciato agli interpreti il compito di qualificare tale «sotto-fattispecie» costruita dalla Corte come «causa di esclusione del tipo, come causa di giustificazione o come scusante» (così in part. in nota 77).

<sup>9</sup> Così E. PALERMO-FABRIS, *Orizzonte e limiti della cura*, in *Resp. med.*, 1, 2019, 45, già con riferimento alla clausola di esenzione da responsabilità prevista nella l. 219/2017. Sempre con riferimento a quest'ultima clausola v. anche S. CANESTRARI, *La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato e disposizioni*

*anticipate di trattamento*, in *Leg. pen.*, 19.12.2018, 9 ss., il quale ritiene che la liceità delle condotte attive del medico si fondi sulla «scriminante dell'adempimento di un dovere terapeutico scaturente dall'art. 32, co. 2, Cost.».

<sup>10</sup> E. PALERMO-FABRIS, *"Diritto di morire" e diritto penale: una breve riflessione sul tema alla luce dei casi Welbi e Englaro*, in S. BOCCAGNA (a cura di), *Diritto di morire, decisioni senza legge, leggi sulla decisione. Profili giuridici del caso Englaro*, Roma, 2014, 83 ss.

<sup>11</sup> Sul punto v. le proposte avanzate in E. PALERMO, D. PROVOLO, E. CADAMURO, *Profili penali dell'aiuto a morire: problematiche attuali e considerazioni de iure condendo anche in prospettiva comparatistica*, in *Resp. med.*, 1, 2022, 117 ss. Per approfondimenti cfr. E. CADAMURO, *Risvolti penalistici dell'aiuto medico a morire: dalle criticità degli approdi giurisprudenziali*

---

*alle prospettive de iure condendo, in Corti supreme e salute, 1, 2023.*



## Considerazioni sul documento “Disposizioni in materia di aiuto medico a morire”

**Sergio Seminara**

*Professore ordinario di Diritto penale, Università degli Studi di Pavia. Mail: [seminara@unipv.it](mailto:seminara@unipv.it).*

### 1. Il quadro normativo e la sentenza della Corte costituzionale

La sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale muove dall’art. 1 legge n. 219 del 2017 per giungere alla conclusione che, se «il fondamentale rilievo del valore della vita non esclude l’obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l’interruzione dei trattamenti sanitari [...], non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all’accoglimento della richiesta di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all’anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale».

Con un saldo ancoramento alla concreta vicenda dalla quale traeva origine la questione di legittimità dell’art. 580 c.p., la Corte si è dunque limitata ad allargare l’ambito applicativo del diritto all’interruzione delle terapie, comprendendovi l’aiuto nel processo di morte, già previsto dalla legge n. 219, quando il decesso non costituisca un effetto immediato del distacco dai trattamenti di sostegno vitale.

Tutto qui: contrariamente a chi vi ha ravvisato incongruenze e contraddizioni, la decisione è molto chiara nell’assumere una base di partenza normativa e nel mantenersi rigorosamente all’interno di essa, pervenendo alla non punibilità di 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 irreversibili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Ciò ovviamente non esclude che, sul piano assiologico, il testo vigente dell’art. 580 c.p. risulti criticabile. Ma questo, appunto, è il frutto di un giudizio valoriale, che non riguarda la decisione della Corte costituzionale e chiama invece in causa il legislatore.

Occorre dunque mantenere su piani nettamente distinti la sentenza n. 242 e la fattispecie codicistica, avendo chiaro che la prima costituisce l’esito di un percorso sorretto da riferimenti diversi da quelli che devono ispirare la redazione di una norma di legge. Sotto questo profilo, il documento sottoposto si mantiene nel solco della decisione della Corte, solo sopprimendo il requisito dei trattamenti di sostegno vitale e, per il resto, riproponendo nell’art. 2.1 l’attribuzione della legittimazione a richiedere l’aiuto medico a morire a ogni «persona affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili, e che sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

### 2. Considerazioni sulla proposta

Condivido l’impostazione adottata. La tesi che indiscriminatamente estende alla vita umana il principio *volenti non fit iniuria* mina alla base il riconoscimento interpersonale, ove l’inviolabilità dei diritti fondamentali deve rappresentare un vincolo assoluto, gravante su chiunque. Se è vero che le tendenze culturali oggi dominanti si esprimono nel senso di un primato della persona che è anche libertà di autodeterminazione, in quanto tale non comprimibile, occorre considerare che tale libertà viene già variamente limitata

o negata dall'ordinamento rispetto a determinati settori (solo a titolo esemplificativo, si pensi alle prestazioni sessuali a pagamento, allo sfruttamento del lavoro o al traffico di organi umani), nei quali si presume una situazione di debolezza del soggetto consenziente, che nega validità alla manifestazione di una volontà che si presume non libera.

Le concezioni liberistiche si dipartono da ideali astratti di libertà e di correlativi diritti, ignorando l'esistenza di soggetti fragili, esposti a forme di sfruttamento o manipolazione e comunque bisognosi di aiuto. Pur rispettando le posizioni liberali, ritengo preferibile un paternalismo, per quanto di sapore compromissorio, mirato a proteggere la dignità dell'individuo e il valore della solidarietà.

### 2.1. I destinatari dell'aiuto medico a morire

Nel mondo dei valori – che è quello della filosofia –, l'alternativa più rigida si pone tra quanti assumono il primato dell'autodeterminazione dell'individuo, cosciente e responsabile, in ordine alla propria vita e quanti invece negano la disponibilità della vita umana, escludendo rilievo al consenso o alla richiesta di colui che, da protagonista della scena, viene così relegato al ruolo di vittima.

L'art. 2.1 della proposta si pone nel terreno di mezzo rispetto all'antitesi ora delineata, poiché ammette la morte assistita, ma la limita alle persone affette da una patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psichiche, e purché la morte sia cagionata con l'ausilio di un medico (l'art. 1.3 – che vale a specificare il titolo della proposta, concernente l'«aiuto medico a morire» – prescrive che tale aiuto «si realizza nell'ambito della relazione di cura e di fiducia già in atto o avviata con la richiesta»). Al fine di ac-

certare, sul piano valoriale, il fondamento di questi filtri selettivi, conviene subito evidenziare la scarsa significatività del presupposto delle sofferenze a causa della loro dimensione esclusivamente soggettiva (l'art. 2.1 afferma rispetto a esse: «vissute come intollerabili»); piuttosto, utilizzando come termine di raffronto la sentenza della Corte costituzionale, si tratta di riflettere sulle conseguenze derivanti dall'omessa menzione dei trattamenti di sostegno vitale.

Un vincolo costituito unicamente dalla patologia insuscettibile di regresso, evitando di specificarne il tipo di decorso e la sua compatibilità con una vita autonoma, opera sia nel senso di anticipare cronologicamente il momento della richiesta, sia nel senso di dilatare il novero dei potenziali richiedenti. Se la legittimazione alla morte assistita prescinde dallo stadio della malattia e dalla prognosi di esito infausto, ci troviamo infatti ben oltre il diritto di rifiutare le cure dal quale aveva preso le mosse la Corte, allo scopo prescrivendo i trattamenti di sostegno vitale per designare l'avanzamento della malattia: non si tratta più dell'agevolazione prestata a una morte comunque imminente o che non si vuole più ostacolare nel suo naturale processo, ma si apre uno scenario radicalmente nuovo, ove la libertà di autodeterminazione trova il proprio confine solo nell'irreversibilità della patologia, di qualunque tipo essa sia e a prescindere dalle sue conseguenze, purché siano fonte di sofferenze intollerabili. Neppure è necessaria una situazione terapeutica in fase di svolgimento, della quale si chieda l'interruzione: come peraltro chiarisce l'art. 1.3, in base al quale «l'aiuto a morire si realizza nell'ambito della relazione di cura e di fiducia già in atto o avviata con la richiesta di aiuto di cui all'art. 2».

Dinanzi a una così decisa “soggettivizzazione” della scelta di morte ci si può chiedere perché sia necessaria una patologia irreversibile. Invero, la

scarsa selettività del requisito della irreversibilità finisce con lo spostare l'accento sulle sofferenze intollerabili, specificando la fonte di esse nel senso, appunto, della definitività. Ma qui insorge un ulteriore problema.

La nozione di patologia evoca un processo morboso o una malattia in corso, così escludendo le gravi e permanenti disabilità – anche come esiti di traumi o di ictus cerebrale –, le forme di acuta (o maggiore) depressione non qualificabili nel senso della irreversibilità nonché i casi di sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale in conseguenza di patologie stabilizzatesi. Senza indulgere su distinzioni che richiedono competenze proprie di altri settori scientifici, ove questa ipotesi interpretativa trovasse conferma il presupposto della patologia irreversibile si rivelerebbe incapace di giustificare assiologicamente la disparità di trattamento rispetto a coloro che, vivendo intollerabili sofferenze, non sono legittimati a invocare l'aiuto medico a morire.

A questo punto, delle due l'una: se il termine “patologia” venisse inteso nel senso suo proprio, il suo utilizzo nell'art. 2.1 sarebbe fonte di iniquità; se invece esso fosse concepito nell'accezione più ampia, focalizzata sull'irreversibilità, il limite che ne deriverebbe rispetto a un diritto indiscriminato di chiedere la propria morte sarebbe davvero ben poca cosa.

Qui sta il nodo del terribile problema di stabilire in via astratta e generale chi ha diritto di richiedere la morte assistita.

## 2.2. L'accertamento dei requisiti oggettivi

L'accertamento dei requisiti stabiliti dall'art. 2.1 del documento compete dapprima al medico di fiducia o a quello nominato dall'azienda sanitaria od ospedaliera in seguito alla richiesta del malato (art. 2.4) e poi alla commissione designata dalla direzione sanitaria, composta dal medico

responsabile della procedura, dal medico esperto nella patologia da cui è affetto il richiedente, da un medico legale, da uno psicologo clinico e dal medico di fiducia (art. 3).

Il giudizio della commissione può però solo sfiorare le sofferenze per le ragioni già accennate, limitandosi dunque all'irreversibilità della patologia e alla capacità del richiedente di determinarsi liberamente e consapevolmente. Emergono così due differenti spunti di riflessione: del primo, concernente la nozione di patologia, si è già detto e può solo auspicarsi che gli estensori della proposta ne chiariscano il reale contenuto; il secondo spunto ha ad oggetto il possibile scarto tra la capacità del malato di decidere sulla propria vita e l'effettiva libertà della concreta scelta di chiedere l'aiuto a morire.

È, questo, un tema che caratterizza ogni soluzione tesa a “burocratizzare” situazioni drammaticamente esistenziali, ove la libertà e la consapevolezza si presentano allo stesso tempo come un generale stato della persona in grado di esprimere validamente la propria volontà ma anche come uno specifico requisito della concreta scelta di morte. In particolare, più che la consapevolezza viene in rilievo la libertà della scelta, intesa come assenza non solo di suggestioni o pressioni esterne, ma soprattutto di “influenze” negative derivanti dal contesto di cura e assistenza. Al fine di evitare equivoci, sarebbe opportuno che nel testo dell'art. 2.1 la libertà e la consapevolezza risultassero maggiormente legate alla richiesta.

## 2.3. La proceduralizzazione della scelta di morire

Il problema della burocratizzazione dei processi di vita e di morte suggerisce un ultimo spunto.

Il documento non prevede nessun termine di adempimento, rispetto alla richiesta di morte assistita, a carico del medico di fiducia, della commissione e della direzione sanitaria. Una volta imboccata la strada della proceduralizzazione, occorre invece prevedere forme di garanzia – cioè di rispetto – in favore di colui che, vivendo intollerabili sofferenze, abbia deciso di formalizzare la propria decisione. Anzi: non solo dovrebbero essere precisati i tempi per la pronuncia degli organi chiamati a esprimersi, ma andrebbe pure configurata, per il caso di inosservanza, una specifica sanzione di tipo disciplinare.

Inoltre, l'art. 3.2 stabilisce che, in caso di rigetto della richiesta da parte della commissione, «la persona può chiedere la nomina di un collegio con diversa composizione, che dovrà essere costituito entro 8 giorni». Anche qui, però, nulla è previsto per gli adempimenti successivi. La lacuna andrebbe colmata, stabilendo un termine per la decisione e, ove essa sia negativa, affidando alla stessa commissione il compito di stabilire il decorso di un termine (comunque non superiore, ad es., a sei mesi) prima di una nuova richiesta.



## L'ineluttabilità della morte è condizione necessaria per considerare costituzionalmente legittimo l'aiuto medico a morire? Spunti di riflessione a margine della proposta di legge di *Undirittogentile*

**Davide Servetti**

Ricercatore di Diritto costituzionale nell'Università del Piemonte Orientale. Mail: [davide.servetti@uniupo.it](mailto:davide.servetti@uniupo.it).

### 1. La consonanza della proposta di *Undirittogentile* con alcuni progetti di legge parlamentari e la sua distanza dalla "disciplina" dettata dalla Corte costituzionale

La discussione sui profili costituzionali del fine vita, nel cui ambito si muovono queste brevi considerazioni a commento della proposta di legge recante "Disposizioni in materia di aiuto medico a morire" promossa dal Gruppo di lavoro "*Undirittogentile*", è stata negli ultimi anni segnata dalle notissime decisioni della Corte costituzionale aventi ad oggetto il reato di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p. (ord. 207/2018 e sent. 242/2019), alle quali si è aggiunta la sent. 50/2022, che ha dichiarato inammissibile il referendum di abrogazione parziale dell'art. 579 c.p., concernente l'omicidio del consenziente.

Le motivazioni e i dispositivi di tali decisioni, al netto dell'accesso dibattuto che le riguarda e delle critiche che sono state formulate specialmente nei confronti delle prime due – alcune delle quali saranno riprese oltre –, tracciano un quadro interpretativo dei principi costituzionali, vigenti nel nostro ordinamento relativamente al rapporto tra protezione della vita umana e libertà di autodeterminazione individuale, con il quale

ogni iniziativa legislativa in materia dovrà confrontarsi.

La prima considerazione sulla proposta qui in commento, allora, può coincidere con la constatazione che essa si propone di accordare alla persona uno spazio di autodeterminazione nel morire (*rectius*, nel poter pretendere e ottenere dai pubblici poteri un qualificato aiuto a morire) assai più esteso rispetto a quello conseguente alla sentenza 242/2019.

Tale estensione passa, essenzialmente, attraverso due scelte cardinali: l'assimilazione in una sola figura giuridica, qualificata come "aiuto medico a morire", di due comportamenti che tanto la legislazione vigente quanto la Corte nella predetta giurisprudenza tengono distinti, ovvero l'aiuto al suicidio e l'omicidio del consenziente; l'omissione, tra i presupposti legittimanti la richiesta di aiuto, della sottoposizione della persona richiedente a trattamenti di sostegno vitale. In ciò la proposta di *Undirittogentile* non è isolata. Le due scelte che la caratterizzano, infatti, si ritrovano anche in alcune proposte di legge depositate presso le Camere nella legislatura corrente. La sussistenza di trattamenti di sostegno vitale non è richiesta, quale requisito necessario per l'accesso alla "morte volontaria medicalmente assistita", dalla p.d.l. C.251 (Magi), né dai progetti di legge "gemelli" S.124 (Pirro e altri) e C.313 (Sportiello e altri) per l'accesso alle due procedure che essi qualificano come "suicidio medicalmente assistito" e "trattamento eutanasi". Questi tre progetti, più precisamente, prevedono che tale requisito sia uno dei due che, *alternativamente*, legittima la persona a richiedere la propria morte: l'altro requisito è la sussistenza di una patologia irreversibile a prognosi infausta o di una condizione clinica irreversibile, che

provochino sofferenze intollerabili<sup>1</sup>. I due requisiti sono invece *contestualmente* richiesti ai fini dell'accesso alla procedura di "morte volontaria medicalmente assistita" prevista dal d.d.l. S.104 (Bazoli e altri) e dalla p.d.l. C.87 (Costa). Per altro verso, questi due progetti, analogamente agli altri tre prima considerati e alla proposta di *Undirittogentile*, prevedono non soltanto l'assistenza al suicidio, ma anche la somministrazione del farmaco mortale da parte di una persona terza rispetto al richiedente.

## 2. La scelta di non prevedere la sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale tra le condizioni della richiesta di aiuto

Prima ancora che i profili procedurali, sui quali larga parte della proposta di *Undirittogentile* si sofferma, sono allora le due scelte sostanziali sopra considerate a dover essere oggetto di attenzione.

Delle due – per le ragioni che si motiveranno tra poco e senza con ciò voler impostare alcuna tassonomia di ordine assiologico – è la mancata previsione dei trattamenti di sostegno vitale quale condizione legittimante l'aiuto a morire la scelta dei proponenti che manifesta la cesura più profonda con la situazione normativa oggi vigente alla luce della sent. 242/2019. Se tale previsione fosse presente, le altre tre condizioni legittimanti la richiesta di aiuto (piena capacità di autodeterminazione e sussistenza di una patologia irreversibile, che sia fonte di sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili) sarebbero sostanzialmente sovrapponibili a quelle previste dalla Corte e il "solo" tratto differenziale consisterebbe nell'assimilazione tra aiuto al suicidio e omicidio del consenziente (su cui, *infra* § 4).

<sup>1</sup> Circa la qualificazione della patologia a prognosi infausta e delle sofferenze i progetti Magi, da un lato, e Pirro e Sportiello, dall'altro, presentano delle differenze: alcune lievi ed una, invece, degna di particolare

Tale scelta dei proponenti fa sì che la richiesta di aiuto medico a morire non rappresenti una «alternativa reputata [dalla persona interessata] maggiormente dignitosa»<sup>2</sup> rispetto alla richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale. Bensì, tale scelta è finalizzata a rendere possibile per la persona domandare di essere aiutata a morire (e, accertati i presupposti della richiesta, ottenere obbligatoriamente tale aiuto) anche quando la morte non sarebbe la conseguenza naturale della patologia di cui è affetta.

L'ineluttabilità della morte non è contemplata, dalla proposta in commento, come il frutto di una prognosi infausta, né di una previsione dell'esito dell'interruzione di trattamenti di sostegno vitale. Ovviamente, l'ineluttabilità della morte, per dir così, rinvenibile nelle due ipotesi appena formulate è differente: mentre nell'ipotesi della prognosi infausta, la probabilità statistica, basata sul confronto della situazione individuale con la generalità delle situazioni patologiche irreversibili analoghe, può anche scontare ampi margini d'incertezza, nell'ipotesi dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale, siffatta probabilità può essere accertata con riferimento alla concreta situazione dell'interessato a livelli di ragionevole certezza molto elevati, alla luce dei quali la morte – salvo gravissimi errori di valutazione e salvo eventi del tutto imponderabili – si profila come conseguenza sicura dell'interruzione dei trattamenti e variabile diventa soltanto il tempo che essa potrebbe impiegare ad arrivare. Sotto questo profilo, di ineluttabilità in senso proprio si può parlare nella seconda ipotesi, quando la sussistenza medesima dei trattamenti di sostegno vitale è segno

nota, poiché i due progetti "gemelli" escludono espressamente che la patologia o la condizione clinica possano essere di natura psichiatrica o psicologica.

<sup>2</sup> C. cost., ord. 207/2018, punto 9, cons. dir.



incontrovertibile che la decisione di sospenderli porterebbe alla morte del paziente.

Dunque, il cambiamento di scenario aperto dalla proposta di *Undirittogentile* è profondo. Prevedere, come ha statuito la Corte nella sent. 242/2019, che condizione inderogabile di legittimità<sup>3</sup> dell'aiuto medico al suicidio sia la sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale significa ammettere una modalità di accelerazione di un processo naturale dall'esito (in misura ragionevolmente certa) inevitabile, che soltanto l'intervento medico sta temporaneamente inibendo. Rimuovere tale condizione significa rendere legittima, e oggetto di un diritto esigibile da parte della persona pienamente capace di autodeterminarsi, una libera scelta di morte come risposta alle sofferenze fisiche o psichiche che ad ella provengono da una patologia irreversibile e che ella ritiene, secondo il proprio insindacabile giudizio, intollerabili; e ciò senza alcuna necessità di verificare la sussistenza di una qualche condizione che faccia ragionevolmente prevedere che tale patologia e tali sofferenze porteranno alla morte come conseguenza certa delle stesse: è questa un'opzione legislativa costituzionalmente

legittima, per cui la condizione in questione fa parte di quegli elementi discrezionalmente componibili dal legislatore nella progettazione di una soluzione normativa a contenuto costituzionalmente non vincolato alternativa a quella "cedevole" dettata dal giudice costituzionale, oppure essa integra necessariamente quel nucleo di tutela minima del diritto alla vita che la Costituzione non consente di violare?

### 3. Considerazioni che portano a dubitare della legittimità costituzionale di tale scelta

La ricerca di una risposta a questo interrogativo sconta, naturalmente, le problematiche che la dottrina più critica nei confronti delle pronunce 207/2018 e 242/2019 ha puntualmente enucleato con riferimento sia allo sviluppo dell'*iter* argomentativo sia al modello decisorio spesi dalla Corte<sup>4</sup>. L'interrogativo, in particolare, sottende (ed evidenzia) il carattere ambiguo e parzialmente contraddittorio del monito finale della sent. 242/2019, nel quale il richiamo al rispetto dei «principi precedentemente enunciati», alla luce della (auto)qualificazione dell'intervento del

<sup>3</sup> Non è questa la sede per puntualizzare, come sarebbe necessario fare, sulla differenza che corre tra la legittimazione proveniente dall'individuazione di una circoscritta area di non punibilità *ex art.* 580 c.p. e la legittimazione proveniente dalla configurazione di una procedura medica prevista come obbligatoria per il Servizio sanitario nazionale.

<sup>4</sup> Questa sede editoriale impone riferimenti minimi in nota; si rimedia quindi alle allusioni presenti nel testo con il rinvio soltanto ad alcuni tra gli autori che, con argomentazioni e sfumature differenziate, hanno segnalato in termini maggiormente persuasivi tali problematiche: L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2019; D. PARIS, *Dal diritto al rifiuto delle cure al diritto al suicidio assistito (e oltre). Brevi osservazioni all'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in *Corti Supreme e Salute*, 3/2018; F. POLITI, *La sentenza n. 242 del 2019 ovvero della rarefazione del*

*parametro costituzionale e della fine delle "rime obbligate"? Un giudizio di ragionevolezza in una questione di costituzionalità eticamente (molto) sensibile*, in *Diritti fondamentali*, 1/2020; G. RAZZANO, *Nessun diritto di assistenza al suicidio e priorità per le cure palliative, ma la Corte costituzionale crea una deroga all'invulnerabilità della vita e chiama «terapia» l'aiuto al suicidio*, *ivi*; R. ROMBOLI, *La Corte costituzionale decide con sentenza il «caso Cappato» e supera l'ostacolo «insormontabile» approvando essa stessa la disciplina dell'aiuto a morire*, in *Il foro italiano*, 3/2020, pt. I; A. RUGGERI, *Rimosso senza indugio il limite della discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustizia Insieme*, 27 novembre 2019; C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità dell'aiuto al suicidio*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2019.

giudice costituzionale come di natura “pretoria”<sup>5</sup> e del contenuto additivo “a rime sciolte” della declaratoria d’illegittimità, non può leggersi come un rinvio integrale.

Tuttavia, la chiara opzione per un altro scenario, che la proposta di *Undirittogentile* manifesta limpidamente, è tale per cui, a mio avviso, è possibile formulare alcune considerazioni che depongono nel senso del suo contrasto con i principi costituzionali che emergono (anche) dalla ricostruzione operata dalla Corte nelle due decisioni sull’aiuto al suicidio, specialmente a valle della sent. 50/2022.

In estrema sintesi, la rimozione della condizione della sottoposizione ai trattamenti di sostegno vitale, senza alcuna riformulazione delle altre tre condizioni previste dalla sent. 242/2019 e riprodotte pressoché testualmente dalla proposta di *Undirittogentile* (in particolare, senza alcuna specificazione relativa alla “patologia irreversibile”), espone tale proposta problemi di legittimità costituzionale per le seguenti ragioni.

Essa assoggetta allo stesso trattamento legislativo una casistica amplissima ed eterogenea, nella quale restano indistinte situazioni molto diverse tra loro, come, a titolo meramente esemplificativo, il caso di una persona con malattia cronica non invalidante che non comporta alcun grave rischio per la sua incolumità, ma che le provoca limitazioni che generano sofferenze psicologiche che ella vive come intollerabili; questo stesso caso, ma in presenza di malattia invalidante e/o in presenza anche di terapie che provocano sofferenza fisica; il caso della persona disabile la cui menomazione biomedica sia alla

base di limitazioni funzionali compatibili con una vita autonoma, ma da lei vissute come fonte di sofferenze psichiche intollerabili; il caso di questa stessa persona disabile, ma con menomazione che comprometta gravemente la vita autonoma; questo stesso caso, ma con la coesistenza di sofferenze fisiche e psichiche; questo stesso caso, in cui però la vita della persona è resa possibile soltanto dalla nutrizione artificiale, in presenza della quale la sua sopravvivenza potrebbe protrarsi indefinitamente; il caso del malato terminale.

In molte di queste situazioni, si può dubitare che la proposta in commento assicuri un effettivo bilanciamento tra diritto alla vita e libertà di autodeterminazione. In base ad essa, la sola condizione d’accesso ad una legittima procedura eutanasica è rappresentata dalla presenza di una patologia irreversibile, il cui accertamento non conduce, *di per sé*, alla definizione di una situazione in cui il rifiuto della richiesta della persona malata di essere uccisa o aiutata a suicidarsi debba ritenersi una imposizione a vivere a tutti i costi (stante il diritto al rifiuto delle cure di cui all’art. 32 Cost.); mentre, invece, l’accertamento delle intollerabili sofferenze finisce per ridursi all’apprezzamento esterno di un giudizio soggettivo, e, nel caso dell’assenza di sofferenze fisiche, può risultare privo anche di riscontri obiettivi indiretti. Sicché, in fondo, il diritto a morire riconosciuto da una normativa così congegnata potrebbe tradursi, in una casistica ampia, nel diritto a morire della persona *irreversibilmente malata e pienamente capace* di assumere decisioni libere e consapevoli. Pur correndo il rischio di qualche

<sup>5</sup> V. spec. punto 4, cons. dir., sent. 242/2019 : «Ove, però, i vuoti di disciplina, pure in sé variamente colmabili, rischio di risolversi a loro volta – come nel caso di specie – in una menomata protezione di diritti fondamentali (suscettibile anch’essa di protrarsi nel tempo, nel perdurare dell’inerzia legislativa), questa Corte può e deve farsi carico dell’esigenza di evitarli,

non limitandosi a un annullamento “secco” della norma incostituzionale, ma ricavando dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato, fin tanto che sulla materia non intervenga il Parlamento».

semplificazione, si potrebbe anche dire che l'avvento di una patologia irreversibile verrebbe ad essere, potenzialmente, il solo parametro obiettivo per accertare il diritto di una persona pienamente in possesso della sua capacità d'agire ad ottenere dal Servizio sanitario nazionale la morte. E ciò senza aprire la discussione circa le difficoltà che comporterebbe l'accertamento di tale capacità nei casi in cui la patologia irreversibile ponesse di fronte ad un quadro clinico non grave e la sola sofferenza manifestata fosse di tipo psichico.

Ora, se le cose stanno così, la proposta di legge aprirebbe alcuni vuoti di tutela, specialmente in presenza di concrete e particolari situazioni di vulnerabilità potenzialmente rientranti nella casistica ammessa ad accedere all'aiuto medico a morire. Situazioni, di fronte alle quali, è peraltro lecito chiedersi quali criteri di valutazione della vulnerabilità, in grado di limitare la sua discrezionalità, sarebbero a disposizione del collegio di cui all'art. 3 della proposta di legge. Il che mi pare non rispetti le coordinate costituzionali tracciate dalla predetta giurisprudenza costituzionale.

Quest'ultima, al di là delle problematiche sopra evocate, individua infatti alcuni punti fermi non equivocabili.

Il principale è rappresentato dalle affermazioni concernenti il diritto alla vita, garantito (implicitamente) dall'art. 2 Cost. e (esplicitamente) dall'art. 2 CEDU, dal quale discende «il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire» (punto 5, cons. dir., ord. 207/2018). Tali affermazioni ribaltano la prospettiva proposta dal giudice *a quo*: la rilettura in chiave personalistica del reato di aiuto al suicidio non conduce alla sua incostituzionalità sopravvenuta, ma, al contrario, ne fa apprezzare lo «scopo, di perdurante attualità, di

tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere» (punto 6, cons. dir.). Questa impostazione trova una conferma e alcune precisazioni nella sent. 50/2022.

In primo luogo, la *ratio* di protezione del diritto alla vita – tiene ad aggiungere la Corte: *soprattutto ma non soltanto* «delle persone più deboli e vulnerabili, in confronto a scelte estreme e irreparabili, collegate a situazioni, magari solo momentanee, di difficoltà e sofferenza, o anche soltanto non sufficientemente meditate» (punto 5.3. cons. dir.) – rinvenuta per l'art. 580 c.p. viene ritenuta valida anche per l'art. 579 c.p. Tale estensione pare seguire una ineccepibile logica *a fortiori*, giacché la finalità protettiva del divieto di aiuto al suicidio è valida *a maggior ragione* in presenza di una condotta che non è più di cooperazione nell'atto autolesivo, ma di esecuzione integrale dell'atto lesivo su richiesta dell'interessato.

In secondo luogo, la Corte rende ancor più esplicito il concetto per cui, di fronte al «cardinale rilievo del valore della vita» – per il quale essa decide di ricorrere alla categoria dei “valori supremi”, così attingendo a un lessico costituzionale riservato a poche occasioni (v. punto 5.2, cons. dir.) –, il principio prioritario è la sua protezione e non l'autodeterminazione individuale. Al legislatore, infatti, viene indicato un criterio di bilanciamento che resta aperto a soluzioni anche diverse da quella attualmente prevista dal codice penale per l'omicidio del consenziente – la quale non rappresenta «una legge a contenuto costituzionalmente vincolato, non essendo quella ora indicata l'unica disciplina della materia compatibile con il rilievo costituzionale del bene della vita umana» –, ma che esclude con nettezza due soluzioni estreme: che dal diritto alla vita derivi

un «dovere di vivere a tutti i costi»; che l'introduzione di ipotesi di autodeterminazione nel morire sia fatta «in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale», tale da ignorare «le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite». Un criterio che, poi, sintetizza così: «Quando viene in rilievo il bene della vita umana, dunque, la libertà di autodeterminazione non può mai prevalere incondizionatamente sulle ragioni di tutela del medesimo bene, risultando, al contrario, sempre costituzionalmente necessario un bilanciamento che assicuri una sua tutela minima».

Alla luce di questo quadro, allora, si può sostenere che la proposta di legge in commento non garantisce tale tutela minima, perché non si dimostra in grado di assicurare sufficienti presidi nei confronti delle persone più deboli e vulnerabili e perché, acclarata l'esistenza di una patologia irreversibile, la libertà di autodeterminazione nel morire, in molte situazioni di fatto, non subirebbe altre condizioni efficacemente verificabili mediante riscontri obiettivi e finirebbe per prevalere – nell'accezione appena precisata – incondizionatamente sul dovere di protezione della vita umana incombente sulla Repubblica, costringendo i pubblici poteri a recepire il desiderio di morte mediante l'erogazione di una prestazione medica.

#### 4. La scelta di assimilare in un'unica figura giuridica l'aiuto al suicidio e l'omicidio del consenziente

La circostanza che il progetto di legge in commento apra ad una così ampia casistica quasi

pone in secondo piano l'assimilazione tra aiuto al suicidio e omicidio del consenziente. Senza potermi soffermare sul punto per ragioni di spazio, al proposito propongo una sola considerazione. Nelle decc. 207/2018 e 242/2019 la – tutt'altro che pacifica<sup>6</sup> e, per ciò solo, criticabile ove riferita ad una decisione del giudice costituzionale – equiparazione tra richiesta di interruzione di trattamenti di sostegno vitale e richiesta di aiuto al suicidio vede il suo presupposto logico proprio nella sussistenza di tali trattamenti in entrambe le situazioni di fatto oggetto dell'equiparazione (e del connesso giudizio di ragionevolezza-egualianza operato dalla Corte). Se, com'è stato efficacemente scritto<sup>7</sup>, tale equiparazione si espone al rischio di essere ulteriormente estesa anche alla richiesta di accelerazione della morte inevitabile mediante somministrazione diretta del farmaco mortale (ovvero di omicidio del consenziente), con ciò conducendo all'irrelevanza la differenza giuridica che passa tra il lasciar morire e l'uccidere, va aggiunto che questa estensione sarebbe logicamente possibile solo tenendo ferma la situazione di partenza, ovvero la sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale. Dunque, la rimozione di tale condizione per l'accesso all'aiuto medico a morire rende ineludibile affrontare – ciò che qui non si può – la domanda che ruota intorno alla legittimità costituzionale di una opzione legislativa che renda irrilevante la predetta differenza, sulla quale si fondano intere tradizioni giuridiche, con i relativi patrimoni valoriali.

<sup>6</sup> L'esistenza di differenti e diversamente argomentate opinioni sul punto emerge, ad esempio, nel parere del Comitato nazionale di bioetica intitolato "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito" (18 luglio 2019).

<sup>7</sup> C. TRIPODINA, *Sostiene ora la Corte che la libertà di autodeterminazione di morire "non può mai prevalere incondizionatamente" sulla tutela della vita*, in *Giur. cost.*, 2/2022, spec. p. 648.

### 5. Una discussione indifferibile

Gli orientamenti legislativi come quello espresso dall'iniziativa di *Undirittogentile*, così come da altri più o meno analoghi progetti depositati presso le Camere, proponendo una visione della vita umana rivolta alla piena valorizzazione dell'autodeterminazione individuale, sollecitano allora a domandarsi – invitando a discutere sul punto più esplicitamente di quanto forse oggi si stia facendo – se (e in quale misura) la Costituzione repubblicana esprima una concezione della persona umana in grado di recepire tale

visione senza con ciò contraddire il dovere della Repubblica di promuovere in ogni situazione il pieno sviluppo della persona umana. O, in altre parole, a interrogarsi sui limiti della convivenza di visioni della dignità della persona significativamente diverse. In un tempo nel quale l'Organizzazione mondiale della sanità definisce la depressione il nuovo male del secolo, questa discussione assume una specifica rilevanza anche soltanto a voler trattare il problema dal punto di vista della tutela della salute della persona.

*Forum*







## La fragilità biologica può essere un requisito per l'accesso ad una procedura di aiuto medico a morire?

**Nereo Zamperetti**

*UOC Cure Palliative, AULSS 8 Berica, Vicenza. Mail: [nereo.zamperetti@aulss8.veneto.it](mailto:nereo.zamperetti@aulss8.veneto.it).*

Il documento prodotto dal Gruppo di lavoro "Per un diritto gentile" rappresenta un contributo importante nella discussione riguardo all'aiuto medico a morire. Si tratta della proposta di una legge agile (sette brevi articoli), puntuale ed efficace per disciplinare l'accesso alla procedura. L'interdisciplinarietà della composizione del gruppo e l'autorevolezza dei singoli componenti fanno un testo molto solido ed un riferimento per la discussione.

A questo proposito, da medico, mi pare opportuno proporre una breve riflessione sulle conseguenze che un comma di questa proposta potrebbe avere per la Medicina. All'art. 2, il testo specifica che una richiesta di aiuto medico a morire deve provenire da una «persona affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili, e che sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Queste condizioni rispecchiano, anche nella loro formulazione letterale, tre delle quattro condizioni dettate dalla sentenza 207 del 2018 della Corte Costituzionale. La quarta condizione prevista dalla sentenza prevede che la persona sia «tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale» (punto 8).

Si è discusso a lungo e in molti ambiti (articoli, convegni, incontri, ...) sulla importanza e sulla opportunità di questo requisito. È stato osservato, fra l'altro, che l'argomentazione della Corte costituzionale non poteva che essere costruita a

partire dalla specifica situazione del caso in esame; che l'esatta definizione di cosa si intenda per «trattamenti di sostegno vitale» è molto difficile (cfr. la sentenza 2 settembre 2020, ud. 27 luglio 2020, n. 1 della Corte di Assise di Massa); che le persone non ancora dipendenti da un supporto si troverebbero costrette ad anticiparne la richiesta, facendolo diventare così solo una condizione strumentale di accesso alla procedura; che le persone realmente dipendenti da un supporto vitale possono già giovare delle legge 219/2017 all'interno di una rimodulazione terapeutica (sospensione del supporto vitale e concomitante percorso di palliazione), per cui una legge sull'aiuto medico a morire che contempli tale requisito risulterebbe alla fine inutile; che questo requisito porterebbe ad una situazione di intollerabile discriminazione fra persone che soddisfacessero a tutti i quattro criteri e quelle che non fossero invece tenute in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale – pur essendo affette da una patologia irreversibile che fosse fonte di sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili, e che fossero capaci di prendere decisioni libere e consapevoli.

Sono osservazioni molto pertinenti, di cui è difficile negare l'evidenza. Va però rilevato che, in questa prova di testo normativo, tale requisito rappresenta l'unico riferimento alla fragilità biologica (intesa come gravità di patologia) del soggetto che può eventualmente richiedere l'accesso alla procedura. Cosa comporta, per la Medicina, l'assenza di ogni riferimento in tal senso? L'impegno dei medici è da sempre concentrato sulla gestione del dato clinico-biologico (la malattia, le sue manifestazioni, le sue conseguenze); l'attenzione verso di esso è fondamentale e, per certi versi, totalizzante. Essa ha due componenti. La prima è antica ed ha chiare implicazioni etiche. La Medicina nasce infatti come attività connotata da un forte contenuto etico,

che si coagula nel giuramento con il quale Ippocrate chiede ai suoi discepoli di assumersi la responsabilità di operare per il bene della persona malata, facendo tutto il possibile per preservarla in salute, prevenendo e curando le malattie e, per quanto possibile, mantenendola in vita. Questo impegno morale schiera colui che professa il giuramento (oggi non più Giuramento di Ippocrate, ma Giuramento professionale) a difensore della vita, che assurge quindi da subito a rango di valore assoluto: lottare per salvaguardarla e mantenerla diventa il primo dovere del medico. In questa visione, peraltro, la persona malata è oggetto di cura attenta e appassionata, ma mai soggetto (medicina paternalistica).

La seconda componente è molto più recente ma per certi versi più pervasiva. La Medicina si trova oggi non solo in grado di gestire interventi efficaci ma anche di misurare scientificamente la loro efficacia; essa è sempre più basata sull'evidenza scientifica (*evidence-based*), così che in molte situazioni cliniche l'intervento da fare è determinato da linee guida ed algoritmi molto stretti; e questo, con la legge n. 24 del 2017 (c.d. "Legge Gelli-Bianco"), ha ricevuto anche un chiaro riconoscimento giuridico per la determinazione della responsabilità del medico.

Ad una normatività etica (secondo cui il medico agisce secondo scienza e coscienza, ritenendosi deputato a portare nel rapporto con la persona malata non solo la scienza ma anche la dimensione morale), si è aggiunta quindi una normatività clinico-scientifica (secondo cui la scelta è chiaramente determinata dall'evidenza). Ma l'attenzione del medico è ancora, sempre e comunque concentrata sul dato biologico-clinico. Che va osservato, protetto e curato.

In altre parole, da una moralità dell'atto medico che nasce come "moralità del medici" è derivata con il tempo, grazie all'apporto della scienza e della tecnologia biomedica, una pratica di cura

che rischia di essere autoreferenziale, basata su una sorta di normatività del dato biologico-clinico.

In realtà, in questi ultimi decenni i medici hanno fatto un lungo percorso per smussare questo paradigma e renderlo più aderente alle esigenze di un rapporto di cura che metta al centro la persona malata; è stato un lavoro in parte spontaneo (come dimostrato dalla progressiva evoluzione del Codice di Deontologia Medica), in parte indotto da una nuova sensibilità sociale.

In questo senso, un primo passo importante è stato quello di riconoscere che ci sono situazioni cliniche di inguaribilità, di fronte alle quali si può e si deve fermare una invasività clinica che diventa irragionevole; in altre parole, che esiste un limite della tecnologia nel supportare la fragilità biologica, un limite che va riconosciuto e rispettato per non ledere la dignità della persona malata. Non è stato facile per un medico accettare di non provare "qualcos'altro" per sostenere un respiro che si fa insufficiente o una circolazione che si sta fermando. Usavamo allora termini ormai desueti, come accanimento terapeutico e desistenza terapeutica; oggi usiamo concetti più adeguati, come terapia proporzionata e rimodulazione terapeutica.

Il passo successivo, e molto recente, è stato quello di accettare che il limite non sia più solo quello intrinseco alla tecnologia, ma che – anche a fronte di interventi efficaci – esso possa essere posto da una persona che accetta la sua fragilità biologica come termine del suo percorso di vita. Questo è stato molto più difficile. Chi scrive può testimoniare – fino a pochissimi anni fa – l'enorme difficoltà dei curanti e di tutto il sistema ad accettare la richiesta di una persona che chiedeva di astenersi da interventi clinicamente efficaci che essa riteneva sproporzionati (un ulteriore intervento chirurgico), o che comunque



non voleva accettare (come una trasfusione di sangue).

La legge 219/2017 è stata estremamente importante, da questo punto di vista: essa ha incrinato la forza della normatività del dato clinico-biologico che governava il rapporto di cura, introducendo una sorta di "disponibilità debole" della persona sulla sua vita, grazie alla quale la persona stessa, facendo prevalere la sua visione sulla propria storia, può opporre un rifiuto ad un supporto efficace sul piano clinico, e questo anche nel momento in cui il suo organismo non sia più in grado di autosostenersi (chiedendo quindi di essere lasciata morire). Per i medici, questa situazione è accettabile grazie alla consapevolezza che la persona viene a morire per l'esaurimento delle sue riserve biologiche, le quali non vengono più supportate per sua precisa scelta e responsabilità. In questo senso, stabilito il primato dell'autonomia e dell'autodeterminazione della persona nelle scelte di cura che la riguardano, l'evento morte rimane comunque chiaramente circoscritto all'interno di un paradigma biologico; la causa della morte è la natura, cui viene permesso di fare il suo corso.

Sulla differenza fra causare la morte e lasciarla accadere, accompagnandola con ogni mezzo adatto a lenire le sofferenze, i medici hanno quindi potuto costruire tutta la moralità dell'accompagnamento alle persone morenti. Su tale differenza, che si regge sulla contrapposizione fra l'art. 16<sup>1</sup> e l'art. 17<sup>2</sup> del Codice di Deontologia Medica, fondano inoltre tutto il loro operato i

clinici (medici ed infermieri) che lavorano nelle Cure Palliative, soprattutto quando gestiscono una rimodulazione terapeutica, con la sospensione di una terapia attiva e l'attuazione di una sedazione palliativa terminale.

Fino a questo punto, lo statuto etico tradizionale della Medicina, ed anche il suo fondamento epistemologico (cosa si intenda per attività di cura, e perché essa sia buona) hanno tenuto: tutto si svolge nel rispetto del dato clinico-biologico e nulla viene fatto contro di esso.

Su questo scenario si sono venute a collocare l'ordinanza n. 207/2018 e la successiva sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale, che – in presenza di chiare e definite condizioni – ritagliano uno spazio di non punibilità per l'aiuto medico a morire. Fra queste condizioni, il fatto che la persona sia «tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale», cioè in presenza di una fragilità biologica di per sé incompatibile con la sopravvivenza. Verrebbe da dire che, con questo requisito, la sentenza della Corte fa un altro passo avanti per l'affermazione della centralità della persona e del suo progetto di vita nel rapporto con il curante, ma riesce (forse) a mantenere la gestione dell'aiuto medico a morire all'interno della giustificazione tradizionale dell'attività di cura fondata – come visto – sul rispetto del dato biologico (sia pur portando il ragionamento al massimo della tensione possibile).

A questo punto, però, una legge che – in assenza di altri riferimenti alla fragilità biologica del richiedente – rinunci a questo requisito, rischia di

<sup>1</sup> Art. 16 del Codice di Deontologia Medica: «Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita. Il controllo

efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato. Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte».

<sup>2</sup> Art. 17 del Codice di Deontologia Medica: «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte».

andare oltre. L'immagine dell'attività medica che la giurisprudenza viene a disegnare è quella di una gestione sempre più rigorosa e precisa (*evidence based*) del dato biologico-clinico (legge n. 24 del 2017), ma tuttavia sempre meno autoreferenziale, sempre meno intesa come un fine in se stessa mirata alla tutela oggettiva del dato biologico, e sempre più posta al servizio della persona malata per realizzare il suo progetto di vita. Al punto che, e qui è il punto difficile, nel momento in cui tale progetto di vita sia sentito come svuotato di senso perché connotato da una sofferenza fisica o psichica vissuta come irreversibilmente intollerabile, la persona può chiedere di essere aiutata attivamente a morire – e questo indipendentemente da quanto la sua patologia infici la sua possibilità di sopravvivenza. In altre parole, ponendo come requisiti di accesso all'aiuto medico a morire “solo” il fatto che una persona sia affetta da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psichiche vissute come intollerabili e che sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli, ma senza alcun riferimento ad una eventuale fragilità biologica, si rischia di finire per chiedere alla Medicina di prendersi carico – medicalizzandolo – del desiderio di morire *tout court*. Non si tratta più di lasciare che la natura faccia il suo corso, o al limite di anticipare di molto poco un esito biologicamente infausto comunque certo e gravato di sofferenza, accompagnando o, al limite, accelerando il processo di morire di un organismo già debilitato e non più in grado di autosostenersi. Quello che viene chiesto è di intervenire attivamente e di sopprimere intenzionalmente una vita anche (eventualmente) quando sul piano biologico essa è ancora sufficiente ed adeguata

per una sopravvivenza autonoma e prolungata, seppur gravata di sofferenza.

Il problema non è ovviamente di mantenere a tutti i costi un requisito di dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, che – come visto all'inizio di questo breve testo – pone non pochi problemi, quanto piuttosto di valutare l'opportunità di legare la possibilità di un aiuto medico a morire ad un grado significativo di fragilità biologica (per esempio facendo dipendere tale procedura anche da una definizione di prognosi infausta a breve termine).

Non intendo in alcun modo sminuire la portata, la gravità e la gravosità di molte situazioni di sofferenza; ma temo che una legge che definisca l'assistenza medica a morire come un diritto della persona senza legarla in qualche modo ad un grado rilevante di fragilità biologica rappresenti un punto di rottura importante per la Medicina, cioè per una professione che nasce e vuole ancora caratterizzarsi per una chiara aderenza ad una sua moralità intrinseca, che finora è stata basata sull'attenzione al dato biologico-clinico e sul suo rispetto.

Se questo succedesse, i possibili sbocchi per la Medicina stessa sono a mio avviso tre.

Il primo è quello di un irrigidimento a difesa dei principi etici tradizionali dell'attività medica, ritenendoli ancora e sempre validi anche di fronte ad un diverso sentire sociale ed al nuovo scenario che la giurisprudenza propone. È questa la posizione ripetutamente assunta dalla World Medical Association, che anche recentemente <sup>(3)</sup> si è chiaramente schierata a supporto dei fondamenti classici dell'etica medica, cioè a favore del massimo rispetto per la vita (biologica) e contro l'aiuto medico a morire: «*The WMA reiterates its strong commitment to the principles of medical*

<sup>3</sup> WORLD MEDICAL ASSOCIATION, *Declaration on euthanasia and physician assisted suicide*, ottobre 2019, disponibile all'indirizzo <https://www.wma.net/policies->

[post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/](https://www.wma.net/policies-post/declaration-on-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/).

*ethics and that utmost respect has to be maintained for human life. Therefore, the WMA is firmly opposed to euthanasia and physician-assisted suicide».*

Una seconda possibilità è quella di un appiattimento della dimensione etica sul dato giuridico, per cui la Medicina rinuncerebbe ad uno statuto morale autonomo (secondo cui è possibile definire se alcuni azioni sono classificabili come atti di cura giustificabili, o meno) per adattarsi pedissequamente a quanto previsto dalla legge.

La terza opzione è che la Medicina accetti a fondo quella che per certi versi è una chiara sfida alla natura della sua stessa essenza e si impegni in una profonda riflessione, un ripensamento del proprio statuto morale ed epistemologico, per

rendere ragione a se stessa ed alla società dei suoi fondamenti e della sua identità: cosa si intende veramente per attività di cura? E qual è il suo scopo ultimo? Quale ne è il fondamento etico? Quali valori sono disponibili e negoziabili, all'interno di un rapporto di cura? È possibile, per la Medicina, affrancarsi da una narrazione basata solamente sulla verità (che si presume oggettiva ed evidente) del dato biologico, per confrontarsi e sporcarsi le mani anche con la narrazione più faticosa e meno oggettivabile, ma sicuramente più vera, della fatica e della sofferenza delle persone?

È un compito molto difficile, ma è possibile che diventi presto ineludibile.

*Forum*