

Questioni sul fine vita: il disegno di legge n. 570/2024

The end-of-life debate: draft law n. 570/2024

Alessandro Galli
Dottore in Giurisprudenza

Sommario: 1. Brevi cenni sul tema del fine vita – 2. La disciplina attualmente vigente: la legge n. 219 del 2017 – 2.1. Il naufragio del disegno di legge n. 2553 – 3. Il «nuovo» disegno di legge n. 570 – 4. Considerazioni conclusive

ABSTRACT

Particolarmente intenso negli ultimi anni è stato il dibattito giuridico relativo alla necessità di una legge volta a regolare pratiche attraverso le quali gli individui scelgono volontariamente di porre fine alla propria esistenza. Atteso che è sicuramente inammissibile il riconoscimento di un vero e proprio diritto al suicidio, anche se inteso come declinazione negativa del diritto alla vita da quella teoria secondo cui un diritto ricomprende in sé tanto il diritto ad esercitarlo quanto quello a non esercitarlo, il ricorso al suicidio assistito e alle pratiche eutanasiche deve essere ancorato alla presenza di determinate condizioni. Ed è proprio su questo punto, cioè sull'individuazione dei requisiti necessari al fine di accedere a tali pratiche, che si sono avuti gli scontri di opinioni più accesi. La Giurisprudenza, talvolta con buoni talaltra con pessimi risultati, ha tentato a più riprese di intervenire in modo da bilanciare gli interessi in gioco; tuttavia, l'incertezza derivante dalla mancanza di una disciplina legislativa in materia permane.

In the last few years, the legal debate on the need for a law regulating practices through which individuals voluntarily choose to put an end to their existence was particularly intense. Given that the recognition of a real right to suicide is definitely inadmissible, even if meant as a negative declination of the right to life by that theory according to which a right includes in itself both the right to exercise it and the right to not exercise it, the recourse to assisted suicide must be anchored to certain conditions. It is precisely on this point, namely on the identification of the necessary requirements in order to access to such practices, that the clashes of opinions have been more heated. The Jurisprudence, sometimes with good and other times with bad results, repeatedly tried to intervene in order to balance the interests at stake; however, the uncertainty arising from the lack of a legislation on this matter persists.

1. Brevi cenni sul tema del fine vita

La tematica del fine vita è quanto mai complessa a causa della necessità di bilanciare le esigenze di tutela dell'autodeterminazione del singolo¹ con quelle relative alla tutela di un bene fondamentale: la vita dell'individuo². In effetti, se si conferisce una tutela smisurata alla prima, inevitabilmente si finisce col ledere la seconda, e viceversa.

La questione ha fatto emergere la netta contrapposizione intercorrente fra la tesi paternalistica e quella anti-paternalistica. I sostenitori della prima tesi³ ritengono infatti che sia assolutamente necessario, nonché giustificato dall'esigenza di tutelare il bene della vita umana e della salute quell'intervento del legislatore (penale) teso a limitare l'autodeterminazione dell'individuo laddove il suo esercizio si traduca in un danno nei confronti dello stesso soggetto agente.

Dall'altro lato, gli anti-paternalisti⁴ accettano l'intervento punitivo dello Stato nei soli casi in cui questo sia diretto ad evitare che vengano arrecati danni a soggetti diversi da quello che compie la scelta, negando fermamente che il diritto penale possa impedire agli individui di arrecare un danno a sé stessi⁵.

La situazione, già particolarmente delicata, si complica ulteriormente quando la scelta dell'individuo abbia come effetto l'interruzione di trattamenti sanitari di sostegno vitale, per tali intendendosi quei trattamenti necessari a mantenere in vita il paziente affetto da una malattia⁶. Più precisamente, alla luce della sentenza della Corte d'assise di Massa del 27 luglio del 2020 relativa al caso Trentini⁷, all'interno di tale nozione vi rientra qualsiasi trattamento sanitario, non

¹ A. CARMINATI, *L'affermazione del principio costituzionale di autodeterminazione terapeutica e i suoi possibili risvolti nell'ordinamento italiano*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2019;

C. CASONATO, *Fine vita: il diritto all'autodeterminazione*, in *Il Mulino*, 2017, pp. 597 ss.

² Sul punto S. SASSO, *Libertà di autodeterminazione e tutela della vita umana*, in *Diritto.it*, 2019

³ Fra gli altri D. PULITANÒ, *Studi in onore di Mario Romano*, Jovene, Napoli, 2011, pp. 489 ss.;

M. ROMANO, *Danno a sé stessi, paternalismo legale e limiti del diritto penale*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 2008, pp. 984 ss.

⁴ Fra cui A. CADOPPI, *Paternalismo e diritto penale: cenni introduttivi*, in *Criminalia*, 2011, pp. 223 ss.;

J. FEINBERG, *The moral limits of the criminal law*, Oxford University Press, Londra, 1987, pp. 1 ss.;

J. S. MILL, *Saggio sulla libertà*, Oxford University Press, Londra, 1859, pp. 1 ss.

⁵ Sul punto D. MICHELETTI, *Il paternalismo penale giudiziario e le insidie della Bad Samaritan Jurisprudence*, in *Criminalia*, 2011, pp. 275 ss.

⁶ D. MAZZON, *Sul fine vita va chiarito il concetto di trattamenti di sostegno vitali*, in *quotidianosanità.it*, 2023.

⁷ Si segnala F. LAZZERI, *A che punto è la notte? La liceità dell'aiuto al suicidio, oltre Dj Fabo: la nozione di «trattamenti di sostegno vitale» nella sentenza sul caso Trentini*, in *sistemapenale.it*, 2020.

necessariamente consistente nella dipendenza del malato da una macchina dalla cui interruzione derivi la morte del paziente, anche in maniera non rapida.

Sicuramente, a fronte della totale inerzia del legislatore⁸, all'evoluzione della disciplina in materia ha contribuito la giurisprudenza dapprima con la nota sentenza del G.U.P di Roma⁹ sul caso Welby¹⁰ e, in seguito, con la sentenza della Corte di cassazione n. 21748 del 2007 sul caso Englaro¹¹, nonché con la pronuncia n. 242 del 2019 della Corte costituzionale relativa al caso Dj Fabo¹².

Con riferimento al primo dei tre casi sopracitati, occorre ricordare che Piergiorgio Welby era affetto da distrofia fascio-scapolo-omerale, malattia degenerativa incurabile che comporta la progressiva ed inesorabile atrofizzazione dei muscoli, lasciando però intatte le facoltà intellettive del malato. Quando nel 1997 la sua situazione clinica si aggravò venne tracheotomizzato e visse gli ultimi anni della sua vita grazie al sostegno della respirazione e dell'alimentazione artificiale.

A questo punto Welby fu costretto a rivolgersi alla magistratura non tanto al fine di ottenere il riconoscimento formale dell'esistenza di un diritto a sospendere le terapie, quanto per ottenere la piena e concreta attuazione di questa volontà, resasi necessaria a seguito del rifiuto proveniente dalla struttura ospedaliera cui si era rivolto. Quest'ultima infatti, in base di una teoria a dir poco bizzarra, sosteneva che all'atto del distacco del respiratore artificiale sorgesse in capo al sanitario l'obbligo di «procedere immediatamente al reimpianto del ventilatore, constatato il pericolo di vita connesso al suo mancato funzionamento ed allo stato di sedazione del malato, che si trovava quindi non più in grado di decidere»¹³. Il Tribunale Civile¹⁴, nonostante il riconoscimento della fondatezza della pretesa, dichiarò il ricorso inammissibile sulla base di una non meglio definita «non azionabilità del diritto».

⁸ A tal proposito O. DI GIOVINE, *Spunti di riflessione sull'auspicata incipiente proceduralizzazione del fine vita (e sul ruolo di giudici ordinari e costituzionali nella definizione dell'area di rilevanza penale)*, in G. D'ALESSANDRO-O. DI GIOVINE (a cura di), *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, Giappichelli, Torino, 2020, pp. 187 ss.

⁹ Trib. Roma, 23 luglio 2007, n. 2049, n.m.

¹⁰ Fra gli altri M. DONINI, *Il caso Welby e le tentazioni pericolose di uno «spazio libero dal diritto»*, in *Cass. Pen.*, 2007, pp. 912.

¹¹ In merito G. BUFFONE, *Caso Englaro: patologia irreversibile e interruzione della terapia di sostegno vitale*, in *Altalex*, 2009, pp. 1 ss.;

V. CARBONE, *La Cassazione precisa sul caso Englaro*, in *associazioneidecostituzionalisti.it*, 2008.

¹² C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a sé stessa*, in *sistemapenale.it*, 2019, pp. 33 ss.

¹³ M. DONINI, *op. cit.*, pp. 902 ss.

¹⁴ Trib. di Roma, Sez. I, 15 dicembre 2006.

Fu proprio in questo periodo che Welby espresse con maggior vigore la volontà di porre fine alle sue sofferenze mediante la sospensione dei trattamenti di sostegno vitale cui era sottoposto; per questo motivo, si mise in contatto con il Dott. Riccio, che accettò di operare il distacco del respiratore artificiale che lo teneva in vita previa sedazione, necessaria al fine di evitargli le atroci sofferenze derivanti dalla morte per soffocamento¹⁵. Dopo la morte di Welby, il giudice delle indagini preliminari presso il Tribunale di Roma disponeva l'imputazione coatta¹⁶ nei confronti dell'anestesista per omicidio del consenziente (art. 579 del Codice Penale)¹⁷. Tuttavia, il giudice dell'udienza preliminare del Tribunale di Roma emanò sentenza di non luogo a procedere nei confronti del Dott. Riccio, in quanto non punibile per il reato di omicidio del consenziente di cui all'art. 579 c.p. per la sussistenza dell'esimente dell'adempimento di un dovere di cui all'articolo 51 del Codice penale. Il G.U.P., all'interno della motivazione della sentenza, riconosce espressamente «l'esistenza di un diritto della persona a rifiutare o interrompere le terapie mediche, discendente dal principio enunciato dal secondo comma dell'art. 32, Cost., secondo il quale “nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”»¹⁸.

Secondo il ragionamento seguito dal giudice di Roma, il consenso del malato¹⁹ è elemento necessario ed imprescindibile ai fini della sottoposizione dello stesso ad un determinato trattamento sanitario, che diviene illegittimo ove questo consenso manchi ovvero venga revocato. Il legislatore può infatti obbligare il cittadino a sottoporsi ad un determinato trattamento sanitario solo laddove questo abbia lo scopo di tutelare la salute collettiva (si pensi alle vaccinazioni obbligatorie)²⁰. Il G.U.P. prosegue affermando che «alla luce del dettato chiarissimo dell'art. 32 comma 2, della Costituzione, nonché alla luce dell'interpretazione che di esso è stata data dalla giurisprudenza costituzionale e di legittimità, non possono, in nessuna sede, essere disattesi il riconoscimento e la tutela del diritto all'autodeterminazione della persona in materia di trattamento sanitario, diritto che contempla ovviamente anche il caso di rifiuto

¹⁵ A. MASSARO, *La storia delle questioni di fine vita raccontata dalle vicende umane e giudiziarie di Piergiorgio Welby, Eluana Englaro e Fabiano Antoniani*, in M. SINISI- N. POSTERARO (a cura di), *Questioni di fine vita*, Roma Tre-Press, Roma, 2020, pp. 41 ss.

¹⁶ La Procura infatti aveva presentato richiesta di archiviazione il 5 marzo 2007.

¹⁷ Trib. di Roma, ord. 7 giugno 2007.

¹⁸ Trib. di Roma, 23 luglio 2007, n. 2049, n.m.

¹⁹ Si consiglia la lettura di C. BRIGNONE, *Autodeterminazione e informazione, salute e consenso informato: tra strumenti normativi e prassi giurisprudenziali*, in *penalecontemporaneo.it*, 2010; M. BRUCALE, *Il consenso dell'avente diritto. Quando la vita è un bene disponibile*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2022, pp. 1 ss.

²⁰ Per un approfondimento sul tema F. GANDOLFI, *L'intervento sanitario obbligatorio: il punto su TSO e ASO*, in *Diritto.it*, 2023

di nuova terapia e lo speculare caso di interruzione della terapia già iniziata»²¹. In altri termini, il diritto previsto dall'art. 32 comma 2 della Costituzione è perfetto, nel senso che non necessita di attuazione mediante normazione secondaria, e si sostanzia in una pretesa di astensione dall'imporre trattamenti sanitari ove manchi il consenso del paziente, ma anche di intervento se il consenso, originariamente prestato, venga revocato²². Il G.U.P., invertendo il ragionamento effettuato dal G.I.P. nella pronuncia precedentemente menzionata, chiarisce che non è più il diritto alla vita a porsi quale limite al diritto all'autodeterminazione, quanto piuttosto il contrario; tanto è vero che «la difesa approntata dall'ordinamento all'inviolabilità della vita deve cedere di fronte alla condotta del medico che possa metterla a rischio o addirittura pregiudicarla, se tale condotta sia stata posta in essere in ossequio alla volontà liberamente e consapevolmente espressa, sulle terapie cui sottoporsi o non sottoporsi, dallo stesso titolare del bene protetto»²³.

Il caso Englaro, culminato nel decreto della Corte d'appello di Milano n. 88 del 2008, ha posto rilevanti problematiche inerenti alla manifestazione della volontà di interrompere i trattamenti di sostegno vitale da parte di quel paziente che si trovi in uno stato vegetativo permanente²⁴ e la conseguente possibilità che questa volontà venga espressa dal tutore del malato²⁵. Prima di procedere all'esame della pronuncia in questione appare doveroso descrivere la situazione in cui Eluana Englaro versava: il 18 gennaio 1992 si verifica un incidente stradale a seguito del quale alla ventunenne viene diagnosticato un gravissimo trauma cranio-encefalico con lesione di alcuni tessuti cerebrali corticali e subcorticali, da cui deriva prima una condizione di coma profondo, e poi, in progresso di tempo, un persistente stato vegetativo con tetraparesi spastica e perdita di ogni facoltà psichica superiore, quindi di ogni funzione percettiva e cognitiva e della capacità

²¹ Trib. di Roma, 23 luglio 2007, n. 2049, n.m.

²² Sul punto F. GIUNTA, *Il consenso informato all'atto medico tra principi costituzionali e implicazioni penalistiche*, in *Rivista italiana di dir. e proc. pen.* 2001, pp. 377 ss.

²³ Trib. di Roma, 23 luglio 2007, n. 2049, n.m.

²⁴ Per tale intendendosi una condizione di totale inconsapevolezza di sé e dell'ambiente circostante, ove, però, le funzioni respiratorie e cardiocircolatorie, con alternanza di fasi di sonno e di veglia, permangono pressoché intatte: in buona sostanza vi è una dissociazione tra vita vegetativa e vita cosciente

²⁵ Sul punto fra gli altri T. GROPPI, *Il caso Englaro: un viaggio alle origini dello Stato di diritto e ritorno*, in *Politica del diritto*, 2009, pp. 483 ss.;

A. MASSARO, *La storia delle questioni di fine vita raccontata dalle vicende umane e giudiziarie di Piergiorgio Welby, Eluana Englaro e Fabiano Antoniani*, cit., pp. 41 ss.;

R. ROMBOLI, *Il conflitto tra poteri dello stato sulla vicenda Englaro: un caso di evidente inammissibilità*, in *Foro italiano*, I, 2009, p. 49;

S. ROSSI, *Il Parlamento, la Cassazione e il diritto di Eluana*, in *forumcostituzionale.it*, 2008

S. SEMINARA, *Le sentenze sul caso Englaro e sul caso Welby: una prima lettura*, in *Rivista italiana di dir. e proc. pen.*, 2007, p. 1561

di avere contatti con l'ambiente esterno. Preso atto dell'irreversibilità della sua condizione, il Tribunale di Lecco, con sentenza del 19 dicembre 1996, dichiara l'interdizione di Eluana Englaro per assoluta incapacità, nominando tutore il padre Beppino Englaro. Il tutore di Eluana Englaro, che nel frattempo era stata sottoposta ai trattamenti di idratazione ed alimentazione artificiale permanente, avviò, nel 1999, l'iter necessario ad ottenere l'interruzione delle cure predette, asserendo che la condizione in cui sua figlia versava fosse incompatibile con il concetto di dignità che aveva caratterizzato la vita della stessa, nonché con la sua volontà. Il Tribunale di Lecco rigetta il ricorso presentato da Beppino Englaro per due ordini di ragioni: la paziente non poteva²⁶, proprio a causa della condizione di salute nella quale si trovava, esprimere la propria volontà, dovendo la stessa necessariamente promanare dal diretto interessato data la delicatezza dei diritti in gioco; inoltre, secondo il Tribunale di Lecco la nutrizione e l'idratazione artificiali non rientravano nel concetto di trattamenti sanitari, impedendo l'applicazione del comma 2 dell'articolo 32 della Costituzione. Nel 2002 Beppino Englaro formulò nuovamente richiesta al Tribunale di Lecco per ottenere l'interruzione delle cure cui Eluana era sottoposta; il Tribunale rigettò nuovamente il ricorso che, perciò, venne impugnato dinnanzi alla Corte d'appello di Milano che, nel conformarsi alla pronuncia del Tribunale, invitò il legislatore a colmare il vuoto normativo in materia di fine vita. Corretto il vizio procedurale che aveva determinato il respingimento del primo ricorso in Cassazione contro la pronuncia della Corte d'appello di Milano, Beppino Englaro presenta nuovamente ricorso alla Corte di cassazione che, con una rivoluzionaria pronuncia²⁷, ascolta le sue ragioni e rinvia la decisione ad altra sezione della Corte d'appello meneghina.

La sentenza n. 88 del 2008 della Corte d'appello di Milano ha recepito quanto previsto dalla Corte di cassazione²⁸ in materia: se il malato giace da molti anni in stato vegetativo permanente ed è tenuto in vita da un sondino nosogastrico che provvede alla sua nutrizione ed idratazione, su richiesta del tutore, il giudice può autorizzare la disattivazione di tale presidio sanitario²⁹.

²⁶ A differenza di quanto accaduto a Piergiorgio Welby, la cui condizione patologica gli consentiva comunque di esprimere la propria volontà; sul punto G. BUFFONE, *Caso Englaro: patologia irreversibile e interruzione della terapia di sostegno vitale*, in *Altalex*, 2009, pp. 1 ss.

²⁷ Cass. Civ., Sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748, in *Diritto.it*, 2008

²⁸ Cass. Civ., Sez. I, 16 ottobre 2007, n. 21748, in *Diritto.it*, 2008

²⁹ Da qui emerge chiaramente la qualificazione dell'idratazione e dell'alimentazione artificiali come trattamenti sanitari, in quanto caratterizzati da una serie di tecniche e procedure che necessitano dell'intervento iniziale di personale sanitario specializzato; ad oggi la questione non si pone, dato che l'art. 1 comma 5 della legge n. 219 del 2017 prevede che: «[...] ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici [...]»

Ovviamente, affinché il giudice possa disporre in tal senso, è necessaria la sussistenza di determinati requisiti: innanzitutto, la condizione del malato deve essere irreversibile, non residuando alcuna possibilità di recupero della coscienza o di ritorno alla percezione del mondo esterno; inoltre, la richiesta del tutore deve essere «realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona»³⁰.

Infine, l'ultimo dei procedimenti citati è quello scaturito, a seguito della morte di Dj Fabo³¹, nei confronti di Marco Cappato, accusato del reato di istigazione e aiuto al suicidio di cui all'articolo 580 del Codice Penale per aver accompagnato Antoniani, affetto da tetraplegia e cecità a seguito di un incidente stradale, presso la clinica «Dignitas» in Svizzera dove si sottopose al suicidio assistito, per tale intendendosi l'atto del porre fine alla propria esistenza in modo consapevole mediante l'autosomministrazione di dosi letali di farmaci da parte di un soggetto che viene appunto «assistito» da un medico. Il 13 giugno 2014 infatti, al termine di una serata in un locale, Dj Fabo, per chinarsi a raccogliere il cellulare che gli era sfuggito di mano, sbandò in maniera vigorosa e la sua vettura si scontrò contro un'altra che procedeva sulla corsia d'emergenza; a causa dell'urto fu sbalzato fuori dall'abitacolo ed iniziò il suo calvario. Dopo anni di terapie che non portarono ad alcun miglioramento, Fabiano Antoniani maturò la propria volontà di porre fine alle sofferenze che lo affliggevano mediante il ricorso a forme di aiuto a morire; perciò, si mise in contatto con l'associazione «Luca Coscioni», di cui Cappato era membro.

A questo punto, la Corte d'assise di Milano sollevò questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice Penale nella parte in cui incriminava la condotta di partecipazione fisica o materiale al suicidio altrui senza escludere la rilevanza penale della condotta di chi aiuta il malato terminale o irreversibile a porre fine alla propria vita, quando il malato stesso ritenga le sue condizioni di vita fonte di una lesione del suo diritto alla dignità.

Tralasciando la discutibile scelta della Corte costituzionale di invitare il Parlamento a legiferare sulla materia³², salvo poi, preso atto dell'inerzia dello

³⁰ Corte d'appello di Milano, 25 giugno 2008, n. 88, in *Ansa.it*, 2008.

³¹ Sull'argomento P. BERNARDONI, *Ancora sul caso Cappato: qualche considerazione sulla «non punibilità» dell'aiuto al suicidio introdotta dalla Corte costituzionale*, in *sistemapenale.it*, 2020; S. PRISCO, *Il caso Cappato tra Corte costituzionale, Parlamento e dibattito pubblico. Un breve appunto per una discussione da avviare*, in *BioLaw Journal-Rivista di BioDiritto*, 2018, pp. 153 ss.

³² Corte Cost., 24 ottobre 2018, n. 207, in *biodiritto.org*, 2019

stesso³³, dichiarare l'incostituzionalità dell'articolo 580 del Codice Penale «nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi»³⁴, particolarmente interessanti sono i requisiti richiesti a tale scopo dalla Corte. Già nell'ordinanza n. 207 del 2018, poi richiamata nella sentenza del 2019, la Corte costituzionale aveva previsto la legittimità di forme di aiuto al suicidio al ricorrere di 4 requisiti: a) il paziente deve essere affetto da patologia irreversibile; b) la malattia deve essere fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che il paziente trova assolutamente intollerabili; c) i trattamenti di sostegno vitale debbono essere necessari al mantenimento in vita del paziente; d) questi deve essere comunque capace di prendere decisioni libere e consapevoli. La sussistenza di tali condizioni deve essere verificata da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

Dunque, a fronte dell'immobilismo legislativo che ha caratterizzato la delicata materia del fine vita, la giurisprudenza è intervenuta a più riprese cercando di adeguare la risposta pubblica al mutato sentire sociale³⁵; nonostante, talvolta, ciò sia avvenuto con mezzi discutibili³⁶, non si può negare l'importanza del lavoro da essa svolto nella disciplina del fine vita.

2. La disciplina attualmente vigente: la legge n. 219 del 2017

La (auspicata) proceduralizzazione del fine vita³⁷ è avvenuta in parte con la legge n. 219 del 22 dicembre 2017, intitolata «Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento». La legge in esame, all'articolo 1, dichiara espressamente di ispirarsi agli articoli 2,13 e 32 della Costituzione, nonché agli articoli 1,2, e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea; il diritto alla vita, il diritto alla salute e quello alla dignità umana costituiscono i tre beni fondamentali in materia di fine vita, della cui tutela la legge in questione intende occuparsi.

³³ C. CUPELLI, *op. cit.*, pp. 33 ss.

³⁴ Corte Cost., 24 settembre 2019, n. 242, in *Corte costituzionale.it*, 2019

³⁵ Sulla tematica A. NAPPI, *Vite strappate alla morte e rifiuto di dogmi: il proficuo dialogo tra scienza penalistica e Giurisprudenza*, in *Cass. Pen.*, 2020, p. 984

³⁶ A tal proposito A. RUGGERI, *Fraintendimenti concettuali e utilizzo improprio delle tecniche decisorie nel corso di una spinosa, inquietante e ad oggi non conclusa vicenda (a margine di Corte cost. ord. n. 207/2018)*, in *Consulta Online*, 2019, 1, p. 92

³⁷ Prendendo in prestito il titolo di O. DI GIOVINE, *op. cit.*, pp. 187 ss.

Il comma 3 dell'articolo 1³⁸ prevede il c.d. consenso informato, cioè il diritto dell'individuo di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere adeguatamente informato in merito ai trattamenti sanitari ai quali sottoporsi³⁹; il diritto in questione è comprensivo altresì del rifiuto o della rinuncia alle suddette informazioni. Inoltre, l'articolo 1 della legge n. 219 del 2017, al comma 5⁴⁰, riconosce al paziente anche il diritto al «rifiuto informato», ossia alla consapevole rinuncia a trattamenti sanitari⁴¹, compresi quelli necessari al mantenimento in vita del paziente⁴². Come afferma Canestrari: «il legislatore del 2017 è pienamente consapevole che il rifiuto informato e la rinuncia consapevole di trattamenti sanitari si pongono non all'esterno della relazione medico-paziente, né in contrapposizione ad essa, ma anzi rappresentano l'esito di una scelta maturata all'interno del rapporto di alleanza terapeutica, con il compito del medico di accertare i requisiti di validità del rifiuto (personale, reale, informato, chiaramente espresso e attuale)»⁴³. Naturalmente, l'irreversibilità della scelta di rifiutare trattamenti sanitari, soprattutto laddove si tratti di trattamenti di sostegno vitale, comporta che questa si configuri come *extrema ratio*.

Il successivo comma 6 dell'articolo 1 prevede che: «il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale [...]»⁴⁴, operando in tal modo un'equiparazione tra la condotta passiva del medico che si limita a prendere atto del rifiuto di un paziente autonomo di

³⁸ Che recita: «Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.»

³⁹ L. EUSEBI, *Decisioni sui trattamenti sanitari o «diritto di morire»? I problemi interpretativi che investono la legge n. 219/2017 e la lettura del suo testo nell'ordinanza di rimessione alla Corte costituzionale dell'art. 580 c.p.*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 2018, pp. 420 ss.

⁴⁰ «Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento [...]»

⁴¹ Fra i quali, peraltro, vi fa rientrare anche la nutrizione e l'idratazione artificiale

⁴² Tra i primi a commentare la norma P. ZATTI, *Spunti per una lettura della legge sul consenso informato e DAT*, in *Rivista resp. medica*, 2018, pp. 1 ss.

⁴³ S. CANESTRARI, *La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato*, in *La legislaz. pen.*, 2018, p. 9

⁴⁴ art. 1 comma 6, l. n. 219 del 22 dicembre 2017

sottoporsi a trattamenti sanitari salvavita e quella necessariamente attiva del medico che debba dare attuazione ad una volontà in tal senso espressa da un soggetto non autonomo (si pensi alla condotta di disattivazione di un sostegno artificiale)⁴⁵. Quest'ultima ipotesi è la più complessa, in quanto il medico è tenuto ad agire al fine di interrompere il trattamento sanitario di sostegno vitale; tuttavia, la legge n. 219 del 2017 effettua un bilanciamento di beni di rango costituzionale che, a discapito di una tutela incondizionata del bene della vita, predilige la tutela del diritto di autodeterminazione del singolo⁴⁶. Un intervento in tal senso del legislatore era assolutamente necessario al fine di sancire inequivocabilmente la legittimità della condotta attiva del medico, diretta a dare attuazione al diritto del paziente di rinunciare al proseguimento di un trattamento sanitario ove questi non sia nelle condizioni di interromperlo autonomamente⁴⁷.

Pienamente condivisibile appare la scelta del legislatore di non regolamentare l'obiezione di coscienza⁴⁸ del medico, poiché tale previsione si sarebbe posta in contrasto con una disciplina che ha lo scopo di promuovere la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico basata sul consenso informato, nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e l'autonomia professionale del sanitario, senza richiedere contemperamenti tra valori confliggenti⁴⁹. Ad ogni modo, ciascun medico ha la facoltà di astenersi dal compiere atti diretti a provocare la morte del paziente (anche se intesa come liberazione dalle sofferenze)⁵⁰, spettando alla struttura sanitaria il compito di assicurare la realizzazione delle richieste del paziente⁵¹.

Preso atto del riconoscimento in capo al paziente del diritto di rifiutare o di interrompere trattamenti sanitari, anche di sostegno vitale, l'articolo 2 della più

⁴⁵ Si consiglia in proposito M. DI MASI, *Effetti redistributivi della Legge n. 219/2017 nel rapporto fra medico e paziente*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2019, pp. 1 ss.

⁴⁶ In senso critico C. LEOTTA, *Perché la vita è un diritto indisponibile*, in *alleanzacattolica.org*, 2019

⁴⁷ S. CANESTRARI, *op. cit.*, p. 9

⁴⁸ Sul tema si consiglia C. B. CEFFA, *Obiezione di coscienza e scelte costituzionalmente vincolate nella disciplina sul «fine vita»: indicazioni e suggestioni da una recente giurisprudenza costituzionale*, in *Nomos*, 2021, pp. 1 ss.

⁴⁹ P. BORSELLINO, *Biotestamento: i confini della relazione terapeutica e il mandato di cura*, in *Fin. e Sviluppo*, 2018, pp. 8 ss.

⁵⁰ G. BASSETTI, *Testamento biologico. I vescovi italiani chiedono obiezione di coscienza per interruzione alimentazione e idratazione*, in *quotidianosanità.it*, 2019

⁵¹ In tal senso il comma 9 dell'art. 1 l. n. 219/2017, in base al quale: «Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale».

volte citata legge n. 219 del 2017⁵² si preoccupa di specificare che tale rifiuto non si traduce necessariamente nella rinuncia ad ogni tipo di trattamento, ivi compreso il ricorso a forme di terapia del dolore.

In base alle considerazioni svolte fino ad ora è chiaro che la legge n. 219 non ha il fine di riconoscere a ciascun individuo un vero e proprio «diritto a morire»⁵³ ma semplicemente quello di garantire il diritto al consenso/rifiuto informato di trattamenti sanitari, anche necessari alla sopravvivenza; non sono in alcun modo ammesse e liceizzate ed anzi sono assistite da precisi divieti penali pratiche eutanasiche e forme di aiuto al suicidio⁵⁴.

L'articolo 3 si occupa dei minori e degli incapaci⁵⁵ prevedendo che il consenso/rifiuto informato venga manifestato rispettivamente dal titolare della

⁵² «Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriate terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico».

⁵³ Sul punto A. MANNA, *Esiste un diritto a morire? Riflessioni tra Corte costituzionale italiana e Corte costituzionale tedesca*, in *disCrimen*, 2020, pp. 1 ss.;

A. MANNA, *Ancora sul diritto a morire*, in *disCrimen*, 2023, pp. 1 ss.

⁵⁴ Per chiarire il concetto è utile ricorrere ulteriormente alle parole di S. CANESTRARI, *op. cit.*, 15: «La differenza tra le due situazioni è chiara: nel primo caso, l'esito letale è causato dalla malattia che fa il suo corso non contrastata dai trattamenti sanitari rifiutati o impedita da presidi terapeutici cui il paziente ha il diritto di rinunciare; nella seconda ipotesi il decesso non è determinato dalla patologia e la somministrazione di farmaci (come una dose letale di pentobarbital di sodio) ha come scopo quello di provocare con il consenso del paziente la sua morte immediata».

⁵⁵ «La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità. Il consenso informato della persona interdetta ai sensi dell'articolo 414 del codice civile è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità. Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. Nel caso in cui il rappresentante legale della

responsabilità genitoriale, ovvero dal tutore, dall'amministratore di sostegno e dal rappresentante legale della persona inabilitata o interdetta.

La vera novità introdotta dalla legge n. 219 del 2017 è costituita dall'articolo 4, intitolato «disposizioni anticipate di trattamento»⁵⁶. L'articolo in questione

persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4, o il rappresentante legale della persona minore rifiuti le cure proposte e il medico ritenga invece che queste siano appropriate e necessarie, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria».

⁵⁶ «1. Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata "fiduciario", che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

2. Il fiduciario deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, che è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

3. L'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

4. Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile.

5. Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, si procede ai sensi del comma 5, dell'articolo 3.

6. Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7. Sono esenti dall'obbligo di registrazione, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto e tassa. Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Con le medesime forme esse sono rinnovabili, modificabili e revocabili in ogni momento. Nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impedissero di procedere alla revoca delle DAT con le forme previste dai periodi precedenti, queste possono essere revocate con dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

7. Le regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale possono, con proprio atto, regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione

infatti introduce nel nostro ordinamento il «testamento biologico», ossia un documento scritto con il quale una persona, in grado di intendere e di volere, esprime la propria volontà circa i trattamenti ai quali desidera o non desidera essere sottoposta, qualora non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso a causa di malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti, che costringono il soggetto a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali e che impediscono una normale vita di relazione⁵⁷.

Il comma 1 dell'articolo 4 prevede che le D.A.T. (disposizioni anticipate di trattamento) possono essere espresse da soggetti maggiorenni capaci di intendere e di volere in previsione di un'eventuale futura incapacità, dopo aver acquisito le informazioni necessarie sulle conseguenze delle scelte in questione. Con le stesse viene individuato il fiduciario in altra persona maggiorenne capace di intendere e di volere (comma 2 art. 4), a patto che questi accetti la nomina sottoscrivendo le disposizioni anticipate di trattamento. Ai sensi del comma 5 il medico è tenuto al rispetto delle volontà espresse dal paziente all'interno delle D.A.T.; tuttavia, laddove queste appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla situazione clinica del paziente nel momento in cui devono essere eseguite, ovvero sia possibile fare ricorso a terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, il medico, d'accordo col fiduciario, può disattenderle in tutto o in parte⁵⁸.

I commi 6 e 7 prevedono che le D.A.T. devono essere redatte con atto notarile, atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero con scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza di quest'ultimo e annotata in apposito registro o presso le strutture sanitarie se le Regioni di appartenenza abbiano adottato modalità telematiche di gestione della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione di dati del singolo iscritto al SSN e che abbiano con proprio atto regolamentato la raccolta di copia delle D.A.T. Le disposizioni sono sempre revocabili; nei casi in cui non sia possibile farlo con le

del fiduciario, e il loro inserimento nella banca dati, lasciando comunque al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

8. *Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet».*

⁵⁷ G. BALDINI, *la legge 219/17 tra molte luci e qualche ombra*, in *Diritti Fond.*, 2019, pp. 25 ss.

⁵⁸ P. ZATTI, *op. cit.*, pp. 1 ss.

forme con cui sono state redatte, la revoca può avvenire con dichiarazione verbale o videoregistrata dal medico, con l'assistenza di due testimoni⁵⁹.

L'articolo 5 è invece dedicato alla «pianificazione condivisa delle cure»⁶⁰ tra paziente e medico, alla quale il medico deve attenersi anche qualora il malato venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o rifiuto. Inoltre, il comma 4 prevede che il paziente possa manifestare il proprio consenso a determinati trattamenti sanitari ovvero possa procedere alla nomina di un fiduciario anche attraverso video-registrazione o dispositivi che gli consentano di comunicare.

Nonostante l'indiscutibile passo in avanti fatto in materia, anche grazie alla legge appena esaminata, come afferma Cuccuru «dopo tanto fulgore, dopo lampate accecanti che hanno caratterizzato lo scontro dialettico tra le varie posizioni che si fronteggiavano, una volta promulgata la legge si è passati ad una luce fioca, quasi caravaggesca»⁶¹. Questo perché, purtroppo, come spesso avviene, numerose sono state le difficoltà applicative che hanno interessato la legge n. 219 del 2017. Tra i numerosi problemi interpretativi, il primo ha riguardato la banca dati presso il Ministero della Salute: ci si chiedeva infatti se questa dovesse limitarsi ad attestare l'espressione delle D.A.T., con indicazione del luogo ove sarebbe stato possibile reperirle, ovvero dovesse contenere essa stessa una copia delle disposizioni. Ancora, permanevano dei dubbi in merito alla possibilità di imporre una standardizzazione delle D.A.T. ai fini del loro inserimento nei registri elettronici, poiché dall'articolo 4 emerge che, nonostante

⁵⁹ Sulle criticità di tale complessa procedura S. CANESTRARI, *I fondamenti del biodiritto penale e la legge 22 dicembre 2017, n. 219*, in *Rivista italiana di dir. e proc. pen.*, 2018, pp. 55 ss.;

⁶⁰ «1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, ai sensi dell'articolo 1, comma 3, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.

3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico ai sensi del comma 2 e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.

4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario, di cui al comma 3, sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

5. Per quanto riguarda gli aspetti non espressamente disciplinati dal presente articolo si applicano le disposizioni dell'articolo 4».

⁶¹ P. CUCCURU, *Riflessioni in ambito di testamento biologico*, in *Altalex*, 2021, pp. 1 ss.

debbano rivestire una forma determinata, le stesse rientrano negli atti a contenuto libero. Infine, dalla disciplina dettata dalla legge n. 219 non risultava chiaro se la legittimazione ad accedere alla banca dati fosse limitata al solo personale medico in procinto di iniziare o proseguire un trattamento sanitario nei confronti di un paziente incapace di autodeterminarsi o, viceversa, l'accesso fosse consentito a chiunque (a patto che si tratti di appartenenti al personale sanitario)⁶².

Tralasciando le pur rilevanti problematiche che investono gli aspetti procedurali e attuativi della normativa, appare evidente che il legislatore non ha risolto tutte le questioni poste da una materia così delicata come quella del fine vita⁶³. La legge n. 219 del 2017, di fatti, non tratta in alcun modo i temi dell'eutanasia e del suicidio assistito⁶⁴, che, ad oggi, necessitano senza dubbio di una disciplina legislativa dato l'ampio utilizzo che si fa di questi strumenti in Europa, e non solo⁶⁵. A ciò si aggiunga che, a prescindere dalle opinioni personali di ciascun individuo, è innegabile che vi sia stato un mutamento del sentire sociale in relazione a questi argomenti, tale da rendere necessario un intervento del legislatore.

2.1. Il naufragio del disegno di legge n. 2553

Animata dall'esigenza di disciplinare il suicidio assistito, che (giòva ricordarlo) si differenzia dall'eutanasia (in cui il medico compie la famigerata «iniezione letale») da un punto di vista meramente naturalistico, in quanto è il paziente ad autosomministrarsi il farmaco letale seppur con l'ausilio del

⁶² Si consiglia R. POTENZANO, *La morte medicalmente assistita tra regolamentazioni nazionali europee e prospettive legislative italiane*, in *biodiritto.org*, 2021, 3, pp. 247 ss.

⁶³ Ancora una volta, in tal senso, si è espressa O. DI GIOVINE, *op. cit.*, pp. 187 ss.

⁶⁴ C. CUPELLI, *Libertà di autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento: i risvolti penalistici*, in *Dir. Pen. Contemporaneo*, 2017, pp. 123 ss.

⁶⁵ S. GROSSO, *Bundesverfassungsgericht e Corte costituzionale italiana a confronto: il peso specifico della dignità personale nelle scelte di fine vita*, in *federalismi.it*, 2020;

M. GUERRERO PICÒ, *Corte costituzionale Colombia, sentenza n. C-164/2022, dell'11 maggio, che depenalizza il suicidio medicalmente assistito*, in *Cortecostituzionale.it*, 2022;

F. LAZZERI, *La Corte costituzionale tedesca dichiara illegittimo il divieto penale di aiuto al suicidio prestato in forma «commerciale»*, in *sistemapenale.it*, 2020;

A. MANNA, *op. cit.*, pp. 1 ss.;

A. MANNA, *Ancora sulla differenza tra Corte costituzionale italiana e tedesca in tema di aiuto al suicidio: congetture e confutazioni*, in *Resp. medica*, 2022, pp. 97 ss.;

D. ORENTLICHER, *The implementation of Oregon's Death with Dignity Act: reassuring, but more data are needed*, in *Psychology, Public Policy and Law*, 2000, pp. 489 ss.;

O. POLIPO, *La legalizzazione del suicidio assistito in Canada: quando i poteri costituzionali sono complementari*, in *Diritto Pen. Contemporaneo*, 2016, pp. 1 ss.

personale sanitario⁶⁶, la Camera dei Deputati approvò, in data 10 marzo 2022, il disegno di legge n. 2553, intitolato «disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita».

L'articolo 1⁶⁷ inquadra la finalità del d.d.l. nella volontà di regolare la facoltà di una persona affetta da patologia irreversibile di richiedere assistenza medica per porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita. Già dalla lettura dell'articolo in questione emerge la chiara intenzione del legislatore di non spingersi sino a disciplinare, e di conseguenza liceizzare, l'eutanasia, ossia la condotta omicidiaria del medico, nonostante questa si renda necessaria nell'ipotesi in cui il paziente non sia in grado, a causa della patologia da cui è affetto, di realizzare autonomamente l'atto teso a porre fine alle proprie sofferenze⁶⁸.

Quanto ai presupposti e alle condizioni per poter accedere alla morte volontaria medicalmente assistita, l'articolo 3⁶⁹, in controtendenza con la giurisprudenza costituzionale cristallizzatasi nella sentenza n. 242 del 2019,

⁶⁶ Una definizione viene fornita all'articolo 2 del d.l. n. 2553, secondo cui: «1. Si intende per morte volontaria medicalmente assistita il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dalle norme della presente legge, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e sotto il controllo del Servizio sanitario nazionale, secondo le modalità previste dagli articoli 4 e 5.

2. Tale atto deve essere il risultato di una volontà attuale, libera e consapevole di un soggetto pienamente capace di intendere e di volere.

3. Le strutture del Servizio sanitario nazionale operano nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

a) tutela della dignità e dell'autonomia della persona;

b) tutela della qualità della vita fino al suo termine;

c) adeguato sostegno sanitario, psicologico e socio-assistenziale alla persona malata e alla famiglia».

⁶⁷ «La presente legge disciplina la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile e con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile di richiedere assistenza medica, al fine di porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita, alle condizioni, nei limiti e con i presupposti previsti dalla presente legge e nel rispetto dei principi della Costituzione, della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea».

⁶⁸ M. ROMANO, *Fine vita e suicidio assistito. Dalla Corte costituzionale a una disciplina legislativa. Il disegno di legge n. 2553*, in *Rivista italiana di dir. e proc. pen.*, 2022, p. 949

⁶⁹ «1. Può fare richiesta di morte volontaria medicalmente assistita la persona che, al momento della richiesta, abbia raggiunto la maggiore età, sia capace di intendere e di volere e di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli, adeguatamente informata, e che sia stata previamente coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e le abbia esplicitamente rifiutate o le abbia volontariamente interrotte.

2. Tale persona deve altresì trovarsi nelle seguenti concomitanti condizioni:

a) essere affetta da una patologia attestata dal medico curante o dal medico specialista che la ha in cura come irreversibile e con prognosi infausta, oppure essere portatrice di una condizione clinica irreversibile, che cagionino sofferenze fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili;

b) essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente».

richiede espressamente la capacità d'intendere e di volere a fronte della (mera) capacità di prendere decisioni libere e consapevoli richiesta dai giudici costituzionali. Inoltre, il medesimo articolo, elenca i requisiti dei quali il richiedente deve essere in possesso: a) patologia irreversibile con prognosi infausta, fonte di sofferenze fisiche e psichiche repute intollerabili; b) sottoposizione a trattamenti di sostegno vitale. Ebbene, ancora una volta emergono frizioni tra il testo di legge in esame e quanto sancito dalla sentenza n. 242 del 2019, derivanti dall'utilizzo di una congiunzione coordinante in luogo di una disgiuntiva: il d.l. n. 2553 richiede espressamente l'intollerabilità delle sofferenze sia sotto l'aspetto fisico che psichico, laddove la Corte costituzionale riteneva sufficiente la riferibilità delle sofferenze in questione ad uno soltanto dei due aspetti⁷⁰.

Dal combinato disposto degli articoli 2-3-4 del d.l. n. 2553 emerge che la procedura di richiesta di aiuto al suicidio si divide in tre fasi: a) la prima fase (art. 2) prende avvio dalla richiesta del paziente e si compie nell'ambito del rapporto tra paziente e medico; b) la seconda (art. 3) fase viene avviata dal medico che, preso atto della volontà del paziente di essere aiutato a morire, attribuisce alla Direzione Sanitaria competente, che si avvale di un Collegio, il compito di verificare la sussistenza delle condizioni imposte dallo stesso disegno di legge; c) infine, l'ultima fase (art. 4)⁷¹ è quella di attuazione della volontà del paziente mediante la prestazione dell'aiuto medico a morire, per cui, se si conclude positivamente la verifica del Collegio in ordine alla presenza dei presupposti necessari, questi lo comunica alla Direzione sanitaria che provvede ad individuare il medico che darà attuazione alla procedura.

Occorre a questo punto analizzare più nello specifico le caratteristiche di ciascuna delle fasi sovraesposte. Per quanto concerne la prima, al fine di formalizzare la richiesta, il paziente deve rivolgersi al medico di fiducia o, in

⁷⁰ M. PICCINI, *Una legge «gentile» sull'aiuto medico a morire*, in *Biolaw journal*, 2023, pp. 167 ss.

⁷¹ «1. La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve essere attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita. La richiesta deve essere manifestata per iscritto e nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata. La richiesta può essere revocata in qualsiasi momento senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la volontà.

2. Nel caso in cui le condizioni della persona non lo consentano, la richiesta può essere espressa e documentata con videoregistrazione o qualunque altro dispositivo idoneo che le consenta di comunicare e manifestare inequivocabilmente la propria volontà, alla presenza di due testimoni e di un pubblico ufficiale che attesti l'autenticità, la data e il luogo di espressione della volontà dell'interessato.

3. La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente, nel rispetto della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico.

4. Ricevuta la richiesta, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, anche ai suoi familiari le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative, e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica».

mancanza, a quello individuato dall'azienda sanitaria locale. Il medico è tenuto a valutare meticolosamente che sussistano le condizioni di cui all'articolo 3 «in dialogo con il paziente»; è cioè tenuto a verificare che la scelta del paziente sia libera e consapevole, anche alla luce della condizione in cui il paziente versa. Inoltre, qualora la richiesta derivi dalla mancata informazione al paziente circa la possibilità di accedere a cure palliative, il medico è tenuto a proporle al malato e, se questi vi acconsente, ai suoi familiari⁷².

In relazione alla seconda fase, la Direzione Sanitaria, ricevuta dal medico la richiesta del paziente, costituisce un Collegio composto da un medico responsabile della procedura, (almeno) un altro medico specializzato nella patologia da cui il malato è affetto, un medico legale ed uno psicologo clinico; peraltro, il responsabile della procedura, di concerto col medico di fiducia, può individuare altri esperti il cui inserimento nel Collegio sia valutato come utile ai fini della decisione in ordine alla richiesta. Il Collegio deve coinvolgere il paziente quanto più possibile nella procedura e, inoltre, laddove non accolga la richiesta, è tenuto a fornire un'adeguata motivazione⁷³.

Per quanto riguarda la terza ed ultima fase, nel procedere all'individuazione del medico e del personale che attuerà la procedura (così come definita dal medico responsabile della procedura assieme al paziente), la Direzione Sanitaria deve tenere conto delle richieste del paziente.

A questo punto, appare doveroso menzionare l'articolo 6⁷⁴ del disegno di legge in esame in quanto, a differenza della legge n. 219/2017 che volutamente non menzionava l'obiezione di coscienza del medico, prevede tale facoltà. In

⁷² Per approfondire l'argomento B. LIBERALI, *Il ddl sulla morte medicalmente assistita: un ulteriore problematico tassello del complesso rapporto fra legislatore, Corte costituzionale e corpo elettorale*, in *Diritti Comparati*, 2022

⁷³ Per spunti comparatistici sul punto si consiglia G. GIAIMO, *Considerazioni sparse, in chiave comparatistica, sulle proposte di legge in tema di eutanasia e suicidio medicalmente assistito*, in *biodiritto.org*, 2019, 3, 27 ss.

⁷⁴ «1. L'esercente la professione sanitaria non è tenuto a prendere parte alle procedure per l'assistenza alla morte volontaria medicalmente assistita disciplinate dalla presente legge quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di adozione del regolamento di cui all'articolo 7 al direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente.

2. L'obiezione di coscienza può sempre essere revocata o essere proposta anche fuori del termine di cui al comma 1, ma in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua presentazione ai soggetti di cui al comma 1.

3. L'obiezione di coscienza esonera l'esercente la professione sanitaria dal compimento delle procedure e delle attività specificamente dirette al suicidio e non dall'assistenza antecedente l'intervento.

4. Gli enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dalla presente legge adottando tutte le misure, anche di natura organizzativa, che si rendano necessarie. La regione ne controlla e garantisce l'attuazione».

particolare, nei lavori preparatori è emersa la volontà di evitare il conflitto tra paziente e medico, portatori di interessi contrastanti, facendo ricadere sugli enti ospedalieri l'onere di assicurare l'espletamento delle procedure previste dal disegno di legge.

L'articolo 7⁷⁵, inoltre, prevede l'istituzione di Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali, entro 180 giorni dall'eventuale entrata in vigore del d.l., allo scopo di tutelare tanto il paziente quanto il personale sanitario.

Infine, l'articolo 8⁷⁶ sancisce la non punibilità del medico e del personale sanitario, nonché di tutti coloro «che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata ad attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura»⁷⁷, a patto che siano state rispettate le disposizioni previste nel d.l..

Dunque, esaminato nel dettaglio il disegno di legge n. 2553, si può certamente affermare che, nonostante si fosse limitato a disciplinare il c.d. suicidio assistito (forse perché non erano ancora maturi i tempi per occuparsi di eutanasia), si trattasse di un progetto chiaro e completo, in grado di venire incontro alle esigenze delle parti chiamate in causa: il paziente affetto da patologia irreversibile e desideroso di porre fine alle proprie sofferenze da un

⁷⁵ «1. Al fine di garantire la dignità delle persone malate e di sostenere gli esercenti le professioni sanitarie nelle scelte etiche a cui sono chiamati, con regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono istituiti e disciplinati i Comitati per la valutazione clinica presso le aziende sanitarie locali.

2. I Comitati di cui al comma 1 devono essere multidisciplinari, autonomi e indipendenti, costituiti da medici specialisti, ivi compresi palliativisti, e da professionisti con competenze cliniche, psicologiche, giuridiche, sociali e bioetiche idonee a garantire il corretto ed efficace assolvimento dei compiti ad essi demandati.

3. Ai componenti dei Comitati di cui al comma 1 non spettano compensi, gettoni di presenza, rimborsi di spese o altri emolumenti comunque denominati».

⁷⁶ «1. Le disposizioni contenute negli articoli 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano dato corso alla procedura di morte volontaria medicalmente assistita nonché a tutti coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata ad attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura, qualora essa sia eseguita nel rispetto delle disposizioni della presente legge.

2. Non è punibile chiunque sia stato condannato, anche con sentenza passata in giudicato, per aver agevolato in qualsiasi modo la morte volontaria medicalmente assistita di una persona prima della data di entrata in vigore della presente legge, qualora al momento del fatto ricorressero i presupposti e le condizioni di cui all'articolo 3 della medesima legge e la volontà attuale, libera, informata e consapevole della persona richiedente fosse stata inequivocabilmente accertata».

⁷⁷ art. 8, d.l. n. 2553

lato e il personale sanitario bisognoso di indicazioni deontologiche dall'altro⁷⁸. Tuttavia, complice la fine anticipata della XVIII legislatura, il disegno di legge n. 2553, approvato dalla Camera dei Deputati e prossimo all'esame in Senato, non è stato approvato.

3. Il «nuovo» disegno di legge n. 570

Il 13 luglio del 2023 nella seduta n. 87 del Senato è stato assegnato, in sede redigente, l'esame del disegno di legge n. 570 alla seconda (Giustizia) e alla decima commissione (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale). Il d.d.l. in questione, intitolato «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita» e composto da 7 articoli, ha lo scopo di garantire una disciplina unitaria della materia del fine vita, non limitandosi unicamente a ribadire quanto già sancito dalla giurisprudenza, come accaduto in sede di redazione della legge n. 219 del 2017. La relazione esordisce affermando che: «il presente disegno di legge è finalizzato a introdurre norme che consentano e disciplinino la morte volontaria medicalmente assistita»⁷⁹.

L'esigenza dalla quale muove il legislatore è quella di trovare il punto d'equilibrio necessario a tutelare l'autodeterminazione del singolo da un lato e il diritto alla vita dall'altro. La sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, come noto, ha dichiarato l'incostituzionalità dell'articolo 580 del Codice Penale nella parte in cui rendeva punibile chi, nel rispetto delle modalità stabilite dagli articoli 1 e 2 della legge n. 219 del 2017, «agevola(va) 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»⁸⁰. Seppure è indiscutibile il passo in avanti operato dalla giurisprudenza con la sentenza citata, l'articolo 580 c.p.⁸¹ continuava ad incriminare la condotta di aiuto al suicidio nei confronti del malato non sottoposto ad un trattamento di sostegno vitale, anche se affetto da una patologia irreversibile fonte di intollerabili sofferenze; inoltre, era fermamente esclusa la

⁷⁸ Per un commento sul disegno di legge n. 2553 dal punto di vista di un «addetto ai lavori» G. R. GRISTINA, *La morte volontaria medicalmente assistita in Italia: un disegno di legge o solo un compromesso politico?*, in *recentiprogressiinmedicina.it*, 2022

⁷⁹ d.l. S. 570, in *Senato.it*, 2023.

⁸⁰ Corte Cost., 24 settembre 2019, n. 242, in *Corte costituzionale.it*, 2019.

⁸¹ Sul punto P. BRESCIANI, *Il lungo anno dell'art. 580 cod. pen.: l'art. 17 Codice Deontologia Medica può precludere la partecipazione del medico ai suicidi assistiti?*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2019, pp. 1 ss.

liceità di una condotta attiva del medico volta a liberare il paziente dalle sofferenze patite. In altri termini, a fronte della parziale legittimazione dell'aiuto al suicidio (soggetta al concorrere delle già menzionate condizioni), permaneva la punibilità delle condotte eutanasiche⁸². Nella relazione al disegno di legge n. 570 si rileva come «in sostanza quindi, le situazioni sottratte dalla Corte all'operatività dell'articolo 580 del codice penale coprono solo una parte del più vasto scenario di malattie irreversibili, fonti di intollerabili dolori e profondamente offensive della dignità del malato e, in siffatti contesti, l'aiuto al suicidio non presenta una sostanziale differenza rispetto all'omicidio del consenziente e non coinvolge comunque la citata sentenza n. 242. Questo in ragione del fatto che la Corte costituzionale, attraverso l'appropriato utilizzo dei propri poteri, ha definito la vicenda oggetto del giudizio di merito, affidando il prosieguo al Parlamento»⁸³.

Allo stesso modo della sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, anche il disegno di legge n. 2553, approvato dalla Camera dei Deputati ma mai in Senato a causa dello scioglimento anticipato delle camere, si limitava a disciplinare i casi di aiuto al suicidio senza considerare le ipotesi in cui il paziente non fosse in grado di compiere tale ultimo atto autonomo. Il problema non è di poco conto: accade frequentemente che proprio la gravità della patologia da cui il paziente è affetto rende quest'ultimo non autonomo e, perciò, inutile il suicidio assistito.

In casi come quello appena descritto, appare necessario il ricorso a forme di eutanasia, per tale intendendosi la condotta del medico diretta a cagionare la morte del paziente. Tuttavia, con riguardo alla condotta di soggetti terzi indirizzata in tal senso, la Corte costituzionale si è recentemente espressa⁸⁴ in senso negativo, dichiarando l'inammissibilità del referendum abrogativo dell'articolo 579 del Codice Penale, avente lo scopo di liceizzare l'omicidio del consenziente, fatta eccezione per le ipotesi di cui ai numeri 1-2-3 del terzo comma del medesimo articolo⁸⁵. In realtà, la decisione della Consulta appare dettata

⁸² S. CANESTRARI, *Le diverse tipologie di eutanasia: una legislazione possibile*, in *Rivista italiana di medicina legale*, 2003, 5, p. 765

⁸³ d.l. S. 570, in *Senato.it*, 2023.

⁸⁴ Corte cost., 15 febbraio 2022, n. 50, in *biodiritto.org*, 2022.

⁸⁵ Per approfondimenti sulla questione si consiglia R. D'ANDREA, *Inammissibile il quesito sull'omicidio del consenziente: tutela minima della vita o conferma del dovere di vivere?*, in *sistemapenale.it*, 2022;

O. DI GIOVINE, *Brevi note sul referendum in tema di c.d. eutanasia legale*, in *sistemapenale.it*, 2022;

M. DONINI, *L'inammissibilità del referendum sul fine vita: una politica di diritti per persone vulnerabili ma non per quelle vulnerate*, in «Giurisprudenza Costituzionale», 2022, 2, p. 1189;

dall'esigenza di evitare un'eccessiva esposizione al pericolo del bene vita, quale sarebbe certamente scaturita dalla mera abrogazione dell'articolo 579 del Codice Penale.

La relazione prosegue affermando che: «il presente disegno di legge intende quindi colmare una lacuna normativa non più giustificabile né dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, né dalla Corte costituzionale. Dà inoltre una risposta alle tante persone che reclamano il rispetto della propria dignità nella morte e che, per vedere garantito questo loro diritto, sono spesso costretti a un viaggio verso i Paesi dove l'eutanasia o il suicidio assistito sono legali»⁸⁶. Dunque, preso atto del fatto che sono numerosi i cittadini che per far ricorso a pratiche di questo tipo hanno dovuto recarsi all'estero (si pensi al celeberrimo e già citato caso di Fabiano Antoniani), il disegno di legge intende disciplinare la materia colmando ogni tipo di lacuna normativa e aprendosi non solo al suicidio assistito ma anche all'eutanasia, nell'ottica di quel fondamentale bilanciamento tra diritto alla vita ex articolo 2 della Costituzione e diritto all'autodeterminazione di cui all'articolo 32 della stessa.

F. LAZZERI, *Il pendio verso l'ammissibilità del referendum sull'eutanasia: alcune riflessioni sulla soglia minima di tutela penale della vita e una proposta per ritenere adeguata la disciplina di risulta*, in *sistemapenale.it*, 2022;

R. LOMBARDI, *Vivere e morire in Italia – Nota a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 50/2022*, in *primogrado.com*, 2022;

T. PADOVANI, *Riflessioni penalistiche circa l'ammissibilità del referendum sull'art. 579 c.p.*, in *amicuscuriae.it*, 2021;

S. PENASA, *Una disposizione costituzionalmente necessaria ma un bilanciamento non costituzionalmente vincolato? Prime note alla sentenza n. 50/2022 della Corte costituzionale*, in *diritticomparati.it*, 2022;

F. RE, *Sugli effetti penali e politici del referendum parzialmente abrogativo dell'art. 579 c.p. in tema di eutanasia legale*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2022, p. 2;

E. ROSSI, *La Corte e l'omicidio del consenziente: una decisione opportuna che induce a ripensare al controllo sull'ammissibilità del referendum come controllo sulla costituzionalità della normativa di risulta*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, 2022, p. 1785

⁸⁶ d.l. S. 570, in *Senato.it*, 2023.

L'articolo 1⁸⁷ è dedicato alle finalità del disegno di legge: lo scopo è quello di tutelare la dignità e l'autodeterminazione⁸⁸ della persona nel rispetto della Costituzione e delle norme comunitarie ed internazionali.

L'articolo 2⁸⁹ si occupa di fornire una definizione dei concetti di «morte volontaria medicalmente assistita» e di «trattamento eutanascico». In realtà, dalla lettura della norma parrebbe che i due termini siano stati utilizzati come sinonimi e che abbiano lo stesso significato; si tratta, a ben vedere, di una svista da parte dei redattori, essendo pacifica nella comunità scientifica e non la distinzione concettuale tra suicidio assistito ed eutanasia. Sicuramente lo scopo era tutt'altro che ignobile, consistendo nella volontà di conferire una disciplina legislativa alle due diverse pratiche, ma in ogni caso sarebbe stato opportuno distinguerle, se non da un punto di vista normativo, perlomeno da un punto di vista ontologico. Ad ogni modo, la morte volontaria medicalmente assistita è sostanzialmente equiparata al suicidio assistito, traducendosi nella pratica di autosomministrazione di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore al paziente; il trattamento eutanascico invece si distingue in quanto alla somministrazione del «farmaco letale» procede direttamente il personale medico. Non può non ritenersi epocale la svolta segnata dall'articolo in esame, poiché per la prima volta viene legittimata e disciplinata l'eutanasia, garantendo una tutela integrale del diritto all'autodeterminazione del singolo. La previsione di trattamenti eutanascici amplia notevolmente l'ambito applicativo della norma in esame, non essendo rivolta unicamente al paziente in grado di autosomministrarsi il farmaco letale, ma anche a quello che, magari proprio a causa della malattia da cui è affetto, non è in grado di procurarsi la morte autonomamente.

⁸⁷ «1. La presente legge tutela il diritto alla dignità e all'autodeterminazione della persona, garantendo una buona qualità della vita, libera da sofferenze non necessarie, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 3, 4, 6 e 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, nonché della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina: Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, adottata a Oviedo il 4 aprile 1997, e ratificata ai sensi della legge 28 marzo 2001, n. 145».

⁸⁸ P. BILANCIA, *Riflessioni sulle recenti questioni in tema di dignità umana e fine vita*, in *Federalismi*, 2019, 5, pp. 1 ss.;

C. BRIGNONE, *op. cit.*, pp. 1 ss.

⁸⁹ «1. Ai fini della presente legge, per "morte volontaria medicalmente assistita", o "trattamento eutanascico", si intendono la pratica di autosomministrazione, sotto supervisione medica, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore al paziente che presta il suo consenso, e la diretta somministrazione, da parte del personale medico al consenziente, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata e indolore».

L'articolo 3⁹⁰ prevede le condizioni e i presupposti necessari alla fruizione delle prestazioni di cui al precedente articolo 2. In linea con quanto richiesto dalla sentenza n. 242 del 2019, il disegno di legge n. 570 stabilisce che il paziente, naturalmente maggiorenne, sia in grado di prendere decisioni «libere, attuali e consapevoli», con ciò intendendo la capacità di esprimere la propria volontà. La soluzione è innovativa poiché non è espressamente richiesta la capacità di intendere e di volere, come invece faceva il disegno di legge n. 2553, intesa come un *quid pluris* rispetto alla «mera» capacità di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli di cui all'articolo 3 del presente disegno di legge. È inoltre richiesto che il paziente patisca «sofferenze fisiche o psichiche insostenibili o irreversibili»; l'utilizzo della congiunzione disgiuntiva è tutt'altro che privo di significato in quanto, a differenza di quanto previsto nel disegno di legge n. 2553, ammette l'alternatività delle stesse. Alla luce di quanto appena detto, anche il paziente la cui esistenza sia tediata da sofferenze meramente psichiche può ricorrere alla morte volontaria medicalmente assistita ed al trattamento eutanasi⁹¹. La norma, peraltro, prosegue richiedendo, in alternativa, che il malato «sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta». Stando ad un'interpretazione letterale della norma in questione, alle pratiche volte a provocare la morte dell'individuo potrebbe accedere anche chi, pur non patendo alcun tipo di sofferenza, sia affetto da una patologia il cui peggioramento sia certo ed inarrestabile. Ebbene, l'utilizzo della disgiuntiva «o» risulta molto più infelice in questo caso in quanto, se è indubbia la giustezza, anche nell'ottica del principio di uguaglianza di cui all'articolo 3 della Costituzione, di una norma che consenta al medico di porre fine ad un'esistenza caratterizzata da atroci e indegne sofferenze nei confronti di chi non sia altrimenti in grado di provocarsi la morte, non altrettanto lo è quella che consente l'accesso a tali pratiche anche a chi, affetto da una patologia irreversibile con prognosi infausta, tali sofferenze non patisca. Potrebbe infatti accadere che l'irreversibilità della patologia getti il malato in una situazione di sconforto tale da indurlo a calibrare e valutare in maniera errata le proprie scelte future. Tanto la sentenza n. 242 del 2019, quanto il d.d.l. n. 2553, giustificavano la lesione del diritto alla vita derivante dal ricorso a tali pratiche con la necessità di garantire al malato la cessazione delle terribili sofferenze, fisiche o psichiche, cui era sottoposto. Come già più volte ribadito, infatti, la lesione di un bene fondamentale come quello della vita deve derivare dal bilanciamento dello stesso con un bene di altrettanta importanza come quello dell'autodeterminazione. Ad ogni modo, tale

⁹⁰ «1. Il paziente, maggiore di età e capace di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli, le cui sofferenze fisiche o psichiche sono insostenibili e irreversibili, o che sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, ha diritto di richiedere il trattamento eutanasi».

⁹¹ T. FACCIOLINI, *ammissibilità del diritto alla morte nell'ordinamento italiano e consequenziali criticità*, in *diritto.it*, 2021

bilanciamento va effettuato in concreto, di talché nel caso in cui il paziente sia sottoposto ad atroci sofferenze derivanti dalla patologia da cui è affetto, senza dubbio il diritto di autodeterminazione deve prevalere sul diritto alla vita; al contrario, laddove il paziente, pur affetto da patologia irreversibile con prognosi infausta, non patisca alcun tipo di sofferenza fisica o psichica, il bene vita deve prevalere su qualsiasi altro.

A ben vedere, come già si accennava in precedenza, l'articolo 3 pone un ulteriore e rilevante problematica: dal tenore letterale della norma sembra ammissibile la richiesta di trattamento eutanasi anche da parte di un individuo non affetto da alcun tipo di patologia. In effetti, l'articolo 3, accanto alla maggiore età ed alla capacità di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli, richiede alternativamente la presenza di due condizioni: sofferenze fisiche o psichiche, delle quali non è specificata in alcun modo la fonte; patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta. Di conseguenza, essendo sufficiente una sofferenza psichica ai fini della richiesta di trattamento eutanasi, vi potrebbe accedere anche il paziente che, soffrendo di leggera depressione⁹², abbia maturato un sentimento di sconforto e di sfiducia verso la vita provocato proprio dalla situazione in cui si trova. Inoltre, non ha alcun senso abbinare gli aggettivi «insostenibile e irreversibile» ad una sofferenza psichica che può non tradursi in una situazione patologica. È opportuno scongiurare in tutti i modi il rischio che situazioni di sconforto temporanee possano indurre un individuo a compiere scelte irreversibili, quale quella di porre fine alla propria esistenza.

Il successivo articolo 4⁹³ è intitolato «Requisiti e forma della richiesta» e sancisce che la richiesta di trattamento eutanasi «deve essere attuale,

⁹² «La depressione è una sensazione di tristezza e/o una riduzione dell'interesse o del piacere per le attività; diviene un disturbo quando è sufficientemente intensa da interferire col funzionamento di una persona»; W. CORYELL, *Depressione*, in *msdmanuals.it*, 2021; da ciò si desume come non necessariamente la depressione è considerata una situazione patologica, ben potendosi configurare come temporanea sensazione di tristezza.

⁹³ «1. La richiesta di trattamento eutanasi deve essere attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita. La richiesta deve essere manifestata per iscritto e nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, o verbalmente al medico di medicina generale o a quello che ha in cura il paziente, il quale è obbligato a redigere apposito verbale, rivestendo a tal fine la qualità di pubblico ufficiale. La richiesta può essere revocata in qualsiasi momento senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la volontà. 2. Nel caso in cui le condizioni della persona non lo consentano, la richiesta di cui al comma 1 può essere espressa e documentata con videoregistrazione o con qualunque altro dispositivo idoneo a comunicare e manifestare inequivocabilmente la propria volontà, alla presenza di due testimoni e di un pubblico ufficiale che attesti l'autenticità, la data e il luogo di espressione della volontà dell'interessato.

informata, consapevole, libera ed esplicita». Il requisito dell'attualità implica che la richiesta sia frutto di una volontà dell'individuo, anche maturata in passato, che perduri nel presente. La richiesta è informata quando il paziente ha ottenuto da parte del personale sanitario tutte le informazioni riguardanti il trattamento eutanasico; è consapevole quando il malato ha ben chiare le conseguenze irreversibili derivanti dal trattamento stesso. Infine, la richiesta è libera se proveniente da un paziente privo di condizionamenti esterni ed esplicita se manifestata attraverso forme idonee ad esternare la volontà dello stesso. La richiesta di accesso al trattamento eutanasico può inoltre essere manifestata sia per iscritto, nelle forme dell'atto pubblico o della scrittura privata autenticata, sia verbalmente, con dichiarazione effettuata al medico di medicina generale o a quello che ha in cura il paziente, a patto che questi redigano apposito verbale. La previsione della possibilità di richiedere verbalmente il trattamento in questione va senza dubbio intesa come un tentativo di snellimento e sburocratizzazione della procedura. Ad ogni modo, è espressamente previsto che la facoltà di revoca della richiesta possa essere esercitata in qualsiasi momento, senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la volontà del paziente.

Il comma 2 dell'articolo 4, in deroga a quanto previsto dal comma 1, prevede che, nel caso in cui le condizioni della persona non lo consentano, la richiesta di accesso al trattamento eutanasico possa avvenire per videoregistrazione o con qualunque altro dispositivo idoneo a comunicare e manifestare inequivocabilmente la propria volontà. In definitiva, nei non meglio specificati casi in cui un individuo non sia né in grado di esprimere per iscritto la propria volontà né in grado di manifestarla verbalmente ai soggetti sopraindicati, questa può rivestire qualsiasi forma idonea a renderla inequivocabile, a condizione che venga espressa dinanzi a due testimoni e ad un pubblico ufficiale. La norma in esame pecca sicuramente di precisione nel momento in cui non si preoccupa di indicare in quali casi le condizioni della persona siano tali da non consentire di effettuare la richiesta con le modalità di cui al primo comma; sulla base di un argomento sistematico, si può dedurre che vi rientrino circostanze in cui il richiedente non sia in grado di manifestare la propria volontà né per iscritto né verbalmente a causa della patologia da cui è affetto. Dunque, la disposizione in esame, seppur migliorabile, cela il nobile scopo di garantire

3. La richiesta di cui al comma 1, manifestata in una delle forme di cui ai commi 1 e 2, deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente, nel rispetto della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico.

4. Ricevuta la richiesta, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, anche ai suoi familiari le conseguenze di quanto richiesto e le possibili alternative, e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

5. Il decesso a seguito di morte volontaria medicalmente assistita è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge».

L'accesso a tali pratiche anche a chi versi in condizioni tali da non consentirgli neppure di esprimere a parole (siano esse scritte o pronunciate) la propria volontà.

In seguito, i commi 3 e 4 si limitano a prevedere rispettivamente che la richiesta deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente e che questo, ricevuta la richiesta, prospetta al paziente le conseguenze del trattamento eutanasico, nonché le possibili alternative, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Infine, il comma 5 equipara a tutti gli effetti di legge il decesso conseguente ad eutanasia a quello per cause naturali.

L'articolo 5⁹⁴ disciplina le modalità attraverso le quali si svolge la procedura di esame e di eventuale accettazione o rigetto della richiesta. Il comma 1 stabilisce

⁹⁴ «1. Il trattamento eutanasico deve avvenire nel rispetto della dignità del richiedente e in modo da non provocare ulteriori sofferenze ed evitare abusi. Il richiedente ha la facoltà di indicare chi deve essere informato del trattamento medesimo nell'ambito della sua rete familiare o amicale, e chi può essere presente all'atto del decesso.

2. Il medico che ha ricevuto dal paziente la richiesta di trattamento eutanasico, espressa nelle forme di cui all'articolo 4, redige un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche e psicologiche del richiedente e sulle motivazioni che l'hanno determinata, e lo trasmette senza ritardo al Comitato per la valutazione clinica di cui all'articolo 7 territorialmente competente e all'interessato. Il rapporto è corredato di copia della richiesta e della documentazione medica e clinica a essa pertinente.

3. Il rapporto di cui al comma 2 deve precisare se la persona è stata adeguatamente informata della propria condizione clinica e della prognosi, se è stata adeguatamente informata dei trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le possibili alternative terapeutiche. Il rapporto deve indicare altresì se la persona è a conoscenza del diritto di accedere alle cure palliative nonché specificare se è già in carico a tale rete di assistenza, o se ha esplicitamente rifiutato tale percorso assistenziale. Nel rapporto il medico è tenuto a indicare qualsiasi informazione da cui possa emergere che la richiesta di trattamento eutanasico non sia libera, consapevole e informata.

4. Per la redazione del rapporto di cui al comma 2 e la valutazione clinica il medico può avvalersi della collaborazione di medici specialisti. Qualora ritenga che manchino palesemente i presupposti e le condizioni di cui all'articolo 3, il medico non trasmette la richiesta al Comitato per la valutazione clinica, motivando per iscritto la sua decisione al richiedente. Qualora il medico non ritenga di trasmettere la richiesta al Comitato per la valutazione clinica o in caso di parere contrario dello stesso Comitato, resta ferma comunque per la persona che abbia richiesto trattamento eutanasico la possibilità di ricorrere al giudice cautelare territorialmente competente, entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricezione della decisione motivata del medico o del parere contrario del Comitato.

5. Il Comitato per la valutazione clinica, entro trenta giorni dalla data della ricezione del rapporto di cui al comma 2, esprime un parere motivato sull'esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla presente legge a supporto della richiesta di trattamento eutanasico e lo trasmette al medico richiedente e alla persona interessata. Ai fini dell'espressione del parere, il Comitato per la valutazione clinica può convocare il medico di riferimento o l'équipe sanitaria per un'audizione, ed è tenuto a sentire il paziente, anche telematicamente o a mezzo di un proprio delegato, per accertare che la richiesta di trattamento eutanasico sia stata informata, consapevole e libera.

che del trattamento eutanascico, che non deve ledere la dignità del richiedente e provocargli ulteriori differenze, possono essere informati parenti o amici, che hanno altresì la possibilità di assisterlo all'atto del decesso, su indicazione del richiedente. E' infatti fondamentale conciliare l'esigenza del paziente a ricevere supporto all'interno di una procedura così delicata, con quella di rispettare la volontà dello stesso informando le sole persone da lui indicate. Il secondo comma prevede che il medico che ha ricevuto la richiesta è tenuto alla redazione di un rapporto dettagliato e documentato sulle «condizioni cliniche e psicologiche» del paziente, con indicazione delle motivazioni che lo hanno indotto a formulare la richiesta stessa; il rapporto così redatto deve essere immediatamente trasmesso al Comitato per la valutazione clinica territorialmente competente, oltreché all'interessato. Lo scopo della disposizione è quello di fornire quante più informazioni possibili al Comitato per la valutazione clinica competente, in modo da metterlo in condizione di decidere circa la sussistenza dei presupposti e requisiti richiesti dal disegno di legge in esame ai fini dell'accesso alla procedura. Il comma 3 prosegue affermando che il rapporto deve precisare se la persona è stata adeguatamente informata della propria condizione clinica e della prognosi, nonché di tutti i trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le alternative terapeutiche. Il rapporto deve inoltre specificare se il richiedente è stato informato della possibilità di accedere alle cure palliative, se sia già in carico a tale rete di assistenza, ovvero vi abbia rifiutato. Il medico è altresì tenuto ad indicare qualsiasi informazione da cui possa fondatamente ritenersi che la richiesta di trattamento eutanascico non sia libera, consapevole e informata. Si tratta dell'espreso riconoscimento del diritto del paziente a fornire il proprio consenso informato, per tale intendendosi quel consenso basato su un'adeguata

6. Nel corso del periodo che intercorre tra l'invio della richiesta al Comitato per la valutazione clinica e la ricezione del parere di quest'ultimo da parte del medico richiedente, al paziente è assicurato un supporto medico e psicologico adeguato.

7. Ove il parere sia favorevole, il medico richiedente lo trasmette tempestivamente, insieme a tutta la documentazione in suo possesso, alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera di riferimento, che deve attivare le verifiche necessarie a garantire che il decesso avvenga, nel rispetto delle modalità di cui al comma 1, presso il domicilio del paziente o, laddove ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera, e che esso sia consentito alle persone prive di autonomia fisica mediante l'adozione, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente, di strumenti, anche tecnologici, che consentano il compimento dell'atto autonomo, secondo le disposizioni della presente legge.

8. La richiesta, la documentazione e il parere di cui al presente articolo fanno parte integrante della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico, ove già attivato.

9. Il medico presente all'atto del decesso è in ogni caso tenuto previamente ad accertare, eventualmente avvalendosi della collaborazione di uno psicologo, che persista la volontà del trattamento eutanascico e che permangano tutte le condizioni di cui all'articolo 3.

10. Il decesso a seguito di trattamento eutanascico è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge».

informazione circa la propria situazione clinica, necessaria al fine di una corretta valutazione del proprio *agere*.

Il comma quarto conferisce al medico la facoltà di avvalersi di specialisti nella redazione del rapporto di cui al comma 2 e nella valutazione della condizione clinica. Peraltro, laddove il medico ritenga che sia palese la mancanza dei presupposti di cui all'articolo 3, non trasmette la richiesta al Comitato per la valutazione clinica. Nell'ipotesi appena descritta ovvero in caso di parere contrario del Comitato di cui all'articolo 7, il richiedente può ricorrere al giudice cautelare competente entro 60 giorni dalla data di ricezione della decisione motivata del medico o del parere contrario del Comitato per la valutazione clinica. Il comma 4 chiarisce l'importanza rivestita dal medico che riceve la richiesta e dal Comitato per la valutazione clinica: gli organi in questione sono infatti deputati alla valutazione relativa alla sussistenza dei requisiti necessari per l'accesso alla procedura. In ultima analisi, si configurano come veri e propri «organismi di controllo e sorveglianza» della regolarità della richiesta.

Il comma 5 sancisce che il Comitato per la valutazione clinica è tenuto ad esprimere un parere motivato sulla presenza o meno dei presupposti e dei requisiti precedentemente citati e lo trasmette al medico richiedente e alla persona interessata, entro trenta giorni dalla data della ricezione del rapporto di cui al comma 2. A ben vedere, già ad una prima lettura della disposizione in esame emerge che il predetto termine di trenta giorni si configura come ordinatorio; i redattori, di fatti, non prevedono alcuna conseguenza in caso di violazione e superamento del termine in questione. Conseguentemente, ci si chiede cosa accada e, soprattutto, quali rimedi (a parte i «poco celeri» rimedi giudiziari) possa azionare il privato nel caso in cui il Comitato superi il termine di trenta giorni per formulare il proprio parere. Senza dubbio la portata innovativa del disegno di legge è messa a dura prova dalla mancata previsione di un meccanismo in grado di assicurare il rispetto dei termini da un lato e strumenti in capo al richiedente volti a sollecitare il Comitato ad agire in caso di violazione del termine stesso dall'altro. Inoltre, al fine di accertare che la richiesta di trattamento sia informata, consapevole e libera, il Comitato può convocare il medico di riferimento e deve sentire il paziente, anche telematicamente o a mezzo di delegato, per verificare che la richiesta disponga delle caratteristiche dell'informazione, consapevolezza e libertà. Questa seconda parte del comma 5 non consente di individuare con certezza i casi in cui il Comitato per la valutazione clinica ha l'obbligo di sentire il paziente: non è chiaro se tale dovere sorga nel momento in cui volontariamente scelga di convocare il medico di riferimento o sussista a prescindere.

Il comma 6, inoltre, si preoccupa della necessità di garantire al paziente, nel corso del periodo (stimato in più o meno 30 giorni) intercorrente tra l'invio della

richiesta al Comitato e la ricezione del parere di quest'ultimo da parte del medico richiedente, un adeguato supporto medico e psicologico.

Il settimo comma stabilisce che il medico trasmette tempestivamente il parere favorevole del Comitato per la valutazione clinica alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera. Quest'ultima ha il compito di assicurare che il decesso del paziente avvenga presso il suo domicilio; tuttavia, ove ciò non sia possibile, il decesso deve avvenire presso una struttura ospedaliera. Dal comma 7 emerge il carattere vincolante del parere fornito dal Comitato per la valutazione clinica: se favorevole obbliga il medico a dar seguito immediatamente alla richiesta del paziente; se negativo, in base ad un ragionamento *a contrario*, impone al medico di rigettare la richiesta.

Il comma 8 si limita a prevedere che la richiesta, la documentazione e il parere appena citati entrano a far parte della cartella clinica o del fascicolo sanitario elettronico.

Al comma 9, i redattori della norma si preoccupano di imporre al medico presente all'atto del decesso di verificare, anche avvalendosi di uno psicologo, la persistenza della volontà del trattamento eutanasico e delle condizioni di cui all'articolo 3. In altri termini, il diritto ad accedere a pratiche eutanasiche presuppone un consenso che è revocabile in qualsiasi momento dall'interessato. Infine, il comma 10 costituisce una semplice ripetizione, probabilmente frutto di una disattenzione, di quanto già previsto al comma 5 dell'articolo 4 del presente disegno di legge.

L'articolo 6⁹⁵ sancisce l'esclusione della punibilità del medico e del personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasic; a questi, nonché a chiunque agevoli o aiuti il paziente nell'accesso al trattamento, non si applicano le fattispecie di omicidio, omicidio del consenziente, istigazione o aiuto al

⁹⁵ «1. Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti eutanasic, provocando la morte del paziente, e a tutti coloro che agevolino o aiutino il paziente nell'accesso al trattamento eutanasico, qualora ricorrano contemporaneamente le seguenti condizioni:

- a) la richiesta provenga dal paziente, sia attuale e sia inequivocabilmente accertata;
 - b) il paziente sia maggiorenne;
 - c) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere;
 - d) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da sofferenze fisiche o psichiche insostenibili e irreversibili, o da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta;
 - e) il medico, su tutte le possibili alternative terapeutiche e prevedibili sviluppi clinici, e abbia discusso di ciò con il medico nel rispetto di quanto disposto dall'articolo 5;
 - f) il trattamento eutanasico rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche.
2. Le strutture sanitarie pubbliche sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 4. In caso contrario, la struttura sanitaria pubblica è tenuta, in aggiunta a ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato».

suicidio, omissione di soccorso, a patto che ricorrano determinate condizioni. A questo punto, l'articolo 6, con l'intento di sintetizzare e mettere in chiaro i requisiti già previsti negli articoli precedenti, prosegue con un inutile quanto incoerente elenco delle condizioni necessarie al fine di accedere al trattamento eutanasi. In particolare, alle lettere a) e b), si ribadisce ulteriormente che il paziente deve essere maggiorenne e che la richiesta, da lui effettuata, sia attuale ed inequivocabilmente accertata (termine che appare peraltro poco tecnico se, come s'intende dal testo dell'articolo, riferito alla procedura di valutazione svolta dal Comitato per la valutazione clinica circa la presenza dei requisiti richiesti per l'accesso alla procedura). La lettera c) prevede che il paziente non si trovi in stato di incapacità di intendere e di volere, implicitamente richiedendo la sussistenza di tale capacità ai fini dell'accesso al trattamento eutanasi e, dunque, ponendosi in contrasto con l'articolo 3 che richiedeva la mera capacità «di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli». Si era infatti precedentemente riscontrata l'innovatività di quest'ultima disposizione che, in luogo della capacità di intendere e di volere prevista dal disegno di legge n. 2553, richiedeva una capacità molto più snella e consistente nella idoneità dell'individuo a manifestare la propria volontà. Nonostante ciò, non è ben chiaro se a causa di un errore nella scelta della terminologia da utilizzare o per effetto di un improvviso mutamento di idee, la lettera c) dell'articolo 6 impone che il richiedente sia dotato della capacità d'intendere e di volere.

La lettera d) dell'articolo 6 costituisce una ripetizione di quanto già previsto dall'articolo 3 con tutte le problematiche interpretative precedentemente menzionate. Alle lettere e) e f) si ribadisce quello che già è oggetto dei commi 1 e 3 dell'articolo 5.

Infine, il comma 2 dell'articolo 6 sancisce che la struttura sanitaria pubblica, oltre che responsabile civilmente e penalmente, è tenuta a risarcire il paziente del danno derivante dal mancato rispetto della volontà da questi manifestata ai sensi dell'articolo 4.

L'articolo 7 non rileva ai fini dell'esame contenutistico del disegno di legge, in quanto contenente disposizioni attuative relative alla costituzione dei Comitati per la valutazione clinica.

4. Considerazioni conclusive

Alla luce di quanto appena detto e, soprattutto, della delicatezza dell'argomento in esame, appare, ora più che mai, necessario un intervento del legislatore volto a colmare una (oramai acclarata) lacuna normativa. L'esigenza riguarda in particolare le pratiche eutanasiche, cui sempre più individui fanno

ricorso vedendosi costretti, a causa dell'immobilismo del legislatore nazionale, a recarsi all'estero⁹⁶.

Ad ogni modo, seppur un intervento normativo in tal senso sia necessario, non possono ammettersi proposte frettolose e incoerenti rispetto allo stato attuale della disciplina, così come risultante dai plurimi interventi giurisprudenziali in materia, poiché sortirebbero unicamente l'effetto di peggiorare una situazione già tragica di per sé. Intervenire con criterio, facendo tesoro del lavoro fino ad ora svolto dai giudici chiamati a risolvere le numerose controversie in tema di fine vita, è cosa sicuramente auspicabile; intervenire con il solo scopo di accaparrarsi i favori di un elettorato pseudo-progressista è quanto di più deprecabile. Il disegno di legge n. 570, a scapito dei dichiarati benevoli intenti, sembra in realtà frutto di un ragionamento più politico che altro. Le problematiche poste dal disegno di legge in esame sono state già ampiamente scandagliate nei paragrafi precedenti, tuttavia il rischio concreto che l'accesso ai trattamenti eutanasi sia consentito anche a chi patisca sofferenze «meramente» psichiche, non necessariamente correlate ad una patologia, impone una riflessione più approfondita. Il diritto alla liberazione dalle sofferenze deve certamente essere riconosciuto a ciascun individuo come massima espressione del diritto di autodeterminazione di cui all'articolo 3 della Carta di Nizza⁹⁷ e 32 della Costituzione, anche laddove per realizzarlo dovesse rendersi necessario porre fine alla vita dello stesso; nondimeno appare senza dubbio obbligata la scelta di ancorare l'esercizio di un diritto produttivo di conseguenze irreversibili come quello in esame al ricorrere di particolari condizioni, fra le quali la presenza di una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta.

In conclusione, fermo il favore verso un intervento normativo in materia di fine vita, si invita il legislatore a tenere debitamente in conto l'importanza e la sensibilità degli interessi in gioco, effettuando un equo bilanciamento del fondamentale bene della vita con quello dell'autodeterminazione.

⁹⁶ Si consiglia A. M. ALTOMONTE, *Il diritto a lasciarsi morire: note a margine del caso Cappato*, in *altalex.com*, 2019

⁹⁷ «Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica.

Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati:

il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge;

il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone;

il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro; il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani».