

Senato della Repubblica
Commissione congiunta | Giustizia e Affari sociali

Audizione 17 settembre 2024
Disegni di Legge in tema di aiuto al suicidio e di eutanasia

Alcune premesse generali:

È auspicabile la più ampia condivisione del fatto che quanto consentito dalle sentenze della Corte Costituzionale nn. 242/2019 e 135/2024, dichiarando la parziale illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p., resti configurato, in un'eventuale normativa che ad esse faccia seguito, come procedura riferita – secondo la chiara impostazione della Corte stessa – a situazioni del tutto particolari (potrebbe dirsi *eccezionali*): così che ciò non dia luogo a una sorta di secondo binario parallelo, rispetto a quello terapeutico e palliativo, dell'approccio verso gli stati di malattia grave o, comunque, alla fase della vita che si avvicina al momento della morte.

Per questo, andrebbe evitata qualsiasi formulazione estensiva rispetto ai requisiti richiesti dalla Corte Costituzionale onde escludere la punibilità ex art. 580 c.p.

La forma propria dell'intervento pubblico verso le condizioni di debolezza e di precarietà che sono parte dell'esistenza umana deve rimanere, crediamo, l'investimento di risorse economiche e umane a beneficio di chi si trovi in difficoltà: in una parola, deve consistere nel valorizzare e nel tornare a promuovere i "diritti sociali", garantiti, ai nostri fini, dal sistema socio-assistenziale e dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Non può infatti trascurarsi che una certa enfasi unilaterale sui c.d. diritti individuali – la cui implementazione, nei casi di cui ci occupiamo, avviene "a costo zero" e, anzi, comportando un risparmio economico – finisca per distogliere l'attenzione, anche politica, proprio rispetto alla centralità dei "diritti sociali", dalla cui garanzia dipende il contrasto effettivo della sofferenza, fisica e morale, delle persone deboli e, per ampia parte, lo stesso non insorgere, nel malato, dell'intento di abbreviare attivamente il corso della sua vita.

Del pari, si deve prendere atto di come l'enfasi sul "diritto di morire" – che trova oggi ampio supporto nei principali *media* – possa trasformare il medesimo in una sorta di "dovere morale di morire": ciò in quanto la prospettazione di un'alternativa ordinaria, per la persona seriamente malata, tra il porre immediatamente termine alla propria

vita tramite un intervento esterno e il continuare a beneficiare di risorse medico-assistenziali rischia di far sì che questa seconda opzione si trasformi in una sorta di (costosa) pretesa soggettiva nei confronti delle pubbliche istituzioni, comportando un'implicita "colpevolizzazione" di chi la compie e dei suoi congiunti. Un rischio, questo, cui mette in guardia la stessa Corte Costituzionale e che trova nitida esposizione, per esempio, in un articolo apparso in *The Guardian* del 7 aprile 2024 (S. Sodha, *When the right to die becomes the duty to die, who will step in to save those most at risk?*, reperibile in <https://www.theguardian.com/commentisfree/2024/apr/07/conflicted-legalising-assisted-dying-sonia-sodha>).

Fermi, dunque, gli elementi già legislativamente acquisiti, soprattutto attraverso la legge n. 219/2017, in merito all'esercizio dell'attività sanitaria (proporzionalità degli interventi, necessità del consenso circa la loro attivazione e la loro prosecuzione, salvaguardia del diritto di non soffrire da parte del malato, ecc.), la grande cautela nel delineare atti di anticipazione della morte non dipende da apriorismi di carattere conservatore, ideologico o religioso, bensì dall'intento di far salva la miglior attuazione possibile del principio solidaristico, in quanto cardine della nostra Costituzione.

Ne deriva, altresì, l'assoluta inopportunità dell'ulteriore passaggio, in qualsiasi forma, a norme di legittimazione giuridica dell'eutanasia. Istituito, questo, nient'affatto sovrapponibile, come talora si afferma, al supporto prestato verso chi ponga fine, con un atto personale, alla propria vita: dato che nell'eutanasia, invece, la vita del paziente è posta totalmente in mano, sulla base del solo consenso, a persona diversa dal malato, con tutti i problemi consequenziali (drammaticamente discussi in alcuni paesi) di "eutanasie" praticate su consenso meramente presunto, su persone incapaci o su bambini.

Alcuni nodi normativi di maggior rilievo:

- È fondamentale che il malato, ove richieda di poter ricevere ausilio nel porre termine alla sua vita, risulti coinvolto effettivamente in un programma di cure palliative, come richiesto da Corte cost. n. 242/2019 («il coinvolgimento in un percorso di cure palliative deve costituire, "un prerequisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente" (come già prefigurato dall'ordinanza n. 207 del 2018)»: non risulta sufficiente, pertanto, che un simile percorso sia stato offerto al paziente, avendolo il medesimo rifiutato o interrotto.

Diversamente, vi sarebbe contraddizione rispetto all'intero impianto argomentativo della Corte Costituzionale, fondato sulla circostanza che la persona malata avverta «sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili»: nel caso in cui le sofferenze non risultino contrastate, il requisito di accesso al c.d. suicidio assistito non sarebbe più, infatti, la percezione da parte del malato di «sofferenze intollerabili», bensì la mera volontà di morire essendo presenti determinate condizioni patologiche.

Né potrebbe sostenersi, in contrario, che nessuno può essere obbligato ad assoggettarsi a un trattamento sanitario. La Corte, infatti, non prevede l'obbligo per i

malati in date condizioni di essere sottoposti a cure palliative. Prevede, piuttosto, che se il malato intende accedere al c.d. suicidio assistito, debba aver accettato il percorso palliativo.

- Altrettanto importante è che l'accesso al c.d. suicidio assistito, previsto dalla Corte Costituzionale sul presupposto di una persona «affetta da una patologia irreversibile», non sia esteso, come è stato proposto, all'essere la medesima persona «portatrice di una condizione clinica irreversibile», cioè indipendente dal decorso di una patologia.

Ciò, infatti, aprirebbe la strada della «morte assistita» all'intero contesto delle menomazioni permanenti non connesse a una malattia (cioè a un decorso patologico che evolva verso la morte): vale a dire, secondo una terminologia non elegante ma chiara, si aprirebbe la strada suddetta all'intero mondo dell'handicap fisico o psichico. Rimanendo il solo limite, soggetto alle note problematiche interpretative, del risultare una certa persona «tenuta in vita» da trattamenti di sostegno vitale.

- Anche in merito al ruolo del SSN – tema questo di prioritario rilievo – è importante non oltrepassare i confini segnati dalla Corte Costituzionale.

Si tratta di evitare, come già evidenziato nelle note in premessa, che venga proposto all'opinione pubblica il modello di un Servizio sanitario presso il quale, parallelamente, alcuni malati sono assistiti sul piano terapeutico e palliativo mentre altri, nelle medesime condizioni, sono aiutati a porre termine alla loro vita: come se si trattasse di percorsi ordinari fra loro alternativi.

È bene, piuttosto, che le strutture ospedaliere restino univocamente percepite come luoghi di contrasto delle patologie e delle sofferenze, vale a dire di tutela della salute.

Ed è per questo che la Corte Costituzionale non ha inteso affidare alle strutture sanitarie del SSN alcun compito di esecuzione delle procedure volte ad agevolare «l'esecuzione del proposito di suicidio», affidando piuttosto a «una struttura pubblica del SSN» la verifica dell'effettivo sussistere dei requisiti per cui un medico si propone di prestare la suddetta agevolazione.

Alcune delle proposte in discussione, invece, affidano al solo parere del comitato etico – richiesto dalla Corte (rimanendo peraltro non opportuna una capillarizzazione di comitati etici *ad hoc* presso ciascuna ASL) – la verifica relativa al sussistere delle suddette condizioni, attribuendo invece agli enti ospedalieri, privati nella sostanza di tale potere di verifica, l'espletamento delle procedure di «esecuzione del proposito di suicidio», quantomeno nell'ipotesi in cui esse non vengano attuate presso il domicilio del malato

Se è bene, quindi, che eventuali luoghi (diversi dal domicilio) ove simili procedure vengano attuate restino organizzate attraverso norme di diritto pubblico e siano inquadrabili, pertanto, come strutture pubbliche, tali luoghi dovrebbero rimanere ben distinti da quelli in cui si svolgono le attività del SSN, e in particolare dagli ospedali.

- Non dovrebbero pertanto essere attribuiti al Servizio sanitario pubblico compiti organizzativi e attuativi delle procedure di «esecuzione del proposito di suicidio», bensì

solo, in materia, compiti di garanzia previa e di verifica circa la correttezza legale delle medesime procedure.

Ciò si ricollega altresì alla chiara indicazione della Corte Costituzionale – che non andrebbe superata – secondo cui la sua «declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici»: rimanendo «affidato alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato».

L'impostazione seguita dalla Corte risulta, pertanto, del tutto diversa da quella – ovviamente ben nota alla Corte stessa – fatta propria dalla legge n. 194/1978 in tema di interruzione volontaria della gravidanza.

Dall'impostazione della Corte Costituzionale in tema di «aiuto al suicidio» discende in particolare – come la Corte evidenzia espressamente – la non necessità della previsione di una norma intesa a prevedere, in materia, l'obiezione di coscienza.

Simile previsione sottintenderebbe, infatti, il sussistere di obblighi esecutivi dell'«aiuto al suicidio» per i medici inquadrati nel SSN, o comunque di obblighi intesi all'avvio della procedura una volta verificatane i presupposti (secondo quanto alcuni progetti prevedono) per i medici in generale o per il medico di medicina generale.

- Un aspetto non banale attiene anche alla garanzia della valutazione in coscienza, sulla base dei requisiti legalmente previsti, da parte dei soggetti cui siano affidati compiti valutativi (medici destinatari di una richiesta, membri dei comitati etici, responsabili di direzioni sanitarie, ecc.), affinché non siano esposti a denunce pressoché automatiche contro di essi nel caso di una valutazione negativa della possibilità di accesso a una procedura di «suicidio assistito». Il che potrebbe dar luogo a fenomeni di “medicina difensiva” attraverso l'approvazione routinaria di qualsiasi procedura.

- Dalla lettura dei disegni di legge in discussione possono evincersi, fra molte, alcune ulteriori annotazioni delle quali tenere memoria:

Vi è in effetti l'esigenza di precisare l'affermazione generale secondo cui, ex art. 1, co. 5, l. n. 219/2017, «sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale». Sussistono infatti varie situazioni, per esempio di menomazione fisica o psichica, in cui il ricorso a simili trattamenti non corrisponde affatto a uno stato patologico che ne abbia creato le condizioni. Come sempre nell'ambito sanitario, anche in proposito la valutazione dovrebbe essere medica, e non sostituita da una presunzione assoluta legislativa. Si tratta fra l'altro di evitare, per esempio, che valutazioni di “non proporzionalità” dell'alimentazione e dell'idratazione intesi come “trattamenti” possano imporre a genitori di bambini affetti da patologie evolutive non curabili di vedere tali bambini morire a seguito di un'inedia deliberatamente provocata e non a seguito del decorso naturale della patologia.



All'art. 2, co. 2, della medesima legge n. 219/2017, laddove si richiede un comportamento terapeutico astensivo «nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte», sarebbe bene, in effetti, eliminare le parole «con prognosi infausta a breve termine», o comunque farle seguire dalla “e”, piuttosto che dalla “o”. Ciò onde evitare qualsiasi confusione con stati in cui possa essere prevista una significativa probabilità di morte in tempi relativamente brevi (che molti, in rapporto alla c.d. *surprise question*, individuano nell’arco di mesi, fino a uno o due anni): situazioni, queste, le quali possono riguardare svariate patologie gravi, che non di rado vengono cronicizzate per anni, attraverso terapie adeguate.

Sarebbe bene prevedere che le DAT ex art. 4 l. n. 219/2017 risultino controfirmate da un medico competente che attesti di aver fornito al redigente le informazioni pertinenti alle sue scelte (in conformità, del resto, al principio della previa acquisizione di «adeguate informazioni mediche» previsto al relativo co. 1): ciò in ossequio all’esigenza della formulazione di disposizioni effettivamente “libere e informate”, nonché alla logica dell’alleanza terapeutica.

Sarebbe in effetti utile precisare inoltre, all’art. 3, co. 5, l. n. 219/2017, che, nelle more del giudizio del giudice tutelare in caso di dissenso tra la proposta terapeutica del medico e l’avviso di soggetti preposti legalmente alla tutela del minore o del malato non autonomo, il medico debba intervenire secondo la migliore indicazione terapeutica nell’ipotesi in cui il ritardo esponga il malato a un pericolo grave per la sua salute o la sua vita. Ciò dovrebbe evincersi dalle disposizioni, non solo penali, sullo stato di necessità: ma non si possono dimenticare i casi in cui il ritardo derivante dall’opposizione genitoriale a terapie antineoplastiche del tutto proporzionate e conformi all’unanime indicazione medica è risultata fatale per taluni minorenni.

Va riconosciuto esservi spazio per riflettere sulle definizioni e sulle scelte sanzionatorie di cui all’art. 580 c.p.