

La morte medicalmente assistita tra regolamentazioni nazionali europee e prospettive legislative italiane

Rosalba Potenzano*

MEDICALLY ASSISTED DEATH'S LEGISLATION IN EUROPEAN LEGAL SYSTEMS, IN THE PERSPECTIVE OF A POSSIBLE NEW ITALIAN REGULATION

ABSTRACT: The essay focuses on the different legislative rules which allow seriously ill patients to legally receive euthanasia or assisted suicide in Europe to examine the Italian legislation currently being approved on the same matter from a comparative legal perspective. The research about such an ethical theme involving several fundamental principles, like human dignity, life and solidarity, analyses the approaches of the Belgian, Dutch, Luxembourg and Spanish legal systems. The study will shed light on the essentiality of some preventive safeguards to support patients' autonomy in consenting or refusing an end-of-life treatment, in line with the Italian Constitutional Court suggestions.

KEYWORDS: Euthanasia; Assisted suicide; Personal Autonomy; Comparative law; End-of-life decisions

SOMMARIO: 1. Considerazioni introduttive in tema di autodeterminazione e fine vita – 2. La legislazione eutanasi in Europa: la necessità di garanzie *ex ante* ed *ex post* a tutela della vita e dell'autodeterminazione del paziente – 3. Il modello legislativo spagnolo: La *Ley Organica de regulación de la eutanasia* – 4. Segue: Le garanzie preventive a tutela del paziente che chiede la prestazione di *ayuda para morir* – 5. L'attuale prospettiva del legislatore italiano sull'eutanasia e il suicidio medicalmente assistito. Brevi osservazioni *de iure condendo*.

1. Considerazioni introduttive in tema di autodeterminazione e fine vita

La facoltà dell'individuo di realizzare il proprio sé, operando delle scelte conformi ai suoi bisogni materiali e spirituali, ha il suo fondamento giuridico nell'autodeterminazione personale, quale principio tutelato in seno alle fonti nazionali¹ e internazionali² che riconoscono il

* Dottoranda di ricerca in *Dinamica dei sistemi presso l'Università degli studi di Palermo*. Mail: rosalba.potenzano@unipa.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

¹ Gli articoli 2 e 13 della Costituzione, i quali riconoscono e garantiscono tutti i diritti inviolabili dell'uomo, nonché la sua libertà personale, costituiscono il principale fondamento dell'autodeterminazione della persona e del rispetto della sua dignità, la quale è intesa (in senso soggettivo) come un'innata prerogativa della persona di governare se stesso, operando scelte libere e aderenti alla propria tavola di valori. L'autodeterminazione ha, inoltre, un suo imprescindibile riferimento normativo anche nell'art. 32 Cost., il quale – espressamente posto a tutela del diritto alla salute dell'individuo – assegna massima protezione alla dignità umana, non solo nell'ambito delle decisioni terapeutiche ma, in generale, in tutte le scelte che concernono la sfera esistenziale del singolo (S. RODOTÀ, *Il nuovo Habeas Corpus, la persona costituzionalizzata e la sua autodeterminazione*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di Biodiritto*, Milano, 2010, 169 ss.; in senso contrario v. C. CASTRONOVO,

valore intangibile della dignità di ogni essere umano³. L'esercizio di una simile prerogativa si concretizza nella libertà del singolo di manifestare le proprie volontà riguardo a delle fattispecie che attengono al rapporto tra quest'ultimo e il suo corpo, senza subire alcun tipo di interferenza o pressione esterna, idonea a ostacolare o impedire il pieno sviluppo della sua personalità. Una siffatta concezione dell'autonomia individuale, tuttavia – non assimilabile, per sua rilevanza e natura, a quella relativa alla gestione di interessi patrimoniali⁴ – sembra non rispondere all'effettiva realtà ordinamentale, in

Autodeterminazione e diritto privato, in *Eur. Dir. Priv.*, 2010, 1037-1070, 1047, il quale evidenzia l'impossibilità di rintracciare il fondamento costituzionale dell'autodeterminazione (che «per la sua propria natura, della quale fa fede il nome stesso, nasce come diritto di libertà» nel diritto alla salute).

² L'articolo 8 della Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo (Cedu), il quale tutela il "Diritto al rispetto della vita private e familiare", rinviene nell'autodeterminazione il principio sottostante al testo della predetta disposizione. Così come precisato dalla Corte Edu, infatti, l'art. 8 della Convenzione protegge «the right to personal development, and the right to establish and develop relationships with other human beings and the outside world» (cfr. *Burghartz v. Switzerland*, 22 February 1994, opinion of the Commission, p. 37, § 47; *Friedl v. Austria*, 31 January 1995, opinion of the Commission, § 45; *Pretty v. The United Kingdom*, 20 April 2002, judgment, §61; *Haas v. Switzerland*, 20 January 2011, judgement, §50). Nello stesso senso, anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, la quale tutela, all'art. 3, l'integrità fisica e psichica della persona, impedendo che la stessa divenga oggetto di poteri esterni, che arrechino una lesione alla sua dignità; principio inviolabile, quest'ultimo, cui è intitolato il Capo I e l'art. 1 della Carta.

³ Il riferimento è, dunque, a un'accezione più ampia dell'autodeterminazione, diversa da quella invalsa in tempi remoti al solo fine di salvaguardare l'integrità fisica dell'individuo contro gli abusi del potere (così a partire dall'*Habeas Corpus* di cui al cap. 39 della Magna Carta del 1215; sul punto, si rinvia più diffusamente a S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, Roma, 2012, 255-261) e concepita, invece – a seguito delle atrocità sperimentate nel corso della seconda guerra mondiale – al fine tutelare la persona nella sua interezza, fisica e morale. L'autodeterminazione ha così assunto un ruolo di primo piano entro numerosi documenti internazionali, quali la Carta Onu del 1945, ove è menzionata tra i fini delle Nazioni Unite all'art. 1.2; il Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali del 1966, all'art. 1; nonché la Dichiarazione universale dei diritti dei popoli del 1976, dove il «diritto all'autodeterminazione politica» costituisce il titolo della seconda sezione: «Nel passaggio dalle grandi narrazioni collettive alle storie infinite e minute dei singoli», l'autodeterminazione non è stata più riferita ai popoli, ma alla persona, rinviando alla sua capacità innata di decidere sul proprio sé (Id., *op. ult. cit.*, 255).

⁴ Le disposizioni dell'individuo sul corpo non determinano, infatti – a differenza di quelle che hanno a oggetto i beni immessi nel circuito patrimoniale – alcun trasferimento in senso tecnico della posizione soggettiva del titolare in favore dell'avente causa. Il loro effetto può essere, piuttosto, solo quello di conferire a un terzo il potere di oltrepassare legittimamente, vale a dire col consenso del diretto interessato, secondo tempi e modi da questo stabiliti, il confine inviolabile che circonda la persona nella sua integrità fisica e morale, senza attribuire all'agente alcun diritto del disponente: «la persona che dispone di sé dispone per sé, non in favore di altri» (C. CASTRONOVO, *Il negozio giuridico dal patrimonio alla persona*, in *Eur. e Dir. Priv.*, 2009, 87-111, 102). Il tema è stato oggetto di approfondite e numerose riflessioni da parte della dottrina, la quale si è interrogata, più in generale, sull'opportunità di estendere ai diritti della persona, intesi in chiave neo-costituzionale, le tradizionali categorie giuridiche tipiche della moderna società borghese, modellata sul prototipo di *homo oeconomicus*, quale soggetto astratto e titolare, per nascita, di diritti e libertà inviolabili, ma privo dei mezzi necessari per esercitare e godere, in concreto, di tali prerogative. Sia consentito in questa sede rinviare soltanto ad alcuni dei principali studi che hanno affrontato la predetta tematica da una specifica prospettiva bioetica, la quale risulta di particolare interesse ai fini del presente lavoro: L. NIVARRA, *Autonomia (bio)giuridica e tutela della persona*, in *Eur. Dir. Priv.*, 2009, 719 ss.; S. RODOTÀ, *Il nuovo Habeas Corpus*, cit.; G. MARINI, *Il consenso*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di Biodiritto*, cit., 361 ss.; G. CRICENTI, *Diritto all'autodeterminazione? Bioetica dell'autonomia privata*, in *Nuova Giur. Civ. Comm.*, 2011, 203 ss.; S. STEFANELLI,

seno alla quale il libero dispiegarsi della volontà del singolo incontra spesso dei limiti. La tutela dell'autodeterminazione opera, infatti, entro dei confini, di carattere e ampiezza mutevoli a seconda dei confliggenti interessi che appaiono, in relazione alle scelte politiche dei diversi Stati, meritevoli di prioritaria tutela⁵.

La scelta di procurarsi la morte bene esemplifica quanto sin qui osservato, posto che proprio una simile decisione, contraria alla fisiologia e all'indole di sopravvivenza umana, trova un significativo e indiretto ostacolo nella maggior parte degli ordinamenti europei⁶. L'assistenza a favore e su richiesta di colui che desidera porre termine alla propria vita costituisce, infatti – alla stregua di ogni altra violazione *manu aliena* contro l'altrui integrità fisica e morale⁷ – una condotta penalmente rilevante, la quale può essere soggetta a sanzione anche nel caso in cui il terzo non abbia causato col proprio contributo l'evento fatale, ma abbia solo cooperato affinché la vittima consenziente lo provocasse da sé⁸. E ciò non solo al fine di garantire un'adeguata tutela a coloro che – incapaci di prendere una scel-

Autodeterminazione e disposizioni sul corpo, Perugia, 2011; G. GIAIMO, *La volontà e il corpo*, Torino, 2019; R. MASONI, *Disponibilità del corpo umano per un fine vita dignitoso*, in *Dir. Fam. e Pers.*, 2020, 1711 ss.

⁵ Come precisato dai giudici della Corte Edu, infatti, la salvaguardia dell'autodeterminazione individuale di cui all'art. 8 Cedu «presupposes a weighing of the different interests at stake, an exercise in which the State is recognised as enjoying a certain margin of appreciation, which varies in accordance with the nature of the issues and the importance of the interests at stake. For its part, the Court has jurisdiction to review in fine whether the domestic decision complies with the requirements of the Convention» (*Haas v. Switzerland*, 20 January 2011, §53). L'idea sottesa alla cd. *margin of appreciation doctrine*, infatti, è che esista un nucleo minimo di caratteri propri di ogni diritto umano comuni a tutti i Paesi Europei, consentendo però a questi ultimi di introdurre delle limitazioni inerenti al loro godimento ed esercizio da parte dei singoli sul territorio nazionale (J. GERARDS, *Diverging fundamental rights standards and the role of European Court of human rights*, in M. CLAES, M. DE VISSER (eds), *Constructing European Constitutional Law*, Oxford, 2014 consultabile su <https://ssrn.com/abstract=2344626>).

⁶ Il riferimento è alle fattispecie penali che non puniscono, in modo diretto, il soggetto che desidera cagionarsi la morte, ma quanti aiutano quest'ultimo a realizzare un proposito siffatto, operando come autori materiali del fatto nei confronti del consenziente, ovvero aiutando quest'ultimo a realizzare da sé la volontà suicida. Per un'analisi approfondita di tali forme di paternalismo indiretto nell'ambito degli attuali ordinamenti liberali si rinvia a G. FIANDACA, *Il diritto di morire tra paternalismo e liberalismo penale*, in *Foro It.*, 2009, 227-237 e D. PULITANÒ, *Il diritto penale di fronte al suicidio*, in *Dir. Pen. Contemporaneo*, 2018, 57. Sul punto si veda anche, C. M. MAZZONI, *Andarsene. Diritto di morire e suicidio*, in *Riv. Crit. Dir. Priv.*, I, 2017, 25-38; C. CASONATO, *Il fine-vita nel diritto comparato, tra imposizioni, libertà e fuzzy sets*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto alla fine della vita*, Napoli, 2012, 523-528; Id., *I limiti all'autodeterminazione individuale al termine dell'esistenza: profili critici*, in *Dir. Pubbl. Comp. Eur.*, I, 2018, 3-24; E. BOLOGNA, *Il diritto e le decisioni di fine vita nella tradizione giuridica occidentale*, in *Dir. Fam. e Pers.*, I, 2009, 450-480.

⁷ A riguardo, si osserva che le fattispecie incriminatrici di cui agli articoli 579 c.p. (omicidio del consenziente) e 580 c.p. (istigazione o aiuto al suicidio) sono inserite nel titolo XII dedicato ai "delitti contro la persona", alla stregua cioè di quei reati che offendono una vittima non consenziente alla realizzazione di condotte gravemente lesive della sua integrità fisica e morale.

⁸ Così, ad esempio, l'Italia, che sanziona con pena inferiore rispetto a quella prevista per l'omicidio, sia l'omicidio del consenziente sia l'aiuto al suicidio; ovvero la Spagna che, all'art. 143 c.p., commi 2 e 3, punisce chi cooperi con atti diretti e necessari all'altrui suicidio, anche se il suo contributo si concretizza nell'eseguire materialmente l'atto esiziale e, al comma 4 (così come modificato dalla *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*, approvata il 18 marzo 2021) applica una pena ridotta a chi realizzi le precedenti condotte su richiesta espressa e inequivocabile di un soggetto gravemente malato che patisce sofferenze, fisiche o psichiche, intollerabili. Altri ordinamenti ritengono, tuttavia, penalmente rilevante solo la condotta di chi esegua su richiesta l'atto esiziale. Così, ad esempio, la Svizzera e la Germania che – pur non punendo chi

ta libera e consapevole sui tempi e modi della propria morte – potrebbero essere forzati da altri a compiere un gesto così serio e irreversibile⁹; ma anche allo scopo di ribadire la prevalenza di certi valori meta-individuali (quali l'indisponibilità e la sacralità della vita umana¹⁰) in seno a una data comunità di riferimento e orientare, così, secondo assi valoriali comuni, la condotta dei consociati¹¹.

Proprio il limite etico dell'autodeterminazione ha subito, tuttavia, una progressiva attenuazione, nel rispetto del volere di quanti, già in gravi condizioni cliniche, desiderano porre fine alle sofferenze (fisiche o psichiche) che derivano dalla malattia mediante una morte dignitosa, vale a dire conforme ai valori che loro stessi (e non, dunque, il consorzio umano) hanno assunto a proprio modello di condotta¹². L'esigenza umana, prima ancora che giuridica, di porre ogni persona al riparo dal dolore ha indotto, infatti, molti ordinamenti (anche quelli che non prevedono alcuna deroga formale al divieto

favorisca l'altrui suicidio per motivi altruistici – condannano l'omicidio del consenziente, rispettivamente, all'art. 114 c.p. e all'art. 216 StGB. Il codice svizzero sanziona, infatti, all'art. 115 c.p., chi istiga altri al suicidio o presta loro aiuto "per motivi egoistici"; quello tedesco, invece – salvo che per un breve periodo, ricompreso tra il 2015 e il 2020, vale a dire dalla data dell'introduzione dell'art. 217 StBG che incriminò, per la prima volta, il favoreggiamento commerciale del suicidio (eseguito da professionisti, anche senza fini di lucro, in forma stabile e organizzata) alla sentenza della Corte costituzionale tedesca che dichiarò, il 26 febbraio, l'incostituzionalità del predetto articolo – non sanziona siffatta assistenza prestata da singoli individui, in risposta a una precisa richiesta altrui.

⁹ La Corte Edu ha rilevato che la persona capace di autodeterminarsi gode del diritto di decidere i tempi e i modi della propria morte, quale aspetto connesso alla tutela della sua vita privata e familiare ex art 8 Cedu (cfr. *Haas v. Switzerland*, 20 gennaio 2011; *Koch v. Germany*, 19 luglio 2012 e *Gross v. Switzerland*, 14 maggio 2013). Un diritto siffatto non riceve, tuttavia, una tutela assoluta in seno alla Convenzione, posto che anche tale estrinsecazione dell'autodeterminazione dell'individuo può subire delle ingerenze da parte dell'autorità pubblica se ciò è «previsto dalla legge e costituisce una misura che, in una società democratica, è necessaria alla sicurezza nazionale, alla pubblica sicurezza, al benessere economico del paese, alla difesa dell'ordine e alla prevenzione dei reati, alla protezione della salute o della morale, o alla protezione dei diritti e delle libertà altrui» (art. 8, comma 2, Cedu). In tal senso, dunque, i divieti assoluti (*general ban*) che prevedono una sanzione penale ostativa del pieno realizzarsi dell'altrui proposito suicida non violano la Cedu se – in linea coi valori fondanti l'ordinamento – essi sono proporzionati all'esigenza di salvaguardare la vita umana a tutela, in particolare, delle persone che versano in condizioni di fragilità (*Nicklinson v The United Kingdom*, 23 giugno 2015, §84-85).

¹⁰ Con particolare riguardo alla concezione laica della sacralità della vita, si veda R. DWORKIN, *Il dominio della vita. Aborto, eutanasia e libertà individuale*, Milano, 1994.

¹¹ Sulla presenza di un'inevitabile connotazione etica dello Stato pluralista, all'interno del quale sono confluite delle tavole di valori stabili che hanno pervaso il diritto positivo, decretando il superamento della neutralità giuridica professata dal positivismo giuridico, si rinvia a C. CASTRONOVO, *Autodeterminazione e diritto privato*, cit., 1068-70. Nello stesso ordine di idee, L. BOZZI (*Decidere il tempo (e il modo) di morire. Interrogativi irrisolti sul bilanciamento trovato (?) dalla Consulta in merito al suicidio medicalmente assistito. Interrogativi (irrisolvibili) sul principio di autodeterminazione*, in *Giust. Civ.*, 2020, 411) osserva che «è la "morale sociale" a vietare – indipendentemente e contro la volontà libera e consapevole del soggetto interessato – l'infibulazione, la sperimentazione rischiosa per l'integrità fisica, il "lancio del nano", in quanto "situazioni" ritenute incompatibili con il quadro valoriale espresso dal nostro ordinamento».

¹² Sulla differenza tra *dignity as an empowerment* – secondo l'accezione di dignità qui accolta – e *dignity as a constraint*, quale fondamento dei limiti posti, anche contro il suo volere, al comportamento di ciascun essere umano v. D. BEYLEVELD, R. BROWNSWORD, *Human dignity in bioethics and biolaw*, Oxford, 2001; G. GIAIMO, *op. cit.*, 8-17; G. ALPA, *Dignità. Usi giurisprudenziali e confini concettuali*, in *Nuova Giur. Civ. Comm.*, II, 1997, 415; R. BIN, *La corte, i giudici e la dignità umana*, in *Biolaw Journal*, 2, 2019; C. M. MAZZONI, *Quale dignità. Il lungo viaggio di un'idea*, Firenze, 2019.

di realizzare, col consenso della vittima, condotte lesive della sua vita)¹³ a un generale ripensamento dei confini legislativi posti al compimento degli atti esiziali di disposizione sul proprio sé, rintracciando nell'aiuto esterno all'attuazione di questi ultimi il reale portato della solidarietà dovuta dall'intera collettività a chiunque manifesti, con libertà e consapevolezza, la volontà di morire per ragioni riconducibili alla sua infermità¹⁴. In linea con la Convenzione europea per la protezione dell'essere umano contro un uso improprio della biologia e della medicina, firmata a Oviedo nel 1997¹⁵, lo strumento utile al perseguimento di tale risultato – *ex se* non affatto asimmetrico rispetto alla tutela assicurata dall'ordinamento alla vita umana¹⁶ – è il consenso informato, il quale compendia una precisa facoltà del paziente: decidere consapevolmente quali trattamenti, tra quelli suggeriti dal medico che lo ab-

¹³ Limitando l'analisi ai Paesi europei, si segnala che molti ordinamenti hanno, di fatto, escluso – a legislazione invariata – la punibilità delle condotte di aiuto al suicidio e/o omicidio del malato consenziente dovute, rispettivamente, all'assunzione e/o somministrazione dall'esterno di un farmaco letale. Oltre all'Italia (*infra*, par. 2), l'Inghilterra ha, ad esempio, conseguito tale fine sfruttando la non obbligatorietà dell'esercizio dell'azione penale da parte del *Director of Public Prosecutor* nell'ipotesi di violazione della *Sec. 2 del Suicide Act 1961*, la quale punisce ogni forma di aiuto al suicidio. La prassi consolidatasi nell'ufficio del DPP, il quale ha elaborato delle linee guida utili a orientare la condotta dei consociati, rende improbabile, in via di prassi, l'incriminazione dei familiari che hanno aiutato i soggetti malati a recarsi in Svizzera per ricevere il suicidio assistito (per un'analisi dei profili di criticità sottesi a tali *policies*, si rinvia a G. GIAIMO, *op. cit.*, 96 ss. e L. SCAFFARDI, *Decisioni di fine-vita in Inghilterra e Galles. Le più recenti policies in materia di assistenza al suicidio*, in A. D'ALOIA (a cura di), *Il diritto alla fine della vita*, Napoli, 2012, 673 ss.). Il medesimo esito può dirsi raggiunto in Francia, nel noto caso del tetraplegico Vincent Humbert, il quale ricevette dalla madre un'iniezione di barbiturici che non produsse l'effetto sperato e fu poi ucciso dal medico che acconsentì a porre fine alle sue sofferenze. Né la signora né il medico incorsero, però, in una condanna penale e furono assolti per aver operato sotto la spinta di una forza esterna, che gli stessi non riuscirono a vincere (art. 122-2 c.p.). «Pare insomma delinearsi un quadro d'insieme in cui ordinamenti appartenenti a tradizioni giuridiche anche assai diverse, di *civil law* e di *common law*, sono accomunati dall'esigenza di superare un diritto penale (ed in particolare i reati di omicidio del consenziente ed assistenza al suicidio) che pare ai giudici, alle giurie, talvolta alla stessa pubblica accusa troppo rigido ed incapace di trattare con proporzioni ed equità le caratteristiche peculiari di casi che, grazie alle tecniche rianimatorie e di sostegno vitale, sempre più frequentemente emergono ed emergeranno nell'ambito del fine-vita» (C. CASONATO, *op. cit.*, 536).

¹⁴ S. RODOTÀ, *La vita e le regole, Tra diritto e non diritto*, Milano, 2009, 212, 220: «Quando la salute compare come diritto, la sfida istituzionale al dolore è lanciata, ben al di là dell'interminata fatica dei giuristi che si sforzano di assicurare risarcimento ai più intimi dolori racchiusi nella categoria del danno morale o alle diverse menomazioni della salute recentemente sintetizzate nella formula del "danno biologico", del "danno esistenziale". [...] Divenuto diritto fondamentale della persona, l'integrità fisica e psichica capovolge la funzione dei poteri pubblici, per i quali crescono gli obblighi legati all'impiego di ogni strumento disponibile per vincere o lenire il dolore».

¹⁵ La Convenzione sui diritti umani e la biomedicina prevede, infatti, all'art. 5, che alcun intervento nel campo della salute possa essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il consenso libero e informato e fa salva la facoltà di quest'ultima di ritirarlo in ogni momento. A differenza dell'art. 8(2) Cedu, inoltre, la Convenzione non permette che la protezione della morale possa essere una legittima causa di limitazione per i diritti e le libertà della persona: «L'esercizio dei diritti e le disposizioni di tutela contenute nella presente Convenzione non possono essere oggetto di altre restrizioni all'infuori di quelle che, previste dalla legge, costituiscono delle misure necessarie, in una società democratica, alla sicurezza pubblica, alla prevenzione delle infrazioni penali, alla protezione della salute pubblica o alla protezione dei diritti e libertà altrui» Art. 26(1), Convenzione di Oviedo.

¹⁶ G. CRISCUOLI, *Sul diritto di morire naturalmente. Il Natural Death Act della California*, in *Riv. Dir. Civ.*, I, 1977, 84 ss.

bia edotto riguardo alla situazione clinica, gli assicurino un completo benessere psichico, fisico e sociale, ovvero rinunciare alle cure per conseguire la predetta ottimale condizione di salute¹⁷. Un simile e generale riconoscimento legislativo dell'autodeterminazione della persona malata (esercitabile, altresì, prima del sopravvenire di una infermità, vale a dire in previsione di un futuro stato di incapacità)¹⁸ consente a quest'ultima di prendere tutte le decisioni relative alla propria salute e obbliga, dunque, i medici a non intraprendere o proseguire alcun trattamento senza il consenso dell'interessato, benché ciò possa avere l'effetto di provocare la sua morte.

Il diritto del paziente di rifiutare ovvero revocare il consenso informato alle cure non legittima, ad ogni modo, l'ulteriore e diversa pretesa di ricevere dai medici stessi delle prestazioni volte a determinare – tanto sotto il profilo oggettivo, quanto sotto quello soggettivo – il decesso immediato dell'istante per cause esterne alla patologia. Colui che abbia manifestato un fermo e consapevole dissenso alle cure (anche a quelle palliative¹⁹) perché convinto dell'opportunità di porre fine alla propria sofferenza è costretto, pertanto – anche se lo ritenga per lui penoso – ad affrontare un lento percorso di fine vita, in direzione contraria alle finalità solidaristiche che dovrebbero ispirare, in tali contesti, l'intervento del legislatore²⁰. In assenza di una normativa che riconosca al paziente anche l'esercizio della suddetta facoltà, dunque, questi è privo del diritto di decidere, in concreto, quale sia

¹⁷ Il riferimento è alla nozione di salute proposta dall'OMS nel preambolo della sua Costituzione, firmata a New York nel 1946, quale «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, non consistente solo in un'assenza di malattia o infermità».

¹⁸ Così, in particolare, in Italia, ove la L. n. 219 del 2017 ha riconosciuto – a esito di un lungo percorso giurisprudenziale – una maggiore autonomia decisionale al paziente, cosciente e capace di agire, il quale può adesso non solo sottrarsi a tutti i trattamenti medici e lasciarsi morire rifiutando gli stessi, benché il medico ravvisi l'opportunità di una loro somministrazione (art 1, comma 5), ma anche operare una simile decisione per il futuro, redigendo delle disposizioni anticipate di trattamento (d.a.t.) ai sensi dell'art. 4 della legge richiamata, ovvero (nel caso in cui sia già affetto da una patologia cronica o degenerativa) pianificando col medico le cure (art. 5, L. 219/2017). Discipline in parte analoghe si riscontrano anche in altri Paesi che non prevedono delle procedure medicalizzate di assistenza al suicidio ed eutanasia attiva, i quali hanno adottato delle legislazioni utili a garantire l'autonomia decisionale del malato nel fine vita, consentendogli di rinunciare – contestualmente alla condizione patologica in atto, ovvero in via preventiva – alle cure indispensabili per la sua sopravvivenza. Il riferimento è, ad esempio, all'Inghilterra, con l'adozione del *Mental Capacity Act* del 2005; alla Francia col *Code de la santé publique* così come modificato dalla legge n. 2005-370 del 22 aprile 2005, "relativa ai diritti del malato ed alla fine della vita"; alla Spagna con la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*; ovvero alla Germania, con la legge del 18 giugno 2009, *Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts*. Per uno sguardo comparatistico della dottrina italiana sulle discipline da ultimo richiamate, cfr. G. GIAIMO, *op. cit.*; Id., *Riflessioni comparatistiche a margine delle scelte in tema di trattamento sanitario*, in *Eur. Dir. Priv.*, 2018, 1203-1260; A. NICOLUSSI, *Testamento biologico e problemi di fine-vita: verso un bilanciamento di valori o un nuovo dogma della volontà?*, in *Eur. Dir. Priv.*, 2013, 457-504; U. ADAMO, *Sulla disciplina giuridica delle istruzioni previas nell'ordinamento spagnolo*, in *Forum di Quad. Cost.*, 2017, 1-31.

¹⁹ In Italia, la normativa di riferimento è la L. n. 38/2010, la quale – in linea con altri Paesi europei – sancisce il diritto del malato di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore (S. TORDINI CAGLI, *Le forme dell'eutanasia*, in *Trattato di Biodiritto*, cit., 1819-1837, 1824 ss.).

²⁰ In senso contrario, una parte della dottrina ritiene che sia opportuno mantenere i predetti limiti all'autodeterminazione individuale, anche in ambito terapeutico (Cfr. C. CASTRONOVO, *Autodeterminazione e diritto privato*, cit., 1063 ss.; L. NIVARRA, *op. cit.*, 740 ss.; A. NICOLUSSI, *Lo sviluppo della persona umana come valore costituzionale e il cosiddetto biodiritto*, in *Eur. e Dir. priv.*, 2009, 1- 58).

per lui la misura del dolore (tanto fisico, quanto psichico) tollerabile, nonché i tempi e i modi della sua morte. L'unica possibilità concessagli è, infatti, quella di acconsentire a perdere il controllo di sé nella fase finale della propria esistenza, sottoponendosi a dei trattamenti palliativi o alla sedazione profonda sino al sopraggiungere della morte naturale.

2. La legislazione eutanasi in Europa: la necessità di garanzie ex ante ed ex post a tutela della vita e dell'autodeterminazione del paziente

L'autodeterminazione terapeutica, vale a dire il diritto del paziente di decidere della sua salute senza alcuna restrizione esterna che sia lesiva della sua dignità²¹, si rivela priva di una tutela effettiva se chi reputa intollerabile la propria esistenza per ragioni connesse alla patologia non può chiedere ai sanitari assistenza per morire. In tali delicati frangenti, infatti, l'aiuto dei terzi in favore del malato – soggetto a dei patimenti implacabili a causa dell'assenza di terapie, nonché intollerabili a giudizio dello stesso interessato – diviene strumentale a un'immediata liberazione di quest'ultimo dalle affezioni generate dalla malattia, le quali sono rese ancor più acute dall'uso di presidi sanitari che, incapaci di curare la malattia medesima, prolungano le pene che da essa derivano, rendendo chi ne è affetto prigioniero di un corpo e di un'esistenza non più desiderabili, né governabili secondo la volontà del loro unico, comune titolare. Un trattamento medico che abbia esclusivi finalità ed effetti mortiferi, pertanto – lungi dall'arrecare un pregiudizio al paziente – consente a quest'ultimo di congedarsi dalla vita secondo modalità per lui più consone evitando, altresì, che lo stesso possa sentirsi del tutto abbandonato da uno Stato incapace di rispettare i propri doveri di solidarietà in favore della persona che soffre.

Il problema da ultimo rilevato sembra aver trovato piena soluzione, da un ventennio a questa parte, in Olanda²², Belgio²³ e Lussemburgo²⁴, dove – con discipline legislative tra loro omogenee – la perso-

²¹ A riguardo, si evidenzia che la riserva di legge prevista al comma 2, dell'art. 32 Cost. impedisce, finanche al legislatore, ogni imposizione nei riguardi dell'individuo che appaia a quest'ultimo lesiva della sua dignità: «La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». La salute riceve, dunque, una tutela rafforzata da parte dell'autorità statale, la quale sottrae tanto alla legge quanto ai giudici il potere di autorizzare ogni ingerenza pubblica contraria alla dignità del paziente. L'autodeterminazione di quest'ultimo è posta, pertanto, a presidio dell'integrità fisica e morale della persona, senza identificarsi con la mera libertà individuale, tutelata (così a partire dall'*Habeas Corpus* di cui al cap. 39 della Magna Carta del 1215) dallo Stato mediante un'autolimitazione, idonea soltanto a far sì che sia illegittimo – in assenza di un'autorizzazione di legge e/o di un provvedimento giurisdizionale – ogni intervento arbitrario che incida sull'altrui incolumità (cfr. S. RODOTÀ, *Il diritto di avere diritti*, cit., 255-261).

²² La legge olandese sul "controllo dell'interruzione della vita su richiesta e dell'assistenza al suicidio" (*Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*) è stata adottata il 12 aprile 2001 (visibile sul sito <https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2020-03-19/#SlotformulierEnOndertekening>) a conclusione di un percorso iniziato nel 1993, con l'approvazione della legge *Wet op de lijkdezing* sulla consegna dei cadaveri. La legge del 2001 ha fatto chiarezza sulla rilevanza penale delle condotte di eutanasi e suicidio assistito praticate dai sanitari su richiesta dei pazienti gravemente malati (anche minorenni), le quali non sono punibili se eseguite nel rispetto della procedura legislativa, così come previsto dagli emendati artt. 293 e 294 c.p., che vietano l'omicidio del consenziente e l'assistenza al suicidio. Sulla disciplina olandese, si v. G. CIMBALO, *Eutanasi, cure palliative e diritto ad una vita dignitosa nella recente legislazione di Danimarca, Olanda e Belgio*, in *Il Foro It.*, 126, 2003, 31-52; M.T. ROERIG, *Paesi Bassi - Decisioni di fine vita e aiuto al suicidio*, Servizio Studi Corte Costituzionale, 2019, 135- 140.

na affetta da patologie dolorose e clinicamente incurabili può decidere non solo di rinunciare alle cure (eutanasia passiva) e accedere alle terapie lenitive che rischiano, in via secondaria, di renderne più prossimo il decesso (eutanasia indiretta), ma anche ricorrere al suicidio assistito o, in alternativa, all'eutanasia attiva²⁵. In tali contesti, l'attuazione delle pratiche finalizzate a procurare la morte immediata del paziente è, tuttavia, rimessa a una decisione del professionista, il quale può liberamente scegliere di accogliere la richiesta scritta e reiterata del malato²⁶, se persuaso della volontarietà e ponderatezza sottese alle dichiarazioni di una persona priva di prospettive di guarigione, convinto che quest'ultima patisca delle sofferenze per lei insopportabili e sicuro dell'assenza di alternative ra-

²³ La legge belga sull'eutanasia, n. C-2002/09590, risale al 28 maggio 2002 (visibile il testo della legge alla pagina http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi_a1.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2002052837&&caller=list&fromtab=loi&tri=dd+AS+RANK). Nel 2003, l'ordine dei medici ha rilasciato parere favorevole affinché l'intervento del professionista si limiti, pur nel rispetto della procedura legislativa, alla sola assistenza al suicidio e dal 2014, il legislatore ha esteso entrambe le pratiche ai minori di età (cfr. B. DENTAMARO, *Il Belgio: caso più unico che raro*, in *Giur. Pen. Web*, 1-bis, 2019, 1-12; C. TORRISI, *Belgio - Decisioni di fine vita e aiuto al suicidio*, Servizio Studi Corte Costituzionale, cit., 27-42).

²⁴ In Lussemburgo, la legge sull'eutanasia e il suicidio assistito del 16 marzo 2009 (reperibile on line su <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>) è sostanzialmente modellata sulla legge belga, salvo che per l'esplicito riferimento della prima alla ulteriore legalizzazione del suicidio assistito e per l'esclusione dei minori dall'accesso a entrambe le pratiche eutanasiche (cfr. C. TORRISI, *Lussemburgo - Decisioni di fine vita e aiuto al suicidio*, Servizio Studi Corte Costituzionale, cit., 127-134).

²⁵ Dal 2021, anche la Spagna disciplina per legge l'eutanasia e il suicidio assistito in ambito medico (*infra*, par. 3). Con riguardo al Portogallo, invece, si segnala che l'entrata in vigore della legislazione che depenalizza l'anticipazione della morte tramite assistenza sanitaria è stata impedita dalla pronuncia del 15 marzo del Tribunale costituzionale, che ha ritenuto l'art. 2, comma 1, (e, per connessione, gli artt. 4, 5, 7 e 27) del *decreto* n.° 109/XIV contrario al principio di determinatezza della legge e della riserva di legge in materia di diritti e libertà, nella parte in cui richiede che il richiedente abbia una «lesione definitiva di gravità estrema secondo il consenso scientifico» (Acórdão do Tribunal Constitucional n.º 123/2021, visibile su <http://www.tribunalconstitucional.pt/tc/acordaos/20210123.html>). Con riferimento alla Svizzera, si precisa che – a differenza dei sistemi giuridici qui esaminati – la liceità del solo suicidio assistito da chiunque praticato per fini non egoistici non è prevista (a eccezione degli isolati tentativi compiuti a livello cantonale) da una disciplina legislativa che governi in modo uniforme tale pratica, la quale è oggi eseguita entro delle cliniche private, secondo le linee guida dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM).

²⁶ Così, espressamente la legge belga all'art. 14: «Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie. Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie [...] Si le médecin consulté refuse, sur la base de sa liberté de conscience, de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile et au plus tard dans les sept jours de la première formulation de la demande le patient ou la personne de confiance éventuelle en en précisant les raisons et en renvoyant le patient ou la personne de confiance vers un autre médecin désigné par le patient ou par la personne de confiance. Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie pour une raison médicale, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en en précisant les raisons. Dans ce cas, cette raison médicale est consignée dans le dossier médical du patient». Nello stesso senso la legge lussemburghese all'art. 15: «Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide. Aucune autre personne ne peut être tenue de participer à une euthanasie ou une assistance au suicide. Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie ou une assistance au suicide, il est tenu d'en informer le patient et/ou la personne de confiance, s'il en existe une, dans les 24 heures en précisant les raisons de son refus. Le médecin qui refuse de donner suite à une demande d'euthanasie ou d'assistance au suicide est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance».

gionevoli per trattare la patologia che la affligge²⁷. Nel caso in cui dia seguito alla richiesta eutanassica, il medico ha l'obbligo di comunicare tale circostanza a un'apposita Commissione²⁸, la quale controlla, *ex post*, sulla base delle dichiarazioni del sanitario stesso, che l'operato di quest'ultimo abbia soddisfatto tutte le condizioni di legge. Il medico che ha prescritto o somministrato un farmaco letale deve attestare²⁹, infatti, sia di aver agito sulla base di una ben meditata manifestazione di volontà di un paziente (anche minore d'età o affetto da malattie psichiche³⁰) che, affetto da una grave e per lui intollerabile patologia, è consapevole della condizione in cui versa, nonché degli effetti della propria richiesta eutanassica; sia di aver erogato il trattamento in maniera scrupolosa e attenta, solo dopo avere consultato almeno un altro professionista, che abbia esaminato il paziente medesimo ed espresso un giudizio indipendente sulla legittimità della sua istanza³¹.

Tale modello legislativo di regolamentazione dell'eutanassia e del suicidio assistito – *prima facie*, utile a rafforzare l'autonomia decisionale della persona malata che non voglia più tentare delle cure, né attendere che la patologia faccia naturalmente il suo corso – si rivela, tuttavia, parecchio malsicuro al soddisfacimento di un fine siffatto, in ragione dalla mancanza di procedure di verifica idonee a impedire, *ex ante* (magari attraverso il coinvolgimento di organi pubblici), l'accesso alle suddette prestazioni ai pazienti che non versino nelle condizioni cliniche richieste dalla legge, ovvero non siano in grado di autodeterminarsi³². La prospettiva che fa da sfondo alle legislazioni straniere da ultimo ri-

²⁷ Cfr. art. 2, comma 1 (lett. a-d) della Legge olandese; art. 3 §1 e 2 della Legge belga; e art. 2, commi 1 e 2 della Legge lussemburghese.

²⁸ La Commissione di controllo, in particolare, è un organo composto da soggetti con competenze in ambito sanitario, etico e giuridico, incaricato di esaminare la condotta del medico, tenere un registro nazionale dei casi di eutanassia e suicidio assistito, nonché relazionale periodicamente circa l'attività svolta e lo stato di applicazione della legge agli organi politici nazionali (cfr. Artt. 3-19 della legge olandese; Artt. 6-13 della legge belga; Artt. 6-13 della legge lussemburghese). Una tale attività di monitoraggio e controllo è basata su dei meccanismi di autodenuncia *ex post* da parte dei sanitari che abbiano accolto la richiesta del paziente, senza apparire in grado di assicurare che i casi denunciati alle Commissioni riflettano l'effettivo numero delle pratiche eutanassiche eseguite sul territorio nazionale (con particolare riferimento al Belgio, cfr. G. RAZZANO, *Dignità nel morire, eutanassia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Torino, 2014, 207). La Commissione valuta, infatti (sempre che sia venuta a conoscenza del fatto), l'operato del medico su base documentale, fornendo al pubblico ministero gli elementi per decidere se procedere o meno in sede penale (così, in particolare nella legge olandese, art. 10; tuttavia, disposizioni analoghe sono contenute anche nelle altre due normative in esame che prevedono – in caso di un parere negativo da parte della Commissione che si sia stata informata del fatto – la trasmissione del fascicolo al pubblico ministero).

²⁹ Tale comunicazione deve essere fatta dallo stesso medico che compie l'atto eutanassico entro un massimo di quattro (Art. 5 della legge belga) o otto giorni (Art. 5 della legge lussemburghese) dalla prescrizione del farmaco o dalla sua somministrazione, ovvero dal medico necroscopo (Art. 8 della legge olandese).

³⁰ Così, in particolare per le legislazioni olandese e belga (*supra*).

³¹ Cfr. art. 2, comma 1, lett. e) della Legge olandese; art. 3 §2, n. 3 della Legge belga; e art. 2, comma 2, n. 3 della Legge lussemburghese.

³² Le Leggi belga e lussemburghese sembrano, tuttavia, offrire maggiori tutele alla persona che esprime il volere di morire facendo ricorso a pratiche eutanassiche, posto che esse obbligano il medico a condurre diverse interviste col paziente per accertare la serietà e consapevolezza della sua volontà, offrire allo stesso sostegno psicologico e assicurarsi che egli abbia avuto modo di relazionarsi con le persone da lui desiderate prima di eseguire la pratica eutanassica (o di assistenza al suicidio) (v. art. 3, §2 Legge belga e art. 2, §2 Legge lussemburghese). Tali attività devono essere appuntate nella cartella clinica del paziente e rese note anche all'equipe medica che eventualmente ha in cura lo stesso (art. 3, §5 Legge belga e art. 2 Legge lussemburghese). L'art. 3bis della Legge belga prevede, inoltre, che la sostanza eutanassica debba essere

chiamate, infatti – volta ad attenuare o obliterare del tutto la responsabilità di chi abbia esaudito l'altrui desiderio di morte³³ – si riflette in maniera nitida nella loro comune architettura normativa, la quale (tesa a escludere la punibilità di un fatto ormai accaduto e idoneo a integrare delle fattispecie criminose³⁴) non contiene delle disposizioni finalizzate a verificare che il professionista contattato dal paziente proceda alla prescrizione (ed eventuale somministrazione) della sostanza letale in maniera legittima³⁵. L'unico controllo preventivo – vale a dire anteriore all'esecuzione dell'atto eutanasi – imposto a colui che intenda procurare (nonché inoculare) al paziente una medicina mortifera è quello di interpellare un altro professionista, al fine di ottenere da quest'ultimo conferma della sussistenza dei requisiti di legge. L'eventuale disaccordo tra i sanitari, ad ogni modo, non obbliga le parti interessate (i medici e il paziente) a rivolgersi a un organo terzo (amministrativo o giurisdizionale) per dirimere la questione, né impedisce al medico favorevole all'accoglimento della domanda di eutanasia o suicidio assistito di procedere comunque alla prestazione richiesta, anche nel caso in cui un'istanza siffatta sia espressione di un momento di sconforto o di uno stato di incapacità del malato³⁶. In as-

personalmente consegnata dal farmacista al medico. Ad ogni modo, l'art. 14 della predetta legge e l'art. 15 della Legge lussemburghese chiariscono che nessun'altra persona, oltre il medico, è tenuto a partecipare al compimento dell'atto eutanasi.

³³ Si segnala, a riguardo, che i giudici olandesi – già inclini a non sanzionare i professionisti che avessero realizzato condotte eutanasiche prima che tale ipotesi fosse disciplinata dal legislatore – hanno ritenuto di poter estendere l'operatività della causa di non punibilità prevista dalla legge del 12 aprile 2001 anche in favore di soggetti diversi dai medici (ad esempio, i familiari) in presenza di condizioni di eccezionale necessità (cfr. Corte d'Appello di Arnhem-Leeuwarden, 13 maggio 2015, n. 21-008160-13, nel caso Heringa; la decisione è stata, però, ribaltata dalla Corte Suprema, il 16 aprile 2019, la quale ha escluso che sussistessero circostanze tali da giustificare la condotta di assistenza al suicidio posta in essere dall'imputata nei confronti della madre ultranovantenne).

³⁴ Sui caratteri della causa di non punibilità procedurale cfr. M. DONINI, *La necessità di diritti infelici. Il diritto di morire come limite all'intervento penale*, in *Dir. Pen. Contemporaneo*, 2017 (<https://archiviodpc.dirittopenaleuomo.org/d/5283-la-necessita-di-diritti-infelici-il-diritto-di-morire-come-limite-allintervento-penale>); Id., *Libera nos a malo. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male*, in *Sistema Penale*, 2020 (https://www.sistemapenale.it/pdf_contenuti/1581275720_donini-2020a-libera-nos-a-malo-corte-cost-242-2019-fine-vita.pdf); S. TORDINI CAGLI, *op. cit.*, 1828 ss.

³⁵ L'assenza di affidabili garanzie preventive per il paziente che chieda il trattamento eutanasi fu rilevata dallo *Human Rights Committee*, il quale manifestò delle perplessità in ordine alla compatibilità della legge olandese col diritto alla vita, di cui all'art. 6 della Convenzione internazionale sui diritti civili e politici del 1966. A riguardo, si confrontino i seguenti documenti: *List of issues adopted by the Human Rights Committee on 5 April 2001, to be taken up in connection with the consideration of the Third Periodic Report of the Kingdom of the Netherlands* (CCPR/C/NET/99/3) e *Comments by the Government of the Netherlands on the concluding observations of the Human Rights Committee* (CCPR/CO/72/NET), entrambi pubblicati su https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/TreatyBodyExternal/Countries.aspx. Si segnala, inoltre, che la legislazione belga è attualmente posta al vaglio della Corte Edu, ove pende il caso *Mortier v. Belgium* (n. 78017/17) sollevato dal ricorrente (figlio di una signora affetta da depressione cronica, la quale è stata sottoposta a pratiche eutanasiche da un medico che ha accolto la richiesta della donna senza informare i familiari e senza aver proceduto tempestivamente – entro quattro giorni dall'esecuzione dell'atto – a consegnare la relazione alla Commissione di controllo e valutazione) che reputa la stessa inidonea a tutelare la vita delle persone vulnerabili e facilmente aggirabile, in violazione degli artt. 2 e 8 della Convenzione.

³⁶ Nel 2019, in Olanda, su 6.361 notifiche di eutanasia, solo in quattro casi la Commissione ha ritenuto che il medico non avesse agito in conformità ai criteri di legge. In tre dei casi indicati, non è stata adeguatamente eseguita la consultazione di un medico indipendente e, nell'altro, sono sorti dei dubbi sulla prestazione eutanasi, attuata dal medico non in conformità alle indicazioni posologiche e assistenziali previste dalle linee

senza di apposite cautele, pertanto, l'accesso alle suddette pratiche rischia di rivelarsi gravido di pericoli per chi, affetto da patologie ormai irreversibili e sofferenze (fisiche o psichiche) intollerabili, non è in grado di esprimere, in modo libero e consapevole, un consenso informato a un simile trattamento.

Le considerazioni da ultimo svolte pongono in luce la delicatezza dell'opera legislativa riguardo a una materia in cui è elevato il rischio che il bene della vita sia compromesso ove manchi l'effettiva autodeterminazione del paziente. L'adozione di opportune misure per accertare la piena capacità (nonché la serietà e maturità sottese alla richiesta) di colui che chiede assistenza nel morire poiché interessato da una grave e dolorosa condizione di malattia è, infatti, essenziale affinché la volontà individuale possa prevalere, in tali peculiari contesti, sulla necessità di tutelare la stessa vita umana. Proprio in quest'ottica, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 242/2019³⁷, ha affidato alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, nonché ai comitati etici di cui all'articolo 12, commi 10 e 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, la verifica preventiva delle condizioni (e delle relati-

guida del 2012 (*"Guidelines for the Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide"*). Cfr. Regional Euthanasia Review Committees, *Annual Report*, Rotterdam, 2020, 83 ss. visibile in lingua inglese su <https://english.euthanasiacommissie.nl/the-committees/documents/publications/annual-reports/2002/annual-reports/annual-reports>.

³⁷ La sentenza n. 242/2019 ha dichiarato l'incostituzionalità parziale dell'art. 580 c.p. rilevando che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio – del tutto compatibile con l'assetto costituzionale, in quanto volta a salvaguardare la vita delle persone vulnerabili e più deboli, le quali potrebbero formulare una siffatta richiesta di aiuto in condizioni di fragilità – si rivela inadeguata se applicata, indistintamente, anche a coloro che agevolano il proposito suicida di un malato, affetto da una patologia irreversibile che è per lui fonte di intollerabili sofferenze (fisiche o psicologiche) e sottoposto a dei trattamenti di sostegno vitale, il quale è capace di autodeterminarsi e, dunque, di rifiutare le suddette cure. In tali ipotesi, la condotta agevolativa volta a consentire alla persona malata di assumere da sé un farmaco che renda la sua morte più celere non si distingue – a parere della Corte costituzionale – da quella, del pari attiva, compiuta dall'agente per procedere all'interruzione, su richiesta del malato medesimo, delle terapie necessarie per la sua sopravvivenza. Alla condizioni sopra individuate, pertanto, il divieto indiscriminato di aiuto al suicidio «finisce [...] per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive» (Corte Cost., ordinanza n. 207/2018, punto 9, così come testualmente richiamata in seno alla sentenza n. 242/2019, conclusiva del giudizio di legittimità costituzionale). Per una ricognizione delle peculiarità e dei punti di criticità delle due pronunce (ord. n. 207/2018 e sent. n. 242/2019) della Corte Costituzionale sulla vicenda in esame si rinvia, senza alcuna pretesa di completezza, a M. DONINI, *Il caso Fabo/Cappato fra diritto di non curarsi, diritto a trattamenti terminali e diritto di morire. L'opzione non penalistica della corte costituzionale di fronte a una trilogia inevitabile*, in *Giur. Cost.*, 2018, 2855-2870; C. TRIPODINA, *Quale morte per gli "immersi in una notte senza fine"? Sulla legittimità costituzionale dell'aiuto al suicidio e sul "diritto di morire per mano di altri"*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2018, 139-151; G. M. FLICK, *Dignità del vivere e dignità nel morire. Un (cauto) passo avanti*, in *Cass. Pen.*, 2018, 2302 ss.; G. GIAIMO, *op. cit.*, 115-122; L. BOZZI, *op. cit.*; A. PISU, *Dignità e autodeterminazione alla fine della vita tra bioetica e biodiritto*, in *Resp. Civ. e Prev.*, 2020, 138 ss.; S. CACACE, *La libertà e la dignità di morire secondo la corte costituzionale*, in *Riv. It. Med. Leg.*, 2020, 1 ss.; M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio AIC*, 2020, 286-302; M. BIANCA, *L'aiuto al suicidio è ancora reato. Riflessioni privatistiche sulla esimente di responsabilità dell'aiuto al suicidio medicalizzato*, in *Corr. Giur.*, 2020, 145-152.

ve modalità di esecuzione) che rendono legittimo, in Italia, l'aiuto al suicidio³⁸. L'intervento delle suddette istituzioni costituisce, infatti, a parere della Consulta, una garanzia «necessaria per assicurare una tutela effettiva dei diritti fondamentali del paziente»³⁹ che, affetto da una patologia irreversibile e dolorosa, nonché tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale⁴⁰, richieda l'assistenza di un medico per conseguire una morte rapida. Si tratta di una volontà di segno assai diverso da quella di non curarsi e lasciare che la malattia faccia il suo corso, la cui attuazione – in ragione della gravità, repentinità e irreversibilità degli effetti a essa connessi – esige l'adozione di ulteriori e approfonditi controlli preventivi da parte di una struttura accreditata all'erogazione di prestazioni sanitarie, così come di un organo collegiale terzo con funzioni consultive. Tali verifiche mirano ad accertare, *ex ante* (vale a dire prima ancora che sia realizzata la richiesta eutanassica e compiuto, dunque, un fatto potenzialmente integrante la fattispecie di reato di cui all'art. 580 c.p.) non solo le condizioni cliniche del paziente, ma anche la sua capacità di autodeterminarsi⁴¹, con preciso riguardo a una scelta che

³⁸ Così, la Corte costituzionale, al punto 5 delle considerazioni in diritto della sentenza n. 242/2019, che ha dichiarato, per violazione degli artt. 2, 13 e 32 Cost., l'illegittimità costituzionale del reato di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p., nella parte in cui esso non esclude la punibilità di chi agevola – con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 (ovvero, quanto ai fatti anteriori, con modalità equivalenti) – l'esecuzione del proposito suicida, 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 psichiche 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».

³⁹ Cfr. Corte Cost., cit., punto 4 (in diritto), ove è fatto richiamo alla sentenza n. 99 del 2019 della Corte medesima.

⁴⁰ Tale condizione – imposta dalla Corte costituzionale per l'ammissibilità della richiesta di assistenza al suicidio, nonché della sua attuazione da parte del sanitario – palesa la stretta aderenza degli individuati profili di incostituzionalità della fattispecie di cui all'art. 580 c.p., alla nota vicenda che ha dato origine al giudizio dinanzi alla Consulta, conclusosi con la sentenza n. 242 del 22 novembre 2019. Fabiano Antoniani era, infatti, un paziente cieco e tetraplegico, il quale realizzò la propria volontà suicida in Svizzera, grazie all'aiuto di Marco Cappato che acconsentì a condurlo presso la clinica elvetica. La sottoposizione del paziente ai trattamenti di sostegno vitale, quale requisito indispensabile per accedere alla pratica eutanassica, rischia, tuttavia – se inteso in senso restrittivo, tale da riferirsi ai soli trattamenti di ventilazione, idratazione e nutrizione artificiali – di tradursi in un elemento discriminatorio, limitativo dell'autodeterminazione terapeutica della persona che, gravemente malata e sofferente, non necessita dei predetti ausili, ma è comunque dipendente da altre terapie che ne assicurano la sopravvivenza. La nozione di trattamento di sostegno vitale, ad ogni modo, già *ex se* parecchio ampia (C. A. DEFANTI, *I trattamenti di sostegno vitale*, in *I diritti in medicina*, in S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2011, 581 ss.), è suscettibile di interpretazioni giurisprudenziali estensive. La Corte d'Assise di Massa ha ritenuto, ad esempio – decidendo il caso in senso favorevole per gli imputati che aiutarono il malato (Davide Trentini), affetto da sclerosi multipla e non dipendente da alcuna macchina, a recarsi in Svizzera per autosomministrarsi un farmaco letale – che la condizione prevista dalla Corte costituzionale ricomprenda ogni intervento «realizzato con terapie farmaceutiche o con l'assistenza di personale medico o paramedico o con l'ausilio di macchinari medici», che evidenzino una situazione di dipendenza (anche soltanto farmacologica) del paziente, pur in grado di provvedere a un'autonoma nutrizione, idratazione e ventilazione [sent. 27 luglio 2020 (dep. 2 sett. 2020) p. 30-31, confermata dalla Corte d'appello di Genova, il 28 aprile 2021].

⁴¹ Cfr. Corte Cost., cit., punto 5 (in diritto).

non coincide col rifiutare le terapie e che non obbliga, pertanto, i medici che sollevino obiezione di coscienza a darvi esecuzione⁴².

L'assistenza dei sanitari per morire richiede, pertanto – affinché una simile condotta possa essere lecita secondo le indicazioni dei giudici costituzionali – un'integrazione delle garanzie previste agli artt. 1(5) e 2 della L. 219/2017 per dissentire alle cure. La capacità d'agire del paziente, la documentazione della sua dichiarazione e l'adempimento di specifici obblighi informativi da parte del medico – quali condizioni, quelle appena richiamate, per la legittimità della revoca o della rinuncia ai trattamenti, più rigorose di quelle necessarie per aderire alle proposte curative dei sanitari⁴³ – non appaiono, infatti, alla Corte sufficienti ove si tratti di assicurare il consenso libero e informato di una persona che, gravemente malata e soggetta a delle terapie di sostegno vitale, chieda di avere accesso al suicidio assistito. Le condizioni per ricevere un tale trattamento, così come stabilite dalla Consulta attraverso un'accorta operazione ermeneutica (al contempo, estensiva e integrativa) sulle disposizioni che, ai sensi della legge n. 219/2017, regolano il rifiuto delle terapie e la somministrazione delle cure palliative abbisognano, tuttavia – nonostante l'immediata applicabilità della pronuncia⁴⁴ – di un'ulteriore regolamentazione legislativa⁴⁵. Non sono ancora chiari, ad esempio, le modalità e gli effetti della valutazione compiuta dal servizio sanitario nazionale e dal comitato etico sulla legittimità della richiesta del paziente, posto che il parere positivo di entrambi questi soggetti non sembra far sorgere alcun

⁴² Cfr. Corte Cost., cit., punto 6 (in diritto).

⁴³ Ai sensi dell'art. 1, comma quarto, nonché dell'art. 3, della legge 219/2017, infatti, il consenso informato ai trattamenti sanitari – a differenza della revoca o del rifiuto alle cure – può essere prestato anche da un soggetto, in tutto o in parte, incapace d'agire, autonomamente (nel caso di inabilitato) o congiuntamente a un rappresentante legale (per il paziente minore, interdetto o beneficiario di amministrazione di sostegno).

⁴⁴ Sul punto, tuttavia, sembra argomentare in senso contrario il giudice del Tribunale di Ancona, il quale – nell'ambito del procedimento d'urgenza ex art. 700 c.p.c., conclusosi negativamente per il ricorrente che chiedeva al giudice di ordinare all'ASUR Marche (Azienda Sanitaria Unica Regionale) di condurre, nei confronti del ricorrente medesimo, gli accertamenti preliminari necessari perché questi potesse ottenere la prescrizione del farmaco letale, così come previsto dalla sentenza n. 242/2019 – ha osservato che «ai sensi dell'art. 136 della Costituzione tale effetto [*erga omnes*] riguarda soltanto la disposizione di cui la Corte abbia dichiarato l'illegittimità costituzionale, che cessa di avere efficacia dal giorno successivo rispetto alla pubblicazione della decisione» (Trib. Ancona, ordinanza del 26 marzo 2021, visibile su <https://www.associazionelucacoscioni.it/wp-content/uploads/2021/03/Decisione-Trib-Ancona.pdf>). Si precisa che il 16 giugno 2021, il Tribunale medesimo, in composizione collegiale, ha accolto il reclamo del ricorrente, ordinando all'Azienda sanitaria di verificare se il paziente versi nelle condizioni previste dalla Consulta per l'accesso legittimo al suicidio assistito.

⁴⁵ La Corte costituzionale ha ribadito in seno alla sentenza n. 242 del 2019 l'opportunità che materie così eticamente divisive siano regolate dall'organo politico, a esito di un procedimento provvisto delle opportune garanzie parlamentari, idonee a consentire il confronto tra le diverse istanze sociali (Corte Cost., punto 4, delle considerazioni in diritto). Tale convinzione era già stata palesata dalla Corte medesima nell'ordinanza interlocutoria n. 207 del 24 ottobre 2018 (par. 10), la quale è stata adottata al duplice fine di posticipare una decisione di incostituzionalità che – se ablativa e non manipolativa, come quella infine pronunciata – avrebbe determinato un pericoloso vuoto di tutela per coloro che avessero richiesto l'assistenza altrui per suicidarsi, nonché di instaurare un dialogo istituzionale col potere legislativo, in adesione a un orientamento già accolto anche da altre Corti Supreme straniere, quali, ad esempio, quella del Canada (caso *Carter*), ovvero del Regno Unito (caso *Nicklinson*). Per un'analisi comparatistica delle rispettive soluzioni adottate dai giudici supremi, in Italia e in Inghilterra, allo scopo di stimolare l'intervento del Parlamento in materia di assistenza al suicidio, senza sindacare le scelte dallo stesso compiute nell'esercizio della sua discrezionalità, sia consentito rinviare a R. POTENZANO, *Brevi note comparatistiche in tema di suicidio assistito*, in *Riv. Dir. Fam. Pers.*, 2019.

obbligo in capo ai sanitari (né su quelli che hanno sollevato obiezione di coscienza, né su quelli che non lo hanno fatto) di eseguire la prestazione eutanasi⁴⁶; né sono noti gli eventuali adempimenti successivi, che gravano sul medico che abbia spontaneamente rispettato la volontà del malato e provveduto all'erogazione del trattamento⁴⁷. Occorre indicare, in sintesi, così come alcune recenti vicende dimostrano⁴⁸, le facoltà e gli obblighi di coloro che intervengono prima, durante e dopo l'assistenza medica all'altrui suicidio⁴⁹, affinché l'attività di tutti i soggetti (monocratici e collegiali, pubblici e privati) che partecipano alla prestazione possa essere coordinata in maniera tale da assicurare, da un lato, la liceità e la non punibilità del professionista che abbia eseguito il trattamento e, dall'altro, l'effettiva tutela dei diritti del paziente. L'adozione di una legislazione sui trattamenti eutanasi appare, pertanto, un adempimento indispensabile, dal momento che, in sua assenza, è serio il pericolo che la persona malata non possa accedere, in concreto e con adeguate tutele alla suddetta pratica, né in Italia, né all'estero⁵⁰.

Un'utile guida per il Parlamento tenuto ad assolvere a un simile indifferibile impegno normativo è quella che deriva dall'osservare con occhio critico – attento cioè a rilevare i profili di somiglianza e divergenza – le esperienze di altre realtà nazionali; soprattutto, di quelle che hanno già affrontato, condividendo medesime perplessità e titubanze, analoghe questioni sulla fine della vita umana. A tal proposito, la *Ley Organica de regulación de la eutanasia*⁵¹ si offre come proficuo riferimento compa-

⁴⁶ La Corte costituzionale puntualizza, infatti, che «la presente 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. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato», Corte Cost., cit., punto 6 (in diritto).

⁴⁷ Tale indicazione non è contenuta né nella sentenza della Corte costituzionale, né – nonostante la modifica del 7 febbraio 2020 dell'art. 17 del Codice deontologico, che ha modificato la disposizione (atti finalizzati a provare la morte) in senso conforme alla predetta sentenza – nelle fonti che regolano la responsabilità disciplinare dei medici.

⁴⁸ Il riferimento è ai casi esaminati dal Tribunale di Ancona (*infra*) con l'ordinanza del 26 marzo 2021, così come dalla Corte d'Assise di Massa e dalla Corte d'appello di Genova (*supra*), rispettivamente, con sentenza del 27 luglio 2020 e del 28 aprile 2021.

⁴⁹ È ancora dubbio, infatti, quale sia il fascio di obblighi gravante sulle aziende sanitarie e suoi comitati etici, la cui funzione, sino a ora, ha riguardato la sola risoluzione di problemi di natura etica che possano presentarsi nelle sperimentazioni cliniche di medicinali. Ciò si riflette, inoltre, sulla difficoltà di definire con esattezza la posizione del paziente che abbia tutte le condizioni per accedere legittimamente al trattamento, vale a dire se questi abbia o meno un diritto a pretendere l'accertamento dei requisiti per l'accesso alla prestazione eutanasi e l'erogazione di quest'ultima, quale parte dei livelli essenziali delle prestazioni offerte dal sistema sanitario nazionale.

⁵⁰ L'effetto prodotto dalla pronuncia della Corte sull'art. 580 c.p. sembra, infatti, essere stato quello di aver imposto – anche a coloro che desiderano recarsi in Svizzera per ricevere assistenza al suicidio – l'obbligo di chiedere ai predetti enti (struttura ospedaliera e comitato etico) l'accertamento sulla propria condizione di malattia e capacità di autodeterminarsi. In quest'ottica, inoltre, appare dubbia la liceità della condotta di quanti – privi di competenze professionali in ambito medico ed estranei al suddetto procedimento di verifica – a partire della data successiva a quella della pubblicazione della sentenza su G.U., prestano il loro supporto al malato per accompagnarlo in Svizzera.

⁵¹ La *Ley Orgànica n. 3/2021 de regulaciòn de la eutanasia* è stata approvata il 18 marzo del 2021, a maggioranza assoluta (così come richiesto dall'art. 81 della Costituzione spagnola per le leggi statali che incidono su diritti fondamentali) dal Parlamento Spagnolo, con 202 voti a favore, 141 contrari e 2 astenuti. Il testo di legge (visibile sul sito dell'Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado

statistico, posto che – a differenza delle altre discipline europee sopra richiamate – essa introduce un articolato procedimento di controllo pubblico preventivo sulla domanda del paziente, finalizzato a verificare, *ex ante*, che sussistano tutti i requisiti per l'accoglimento della sua richiesta di aiuto alla somministrazione (autonoma o dall'esterno) di un farmaco letale. L'indagine che ci si appresta a condurre sulla legge spagnola mira, dunque, ad analizzare la procedura che regola l'accesso all'eutanasia e al suicidio assistito nell'ordinamento straniero, allo scopo di confrontare tale normativa con le proposte di legge italiane in materia⁵². È opportuno valutare, infatti – seppur in chiave prolettica – se e in che misura le suddette discipline non si limitino a prevedere delle procedure utili a escludere, *ex post*, la punibilità dei professionisti che hanno accolto ed eseguito la richiesta di morire formulata dal paziente⁵³; ma garantiscano, rispettivamente – mediante affidabili controlli preventivi – l'autodeterminazione della persona malata che, nel pieno della sua capacità intellettuale, chiede l'assistenza dei sanitari per morire dignitosamente.

3. Il modello legislativo spagnolo: La *Ley Organica de regulación de la eutanasia*

La necessità di adeguare il diritto ai mutevoli bisogni di una società attenta, ormai da tempo e con sollecitudine⁵⁴, alle sofferenze prodotte non solo dalla malattia, ma anche dalla condizione di vita che

https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2021-4628 è stato pubblicato il 25 marzo 2021, prevedendo un tempo di tre mesi per la sua completa entrata in vigore.

⁵² Le proposte di legge presentate alla Camera dei Deputati nel corso della XVIII Legislatura e attualmente in corso di esame congiunto nelle Commissioni riunite 2ª (Giustizia) e 12ª (Affari sociali) in sede referente sono: la proposta n. 2 ("Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia") del 23 marzo 2018; n. 1418, ("Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di eutanasia") del 5 dicembre 2018; n. 1586 ("Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia") dell'11 febbraio 2019; n. 1655 ("Introduzione degli articoli 4-bis e 4-ter della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia") del 7 marzo 2019; n. 1875 ("Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasiaco") del 30 maggio 2019; e n. 1888 ("Modifiche all'articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative") del 5 giugno 2019. Il 10 maggio 2021, infine, è stata presentata e abbinata alle precedenti, la proposta n. 3101 ("Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita"), il cui titolo, organizzazione e contenuti coincidono, quasi integralmente, con la proposta di testo base depositata, il 12 maggio 2021, dai Presidenti delle predette due Commissioni. Su entrambe tali ultime proposte di legge e di testo base sarà condotta, pertanto, la presente analisi (*infra*, par. 5). Si segnala la presenza di altri progetti di legge presso il Senato (n. 900, "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia", dell'11 dicembre 2018 e n. 912, "Disposizioni in tema di eutanasia", del 17 gennaio 2019), con riguardo ai quali, però, le Commissioni riunite (II-Giustizia e XII-Igiene e Sanità) in sede redigente non hanno ancora iniziato l'esame.

⁵³ Tale finalità emerge chiaramente sin dal Preambolo del testo legislativo, in cui si precisa che: «No basta simplemente con despenalizar las conductas que impliquen alguna forma de ayuda a la muerte de otra persona, aun cuando se produzca por expreso deseo de esta. Tal modificación legal dejaría a las personas desprotegidas respecto de su derecho a la vida que nuestro marco constitucional exige proteger. [...] la presente Ley regula y despenaliza la eutanasia en determinados supuestos, definidos claramente, y sujetos a garantías suficientes que salvaguarden la absoluta libertad de la decisión, descartando presión externa de cualquier índole».

⁵⁴ Nell'ultimo quarto di secolo, l'attenzione della società spagnola sulla materia dell'eutanasia è stata, infatti, assai elevata, anche grazie alla estesa risonanza mediatica generatasi intorno ad alcune tristi vicende umane, le quali hanno condotto a un progressivo e significativo aumento, tra i consociati, delle posizioni favorevoli alla

deriva dall'invariato protrarsi della patologia mediante l'uso di strumenti medici, è stata colta – non senza indugi⁵⁵ – dal Parlamento spagnolo, il quale ha approvato, il 18 marzo 2021, una legge che riconosce a ogni individuo il diritto di richiedere e ricevere l'aiuto dei sanitari, all'unico e diretto fine di morire⁵⁶. La *Ley Organica de regulación de la eutanasia* estende in seno a un preciso contesto, qual è quello della relazione di cura, il campo d'azione riservato all'autonomia decisionale del paziente, oltrepassando, per la prima volta, i confini posti al diritto del malato di vivere con dignità il processo della morte⁵⁷ dalla *Ley básica* n. 41/2002 in tema di consenso informato⁵⁸. La nuova legge spagnola

legalizzazione delle pratiche mediche che consentono ai malati una morte rapida e indolore. A riguardo, è possibile menzionare, ad esempio, il caso del tetraplegico Ramón Sampederro, protagonista di una lunga vicenda giudiziaria (ripercorsa, altresì, in chiave cinematografica, nel film *Mare dentro*) che si concluse, dopo la sua morte, con la pronuncia sfavorevole del *Tribunal Constitucional* (n. 242/1998, dell'11 novembre, visibile su <http://hj.tribunalconstitucional.es/es-ES/Resolucion/Show/17864>). La Corte non consentì, infatti, la successione nel *recurso de amparo* della cognata dell'uomo, il quale lamentò una violazione del proprio diritto a una morte dignitosa, negatogli nei precedenti gradi di giudizio, nei quali fu rigettata la sua richiesta di ottenere la prescrizione di un farmaco letale per togliersi la vita. Il caso fu sottoposto, in seguito, anche alla Corte Edu (*Sanlés Sanlés c. Spagna*, decisione del 26 ottobre 2000) che lo ritenne inammissibile e al Comitato dei diritti umani dell'ONU (*Manuela Sanlés Sanlés v. Spain*, Communication No. 1024/2001, U.N. Doc. CCPR/C/80/D/1024/2001 (2004)). Tra le vicende più recenti e di pari eco mediatica si ricorda, inoltre, quella che nell'aprile del 2019 ha riguardato Maria José Carrasco, affetta da sclerosi multipla e aiutata dal marito (il quale ha filmato e pubblicato l'atto compiuto, autodenunciandosi il giorno seguente) a togliersi la vita, ingerendo una sostanza letale.

⁵⁵ Il travagliato percorso legislativo che ha condotto, con notevole ritardo, il 18 marzo 2021, all'approvazione della legge in materia di eutanasia in Spagna è stato ricordato l'11 febbraio 2020, in occasione della presentazione in aula della proposta di legge del 31 gennaio 2020 del Partito socialista (v. https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/DS/PL/DSCD-14-PL-7.PDF). Già nel 2018 e nel 2019, infatti, erano state presentate delle proposte di legge per la legalizzazione dell'eutanasia da parte del gruppo parlamentare di sinistra, ma i successivi mutamenti politici hanno poi ostacolato la possibilità di dare continuità a suddetti progetti normativi.

⁵⁶ L. n. 3/2021, Art. 1: «El objeto de esta Ley es regular el derecho que corresponde a toda persona que cumpla las condiciones exigidas a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, el procedimiento que ha de seguirse y las garantías que han de observarse. Asimismo, determina los deberes del personal sanitario que atiende a esas personas, definiendo su marco de actuación, y regula las obligaciones de las administraciones e instituciones concernidas para asegurar el correcto ejercicio del derecho reconocido en esta Ley».

⁵⁷ Il suggestivo riferimento al «derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte» contenuto nello Statuto Catalano (legge organica 6/2006, del 19 luglio, sulla riforma dello Statuto dell'Autonomia della Catalogna) o al diritto alla «*dignidad ante el proceso de la muerte*» nello Statuto dell'Andalusia (legge organica 2/2007, del 19 marzo 2007, che riforma lo Statuto dell'Autonomia dell'Andalusia), ovvero ai «*derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de morir y de la muerte*» di cui alla Legge 10/2011, del 14 maggio 2011 della Comunità Autonoma di Aragona riguarda, ad ogni modo, il solo diritto del paziente di acconsentire e rifiutare le cure, di accedere (in quest'ultima ipotesi) alle cure palliative e di redigere delle disposizioni volte a manifestare, in anticipo, la propria volontà circa i trattamenti cui sottoporsi. Tali legislazioni non hanno, dunque, ampliato le facoltà del malato in merito alle decisioni che attengono alla sua salute continuando, dunque, a non consentire a quest'ultimo di accedere ai trattamenti eutanasi. Sul punto, F. REY MARTINEZ, *¿Qué significa en el ordenamiento español el derecho a «vivir con dignidad el proceso de la muerte»?», in Derecho PUCP*, 2012, 133-149; J. M^A CASTELLÀ ANDREU, *Nuevos estatutos de autonomía y derecho a vivir con dignidad el proceso de la muerte*, in A. D'ALOIA (a cura di) *Il diritto e la vita. Un dialogo italo-spagnolo su aborto ed eutanasia*, Napoli, 2011, 31-48.

⁵⁸ La *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* disciplina, infatti, il consenso informato e le *instrucciones previas*, quale

modifica infatti, in maniera ampliativa, il quadro delle possibilità già offerte dall'ordinamento a colui che scelga (anche in anticipo, in previsione cioè di una futura condizione di malattia e incapacità⁵⁹) di rifiutare i trattamenti e le cure palliative, ritenendo che il modo più consono di affrontare la patologia che lo affligge coincida con quello di chiedere ai sanitari di porre subitanea fine alla propria esistenza, mediante l'eutanasia o il suicidio assistito⁶⁰. La partecipazione dei medici all'attuazione dell'altrui proposito di autoinfliggersi la morte mediante la prescrizione, la fornitura o la diretta somministrazione di un farmaco letale è, pertanto, adesso, una condotta del tutto legittima, inserita tra i servizi essenziali di assistenza medica nazionale⁶¹ e priva di rilevanza penale, se conforme alla recente normativa⁶².

Il diritto del paziente di richiedere e ricevere assistenza eutanasi dal professionista non sconvolge, ad ogni modo, l'assetto ordinamentale⁶³. Una simile prerogativa possiede, piuttosto, un solido fon-

strumento posto a disposizione del singolo per manifestare il proprio consenso o dissenso alle cure, in previsione di una futura condizione di malattia e incoscienza. La legge statale rimette, però – ai sensi degli artt. 16 e 149.1.1 della Costituzione spagnola – alla Autonomie Locali la disciplina della materia in esame, al fine di rendere efficace la legge medesima nei rispettivi ordinamenti di competenza. Le legislazioni autonome hanno, dunque, introdotto delle regole di dettaglio finalizzate a rendere operativi gli istituti fondati sull'autonomia del paziente, quale baricentro della relazione di cura, senza poter però modificare – né in senso restrittivo, né estensivo – i limiti posti dallo Stato a quest'ultima. Con particolare riguardo all'obiezione di coscienza, si rileva che alcune Comunità Autonome hanno previsto – pur in assenza di un preciso riferimento in seno alla normativa statale – che il medico abbia diritto ad astenersi, sulla base della suddetta obiezione, dal dare esecuzione alle *instruccione previas* del paziente. Ciò non compromette, ad ogni modo, il diritto del paziente medesimo di ottenere dalla struttura sanitaria il rispetto della sua volontà (cfr. Art. 5, comma 2, del decreto 80/2005 Murcia); Art. 17, comma 2, della l. n. 1/2003 (Valencia); Art. 20, comma 2, della l. n. 3/2005 (Extremadura); Art. 7, comma 4, della l. n. 9/2005 (La Rioja); Art. 3, comma 3, della l. n. 3/2005 (Comunità di Madrid). Tale previsione, tuttavia – come rilevato dalla dottrina spagnola – dà luogo a notevoli perplessità, posto che l'astensione del sanitario riguarderebbe, verosimilmente, l'indicazione di un *non facere* da parte del paziente. Sul punto U. ADAMO, *op. cit.*

⁵⁹ L. 3/2021, Art. 5 (2).

⁶⁰ L. 3/2021, Art. 3, lett. g.

⁶¹ L. 3/2021, Art. 13, comma 1.

⁶² La *Ley Orgànica de regulaciòn de la eutanasia* ha, infatti, modificato l'art. 143 del codice penale spagnolo, introducendo un quinto comma, volto ad assicurare la liceità della condotta tenuta dal professionista che dia esecuzione a una legittima richiesta eutanasi del paziente. La *Disposiciòn final primera* della L. 3/2021 ha modificando, inoltre, il suddetto articolo al comma quarto, indicando con maggiore precisione i presupposti che integrano la fattispecie attenuata di cooperazione attiva alla realizzazione dell'altrui suicidio, su richiesta espressa, seria e inequivoca della vittima. La ridotta offensività della cooperazione con atti necessari e diretti, tra cui anche l'esecuzione stessa dell'atto esiziale – punita con sanzioni inferiori rispetto ai reati (previsti nei precedenti commi dell'art. 143 c.p.) di induzione, cooperazione ed esecuzione dell'altrui suicidio nei riguardi di un soggetto non malato – è connessa, infatti, alla sussistenza di una condizione di «padecimiento grave, crónico e imposibilitante o una enfermedad grave e incurable, con sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables» della vittima stessa. Per un'attenta disamina della disciplina penale spagnola in tema di eutanasia si v. J.M. LORENZO SALGADO, *Algunas consideraciones sobre el art. 143.4 del Código penal*, in *Estudios penales y criminológicos*, 2004, 149-216; CARMEN GUERRERO PICÓ, *Spagna - Decisioni di fine vita e aiuto al suicidio*, Servizio Studi Corte Costituzionale, cit., 159-170; A. TIGRINO, *La riflessione penalistica spagnola in materia di fine vita: Dalle elaborazioni d'epoca franchista alla Ley Organica de regulacion de la eutanasia del 18 marzo 2021*, in *La Legislazione Pen.*, 2021, 1-34.

⁶³ La L. 3/2021 non afferma, infatti, in Spagna, un generale diritto di morire, il quale sarebbe estraneo ai valori dell'ordinamento attuale. Sul punto, cfr. *Tribunal Constitucional*, 27 giugno n. 120/1990; nello stesso senso

damento costituzionale, il quale si rinviene, da un lato, nelle norme volte al libero sviluppo della personalità individuale che tutelano la libertà (art. 1.1 Cost.) – anche ideologica e religiosa (art. 16 Cost.) – e la dignità umana (art. 10); e, dall'altro lato, in quelle che sanciscono il diritto all'integrità fisica e morale (art. 15) e al rispetto della vita privata e familiare (art. 18.1)⁶⁴. Come esplicitato dallo stesso legislatore nel Preambolo della L. 3/2021, la posizione di vantaggio riconosciuta all'individuo sorge proprio in ragione del verificarsi di una lesione alla sua dignità, intimità e integrità, imputabile esclusivamente a una patologia o disabilità. Tale lesione – dipendente da valutazioni di natura personale per quanto attiene all'inaccettabilità della compressione arrecata ai diritti e libertà del singolo – può realizzarsi solo in presenza di un particolare contesto dai caratteri tassativi e clinicamente verificabili, il quale (definito «eutanasico» dallo stesso legislatore⁶⁵) consiste, alternativamente, in una infermità grave, cronica e invalidante, che limita l'autonomia fisica della persona, così come la capacità di espressione e di relazione della stessa, procurandole sofferenze per lei insopportabili⁶⁶; ovvero in una malattia grave e incurabile, foriera di patimenti, fisici o psichici, costanti e non tollerabili, destinati ad acuirsi a causa del decorso degenerativo della patologia⁶⁷. Il fatto che il paziente si trovi ad affrontare una delle predette condizioni di permanente disabilità, o seria e dolorosa malattia induce, pertanto, l'ordinamento ad assegnare maggiore rilievo all'autodeterminazione dell'individuo e a porre, dunque – in questa specifica circostanza – su un piano subalterno, il bene della vita, incapace di trasformarsi da oggetto di un diritto inviolabile⁶⁸, a contenuto impositivo e inderogabile di un dovere posto sul titolare del diritto medesimo⁶⁹. La legittimità del trattamento eutanasico è subordinata, tuttavia, al rispetto di una serie di requisiti (tra cui la maggiore età, la nazionalità o la residenza spagnola, nonché la capacità di intendere e di volere del paziente⁷⁰), i quali devono essere accertati attraverso una plu-

anche, 11/1991 del 17 gennaio; 154/2002 del 18 luglio. In dottrina, si vedano gli studi di M. A. A. MARTINEZ, *La respuesta constitucional ante el final de la vida humana*, in A. D'ALOIA (a cura di) *Il diritto e la vita. Un dialogo italo-spagnolo su aborto ed eutanasia*, Napoli, 2011, 1-18 e F. REY MARTINEZ, *op.cit.*

⁶⁴ Il testo della Costituzione Spagnola è consultabile in lingua italiana su <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1978-31229>

⁶⁵ Cfr. Preambolo (I), della L. 3/2021.

⁶⁶ L. 3/2021, Art. 3, lett. b): «Padecimiento grave, crónico e imposibilitante»: situación que hace referencia a limitaciones que inciden directamente sobre la autonomía física y actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, y que llevan asociado un sufrimiento físico o psíquico constante e intolerable para quien lo padece, existiendo seguridad o gran probabilidad de que tales limitaciones vayan a persistir en el tiempo sin posibilidad de curación o mejoría apreciable. En ocasiones puede suponer la dependencia absoluta de apoyo tecnológico».

⁶⁷ L. 3/2021, Art. 3, lett. c): «Enfermedad grave e incurable»: la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insoportables sin posibilidad de alivio que la persona considere tolerable, con un pronóstico de vida limitado, en un contexto de fragilidad progresiva».

⁶⁸ Art. 15, Costituzione spagnola.

⁶⁹ Cfr. L. 3/2021, Preambolo (I): «Cuando una persona plenamente capaz y libre se enfrenta a una situación vital que a su juicio vulnera su dignidad, intimidad e integridad, como es la que define el contexto eutanásico antes descrito, el bien de la vida puede decaer en favor de los demás bienes y derechos con los que debe ser ponderado, toda vez que no existe un deber constitucional de imponer o tutelar la vida a toda costa y en contra de la voluntad del titular del derecho a la vida.»

⁷⁰ Art. 5, lett. a, L. 3/2021. In particolare, il requisito della cittadinanza spagnola o della residenza almeno da dodici mesi sul territorio nazionale è stato introdotto al fine di evitare il cd. turismo dei diritti, cioè la possibilità che la Spagna divenga meta di riferimento per coloro che non possono legittimamente accedere alle pratiche eutanasiche negli ordinamenti di provenienza, poiché ritenute illecite.

ralità di passaggi procedurali – tanto antecedenti quanto successivi all'accoglimento della richiesta del paziente – affinché solo coloro che abbiano un quadro clinico di gravità corrispondente a quello previsto dalla legge e abbiano, altresì, maturato la decisione di morire nel pieno delle loro capacità intellettive, in autonomia e senza pressioni di sorta, possano ricevere assistenza mortifera da parte del servizio sanitario nazionale⁷¹.

La procedura in esame è disciplinata al Capitolo III della L. 3/2021 (intitolato “procedimento para la realización de la prestación de ayuda para morir”) e si suddivide in tre distinte fasi, ognuna regolata da un complesso di norme differenti e orientato al perseguimento di precisi obiettivi tra loro complementari.

La prima fase si svolge lungo un arco temporale di circa quarantacinque giorni⁷² (o in un tempo più celere se vi è il rischio di un'imminente perdita di capacità del malato⁷³) e mira a verificare che chi abbia espresso la volontà di conseguire una morte rapida e indolore abbia, in concreto, il diritto di ricevere la prestazione di *ayuda para morir* nel rispetto della legge. Una tale valutazione è affidata, in maniera gradata e indipendente, a dei soggetti con competenze eterogenee (mediche e giuridiche) utili, soprattutto, per l'accertamento di quei requisiti soggettivi, che non consistono in un riscontro di parametri clinici o anagrafici⁷⁴. La verifica in esame è effettuata, anzitutto, dal medico cui si rivolge la persona malata, il quale diviene responsabile del coordinamento dell'intera procedura eutanasi,

⁷¹ Art. 13, comma 2, L. 3/2021.

⁷² Il testo legislativo stabilisce, infatti, i termini entro cui tutti i soggetti coinvolti nella fase iniziale della procedura (il paziente, il medico responsabile, il medico consulente e la Commissione di Garanzia e Valutazione) devono compiere le rispettive attività, le quali sono necessarie affinché la procedura medesima possa svolgersi in modo ordinato e far sì che il richiedente ottenga in tempi utili l'erogazione dell'atto eutanasi. In considerazione del termine di dieci giorni, imposto al medico responsabile al fine di esprimere il suo parere sull'istanza del paziente [art. 7(2)]; di quello dilatorio di quindici giorni previsto per la reiterazione obbligatoria dell'istanza da parte del paziente medesimo (art. 5, lett. c); dell'obbligo del medico di far trascorrere altre 24 ore dal deposito della seconda istanza prima di procedere agli ulteriori adempimenti (art. 8, comma 2); del termine, rispettivamente, di dieci giorni e nove giorni, affinché il medico consulente si pronunci sulla legittimità dell'istanza [art. 8(3)] e facciano lo stesso i membri della Commissione di Garanzie e Valutazione, una volta che essi siano stati individuati dal Presidente di quest'ultima (artt. 10, commi 1 e 3), è possibile ritenere conclusa la fase iniziale della procedura e, dunque, obbligatorio per i sanitari procedere all'erogazione del trattamento eutanasi.

⁷³ In particolare, l'art. 5, lett. c, L. 3/2021, prevede che – se vi è pericolo di una imminente stato di incoscienza o perdita di capacità del paziente – il medico responsabile della procedura può acconsentire a ricevere la richiesta eutanasi di quest'ultimo senza attendere che trascorran almeno quindici giorni tra la presentazione della prima domanda e la successiva, obbligatoria, reiterazione della stessa.

⁷⁴ L'istanza eutanasi è, infatti, legittima solo se – oltre a essere formulata da un paziente gravemente malato o disabile, maggiore d'età, cittadino o residente spagnolo – essa è chiara manifestazione della volontà di un paziente in grado di autodeterminarsi riguardo alla predetta decisione di morire con l'assistenza dei sanitari (più diffusamente, *infra*). L'accertamento di tale ultimo requisito appare essere, a confronto con gli altri, quello che presenta maggiori profili di complessità e sul quale è più probabile che si verifichi il disaccordo tra la componente medica e quella giuridica coinvolte nella procedura. In senso critico, U. ADAMO (*In Spagna è riconosciuto il diritto (con limiti) a richiedere e a ricevere l'aiuto medico a morire (con dignità)*), in *Diritti Comparati*, 2021, visibile su <https://www.diritticomparati.it/in-spagna-e-riconosciuto-il-diritto-con-limiti-a-richiedere-e-a-ricevere-laiuto-medico-a-morire-con-dignita/>) il quale mostra delle perplessità sul fondamento di un simile disaccordo tra i due membri della Commissione di Garanzia e Valutazione che esaminano la domanda del paziente.

sino al suo termine⁷⁵. Nel caso in cui sia favorevole all'accoglimento della richiesta, questi deve rivolgersi a un altro medico specializzato nella patologia che affligge il paziente, affinché anche lo specialista visiti quest'ultimo e si pronunci, a sua volta, in senso positivo o negativo sulla legittimità della sua istanza⁷⁶. In seguito al parere concorde del medico responsabile e del medico consulente, un giurista e un altro sanitario (membri di un'apposita Commissione di Garanzia e Valutazione istituita a livello regionale⁷⁷) emettono, di norma, su base documentale – o, se opportuno, convocando di persona, tanto i medici che hanno visitato il malato, quanto quest'ultimo⁷⁸ – il terzo e ultimo parere, idoneo ad autorizzare il trattamento, se conforme a quelli espressi in precedenza. L'eventuale rigetto dell'istanza eutanasi interrompe, infatti il proseguimento della procedura, salva la possibilità per il diretto interessato di presentare un reclamo avverso tale diniego (anche se pronunciato dal medico responsabile o dal medico consulente) presso la Commissione sopra menzionata, la quale (in altra composizione⁷⁹) conferma la decisione, ovvero riforma la stessa⁸⁰. L'esito negativo del reclamo non esclude, ad ogni modo, che il paziente stesso possa in seguito ripresentare la medesima istanza ovvero scegliere, in alternativa, di ricorrere al giudice amministrativo per essere autorizzato al trattamento⁸¹.

Una volta conseguita l'attestazione (amministrativa o giurisdizionale) della legittimità della richiesta eutanasi, quest'ultima è in grado di produrre pieni effetti vincolanti sul servizio sanitario nazionale, obbligato a darvi esecuzione nei tempi e modi concordati col paziente, senza quei medici che hanno negato l'accoglimento dell'istanza⁸² o sollevato obiezione di coscienza⁸³. La seconda fase della proce-

⁷⁵ Cfr. Art. 8, comma primo e secondo, L. 3/2021

⁷⁶ Cfr. Art. 8, comma terzo, L. 3/2021.

⁷⁷ L'Art. 17, della L. 3/2021, prevede, infatti, l'istituzione – con tre mesi di anticipo rispetto all'entrata in vigore del testo di legge – presso ciascuna Comunità Autonoma della Spagna e nelle Città di Ceuta e Melilla di una Commissione di Garanzia e Valutazione. Tali organi collegiali e multidisciplinari (composti almeno da sette membri tra medici, infermieri e giuristi) di natura amministrativa saranno regolati secondo il regime giuridico determinato da ciascun governo locale o dal Ministero della Salute, nel caso delle due città menzionate.

⁷⁸ Cfr. Art. 10, commi 1 e 2, L. 3/2021.

⁷⁹ Nel caso in cui il reclamo sia presentato avverso il diniego congiunto dei due membri della Commissione, la Commissione medesima deciderà entro venti giorni, senza la partecipazione dei predetti due componenti (Art. 18, lett. a, secondo periodo, L. 3/2021).

⁸⁰ Cfr. Artt. 7(2), 8(4), 10(3) e 18, lett. a, secondo periodo, L. 3/2021.

⁸¹ In particolare, il paziente può ricorrere alla giurisdizione contenziosa amministrativa (cfr. Artt. 10, comma 5 e 18, lett. a, così come la quinta disposizione addizionale al testo di legge in esame) in due distinte ipotesi: nel caso in cui la Commissione di Garanzia e Valutazione abbia formulato, in composizione plenaria, un giudizio sfavorevole all'accoglimento della richiesta del paziente, a esito del reclamo presentato da quest'ultimo avverso il rigetto della sua istanza da parte medico responsabile (così all'Art. 7, comma 2, L. 3/2021); ovvero, quando sia intervenuto il parere unanime negativo della medesima Commissione, in composizione ridotta o in composizione plenaria, se vi sia stato un originario disaccordo tra i due membri chiamati a valutare l'istanza (così, all'art. 10, comma 3, L. 3/2021).

⁸² Art. 18, lett. a, quarto periodo, L. 3/2021.

⁸³ Art 16, L. 3/2021: «El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del profesional sanitario directamente implicado en su realización, la cual deberá manifestarse anticipadamente y por escrito. Las administraciones sanitarias crearán un registro de profesionales sanitarios objetores de conciencia a realizar la ayuda para morir, en el que se inscribirán las declaraciones de objeción de conciencia para la realización de la misma y que tendrá por objeto facilitar la

dura è retta, pertanto, da norme legislative volte ad assicurare una corretta e omogenea erogazione della prestazione sull'intero territorio nazionale, nonché a preservare la dignità, la riservatezza e l'integrità di colui che riceve l'eutanasia o il suicidio assistito. I sanitari hanno, infatti, il dovere di agire nel rispetto di precisi protocolli, criteri e buone pratiche (validati, annualmente, dal Ministero della Salute e dai presidenti delle Commissioni di Garanzia e Valutazione delle Comunità Autonome⁸⁴), dando massimo risalto alla volontà del paziente, il quale – oltre alla data e al tipo di trattamento voluto (eutanasia o suicidio assistito) – può, altresì, indicare il luogo dell'esecuzione (una struttura ospedaliera, pubblica o privata, ovvero a domicilio)⁸⁵, nonché rinviare ovvero revocare, in qualsiasi momento, il consenso alla prestazione⁸⁶. Coloro che forniscono materialmente l'aiuto eutanasiaco devono, inoltre, assistere il malato sino al sopravvenire (autoindotto o eterodeterminato) della sua morte⁸⁷ e non fare circolare alcun tipo di notizia non autorizzata sulla vicenda⁸⁸, astenendosi dal prendere parte all'atto medico nel caso in cui ciò possa dare adito a dei dubbi sull'imparzialità e qualità dello stesso⁸⁹. I conflitti di interesse tra i medici che aiutano il paziente a morire sono risolti dalla Commissione prima richiamata, la quale può intervenire, dunque, anche in questa fase intermedia della procedura, al fine di assicurare che i sanitari coinvolti non traggano vantaggio, diretto o indiretto, dalla morte del paziente medesimo⁹⁰, la quale è equiparata, a tutti gli effetti, a una morte naturale⁹¹.

La realizzazione della *prestación de ayuda para morir* chiude, così, il secondo stadio del procedimento disciplinato dalla legge e dà il via, al contempo, a una terza fase, la quale è tesa a effettuare, *ex post* – entro un termine massimo di due mesi⁹² – un'ulteriore e complessiva verifica sulla regolarità del trattamento medico che abbia, intenzionalmente e direttamente, procurato la morte della persona consenziente. Nello specifico, tale controllo è affidato alla medesima Commissione già incaricata, *ex ante*, di esprimere il proprio parere sulla richiesta del malato (eventualmente, anche in sede di reclamo), nonché di pronunciarsi, *medio tempore* – nel caso in cui sorgano dei dubbi sull'imparzialità dei sanitari – sull'idoneità dei soggetti chiamati a darvi materiale esecuzione. È evidente che una simile circostanza rende parecchio elevata la sensazione che la valutazione compiuta dall'organo collegiale non sia pienamente neutrale e attendibile, non solo in ragione del fatto che la Commissione sarebbe tenuta a rilevare anche una propria pregressa negligenza, ma anche perché essa dovrebbe riesaminare una vicenda già nota ai suoi membri. Il legislatore spagnolo, pertanto, ha cercato di attenuare, almeno in parte, le suddette perplessità, stabilendo – in linea con una soluzione sperimentata anche in Belgio⁹³ e Lussemburgo⁹⁴ – che il predetto controllo si svolga sulla base di un documento,

necesaria información a la administración sanitaria para que esta pueda garantizar una adecuada gestión de la prestación de ayuda para morir».

⁸⁴ Art. 11(1) e Art. 17(5), L. 3/2021.

⁸⁵ Art. 14, L. 3/2021.

⁸⁶ Art. 6, comma 3, L. 3/2021.

⁸⁷ Art. 11, comma 2 e 3, L. 3/2021.

⁸⁸ Art. 15, L. 3/2021.

⁸⁹ Art. 14, ultimo periodo, L. 3/2021.

⁹⁰ Art. 18, lett. a, primo periodo, L. 3/2021.

⁹¹ L. 3/2021, prima disposizione addizionale.

⁹² Art. 18, lett. b, L. 3/2021.

⁹³ Artt. 7 e 8, Legge sull'eutanasia del 28 maggio 2002.

depositato entro cinque giorni dall'erogazione della prestazione eutanasi dal medico che coordina l'intera procedura e da questo stilato, *ab origine*, in forma anonima⁹⁵. L'atto in questione deve riportare tutte le attività compiute, tanto dal medico responsabile, quanto dagli altri soggetti (paziente, sanitari e membri della Commissione), prima e dopo l'autorizzazione del trattamento, nonché il sesso e l'età del defunto, la sua condizione clinica, così come il luogo e la data del decesso⁹⁶. La Commissione può decidere a maggioranza dei suoi membri di acquisire, in un secondo momento – cioè dopo aver palesato delle incertezze sulla correttezza del procedimento – i dati che consentono l'identificazione dei soggetti coinvolti nella vicenda (i quali sono contenuti in un separato documento allegato al precedente⁹⁷), invitando il medico responsabile a fornire delle ulteriori informazioni⁹⁸. Non sono chiari, ad ogni modo, gli effetti connessi all'eventuale formulazione di un giudizio negativo sulla prestazione eutanasi, posto che la legge si limita a ribadire – in termini assai generali – che la violazione della normativa espone gli autori dell'illecito a responsabilità civile, penale e disciplinare⁹⁹.

4. Segue: Le garanzie preventive a tutela del paziente che chiede la prestazione di *ayuda para morir*

Una volta descritta, nel suo complesso, la procedura che legittima in Spagna l'eutanasi e il suicidio assistito, è opportuno volgere l'attenzione a quelle disposizioni che individuano i presupposti di legittimità per l'accesso ai predetti trattamenti¹⁰⁰, posto che è dovere dello Stato provvedere all'erogazione di questi ultimi soltanto nei confronti di quanti soddisfano alcuni specifici requisiti di legge¹⁰¹. In particolare, ai sensi dell'art. 5 della L. 3/2021, la prestazione di *ayuda para morir* deve essere garantita soltanto a un cittadino o a un residente maggiore di età¹⁰², che versa in una condizione di grave patologia o disabilità¹⁰³ ed è, ciononostante, in grado di decidere, in maniera libera e consapevole, di porre fine alla propria esistenza mediante l'assistenza dei sanitari¹⁰⁴. In altri termini, il richiedente il trattamento eutanasi ha il diritto di ricevere quest'ultimo solo se, da un lato, risponde a dei precisi parametri clinici e anagrafici e, dall'altro, ha manifestato, mediante la richiesta suddetta, una volontà indipendente e informata. La domanda di eutanasi o suicidio assistito deve apparire, in-

⁹⁴ Artt. 7 e 8, Legge sull'eutanasi e il suicidio assistito del 16 marzo 2009.

⁹⁵ Art. 18, lett. b, L. 3/2021.

⁹⁶ Art. 12, lett. b, L. 3/2021.

⁹⁷ Art. 12, lett. a, L. 3/2021.

⁹⁸ Art. 18, lett. b, L. 3/2021.

⁹⁹ Cfr. L. 3/2021, seconda disposizione addizionale.

¹⁰⁰ Il riferimento è, in particolare, al Capitolo II della L. 3/2021, intitolato "*Derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio*".

¹⁰¹ L'Art. 4(1), L. 3/2021: «Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir».

¹⁰² Cfr. L. 3/2021, Art. 5, lett. a. Si precisa che per persona residente, si intende sia chi ha la residenza legale in Spagna, sia chi è in possesso di un certificato (*certificado de empadronamiento*) che attesti la permanenza su territorio da almeno dodici mesi.

¹⁰³ Cfr. L. 3/2021, Art. 5, lett. d.

¹⁰⁴ La formula di sintesi sopra riportata è rintracciabile alle lettere b), c) ed e) dell'Art. 5, L. 3/2021, nelle quali tale requisito è declinato in modo analitico (*infra*).

fatti, una sicura esternazione dell'autodeterminazione di un individuo capace di governare il proprio corpo e decidere della propria salute, sino alle sue estreme conseguenze¹⁰⁵.

Il possibile scollamento tra la dichiarazione della persona capace d'agire e l'effettiva volontà e capacità naturale di quest'ultima rischia, tuttavia – se non prontamente rilevato dai soggetti preposti, in via preventiva, a controllare la legittimità dell'istanza (il medico responsabile, il medico consulente e la Commissione di Garanzia e Valutazione)¹⁰⁶ – di coinvolgere il servizio sanitario nazionale in un'attività pregiudizievole per la vita dei pazienti più fragili, i quali potrebbero aver chiesto assistenza per morire in un transitorio momento di sconforto, ovvero in uno stato di incapacità di fatto, o a seguito di indebiti e pressanti condizionamenti esterni. In ragione dell'elevata delicatezza sottesa a una simile indagine – assai più complessa di quella che attiene alla verifica della sussistenza di altri requisiti di legge – il legislatore ha predisposto alcune specifiche garanzie (formali e sostanziali), utili ad assicurare che la richiesta eutanassica sia «autonoma, cosciente e informata»¹⁰⁷. Il valido perfezionamento della domanda di *ayuda para morir* è subordinato, cioè, al rispetto di una pluralità di condizioni, indispensabili affinché il paziente possa superare il controllo preventivo che attesta la legittimità della sua istanza e ricevere la prestazione mortifera.

In primo luogo, la richiesta eutanassica deve essere redatta in modo tale da conferire certezza e serietà alla volontà in essa espressa, nonché attestare la sua sicura provenienza da parte del malato¹⁰⁸. È necessario, pertanto, che la dichiarazione abbia forma scritta (ovvero altra idonea a registrare, in modo inequivoco, la volontà del dichiarante) e che sul documento siano apposte la data e la firma del paziente, il quale deve provvedervi in presenza di un medico che attesti l'avvenuta ricezione dell'atto¹⁰⁹. Si tratta, infatti, di un atto personalissimo, che non può essere compiuto da un rappresentante che agisce in nome e per conto del paziente, ma solo da quest'ultimo, pienamente cosciente e capace d'agire. Nel caso in cui il disponente, a causa di una propria disabilità motoria o per altre ragioni connesse al suo stato di salute, non possa sottoscrivere la dichiarazione, quest'ultima – resa con certezza dal paziente – può essere datata e siglata da un soggetto terzo, maggiorenne e capace d'agire, il quale fa menzione, in presenza dell'interessato, delle cause che impediscono l'esecuzione autonoma di tali adempimenti¹¹⁰.

In secondo luogo, l'istanza di assistenza per morire deve essere redatta da chi abbia ponderato a sufficienza, in un arco di tempo indicato dallo stesso legislatore, l'opportunità di sottoporsi a un trattamento eutanassico¹¹¹. Il richiedente deve, infatti, poter essere edotto riguardo alle conseguenze del trattamento prescelto, nonché alla possibilità di ricorrere alle cure palliative, le quali consentirebbero

¹⁰⁵ Cfr. L. 3/2021, Art. 4(3).

¹⁰⁶ *Supra*, par. 3.

¹⁰⁷ La formula di sintesi sopra riportata – rintracciabile alle lettere b), c) ed e) dell'Art. 5, L. 3/2021, nelle quali tale triplice requisito è declinato in modo analitico (*infra*) – è quella utilizzata nel Preambolo del testo di legge, dove si precisa che «toda persona mayor de edad y en plena capacidad de obrar y decidir puede solicitar y recibir dicha ayuda, siempre que lo haga de forma autónoma, cosciente e informada».

¹⁰⁸ Cfr. Art. 5, lett. c) e Art. 6(1), L. 3/2021.

¹⁰⁹ Art. 6(3), L. 3/2021.

¹¹⁰ Art. 6(2), secondo periodo, L. 3/2021.

¹¹¹ Cfr. Art. 5, lett. c) e Art. 8(1), L. 3/2021.

allo stesso di affrontare, in maniera indolore, benché più lenta, le ultime fasi della malattia¹¹². A tale fine, il legislatore richiede che la domanda eutanasi, identica in forma e contenuto, sia ripresentata dal paziente in un termine dilatorio di quindici giorni e che il medico responsabile intraprenda – a intervalli regolari, ciascuno della durata massima di cinque giorni, successivi, rispettivamente, alla presentazione delle due istanze necessarie per accedere al trattamento – un accurato dialogo col paziente medesimo, assicurandosi che quest'ultimo possa formare un'autonoma volontà in merito alla scelta di porre termine alla propria vita. Il paziente non può, dunque, rifiutarsi di ricevere le informazioni relative alla sua condizione clinica e alle alternative disponibili, nonché alle conseguenze dell'assistenza eutanasi, le quali devono essere fornite dal medico, assicurandosi che quanto comunicato (oralmente e per iscritto¹¹³) sia stato compreso a fondo dal diretto interessato. Solo all'esito di tale processo deliberativo, che vede i due protagonisti (il medico e la persona malata) alleati per il perseguimento di un fine comune, vale a dire il benessere del paziente, quest'ultimo deve ribadire oralmente – dopo ventiquattro ore dallo spirare del secondo periodo di tempo utile per manifestare dubbi o necessità di chiarimento al medico responsabile della procedura – la sua volontà di ricorrere alle pratiche mortifere e firmare, infine, un separato documento che attesta il consenso informato al trattamento¹¹⁴.

Tale ultima duplice dichiarazione del paziente, quale atto finale che chiude, così, la valida presentazione della domanda *de ayuda para morir*, non rende, ad ogni modo, *ex se*, obbligatoria l'assistenza al suicidio o l'eutanasi, né per il medico che abbia manifestato disponibilità alla prestazione¹¹⁵, posto che solo il definitivo accoglimento della domanda da parte dello specialista consulente e della Commissione di Garanzia e Valutazione rende esigibile la prestazione medesima; né per il paziente, il quale può revocare in ogni momento la sua richiesta, senza dover rispettare alcun particolare requisito di forma¹¹⁶. Ciò che non è chiaro, tuttavia, è se l'eventuale revoca debba essere resa, a sua volta, da una persona ancora capace di autodeterminarsi, ovvero se anche il paziente cosciente, ma ormai incapace di intendere e di volere, che manifesta un ripensamento in merito alla precedente decisione, possa interrompere l'esecuzione del trattamento. La risposta al quesito sembra essere di segno negativo, dato che la legge si limita a richiedere la piena capacità del paziente soltanto per il superamento del controllo di legittimità volto ad autorizzare, *ex ante*, l'atto eutanasi, rendendo così priva di effetto la dichiarazione di dissenso espressa dopo tale momento dalla persona che non è più in grado di autodeterminarsi. Una simile conclusione pare essere, inoltre, confermata dal fatto che la stessa legge consente espressamente anche a una persona legalmente o naturalmente incapace (purché maggiore di età e cittadina o residente in Spagna) di ricevere l'eutanasi, se vi è una dichiarazione – redatta in anticipo e per iscritto, quando il disponente era nel pieno possesso delle sue facoltà intellettive – che attesti la volontà di sottoporsi alla suddetta pratica¹¹⁷. In tale circostanza, a

¹¹² Art. 5, lett. b e lett. e, L. 3/2021.

¹¹³ Cfr. Art. 5, lett. b) e Art. 8(1), L. 3/2021.

¹¹⁴ Art. 8(2), L. 3/2021.

¹¹⁵ Ai sensi dell'art. 7, L. 3/2021, il medico può dichiararsi contrario all'accoglimento della richiesta del paziente, purché tale rifiuto sia manifestato entro sette giorni dalla presentazione della prima istanza e con atto scritto e motivato, suscettibile di reclamo avanti la Commissione di Garanzia e Valutazione (*supra*).

¹¹⁶ Art. 6(3), L. 3/2021.

¹¹⁷ Art. 5(2), L. 3/2021.

dare avvio alla procedura che consente la somministrazione del farmaco letale sul paziente che non è più in grado di rinnovare il proprio consenso al trattamento richiesto è il rappresentante designato dal paziente medesimo in seno alle proprie disposizioni anticipate, o un altro soggetto terzo (maggiore d'età e capace d'agire), che sia in possesso di queste ultime; nonché, in alternativa, lo stesso medico che ha in cura la persona che versa in un contesto eutanasi, il quale è autorizzato a consultare il *Registro nacional de instrucciones previas* per verificare quale siano le volontà del malato con riguardo a un'ipotetica simile condizione¹¹⁸. Ciascuno dei soggetti indicati agisce quale mero latore di una decisione altrui, senza poter modificare o integrare le dichiarazioni formulate dal paziente¹¹⁹, le quali vincolano per forza propria il medico responsabile, senza che occorra alcun preventivo controllo da parte del medico consulente e della Commissione¹²⁰. Dopo l'entrata in vigore della L. n. 3/2021, infatti, chi redige, ai sensi della L. 41/2002 e delle norme attuative disposte da ogni Comunità Autonoma, delle dichiarazioni volte a esprimere in anticipo (in previsione, cioè, di una futura e ipotetica condizione di malattia e incapacità) il proprio consenso o dissenso alle cure può non solo manifestare la sua volontà di rifiutare le terapie che egli reputa lesive della sua dignità, ma anche obbligare i sanitari a somministrargli un farmaco letale, prefigurandosi la possibilità di versare in una condizione clinica conforme a quella che consente il legittimo accesso a tale trattamento. E ciò, in assenza di una domanda ipotetica di *ayuda para morir* che sia reiterata e informata, in modo da assicurare la genuinità e la consapevolezza della volontà sottesa alla domanda medesima¹²¹. La richiesta eutanasi anticipata, infatti – a differenza della diversa circostanza in cui il paziente abbia da sé espresso una volontà attuale di accedere a un simile trattamento, divenendo incapace solo dopo l'accoglimento dell'istanza – non è espressa a esito di un processo deliberativo ponderato, condotto insieme al medico e concluso con un'ulteriore dichiarazione di consenso informato. La recente legislazione statale si è limitata, piuttosto, ad ampliare l'ambito applicativo delle dichiarazioni mediante cui la persona adulta e capace d'agire può decidere, *ex ante*, se sottoporsi o meno a una terapia (nonché stabilire la destinazione del suo corpo e dei suoi organi dopo la morte), senza apportare alcuna modifica alle diverse normative locali che regolano la formazione di simili volontà¹²². Una siffatta scelta si pone, ad ogni modo, in contrasto con l'attenzione riservata dal legislatore statale all'autonomia e all'indipendenza del malato che ricerca l'assistenza dei sanitari per morire. La domanda *de ayuda para morir* richiede, infatti, il rispetto di requisiti assai più stringenti di quelli necessari, a norma dell'art. 8 della L. n. 41/2002, per esprimere il consenso o dissenso informato ai trattamenti. A differenza di queste ultime dichiarazioni di volontà, la predetta richiesta non può essere formulata verbalmente in

¹¹⁸ Art. 6(4), L. 3/2021.

¹¹⁹ Con riguardo al ruolo del rappresentante designato mediante le *instrucciones previas*, quale interlocutore che non può in alcun caso sostituirsi o modificare la volontà del paziente si vedano le considerazioni di U. ADAMO, *Sulla disciplina giuridica delle instrucciones previas nell'ordinamento spagnolo*, cit., 7.

¹²⁰ Art. 9, L. 3/2021.

¹²¹ Così, espressamente l'Art. 5(2), il quale prevede l'inapplicabilità delle disposizioni di cui al primo comma, lettere b), c) ed e), nel caso in cui il paziente attualmente incapace abbia redatto delle disposizioni anticipate di trattamento.

¹²² L'Art. 11(2) L. 41/2002 prevede, infatti, che le *instrucciones previas* di ogni persona devono sempre essere specificate per iscritto rimettendo, tuttavia, a ogni ordinamento locale (*rectius* «a ogni servizio sanitario») l'indicazione degli ulteriori requisiti procedurali, nonché formali e sostanziali, eventualmente necessari affinché tali disposizioni siano vincolanti.

un'unica soluzione¹²³ da un paziente che decida di rinunciare a ogni informazione sulle terapie suggerite dai medici o da lui stesso prescelte¹²⁴, né essere il frutto di una deliberazione congiunta del paziente incapace d'agire e del suo rappresentante¹²⁵, ovvero essere espressa da un minore che sia capace di discernimento¹²⁶.

Da un simile angolo visuale, si coglie la distanza che separa – almeno in linea di principio – l'approccio del legislatore spagnolo da quello della Corte costituzionale italiana, la quale ha inteso sottoporre (salvo che per le integrazioni consistenti nella previsione di controlli preventivi di legittimità e del diritto all'obiezione di coscienza dei sanitari) la manifestazione di volontà volta a ricevere il suicidio assistito alla disciplina normativa che regola il rifiuto ai trattamenti di cui alla L. 219/2017¹²⁷. Sotto il profilo sostanziale, però, è doveroso rilevare che la legislazione da ultimo richiamata subordina già, a differenza dell'omologa normativa straniera in materia di consenso informato, il diritto di rifiutare o revocare le cure al rispetto di alcuni rigidi requisiti, tra cui la forma scritta (o altra idonea a offrire pari garanzia di certezza) e la piena capacità d'agire del paziente¹²⁸; condizioni, queste ultime, presenti nella recente *Ley Organica* per la sola formulazione di una richiesta preliminare alla dichiarazione di consenso informato a un trattamento eutanasi.

5. L'attuale prospettiva del legislatore italiano sull'eutanasia e il suicidio medicalmente assistito. Brevi osservazioni de iure condendo

La fine della vita delle persone sofferenti e affette da patologie per le quali non vi sono terapie efficaci o, comunque, conformi alla volontà dei diretti interessati è stata, nel recente passato, una questione per nulla trascurata dal legislatore italiano il quale, al contrario – così con la legge n. 38 del 2010,

¹²³ L'art. 2, comma 4, della L. 41/2002 prevede, tuttavia, che il rifiuto del trattamento debba essere registrato per iscritto.

¹²⁴ L'Art. 9, della L. 41/2002 consente, infatti, a ogni paziente di esprimere il desiderio di non essere informato. In tal caso, la sua volontà verrà documentata e rispettata dai medici, senza che ciò pregiudichi il suo diritto di esprimere comunque il consenso ai trattamenti: «Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención».

¹²⁵ Il riferimento è all'art. 9 della L. 41/2002, il quale disciplina le ipotesi di «consentimiento por representación», precisando (così, in particolare, ai commi sesto e settimo, del tutto in linea con le norme della Convenzione di Oviedo) che il consenso espresso dal rappresentante legale o da persone legate per motivi familiari o di fatto al paziente deve sempre essere preso nel migliore interesse del paziente, appropriato alle circostanze e proporzionato ai bisogni da soddisfare, nonché nel rispetto della sua dignità personale. Il paziente deve essere, inoltre, coinvolto nel processo decisionale, valorizzando la sua capacità di comprensione.

¹²⁶ La legislazione spagnola in materia di consenso informato ai trattamenti sanitari sui minori vieta, infatti, all'art. 9, comma 4, che il predetto consenso possa essere espresso da un rappresentante legale se il paziente è infrasedicenne o emancipato. Inoltre, al precedente comma 3 – senza fare alcun riferimento all'età anagrafica del paziente – si precisa che l'intervento del rappresentante è possibile quando il minore non sia capace né intellettualmente né emozionalmente di comprendere la portata dell'intervento. In questo caso, il consenso lo darà il rappresentante legale del minore dopo aver ascoltato la sua opinione ai sensi dell'art. 9 della *Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor*, se questi è sufficientemente maturo; maturità, quest'ultima, presuntivamente sussistente per legge sin dall'età di dodici anni.

¹²⁷ Il riferimento è alla sentenza n. 242/2019 (*supra*, par. 2).

¹²⁸ Art. 1, comma quinto, L. 219/2017.

per l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore¹²⁹ e con la legge n. 219 del 2017, in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento – ha provveduto a conformare l'assistenza sanitaria statale, in tali delicati contesti, al rispetto dei principi di solidarietà, autodeterminazione e dignità, in favore del malato¹³⁰. Ai medici, infatti, è fatto divieto di somministrare ogni trattamento clinicamente utile (anche al solo e limitato fine di consentire la sopravvivenza umana) senza il consenso informato (attuale o anticipato) del paziente, con l'obbligo, altresì, di assisterlo con delle cure lenitive, affinché il percorso che conduce al decesso sia per quest'ultimo il più possibile indolore¹³¹. Colui che attende di morire non può, però, conseguire dal professionista un altro servizio assistenziale, del pari farmacologico, per rendere rapido, nonché aderente ai personali canoni di dignità, il proprio congedo dalla vita, posto che una tale condotta sanitaria, seppur lecita (almeno con riguardo al suicidio assistito) dopo la sentenza n. 242/2019, non possiede ancora alcuna concreta disciplina legislativa, che le consenta di essere a pieno operativa¹³².

Proprio nell'ipotesi da ultimo richiamata, cioè quella in cui il paziente desidera anticipare il momento della propria morte con l'aiuto del medico, i principi giuridici di autonomia, dignità e solidarietà appaiono privi di effettività e bisognosi, dunque, di un accorto intervento dell'organo politico; intervento che, anche questa volta, non sembra essere mancato, a seguito delle sollecitazioni delle corti (e dei cittadini) in materia di fine vita¹³³. Le Commissioni riunite, Giustizia e Affari Sociali, della Camera dei Deputati si apprestano, infatti, ad adottare un testo base unificato in tema di eutanasia, sul quale riferire all'Assemblea¹³⁴ una volta completato l'esame preliminare delle diverse proposte di legge presentate nel corso della XVIII legislatura e abbinata *ratione materiae*¹³⁵. È opportuno, pertanto, esaminare il documento unitario ancora in corso di approvazione da parte delle Commissioni, il quale è aderente, in titolo, forma e contenuti (salvo che per delle minime, ma significative modifiche, di cui si darà conto), alla proposta di legge n. 3101 del 10 maggio 2021, intitolata "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita"¹³⁶.

¹²⁹ Tale legge ha costituito, più esattamente, l'esito di un percorso normativo già avviato nel 1999 con la legge n. 39, la quale ha riconosciuto a ogni cittadino il diritto di accedere alle cure palliative e ha previsto un programma nazionale per la creazione, su base regionale, di strutture residenziali di cure palliative.

¹³⁰ Cfr. Art. 1, comma terzo, lett. a), L. 15 marzo 2010, n. 38 e Art. 1, comma primo, L. 22 dicembre 2017, n. 219.

¹³¹ La L. 219/2017, all'art. 2, primo comma, prevede, espressamente, che «il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o 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».

¹³² Più diffusamente, *supra*, par 2.

¹³³ Il riferimento è all'approfondito lavoro di E. BUCALO, G. GIAIMO (*Le sollecitazioni delle Corti e l'inerzia del legislatore in tema di suicidio assistito. Un confronto tra Italia e Inghilterra*, 2019, pp. 171-197) pubblicato su questa Rivista.

¹³⁴ Tale facoltà è prevista all'art. 77, comma terzo, del Regolamento della Camera dei Deputati.

¹³⁵ *Supra*, par. 2, nota n. 52.

¹³⁶ È possibile seguire l'esame preliminare (iniziato il 30 gennaio 2019 e ancora in corso) delle Commissioni sulle abbinata proposte di legge in materia di "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia" sul sito della Camera dei Deputati al seguente link: <https://bit.ly/3kNREMG>.

La proposta normativa che regola l'accesso legittimo alle pratiche eutanasiche in Italia manifesta, sin dall'apertura – mediante il richiamo alle fonti nazionali e internazionali¹³⁷ – l'obiettivo di dare massimo risalto alla dignità del paziente nella fase finale della sua esistenza, lasciando che la volontà di quest'ultimo, se libera e consapevole, prevalga sulla sua stessa vita¹³⁸. Ogni persona affetta da patologie irreversibili o con prognosi infausta può richiedere, infatti – nel rispetto delle condizioni e dei limiti previsti dal legislatore – che il suo decesso sia cagionato «da un atto autonomo con il quale [...] si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e la supervisione del Servizio Sanitario Nazionale»¹³⁹. La definizione di una siffatta nuova facoltà individuale appare, tuttavia, parecchio vaga e imprecisa, in quanto essa è del tutto priva – tanto nella disposizione che delinea il significato dei termini adoperati nel testo, quanto nelle restanti parti dell'articolato medesimo – di riferimenti lessicali che possano rendere univoci i caratteri dell'istituto e assicurare, altresì, che esso risponda ai criteri di uguaglianza e ragionevolezza di cui all'art. 3 Cost. In seno al documento, infatti, non si fa mai menzione delle categorie in cui sono solite essere classificate le pratiche eutanasiche attive (eutanasia e suicidio assistito), benché proprio l'utilizzo di tali lemmi appaia di massima utilità per trasmettere con chiarezza ai cittadini il contenuto innovativo delle disposizioni legislative¹⁴⁰. La possibilità per l'interprete di procedere a una disambiguazione a riguardo sembra essere esclusa, inoltre, dall'altrettanto incerto contenuto dell'unica previsione che disciplina l'attività di «supporto e supervisione» dei sanitari che operano entro la rete di assistenza nazionale in favore del morente. L'art. 5 non indica, infatti, quale sia il tipo di prestazione erogata al paziente che chiede la morte volontaria medicalmente assistita, limitandosi, piuttosto, a porre sulla Direzione Sanitaria dell'Azienda Sanitaria Territoriale o Ospedaliera di riferimento soltanto l'obbligo generico di «attivare le verifiche necessarie a garantire che il decesso della persona malata» – quale fatto assimilato a tutti gli effetti di legge a una morte naturale¹⁴¹ – avvenga nel rispetto della dignità di quest'ultima, presso

¹³⁷ L'art. 1 (Finalità) della proposta di testo base richiama, infatti, gli artt. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, l'art. 8 della Cedu, nonché gli artt. 1, 3, 4, 6 e 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

¹³⁸ Si rileva, infatti – a sostegno del convinto bilanciamento effettuato dal legislatore nazionale in seno al predetto testo normativo – il mancato richiamo all'art. 2 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, che tutela espressamente il diritto alla vita.

¹³⁹ Art. 2 (Definizione) della proposta di testo base.

¹⁴⁰ Si precisa che tra le proposte di legge abbinata, solo la proposta n. 1875, all'Art. 2, distingue, in modo puntuale, tra eutanasia e suicidio assistito, prevedendo – a determinate condizioni – la liceità di entrambe (per una puntuale analisi della suddetta normativa, v. G. GIAMO, *Considerazioni sparse, in chiave comparatistica, sulle proposte di legge in materia di eutanasia e di suicidio medicalmente assistito*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 2019, 27-41). Le altre, al contrario, si limitano a prevedere la non punibilità – ai sensi degli artt. 575, 579, 580 e 593 – del medico che abbia praticato, su richiesta e nel rispetto della legge, un «trattamento eutanastico» (così Art. 1, proposta n. 1655; Art. 3, proposta n. 2; Art. 3, proposta n. 1418); ovvero a riconoscere la legittimità della sola «somministrazione, da parte di personale medico qualificato, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata del paziente senza dolore o sofferenze», senza contemplare l'ipotesi del suicidio assistito (così, Art. 1, proposta n. 1586). In senso del tutto opposto alle proposte precedenti, si pone la n. 1888, la quale, all'Art. 1, prevede che «Se il fatto è commesso nei confronti di una persona tenuta in vita solo mediante strumenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza, si applica la reclusione da sei mesi a due anni quando l'autore convive stabilmente con il malato e agisce in stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza dello stesso. Non si applicano le disposizioni del secondo comma».

¹⁴¹ Art. 5(8), proposta di testo base.

il suo domicilio (ovvero, se ciò non è possibile, in altra struttura ospedaliera o residenziale pubblica)¹⁴² e alla presenza di un medico¹⁴³. L'indefinito richiamo all'autonomia dell'atto che conduce alla morte, di cui all'art. 2, potrebbe essere inteso, pertanto, tanto in termini materiali, per indicare la sola legittimità del suicidio medicalmente assistito; quanto riferito alla natura negoziale della volontà dichiarata dal paziente, attribuendo degli effetti giuridici vincolanti alla manifestazione dell'intento suicidario di quest'ultimo, qualunque sia il contributo esterno (prescrizione o somministrazione del farmaco letale) che agevola il rapido e indolore conseguimento della morte. Nella prima delle due ipotesi, tuttavia – vale a dire quella che ricalca fedelmente la pronuncia dei giudici costituzionali – il rischio è di circoscrivere eccessivamente, pur in assenza delle stringenti limitazioni che ineriscono all'oggetto e ai parametri di un giudizio di costituzionalità, l'operatività di una normativa tesa, almeno in astratto, a rafforzare, senza distinzioni, i diritti fondamentali delle persone malate che versano in gravi e intollerabili condizioni di vita, trascurando la situazione di quanti non possono ingerire, in modo autonomo, una sostanza che cagioni loro una morte immediata¹⁴⁴. Ciò che emerge con chiarezza dalla proposta legislativa, ad ogni modo, è che l'assistenza dei sanitari in favore del paziente che chiede l'aiuto dei medici per anticipare la sua morte debba rispondere – qualunque sia la modalità concreta in cui si palesa una tale condotta legittima, ai sensi della normativa – a una duplice finalità. In primo luogo, una siffatta assistenza deve essere fornita soltanto a coloro che ne abbiano fatto richiesta in piena autonomia e allo scopo di porre fine alle sofferenze prodotte (in modo diretto o indiretto) dalla malattia; e non compromettere, in secondo luogo, la vita di quanti – più vulnerabili a causa di pressioni esterne o di una condizione di incapacità – abbiano esternato, senza convinzione né contezza, la volontà di morire.

Con riguardo al primo dei profili sopra richiamati, la normativa riconosce la possibilità di porre termine, con l'aiuto dei medici, alla propria esistenza solo al paziente che risponda a dei precisi requisiti soggettivi e oggettivi. È, infatti, necessario che il malato sia, da un lato, capace di autodeterminarsi e non più in grado di sopportare le sofferenze fisiche o psicologiche che derivano dalla patologia; e che lo stesso sia, dall'altro lato, una persona maggiorenne e affetta da una malattia (o disabilità) irreversibile (o a prognosi infausta), nonché sottoposta a dei trattamenti di sostegno vitale e, infine – benché tale ultimo ulteriore presupposto appaia defettibile se il paziente stesso vi abbia rinunciato – inserita in un percorso di cure palliative¹⁴⁵. Tali condizioni oggettive si discostano, tuttavia, dal disegno di legge¹⁴⁶ che ha fatto da modello alla proposta normativa in esame, nella parte in cui quest'ultima non include tra i pazienti meritevoli di tale assistenza anche quanti non siano dipendenti da macchine che sopperiscano alle loro disfunzioni organiche, ma necessitino di trattamenti farmacologici o, sem-

¹⁴² Art. 5(5), proposta di testo base.

¹⁴³ La proposta di testo base sembra distinguere gli obblighi del SSN da quelli del medico che esegue il trattamento. L'art. 4, comma secondo, precisa, infatti, che «la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente ovvero a un medico di fiducia», il quale sembra coincidere con «il medico presente all'atto del decesso», ai sensi dell'art. 5(7), che deve accertare il persistere della volontà di morte volontaria medicalmente assistita del paziente e la sussistenza delle condizioni per la sua legittimità.

¹⁴⁴ Tale rilievo è stato più volte mosso nel corso delle audizioni informali del 3 giugno 2021, successive alla presentazione della proposta di testo base unificato e visibili su <https://webtv.camera.it/evento/18293>.

¹⁴⁵ Art. 3, commi 1 e 2, proposta di testo base.

¹⁴⁶ Art. 3, comma secondo, lett. c), Proposta di legge n. 3101, del 10 maggio 2021.

plícemente – data l’incapacità di provvedere da soli ai propri bisogni quotidiani – dell’aiuto dei terzi per vivere. Una simile esclusione trasmette non solo una certa disattenzione politica verso le difficoltà già riscontrate dai pazienti che hanno rivolto le loro istanze ai giudici di merito¹⁴⁷, ma è anche rivelatrice della principale preoccupazione legislativa, la quale – come già rilevato – appare essere, in definitiva, quella di non allontanarsi affatto dal tracciato indicato dai giudici costituzionali, pur a costo di creare delle notevoli disuguaglianze tra tutti i malati riconducibili a una medesima e comune categoria. La sottoposizione del paziente alle terapie di sostegno vitale è, infatti, una condizione del tutto eccedente l’ottica solidale (volta, cioè, a dare sollievo ai malati che attendono di morire, senza poter governare con tempi e modalità per loro più dignitosi un tale inarrestabile processo) sottesa a un siffatto intervento normativo; soprattutto se – in chiaro contrasto coi principi che regolano la relazione medico-paziente – tali terapie, a differenza di quelle lenitive, finiscono per non poter essere rifiutate dal malato, il quale è costretto ad acconsentire alla loro somministrazione per poter poi chiedere assistenza per morire¹⁴⁸. Ciò che forse sarebbe stato opportuno nella predisposizione di una simile disciplina unitaria è, al contrario, un’integrazione dei criteri obiettivi previsti dalla proposta di legge n. 3101 per individuare le persone legittimate a chiedere il trattamento mortifero, inserendo tra questi – così come fatto dal legislatore spagnolo – un requisito di nazionalità o residenza, utile a evitare che il Paese diventi meta ambita per coloro che provengono da ordinamenti in cui tali pratiche sono ancora vietate; nonché – alla stregua di quanto previsto nella proposta n. 1875 del 30 maggio 2019 – un ulteriore riferimento alla malattia psichiatrica, quale patologia inidonea per eccedere al trattamento medesimo¹⁴⁹.

Con riguardo alla seconda delle finalità proprie della provvisoria normativa sulla morte medicalmente assistita, cioè la tutela della vita dei pazienti che versano in condizioni di particolare fragilità, essa è perseguita attraverso una serie di garanzie, volte ad accogliere la deliberazione della persona che dichiara di volere morire, soltanto se riferibile a un malato che – in possesso di tutti i requisiti soggettivi e oggettivi prima indicati – sia in grado di formulare una richiesta “informata”, “consapevole”, “libera” ed “esplicita”¹⁵⁰. A ben vedere, tuttavia, tra i caratteri appena menzionati, l’unico che la normativa sembra (in parte) in grado di assicurare è quello formale, cioè relativo alla modalità di esternazione della dichiarazione, la quale deve essere indirizzata a un medico di fiducia del paziente¹⁵¹ e manifestata per iscritto, nelle forme previste dall’articolo 602 del codice civile, ovvero con altre ido-

¹⁴⁷ Il riferimento è al caso Trentini, deciso dalla Corte d’Assise di Massa (*supra*, par. 2, nota n. 40).

¹⁴⁸ In senso analogo, L. D’AVACK, *L’aiuto al suicidio medicalizzato sotto il controllo della Corte Costituzionale*, in *Dir. Fam. e Pers.*, 2019, 1707 ss. Con riguardo alla rilevanza di un tale requisito nel ragionamento condotto dalla Corte costituzionale, volto a garantire, invece, una parità di trattamento tra tutti i pazienti sottoposti a delle terapie di sostegno vitale, senza distinguere tra quelli che possono rifiutare queste ultime ottenendo una morte istantanea (cd. cure di salvataggio immediato) e quelli che, invece (come Fabiano Antoniani), non avrebbero potuto ottenere un tale esito, cfr. M. DONINI, *Libera nos a malo. I diritti di disporre della propria vita per la neutralizzazione del male*, cit., 6.

¹⁴⁹ Art. 3, comma primo, proposta di legge n. 1875 del 30 maggio 2019.

¹⁵⁰ Art. 4(1), proposta di testo base.

¹⁵¹ Art. 4(2), proposta di testo base, prevede che: «La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve essere indirizzata al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente ovvero a un medico di fiducia».

nee a comunicare, inequivocabilmente, la volontà di un malato che non possa redigere con forme olografe la decisione di rinunciare alla propria vita¹⁵².

Non sono, invece, previste delle particolari cautele (quali, ad esempio, seguendo il modello spagnolo, la necessità che il paziente sia visitato da almeno due professionisti tra loro indipendenti, ovvero che la dichiarazione sia formulata alla presenza del medico, nonché a esito di un'ulteriore manifestazione di volontà da parte dell'istante, successiva all'adempimento di alcuni obblighi informativi del professionista) per assicurare, *ex ante*, che l'istanza provenga da un malato che versi nelle condizioni, oggettive e soggettive, richieste dalla legge. Ciò che sembra mancare, in particolare, è la predisposizione di controlli utili ad accertare, in concreto, che la richiesta di morte medicalmente assistita sia una sicura espressione della volontà del richiedente (e non riferibile ad altri che abbiano, anche senza il suo consenso, redatto, datato e sottoscritto il documento¹⁵³), formatasi in modo indipendente e a esito di un'accurata e consapevole valutazione da parte dell'interessato stesso circa la propria situazione, le cure disponibili, nonché gli effetti e modalità del trattamento¹⁵⁴. In primo luogo, infatti, il medico che riceve l'istanza – l'unico che può valutare la condizione clinica e psicologica del paziente – ha soltanto un generico e burocratico obbligo di provvedere alla redazione di un rapporto sulle condizioni cliniche del malato, nel quale registrare, altresì, le motivazioni che hanno indotto quest'ultimo a formulare la richiesta di morire, precisando se il malato medesimo sia stato o meno informato circa la propria condizione clinica, la prognosi e le alternative terapeutiche e palliative disponibili¹⁵⁵. L'impressione è, dunque, che la domanda di morte volontaria e medicalmente assistita non debba essere esaminata dal medico (magari con l'assistenza di altro personale specializzato) adempiendo a efficaci e scrupolosi obblighi professionali, tra cui rientrano senza dubbio anche quelli informativi, utili ad accertare che l'istanza provenga da una persona ancora nel pieno delle sue facoltà, che abbia operato una tale scelta al riparo da interferenze esterne, senza esservi stato indotto da una falla della rete di assistenza familiare o statale. Al contrario, la mera redazione del rapporto prima indicato soddisfa la necessità legislativa di salvaguardare la vita del paziente, formando – insieme alla domanda di quest'ultimo e alla sua cartella clinica – la base istruttoria sulla quale, entro sette giorni, un organo collegiale, multidisciplinare, indipendente e autonomo, cioè il Comitato per l'etica

¹⁵² Art. 4(1), proposta di testo base.

¹⁵³ Si segnala che la proposta normativa sembra aver voluto ridurre l'elevato grado di formalismo rinvenibile nella soluzione suggerita dal progetto legislativo n. 1875, il quale prevede – oltre all'integrale autografia del documento – la presenza, altresì, di due testimoni. In realtà, proprio quest'ultima cautela appare essere quella più utile per assicurare l'autenticità e la paternità della dichiarazione, posto che la forma olografa – come riconosciuto dal testo base medesimo – non è sempre praticabile per chi versa in gravi, irreversibili e dolorose condizioni di salute.

¹⁵⁴ A riguardo – benché anche questa non preveda alcun duplice e indipendente controllo medico sul paziente – la proposta di legge n. 1875 è assai più precisa. L'art. 4(3) dispone, infatti, che: «Il personale medico è tenuto ad accertare preliminarmente che sussistano le condizioni di cui all'articolo 3 e che permanga nel paziente l'intenzione di procedere al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanasi, verificando che sia consapevole e informato della situazione clinica e della prognosi, nonché dei trattamenti sanitari ancora attuabili e del diritto di accedere alle cure palliative, fornendo un adeguato supporto anche psicologico finalizzato al sostegno del paziente e all'informazione sulle possibili e dignitose alternative alla scelta fatta».

¹⁵⁵ Art. 5(3), proposta di testo base.

nella clinica (*infra*), procederà ad accogliere o rigettare l'istanza eutanastica¹⁵⁶. Neppure quest'ultimo organo, tuttavia, provvede ad accompagnare il paziente nell'attenta e lucida ponderazione della sua richiesta, posto che il suo giudizio si compie solo su base documentale.

L'unica previsione che sembra cogliere nel segno circa l'opportunità di condurre un'attenta verifica della volontà espressa dal malato è quella contenuta al settimo comma dell'articolo cinque, della proposta di testo base, il quale pone sul medico presente all'atto del decesso l'obbligo di accertare i presupposti soggettivi e oggettivi richiesti per accedere a tale forma di assistenza, eventualmente avvalendosi della collaborazione di uno psicologo¹⁵⁷, dal momento che, anche in circostanze di tempo e di luogo ormai prossime al compimento dell'atto eutanastico, il paziente può revocare la propria richiesta di morire, senza dover rispettare alcun vincolo di forma¹⁵⁸. Tale tardiva garanzia a tutela dell'autodeterminazione del paziente – successiva all'attestazione di legittimità della sua richiesta, nonché delle modalità di esecuzione di quest'ultima, da parte, rispettivamente, del Comitato etico e dell'Azienda sanitaria – non pare, tuttavia, sufficiente per assicurare l'effettiva libertà e consapevolezza del paziente medesimo il quale, a fronte di una siffatta sollecitazione, potrebbe ormai sentirsi obbligato a portare avanti il trattamento ovvero, al contrario, essere indotto (a causa di una sopravvenuta incapacità) a rifiutare lo stesso, nonostante la serietà e genuinità dell'originaria richiesta. A riguardo, però, la posizione degli estensori della proposta normativa risulta molto chiara: la morte medicalmente assistita è concessa solo al paziente che sia, sino alla fine, in grado di esprimere in piena autonomia tale richiesta, senza consentire, dunque, che un farmaco letale possa essere somministrato a un individuo incosciente o incapace, che abbia in precedenza prestato il consenso al suddetto trattamento. L'opportunità di una simile limitazione del diritto di autodeterminazione della persona malata e capace d'agire che – pur in assenza di tutti i requisiti per ricevere l'assistenza medica per morire, salvo che per la maggiore età e la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli – versi in condizioni patologiche attuali e degenerative, ovvero si prefiguri una tale possibilità in futuro, appare non comprensibile, dato che una previsione siffatta non esclude che tali pazienti possano, comunque, ai sensi degli articoli 4 e 5 della L. 219/2017, rifiutare ogni terapia per mezzo delle DAT o pianificando coi medici le cure, in attesa che sopravvenga la morte naturale. Nell'ottica di manifestare e rinnovare, mediante l'adozione di una disciplina legislativa di nuova introduzione, massima comprensione e attenzione per i bisogni della persona morente, la disposizione richiamata sembra spostare il fuoco dell'attenzione dalla sofferenza del paziente che ritiene per sé dignitoso morire in modo rapido, procedendo a distinguere due situazioni (il rifiuto delle terapie e la richiesta di somministrazione di un farmaco letale) che, come rilevato dagli stessi Giudici costituzionali, possiedono – data l'oggettiva gravità e irrecuperabilità della patologia – dei contorni assai sfumati¹⁵⁹.

È bene compiere, adesso, alcune finali notazioni riguardo al progetto normativo che potrebbe costituire la base della futura legislazione italiana in materia di anticipazione (volontaria e medicalmente assistita) della fine della vita dei malati, rilevando – contrariamente a quanto prima osservato – due

¹⁵⁶ Art. 5(4), proposta di testo base.

¹⁵⁷ Art. 5(7), proposta di testo base.

¹⁵⁸ Art. 4(1), proposta di testo base.

¹⁵⁹ Tra le proposte di legge abbinate, tuttavia, soltanto le n. 1655 e n. 1586, rispettivamente, agli artt. 1 e 3, prevedono una modifica della legge n. 219/2017, affinché sia riconosciuta la possibilità al paziente di redigere delle disposizioni anticipate di trattamento per chiedere assistenza medica per morire.

significativi elementi che indicano una certa distanza dal tracciato segnato dalla Corte costituzionale, con la sentenza n. 242/2019. In particolare, occorre evidenziare che – a differenza del suggerimento dato dalla Consulta – l’organo incaricato di svolgere il preventivo controllo di legittimità sulla richiesta eutanasi del paziente è un Comitato etico non coincidente con quello territoriale che è preposto alla valutazione degli aspetti della pratica clinica connessi ai protocolli di sperimentazione diagnostica, terapeutica e riabilitativa¹⁶⁰. Il Comitato per l’etica nella clinica ha, invece, la precisa funzione di consentire la solida costruzione di un’alleanza terapeutica tra il medico e il paziente in seno alla struttura sanitaria, componendo ogni possibile contrasto o incomunicabilità tra questi ultimi, che impedisca al paziente medesimo di esprimere il consenso o il dissenso informato ai trattamenti¹⁶¹. Appare, pertanto, almeno in astratto, del tutto opportuna la proposta di una loro istituzione da parte della normativa in esame, posto che si è in presenza di una dichiarazione di volontà del malato eticamente divisiva e che mira a coinvolgere i medici nell’esecuzione di atti diretti a provocare il decesso del paziente¹⁶². L’attività riservata dal possibile testo base ai predetti organi collegiali, tuttavia – a un esame più attento della disciplina in esso contenuta – è assai differente da quella consultiva che dovrebbe essere affidata a tali Comitati i quali, come sopra accennato, assumono (su base documentale) la determinazione finale che consente, se favorevole, la prosecuzione delle ulteriori verifiche da parte dell’Azienda Sanitaria, nonché, infine, l’erogazione del trattamento. Il parere motivato e obbligatorio del Comitato etico è, pertanto, sempre vincolante per il paziente¹⁶³, benché non vi siano specifici rimedi (amministrativi o giurisdizionali) che consentano a quest’ultimo di opporsi a un eventuale pronuncia di diniego. Ciò che non è chiaro, invece, è quale sia la cogenza della delibera nei confronti dei sanitari, soprattutto nel caso in cui la richiesta di assistenza per morire sia stata accolta dal suddetto organo. A differenza dell’emanazione di un parere negativo, infatti – il quale rende punibile, se disatteso, la condotta di coloro che hanno comunque aiutato il malato ad attuare il suo volere¹⁶⁴ – il pare-

¹⁶⁰ La possibilità dei Comitati di cui all’articolo 12, commi 10 e 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, così come disciplinati dal Decreto dell’8 febbraio 2013, del Ministero della Salute (Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati etici), di svolgere delle funzioni consultive è, infatti, solo residuale: «[...] ove non già attribuita a specifici organismi, i Comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona. I Comitati etici, inoltre, possono proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica» (Art. 1(2), D.M. 8 febbraio 2013).

¹⁶¹ CNB, *I Comitati per l’etica nella clinica*, parere del 31 marzo 2017, 11.

¹⁶² Cfr. G. BATTAGLIA, *L’etica clinica” nelle determinazioni effettive del biodiritto: quale (possibile) ruolo per i comitati etici nell’ambito del fine vita?*, in *DPCE online*, 2020, 3429-35, 3431.

¹⁶³ Nel corso delle audizioni informali condotte durante l’esame preliminare delle proposte di legge abbinata in materia di rifiuto ai trattamenti e liceità dell’eutanasi, sono emerse, tuttavia, delle opinioni contrarie a riguardo (si veda, in particolare, l’audizione del 3 giugno, relativa alla proposta di testo base, nonché quella del 29 ottobre 2020, visibili su <https://webtv.camera.it>).

¹⁶⁴ Tale conclusione è suggerita dalla formulazione del comma quinto dell’Art. 5 della proposta di testo base, in cui si prevede che «Ove il parere sia favorevole, il medico lo trasmette, con tutta la documentazione in suo possesso, alla direzione sanitaria dell’azienda sanitaria territoriale o alla direzione sanitaria dell’azienda ospedaliera di riferimento, che esegue le verifiche necessarie a garantire che il decesso avvenga nel rispetto delle modalità di cui al comma 1, presso il domicilio del paziente o, qualora ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera o una struttura sanitaria residenziale pubblica». È chiaro, pertanto, che in assenza di un tale assenso, il medico che proceda ad assistere il paziente per morire incorre in responsabilità penale, non godendo dell’esclusione di punibilità prevista all’art. 7 del testo normativo medesimo per coloro che «abbiano

re favorevole del Comitato all'assistenza medica per la morte volontaria non sembra produrre sul personale delle strutture sanitarie pubbliche l'obbligo di adempiere alla prestazione eutanasi, ma solo di "attivare" (e non procedere, come previsto dall'analoga proposta di legge) le verifiche necessarie affinché sia corretta la sua erogazione, fornendo, altresì, un luogo dove questa possa essere eseguita, nel caso in cui non possa realizzarsi presso il domicilio del paziente¹⁶⁵. L'erogazione della prestazione sanitaria, pertanto (la prescrizione, cioè, del farmaco letale e, se si considera ricompresa dalla normativa, anche la somministrazione di quest'ultimo) è rimessa alla discrezionalità di un professionista che acconsenta a fornire una simile assistenza, senza assicurare all'avente diritto l'attuazione della sua pretesa. Proprio con riguardo a questo specifico profilo, sarebbe stato meglio procedere a un puntuale recepimento delle indicazioni dei Giudici costituzionali, prevedendo – in linea, altresì, con la soluzione fatta propria dal legislatore spagnolo – la possibilità dei singoli medici di non prendere parte al trattamento dichiarando, per tempo e in forma documentata, la propria obiezione di coscienza a una prestazione che si auspica possa comunque essere garantita dal servizio sanitario nazionale, in favore di ogni persona malata che soddisfi tutti i requisiti di legge¹⁶⁶.

attuato o concorso ad attuare la procedura di morte volontaria medicalmente assistita, né a coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata nell'attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura, qualora essa sia eseguita nel rispetto delle disposizioni della presente legge».

¹⁶⁵ Art. 5(5), proposta di testo base.

¹⁶⁶ A riguardo, si segnala per completezza e precisione, la proposta di legge n. 1875, la quale all'art. 6 prevede che: «Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanasi quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera competente. 2. L'obiezione di coscienza può essere sempre revocata o essere proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1 e in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla data della sua presentazione. 3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a consentire al paziente l'esecuzione del suicidio medicalmente assistito o a effettuare il trattamento eutanasi, ma non dall'assistenza antecedente e conseguente. 4. Le strutture del Servizio sanitario nazionale, con le modalità previste dal regolamento di cui all'articolo 8, sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 3. Qualora tale diritto non sia garantito, la struttura del Servizio sanitario nazionale, ferme restando le conseguenze penali o civili, deve provvedere al risarcimento del danno morale e materiale provocato».