

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

Sergio Seminara

Professore ordinario di Diritto penale, Università degli Studi di Pavia. Mail: seminara@unipv.it.

1. Il quadro normativo e la sentenza della Corte costituzionale

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

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

Tutto qui: contrariamente a chi vi ha ravvisato incongruenze e contraddizioni, la decisione è molto chiara nell’assumere una base di partenza normativa e nel mantenersi rigorosamente all’interno di essa, pervenendo alla non punibilità di chi «agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di

una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa irreversibili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli». Ciò ovviamente non esclude che, sul piano assiologico, il testo vigente dell’art. 580 c.p. risulti criticabile. Ma questo, appunto, è il frutto di un giudizio valoriale, che non riguarda la decisione della Corte costituzionale e chiama invece in causa il legislatore.

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

2. Considerazioni sulla proposta

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

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

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

2.1. I destinatari dell'aiuto medico a morire

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2. L'accertamento dei requisiti oggettivi

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

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

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

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

2.3. La proceduralizzazione della scelta di morire

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

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

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