

I progetti di legge sull'aiuto a morire in Italia, Inghilterra e Francia.

Prospettive normative a confronto

Giuseppe Gaimo*

LEGISLATIVE PROPOSALS ON ASSISTED DYING IN ITALY, ENGLAND AND FRANCE: A COMPARATIVE ANALYSIS

ABSTRACT: The essay examines the bills on medically assisted death currently under debate in Italy, the United Kingdom, and France, comparing how the three legal systems seek to regulate assistance in dying for patients who wish to end the suffering caused by illness with the cooperation of others. The comparative analysis considers the structure of these legislative proposals, with particular attention to the place accorded to the patient and their needs, as well as to the effectiveness of the safeguards intended to protect the requester's self-determination in each national context.

KEYWORDS: medically assisted death; patient self-determination; protection of vulnerable persons; legislative proposals; end-of-life

ABSTRACT: Il saggio analizza i disegni di legge sulla morte medicalmente assistita attualmente in discussione in Italia, nel Regno Unito e in Francia, mettendo a confronto le modalità con cui i tre ordinamenti intendono disciplinare l'aiuto a morire per i pazienti che desiderano porre fine alle sofferenze causate dalla malattia con la cooperazione di terzi. L'analisi comparatistica prende in esame l'architettura di tali proposte normative, con particolare attenzione allo spazio riconosciuto alla persona malata e alle sue esigenze, nonché all'effettività delle garanzie predisposte, nei rispettivi contesti nazionali, a tutela dell'autodeterminazione del richiedente.

PAROLE CHIAVE: aiuto al suicidio; autodeterminazione del paziente; protezione della vulnerabilità; proposte di legge; fine vita

SOMMARIO: 1. Introduzione: l'attuale configurazione del suicidio assistito in Italia – 2. Il disegno di legge italiano: analisi e rilievi critici – 3. Segue: ulteriori profili di riflessione critica – 4. Il *Terminally Ill Adults (End of Life) Bill* inglese – 5. La *Proposition de loi relative à la fin de vie* francese – 6. Una breve conclusione.

* Professore ordinario di Diritto Privato Comparato nell'Università degli Studi di Palermo. Direttore del Centro di Ricerca di Ateneo "COSCIENZA" Mail: giuseppe.gaimo@unipa.it. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.



Comparative
Perspectives

1. Introduzione: l'attuale configurazione del suicidio assistito in Italia

La possibilità di scegliere di porre termine alla propria vita per sottrarsi alle sofferenze della malattia costituisce un tema aspro e controverso, sul quale si confrontano sensibilità diverse. Il carattere socialmente divisivo di tale argomento rende difficoltosa l'elaborazione di una disciplina capace di tener conto dei differenti punti di vista, spesso ideologicamente connotati, rendendo incerto il passo dei legislatori i quali – anche quando sollecitati dalle Corti di vertice su una questione tanto eticamente sensibile¹ – esitano nel predisporre regole atte a governare la morte medicalmente assistita. Allo scopo, allora, di verificare come la medesima esigenza di regolamentazione venga affrontata in diversi contesti nazionali, si procederà a una disamina comparativa del progetto di legge italiano, inglese e francese in materia di aiuto al suicidio; con l'avvertenza che l'analisi – oltre a considerare tali testi nel loro complesso – si soffermerà, in particolare, sull'effettiva attenzione che essi riservano all'ammalato e al processo di formazione della sua volontà.

L'esame del disegno di legge italiano², tuttavia, non può prescindere da un richiamo preliminare a quanto statuito dalla Corte costituzionale³ la quale, come è noto, ha dichiarato la parziale incostituzionalità dell'art. 580 del codice penale stabilendo che, al ricorrere di determinate condizioni, non è punibile chi agevola un soggetto a darsi la morte al fine di porre termine alle sofferenze arrecategli da una patologia. Il ragionamento della Consulta si fonda sul presupposto, di carattere generale, secondo cui occorre sempre preservare la dignità dell'essere umano nella malattia. Ne consegue la necessità di tutelarne l'autodeterminazione, così da assicurare la maggiore aderenza possibile a ciò che l'interessato ritiene più conforme al proprio sentire e alla propria personalità⁴. In tale prospettiva, la Corte ha ravvisato un'irragionevole disparità di trattamento tra la situazione di chi lascia che il decesso sopraggiunga lentamente, rifiutando la somministrazione degli ausili di sostegno vitale (opportunità riconosciuta dall'art. 1, comma 5, della legge n. 219/2017) e quella di chi, al contrario, intenda abbreviare un lungo e penoso decorso agonico ricorrendo all'altrui cooperazione per porre fine alla propria esistenza, ove tale scelta sia da lui ritenuta più coerente con la sua concezione di dignità⁵.

In sintesi, poiché la Corte ha ritenuto non costituzionalmente giustificabile distinguere tra due modalità di congedarsi dalla vita che si collocano entrambe in un contesto di malattia grave e sofferta, essa ha esteso in via analogica alle richieste di aiuto al suicidio le cautele e i requisiti previsti dalla legge n. 219/2017 a garanzia della consapevolezza e genuinità del volere del paziente. Il Giudice delle leggi ha, dunque, subordinato la non punibilità dell'aiuto al suicidio all'effettiva verifica della piena capacità di

¹ A titolo di esempio si rinvia, per il contesto italiano, a Corte cost. n. 242/2019 e, per l'Inghilterra, a *R (on the application of Nicklinson and another) v. Ministry of Justice*, [2014], UKSC, 38. Per un approfondimento sugli ordinamenti europei che hanno una disciplina solo giurisprudenziale delle scelte di fine vita, sia consentito rinviare a G. GIAIMO, *La volontà e il corpo*, III ed., Torino, 2025, 135 ss.

² Testo unificato nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 65, 104, 124, 570, 1083, Petizioni nn. 198, 667, 1028 e 1408 "Modifica all'articolo 580 del codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019" (<https://www.senato.it/show-doc?leg=19&tipodoc=EMENDC&id=1462413&idoggetto=1463051&rif=0>, ultima consultazione 18/11/2025).

³ Corte cost., sentenza n. 242/2019 del 25 settembre 2019.

⁴ Cfr. Corte cost. ord. n. 207/2018, par. 8 cons. dir., richiamata e fatta propria da Corte cost. n. 242/2019, par. 2 cons. dir.

⁵ Cfr. Corte cost. n. 242/2019, par. 2.3 cons. dir.



Deregulation

autodeterminazione del paziente, il quale deve essere in grado di compiere una scelta libera e informata, espressa nelle forme di cui al comma 4 dell'art. 1 della legge n. 219/2017: mediante, cioè, un documento scritto o una videoregistrazione da inserire nella cartella clinica, così da fugare ogni dubbio circa l'autenticità di tale decisione. Parimenti, deve risultare che il medico abbia illustrato al paziente medesimo le conseguenze della scelta e le eventuali alternative, tra cui l'accesso alle cure palliative, potenzialmente idonee a eliminare le sofferenze che inducono a considerare la morte come unico scampo dall'angoscia⁶. L'area di non punibilità dell'aiuto al suicidio è stata dunque circoscritta all'ipotesi in cui tutto avvenga all'interno della relazione di cura⁷, quale contesto idoneo alla formazione di una volontà di morire che sia scevra da ogni condizionamento e che sia supportata da un adeguato sostrato informativo.

La Consulta, inoltre, nell'evidente intento di scongiurare i potenziali abusi derivanti da una limitazione della portata incriminatrice della norma oggetto di giudizio (soprattutto perché attuata in vece del legislatore, al quale spetterebbe la regolamentazione di vicende tanto controverse) ha ritenuto opportuno aggiungere ulteriori requisiti – rispetto a quelli già previsti dalla legge n. 219/2017 per l'ipotesi di rinuncia al (o di rifiuto del) sostegno vitale – affinché non sia punibile chi agevoli l'altrui condotta suicida rendendone possibile l'esecuzione. Per questa ragione, l'area di incostituzionalità dell'art. 580 c.p. è stata ristretta all'evenienza, parecchio articolata, in cui il malato sia affetto da una patologia irreversibile – che sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche reputate intollerabili dal paziente stesso – e, al contempo, sia capace di assumere decisioni in autonomia, libere e consapevoli⁸; costui, inoltre, deve essere sottoposto a trattamenti di sostegno vitale. La verifica di tutte queste condizioni deve esser compiuta da strutture pubbliche del Servizio sanitario nazionale, alle quali è altresì demandato il compito di stabilire le modalità di esecuzione del progetto di morte. Infine, è richiesta l'acquisizione del parere preventivo del Comitato etico territorialmente competente⁹.

La decisione della Corte ha l'indubbio merito di chiarire che una punizione indiscriminata dell'aiuto al suicidio si porrebbe in irrimediabile contrasto con il principio, ormai accolto e fatto proprio dal legislatore, secondo cui la vita non costituisce un bene indisponibile da tutelare a ogni costo, anche contro la volontà del suo titolare. Per altro verso, la Corte stessa si è dimostrata consapevole che un'eventuale completa ablazione dall'ordinamento di quel divieto sarebbe foriera di rischi, in quanto la *ratio* sottostante all'art. 580 c.p. (tutelare i soggetti deboli e vulnerabili¹⁰ da chi possa indurli al suicidio o agevolarne l'esecuzione) conserva una valenza inalterata¹¹ per tutte le ipotesi che esulano dal contesto delineato dalla sentenza n.

⁶ Corte cost., sentenza n. 242/2019, par. 5, cpv. 7 e 8 cons. dir.

⁷ Nelle parole della Corte, "Il riferimento a tale disciplina [la legge n. 219/2017] implica, d'altro canto, l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente" (Corte cost., sentenza n. 242/2019, par. 5, cpv. 9 cons. dir).

⁸ Sulla capacità richiesta all'infermo v. F. GIARDINA, *Scelte di fine vita e "capacità di prendere decisioni libere e consapevoli"*, in *Resp. Medica*, 2022, 91.

⁹ Corte cost., sent. n. 242/2019, par. 5, cpv. 11 e 12 cons. dir. Sulla natura e sulle funzioni dei Comitati etici, si rinvia alla risposta del 24/2/2023 del Comitato Nazionale per la Bioetica al quesito del Ministero della Salute del 2/1/2023 e a L. BUSATTA, *Comitati etici e assistenza al suicidio: la posizione del Comitato Nazionale per la Bioetica*, in *Resp. Medica*, 2023, 289.

¹⁰ Circa il concetto di «deboli e vulnerabili» nelle situazioni di fine vita si rinvia alla riflessione di F. POGGI, *Il caso Cappato: la Corte costituzionale nelle strettoie tra uccidere e lasciar morire*, in *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*, 1, 2020, 84 ss.

¹¹ Cfr. Corte cost. n. 242/2019, par. 2.4 cons. dir.



242/2019 e che, pertanto, non giustificherebbero l'operatività del principio di uguaglianza sostanziale rispetto all'ipotesi di rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale. È opportuno ricordare, infatti, che la Consulta

«non ha riconosciuto un generale diritto di terminare la propria vita in ogni situazione di sofferenza intollerabile, fisica o psicologica, determinata da una patologia irreversibile, ma ha soltanto ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito di pazienti che – versando in quelle condizioni e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali – già abbiano diritto (...) di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza. Una simile *ratio*, all'evidenza, non si estende a pazienti che non dipendano da trattamenti di sostegno vitale, i quali non hanno (o non hanno ancora) la possibilità di lasciarsi morire semplicemente rifiutando le cure»¹².

Secondo la Corte, allora, il requisito del «trattamento di sostegno vitale», quale condizione legittimante l'aiuto al suicidio, costituisce un elemento necessario per assimilare concettualmente la morte derivante dal rifiuto di cure a quella dovuta al suicidio dell'infermo – realizzato attraverso la cooperazione di terzi – così da sottrarre la condotta del soggetto agevolatore all'area di operatività dell'art. 580 del codice penale. La definizione di «trattamento di sostegno vitale», tuttavia, si è rivelata il più impervio ostacolo per coloro che – affetti da una malattia priva di prospettive di cura e fonte di insopportabili sofferenze – intendano togliersi la vita con l'ausilio altrui. La profonda incertezza circa il significato¹³ di tale presupposto legittimante ha dato luogo a interpretazioni eterogenee¹⁴ – a tutto discapito delle ovvie esigenze di certezza che devono caratterizzare una materia tanto delicata – e ha condotto a un nuovo ricorso alla Corte costituzionale. Quest'ultima, infatti, è stata chiamata a pronunciarsi sull'illegittimità dell'art. 580 c.p. (nella formulazione conseguente alla sentenza n. 242/2019 Corte cost.) «nella parte in cui richiede che la non punibilità di chi agevola l'altrui suicidio sia subordinata alla circostanza che l'aiuto sia prestato a una

¹² Corte cost. n. 135 del 18 luglio 2024, par. 7.1 cons. dir.

¹³ Secondo D. MAZZON (*Sul concetto di "trattamenti di sostegno vitale"*, in *Resp. Medica*, 2022, 48), «I trattamenti sanitari di supporto al mantenimento in vita della persona gravemente malata possono spaziare da apparecchi esterni per la sostituzione integrale o parziale di funzioni vitali (es. ventilatore, emodialisi, apparecchi di vario tipo per supportare la funzione di pompa cardiaca, ecc.), a dispositivi impiantati per ‘protezione’ dalla insorgenza di Eventi Avversi (es. pacemaker cardiaci, defibrillatori automatici, ecc.), a dispositivi esterni o impiantati per la erogazione di farmaci o di stimolazioni elettriche per il trattamento di patologie che richiedono particolari infusioni o neurostimolazioni (es. diabete, m. di Parkinson, Dolore Neuropatico, ecc.). Ma ‘trattamenti di sostegno vitale’ possono considerarsi anche la semplice Ossigenoterapia, indispensabile per moltissime persone affette da Insufficienza respiratoria da malattie cardiorespiratorie, neurologiche, ecc., nonché i numerosissimi farmaci in grado di mantenere la persona malata in compenso cardiovascolare, respiratorio, neurologico, metabolico, immunitario, ecc., rallentando la evoluzione di malattie croniche progressive ad evoluzione fatale e prevenendone le riacutizzazioni che possono implicare pericolo di vita. E ancora nella categoria di ‘trattamenti di sostegno vitale’ debbono rientrare gli strumenti assistenziali di gestione infermieristica necessari per garantire la tracheoaspirazione, lo svuotamento di vescica ed intestino anche attraverso stomie esterne, nonché il trattamento di lesioni cutanee di frequente insorgenza in persone allettate o con problemi cardiocircolatori».

¹⁴ Cfr. Corte di Assise di Appello di Genova, sent. n. 1/2021 del 28 aprile 2021, che ha confermato la sentenza della Corte di Assise di Massa n. 1/2020 del 27 luglio 2020. Cfr., anche, Comitato Nazionale per la Bioetica, *Risposta al quesito del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria* del 3 novembre 2023.



Deregulation

persona ‘tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale’¹⁵. La Consulta, a questo proposito, ha preliminarmente riaffermato la necessità di tutelare la vita umana, specialmente quando essa si svolga in condizioni di fragilità e sofferenza tali da poter indurre scelte estreme non sufficientemente meditate e motivate e in grado di esporre il soggetto a possibili pressioni esterne¹⁶. Al contempo, tuttavia, la Corte ha ribadito che l’ordinamento riconosce “al paziente la libertà di lasciarsi morire, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, mediante il rifiuto o la richiesta di interruzione di trattamenti necessari a sostenerne le funzioni vitali”¹⁷.

Sulla base di tali premesse, i Giudici costituzionali hanno ricavato, come logico corollario, la perdurante necessità del reato di aiuto al suicidio all’interno del sistema penale, la cui non punibilità è ammessa soltanto quando la condotta agevolatrice si eserciti in circostanze del tutto analoghe a quelle in cui un soggetto decida di lasciarsi morire rifiutando gli interventi sanitari indispensabili alla sopravvivenza. Interventi, questi ultimi, che consistono in quelle procedure che “si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l’espletamento di funzioni vitali del paziente, al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe prevedibilmente la morte del paziente in un breve lasso di tempo”¹⁸ e che sono “normalmente compiute da personale sanitario e la cui esecuzione richiede certo particolari competenze oggetto di specifica formazione professionale, ma che potrebbero essere apprese da familiari o ‘caregivers’ che si facciano carico dell’assistenza del paziente”¹⁹.

Inoltre, non è necessario che l’interruzione di tali pratiche provochi conseguenze fatali immediate o comunque rapide²⁰. Se, infatti, l’obiettivo perseguito dalla Consulta è quello di evitare che il paziente sia “costretto a subire un processo più lento e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care”²¹, sarebbe contraddittorio limitare la nozione di «trattamento di sostegno vitale» alle sole ipotesi in cui la cessazione del trattamento stesso determini il decesso dell’infermo in un brevissimo torno di tempo. Se così fosse, infatti, non vi sarebbe alcuna necessità di abbreviare il decorso agonico attraverso il suicidio assistito dato che, al fine di scampare con la morte ai patimenti, sarebbe sufficiente chiedere l’interruzione degli interventi che mantengono artificialmente in vita il paziente.

Una volta delineato il quadro delle condizioni di non punibilità dell’aiuto al suicidio – così come ricavato dai successivi interventi della Corte costituzionale che hanno progressivamente modellato una disciplina idonea a orientare coloro che si trovano nei frangenti più drammatici della propria esistenza – occorre rilevare come la stessa Consulta abbia reiteratamente espresso il forte auspicio “già formulato nell’ordinanza n. 207 del 2018, nella sentenza n. 242 del 2019 e da ultimo nella sentenza n. 135 del 2024, che il

¹⁵ Trib. Firenze, sez. G.i.p., ord. 17 gennaio 2024, in *Nuova Giur. Civ. Comm.*, 2024, I, p. 360, con il commento di F. GIARDINA, P. MALACARNE, cit., 356 e di P. ZATTI, *L’Incompiuta e il diritto alla propria morte*, in *Nuova Giur. Civ. Comm.*, 2024, II, 428.

¹⁶ Cfr. Corte cost. n. 135 del 18 luglio 2024, par. 5.1 cons. dir.

¹⁷ Corte cost. n. 135 del 18 luglio 2024, par. 5.2 cons. dir.

¹⁸ Corte cost., sent. n. 135/2024, par. 8 cons. dir.

¹⁹ Corte cost., n. 135/2024, par. 8 cons. dir.. In questo modo, allora, rimangono esclusi tutti quei comportamenti accidentali che, pur necessari alla cura dell’ammalato, non implicano peculiari nozioni di natura sanitaria o manovre per cui bisogna una perizia tecnica (come potrebbe essere, ad esempio, il semplice imboccare il cibo o il curare l’igiene dell’infermo).

²⁰ In questo senso, invece, si è espressa la maggioranza del Comitato Nazionale per la Bioetica nella *Risposta al quesito del Comitato Etico Territoriale della Regione Umbria* del 3 novembre 2023, 8.

²¹ Corte cost., n. 242/2019, par. 2.3 cons. dir.



legislatore e il Servizio sanitario nazionale intervengano prontamente ad assicurare concreta e puntuale attuazione a quanto stabilito”²² da quelle pronunce. Auspicio, quest’ultimo, reso ancora più urgente dalla evidente disomogeneità, all’interno del territorio nazionale, delle modalità con cui le strutture del Servizio sanitario e i comitati etici territoriali svolgono i compiti loro attribuiti dalla Corte costituzionale²³ e che finisce per gravare proprio su chi intenda sottrarsi ai tormenti della malattia ponendo termine, con l’imprescindibile aiuto altrui, alla propria esistenza.

Al fine, allora, di dare seguito alle sollecitazioni della Corte costituzionale e, soprattutto, di garantire una procedura certa e uniforme per l’accesso al suicidio medicalmente assistito, sono stati elaborati diversi disegni di legge, successivamente unificati in un testo attualmente²⁴ all’esame del Senato²⁵. Adesso, dunque, si procederà all’analisi – attraverso l’esposizione e il commento – delle disposizioni contenute in tale progetto normativo, al fine di verificarne la coerenza con i principi affermati dalla Consulta e, soprattutto, di valutare se esso riesca a conciliare il rispetto dovuto all’autodeterminazione del malato con l’esigenza di garantire che la sua volontà si formi in modo consapevole, informato e libero da indebiti e pericolosi condizionamenti.

2. Il disegno di legge italiano: analisi e rilievi critici

Il presupposto di fondo che informa l’intero disegno di legge è esplicitato già nella rubrica dell’art. 1, intitolato “Inviolabilità e indisponibilità del diritto alla vita”. Tale intestazione rivela con evidenza la matrice valoriale che permea l’insieme dell’intervento normativo assimilando, in modo del tutto improprio, due concetti profondamente differenti e giungendo, di conseguenza, a una conclusione che contraddice principi ordinamentali ormai saldamente acquisiti. La nozione di inviolabilità di un diritto allude, infatti, alla necessità che esso sia rispettato da chiunque nei confronti del suo titolare e, dunque, implica un obbligo generale di non ledere l’altrui godimento del diritto stesso: nel caso in esame, il dovere dei terzi di non attentare alla vita altrui. Il concetto di indisponibilità, invece, riguarda il titolare del diritto, che non potrebbe liberamente decidere di rinunciarvi: l’individuo, cioè, non avrebbe facoltà di porre volontariamente termine alla propria esistenza in virtù del divieto di disporne.

Una volta chiarito il significato dei due termini, se è agevole convenire circa l’invioabilità del diritto alla vita (nel senso di necessario rispetto dell’altrui esistenza), non è altrettanto possibile aderire alla tesi della sua presunta indisponibilità da parte del titolare. Tale impostazione presuppone, infatti, una concezione oggettiva e non negoziabile dell’esistenza umana, sottraendola – almeno in linea di principio – a ogni forma di autodeterminazione individuale che possa condurre alla sua soppressione. Un simile orientamento assiologico, tuttavia, pone immediatamente in tensione il riconoscimento della vita come valore

²² Corte cost., n. 66/2025, par. 8.

²³ Cfr. Corte cost. n. 242/2019. Al fine di rimediare alla perdurante inattività del legislatore nazionale, alcune regioni (cfr. l.r. Toscana n. 16 del 14 marzo 2025 e l.r. Sardegna n. 26 del 18 settembre 2025) hanno fatto proprie le indicazioni elaborate dalla Corte costituzionale, adottando disposizioni volte a consentire l’accesso al suicidio medicalmente assistito all’interno dei rispettivi territori.

²⁴ Il riferimento temporale è al mese di novembre 2025.

²⁵ Testo unificato nell’ambito dell’esame dei disegni di legge nn. 65, 104, 124, 570, 1083, Petizioni nn. 198, 667, 1028 e 1408 “Modifica all’articolo 580 del codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019”.



Orientations

assoluto con l'esigenza, anch'essa di rango costituzionale, di rispettare la libertà della persona nelle scelte che riguardano la propria esistenza. La pretesa di configurare l'esistenza come bene sottratto alla disponibilità individuale rischia, infatti, di irrigidire il sistema in una visione eteronoma della dignità personale, incompatibile con l'idea – ormai consolidata, tanto in sede legislativa quanto giurisprudenziale – secondo cui la dignità stessa si esprime anche nella facoltà di scegliere il modo e il tempo del proprio morire. In altri termini, lo spirito che permea il progetto normativo si pone in irrimediabile contrasto con quanto stabilito dal quinto comma dell'art. 1 della legge n. 219/2017, a mente del quale una persona può procurarsi il decesso – purché maggiorenne e capace di decisioni autonome e consapevoli – semplicemente rifiutando i trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza, senza che alcuno possa interferire con tale scelta. Già questa previsione è sufficiente a mostrare come il «bene-vita» non possa più essere giuridicamente considerato assoluto, intangibile e indisponibile, poiché il suo valore dipende dalla sua rappresentazione individuale, specialmente in presenza di una condizione patologica (e della sofferenza che l'accompagna) tale da trasformare in condanna ciò che per altri continua a rappresentare un dono²⁶.

Dopo aver evidenziate le contraddizioni che l'art. 1 del disegno di legge presenta rispetto al sistema ordinamentale vigente, occorre rilevare come il successivo art. 2 subordini la non punibilità dell'aiuto al suicidio a una serie di condizioni che, a un esame attento, si discostano sensibilmente da quanto stabilito dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242/2019 in ordine ai presupposti di non operatività dell'art. 580 c.p.. La proposta normativa prevede, infatti, che non sia punibile la condotta di chi agevola il suicidio quando essa corrisponda al volere “libero, autonomo e consapevole di una persona maggiorenne, inserita nel percorso di cure palliative, tenuta in vita da trattamenti sostitutivi di funzioni vitali e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche intollerabili, ma pienamente capace di intendere e di volere, le cui condizioni siano state accertate dal Comitato Nazionale di Valutazione” di cui si dirà meglio in seguito. L'insieme di tali requisiti, come si avrà modo di approfondire, introduce elementi ulteriori rispetto a quelli delineati dalla Consulta, con il rischio di restringere la sfera di autodeterminazione riconosciuta al malato nelle situazioni estreme di sofferenza.

Un'iniziale osservazione riguarda la previsione secondo cui, affinché si possa lecitamente assecondare la volontà di un soggetto di porre fine alla propria vita, è necessario che questi sia inserito in un percorso di cure palliative che, dunque, diviene condizione imprescindibile per consentire l'azione dell'agevolatore. Tale prescrizione collide, tuttavia, con almeno due ordini di considerazioni. La prima, di natura empirica, è stata espressamente formulata – al più alto livello – dalla Corte costituzionale, che ha rilevato come “a oggi in Italia: a) non è garantito un accesso universale ed equo alle cure palliative nei vari contesti sanitari, sia domiciliari che ospedalieri; b) vi sono spesso lunghe liste di attesa (intollerabili in relazione a chi versa in situazioni di grave sofferenza); c) si sconta una mancanza di personale adeguatamente formato e una distribuzione territoriale dell'offerta troppo divaricata (...); d) la stessa effettiva presa in carico da parte

²⁶ Anche secondo la Corte costituzionale “la decisione di accogliere la morte potrebbe essere già presa dal malato, sulla base della legislazione vigente, con effetti vincolanti nei confronti dei terzi, a mezzo della richiesta di interruzione dei trattamenti di sostegno vitale in atto e di contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua”; con l'ulteriore considerazione per cui in tali casi “l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost.” (Corte cost., n. 242/2019, par. 2.3 cons. dir.. Cfr., altresì, Corte cost. n. 135/2024, par. 5.2 cons. dir. che richiama anche la conforme giurisprudenza della Corte EDU).



del servizio sociosanitario, per queste persone, è a volte insufficiente”²⁷. Ne consegue che subordinare la liceità dell’aiuto al suicidio alla previa somministrazione di terapie palliative significa, di fatto, esporre il richiedente a una serie di difficoltà derivanti dalle ben note carenze del sistema sanitario, rendendo ancor più penosa un’esistenza divenuta insostenibile. Tale consapevolezza sembra, peraltro, presente nello stesso disegno di legge, che dedica l’art. 3 al rafforzamento della rete delle cure palliative, ponendo a carico delle Regioni l’obbligo di predisporre progetti di potenziamento – sottoposti al controllo di un Observatorio istituito presso l’Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali – e prevedendo la nomina di commissari *ad acta* in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla legge n. 38/2010²⁸. Eppure, come è stato acutamente osservato, il traguardo di sviluppare e potenziare l’offerta di cure per combattere il dolore “non si raggiunge solo, o principalmente, con logiche sanzionatorie o punitive (...) ma con una piena condivisione con i territori interessati, nonché con investimenti adeguati sul piano delle risorse economiche, con un’efficiente organizzazione dei servizi, con una formazione specifica e qualitativamente elevata di chi li organizza e di chi li eroga. Centrali sono poi l’informazione e il coinvolgimento dei cittadini rispetto alle possibilità offerte dai servizi pubblici e privati ad ogni persona”²⁹. In sintesi, allora, subordinare l’accesso all’aiuto al suicidio al fatto che il richiedente sia già inserito in un percorso di cure palliative significa addossargli un onere il cui adempimento non dipende esclusivamente dal suo volere quanto, invece, dall’effettiva disponibilità del servizio; con la conseguenza di esporre l’infermo a un ingiustificato protrarsi di quei tormenti dai quali egli cerca scampo con la morte autoinflitta.

La seconda considerazione, più strettamente giuridica, rivela un ulteriore, notevole difetto della disposizione in commento: essa, infatti, finisce per tradursi nella surrettizia imposizione di un trattamento sanitario, richiesto come condizione necessaria per ottenere l’altrui cooperazione nel darsi la morte. In altre parole, allora, una persona che voglia porre termine alla propria esistenza per sottrarsi alle sofferenze di una patologia irreversibile (e che abbisogni della collaborazione di un soggetto agevolatore) verrebbe costretta a sottopersi a terapie palliative non realmente volute, magari privando di tale opportunità – in un regime di risorse limitate – chi desideri intraprendere quel percorso unicamente per alleviare il dolore e giungere più serenamente a una morte naturale³⁰. Si tratta, evidentemente, di una scelta normativa in palese contraddizione con l’art. 32 della Costituzione e con l’art. 1, comma 5, della legge n. 219/2017, secondo cui ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare i trattamenti sanitari, in coerenza con il

²⁷ Corte cost., n. 66/2025, par. 7.3 cons. dir.

²⁸ L’art. 5, comma 4-bis della legge n. 38/2010 stabilisce che “Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano, entro il 30 gennaio di ciascun anno, un piano di potenziamento delle cure palliative al fine di raggiungere, entro l’anno 2028, il 90 per cento della popolazione interessata. Il monitoraggio dell’attuazione del piano è affidato all’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, che lo realizza a cadenza semestrale. La presentazione del piano e la relativa attuazione costituiscono adempimento regionale ai fini dell’accesso al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale a carico dello Stato”.

²⁹ Il testo è tratto dal documento del 10/7/2025 contenente i rilievi della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) al disegno di legge unificato sul suicidio assistito, consultabile all’indirizzo <https://www.siaarti.it/news/2723501> (ultimo accesso 18/11/2025).

³⁰ Come è stato correttamente osservato, le cure palliative “si collocano in una prospettiva coordinata ma distinta rispetto alla morte medicalmente assistita, posto che non sono finalizzate ad anticipare il momento della morte, ma ad alleviare il dolore del paziente (e del suo nucleo familiare) nella fase immediatamente precedente a una fine della vita indipendente dalla volontà del paziente” (A. MASSARO, *Il nuovo disegno di legge in materia di suicidio medicalmente assistito: come può uno scoglio arginare il mare?*, in *Giurisprudenza Penale Web*, 2025, 7-8, 5).



Oleguerriera

proprio ideale di dignità nella malattia. In definitiva, subordinare la non punibilità dell'aiuto al suicidio alla concreta somministrazione di cure palliative significa restringere ulteriormente – ben oltre i limiti fissati dalla sentenza n. 242/2019 Cost. – la possibilità di farvi ricorso, determinando non solo un ingiustificato rinvio del momento in cui la persona può liberamente porre fine alle proprie sofferenze, ma anche un inammissibile vincolo alle sue scelte di cura, a tutto discapito del diritto fondamentale di decidere il contenuto del piano terapeutico e, persino, se intraprenderlo.

Il disegno di legge unificato interviene anche su un altro dei presupposti individuati dalla Corte costituzionale come condizione di liceità dell'aiuto al suicidio. Si tratta della necessità che il soggetto richiedente sia sottoposto a un trattamento di sostegno vitale, la cui interruzione determinerebbe la morte del malato. Tale requisito trova il suo fondamento nel pensiero della Consulta, la quale ha "ritenuto irragionevole precludere l'accesso al suicidio assistito di pazienti che – versando in quelle condizioni, e mantenendo intatte le proprie capacità decisionali – già abbiano il diritto, loro riconosciuto dalla legge n. 219 del 2017 in conformità all'art. 32, secondo comma, Cost., di decidere di porre fine alla propria vita, rifiutando il trattamento necessario ad assicurarne la sopravvivenza"³¹. Trattamento, quest'ultimo, che consiste – come chiarito dalla stessa Corte – in quelle procedure che si rivelino in concreto necessarie ad assicurare l'espletamento di funzioni vitali del paziente, "al punto che la loro omissione o interruzione determinerebbe *prevedibilmente* la morte del paziente in un breve lasso di tempo"³².

Il progetto normativo, invece, introduce una formula diversa e più restrittiva, richiedendo che la persona che necessita dell'aiuto al suicidio sia "tenuta in vita da trattamenti *sostitutivi* di funzioni vitali"³³. Tale espressione sembra riferirsi, in modo inequivoco, a dispositivi di elevata complessità tecnica e invasività, che garantiscono una sopravvivenza altrimenti impossibile sostituendo integralmente alcune funzioni fisiologiche – come la respirazione o la circolazione sanguigna – la cui interruzione provocherebbe una morte certa in breve o in brevissimo tempo³⁴. In altri termini, quindi, si tratta di un ulteriore irrigidimento rispetto a quello, già notevole, costituito dalla necessità di essere inseriti in un percorso di cure palliative; con il risultato di restringere significativamente la platea dei soggetti che possono accedere all'aiuto al suicidio senza conseguenze penali per chi li assiste, escludendo tutti coloro che – pur essendo sottoposti a trattamenti indispensabili alla vita – non dipendono da dispositivi che sostituiscono completamente le funzioni biologiche essenziali, ma da interventi sanitari che si limitano a collaborare al loro mantenimento. L'evidente intento di circoscrivere il novero dei soggetti che potrebbero legittimamente ricorrere all'aiuto al suicidio emerge, infine, anche dalla previsione secondo cui le sofferenze della persona richiedente devono essere, al tempo stesso, fisiche e psicologiche. In tal modo, il disegno di legge aggrava nuovamente uno dei requisiti fissati dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 242 del 2019, che aveva invece richiesto la presenza di "sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili"³⁵. La sostituzione della congiunzione disgiuntiva con quella coordinante produce, infatti, un effetto restrittivo evidente: non è più

³¹ Corte cost., n. 135/2024, par. 7.1 cons. dir., che richiama quanto disposto nella sentenza n. 242/2019 Cost.

³² Corte cost., n. 135/2024, par. 8 cons. dir.. L'enfasi del corsivo è aggiunta dall'Autore.

³³ Art. 2 del disegno di legge. Il corsivo è aggiunto dall'autore.

³⁴ Ad esempio, sono trattamenti sostitutivi di funzioni vitali i macchinari che consentono la respirazione, la circolazione sanguigna, l'alimentazione e l'idratazione artificiali. Al contrario – così come specificato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 135/2024 – sono trattamenti di sostegno vitale "l'evacuazione manuale dell'intestino del paziente, l'inserimento di cateteri urinari o l'aspirazione del muco dalle vie bronchiali" (par. 8 cons. dir.).

³⁵ Corte cost., n. 242/2019, par. 8 cons. dir.



sufficiente che la persona sopporti un dolore corporeo o una condizione esistenziale di particolare gravità, ma è necessario che entrambe le dimensioni del patimento coesistano.

A ciò si aggiunge un ulteriore scostamento rispetto al criterio delineato dai Giudici costituzionali: la proposta normativa elimina il riferimento alla percezione soggettiva dell'intollerabilità del dolore, che nella pronuncia della Consulta costituiva un elemento essenziale, in quanto ancorava la valutazione al vissuto della persona sofferente. Il testo in esame, invece, si limita ad affermare che le sofferenze debbano essere "intollerabili", senza specificare secondo quale parametro debba essere compiuto tale giudizio, né da chi esso debba provenire. Ne deriva il rischio di incertezze interpretative e di futuri contenziosi sulla sussistenza del requisito, con potenziali ripercussioni a danno di coloro che si trovano in condizioni tanto gravose da preferire la morte alla prosecuzione della propria esistenza.

3. Segue: ulteriori profili di riflessione critica

La Corte costituzionale ha lucidamente evidenziato la necessità di prestare particolare attenzione alla condizione di vulnerabilità psicologica in cui può trovarsi chi intenda sottrarsi ai tormenti della malattia mediante la morte autoinflitta. Al fine di prevenire possibili abusi a danno di soggetti incapaci di esprimere una volontà autonoma e consapevole, il Giudice delle leggi ha subordinato la non punibilità di chi presta aiuto al suicidio alla verifica effettiva della piena capacità di autodeterminarsi dell'aspirante suicida. Quest'ultimo deve essere in grado di compiere una scelta in maniera libera e informata, manifestata nelle forme di cui al comma 4 dell'art. 1 della legge n. 219/2017, ossia mediante uno scritto o una videoregistrazione da inserire nella cartella clinica, così da fugare ogni dubbio circa l'autenticità del suo volere di morte. Deve inoltre risultare che un medico abbia illustrato al paziente le conseguenze del proprio agire e le possibili alternative, tra le quali l'accesso alle cure palliative, potenzialmente idonee a rimuovere le sofferenze che rendono desiderabile il decesso come unica via di liberazione dall'angoscia³⁶. L'ambito di non punibilità dell'aiuto al suicidio è stato dunque circoscritto all'ipotesi in cui ogni passaggio si svolga all'interno della relazione di cura³⁷, considerata il contesto più idoneo alla formazione di una volontà di morire immune da condizionamenti e sorretta da un adeguato livello di informazione.

Il significato sotteso alla decisione della Consulta è agevolmente riconoscibile: lo Stato ha il dovere di tutelare la vita dei propri consociati, ma non al punto da imporre loro di proseguire un'esistenza percepita come contraria al proprio concetto di dignità, né di costringerli a congedarsi dall'esistenza stessa solo attraverso il rifiuto dei trattamenti sanitari. Tale dovere si traduce, piuttosto, nella predisposizione di cautele atte a garantire che la decisione di essere aiutati a morire sia espressione di un volere autentico, informato e privo di coercizioni o indebite suggestioni.

Un simile orientamento risulta perfettamente coerente con la giurisprudenza della Corte EDU, secondo cui "l'articolo 2 della Convenzione obbliga le Autorità nazionali a impedire che un individuo possa metter fine alla propria vita se la relativa decisione non è stata assunta liberamente e con la piena conoscenza

³⁶ Cfr. Corte cost. n. 242/2019, par. 5, cpv. 7 e 8 cons. dir.

³⁷ Nelle parole della Corte, "Il riferimento a tale disciplina [la legge n. 219/2017] implica, d'altro canto, l'inerenza anche della materia considerata alla relazione tra medico e paziente" (Corte cost. n. 242/2019, par. 5, cpv. 9 cons. dir.).



Dipartimento di Giurisprudenza

dei fatti”³⁸. Ne deriva che sugli Stati grava l'onere di istituire un sistema di controlli volto a verificare la genuinità del processo formativo della volontà suicidaria, attestando che esso sia immune tanto da pressioni esterne quanto da alterazioni interne, dovute a distorsioni percettive o a una ridotta capacità d'intendere e di volere. La collettività è chiamata, pertanto, da un lato ad assicurare a ciascun individuo la possibilità di esprimere liberamente le proprie scelte sul modo di affrontare la malattia e, dall'altro, ad accertare che tali decisioni riflettano effettivamente la personalità e i bisogni del disponente. In questa prospettiva, “per essere compatibile con l'articolo 2 della Convenzione, la depenalizzazione dell'eutanasia [o del suicidio assistito] deve essere accompagnata dalla creazione di un sistema di garanzie adeguate e sufficienti volte a evitare gli abusi e, quindi, a garantire il rispetto del diritto alla vita”³⁹.

Una volta chiarito il dovere dello Stato di fare in modo che la volontà del richiedente sia autentica e maturata nella piena consapevolezza di ogni suo potenziale risvolto, è possibile valutare il disegno di legge in commento alla luce di tale obiettivo. Occorre verificare, cioè, se la proposta normativa predisponga una procedura di ammissione al suicidio assistito idonea a consentire l'accertamento delle condizioni soggettive del richiedente; non tanto in ordine alla presenza di una patologia irreversibile o all'inserimento in un percorso di cure palliative – elementi facilmente riscontrabili – quanto, piuttosto, di una volontà libera, autonoma e consapevole, espressa da un soggetto capace di intendere e di volere, nonché riguardo all'esistenza di sofferenze effettivamente intollerabili.

Anche sotto questo profilo, il testo attualmente all'esame del Parlamento presenta diverse lacune e insufficienze che meritano attenta considerazione. Anzitutto, non si riscontra alcuna previsione volta ad accompagnare il malato nel difficile percorso decisionale che può condurre alla scelta di porre fine alla propria vita con l'aiuto altrui. Il disegno di legge, infatti, non stabilisce che la persona sofferente sia sostenuta e informata in modo adeguato sulla natura della malattia, sulle possibilità terapeutiche e sulla prognosi; né contempla una preventiva verifica – antecedente alla presentazione della richiesta al Comitato di Valutazione – della piena capacità di intendere e di volere del richiedente. In sintesi, risulta del tutto assente quel contesto «medicalizzato» nel quale la Corte costituzionale aveva collocato il suicidio assistito⁴⁰, richiamando il comma 5 dell'art. 1 della legge n. 219/2017 in tema di rifiuto dei trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza. Viene così a mancare l'insieme di cautele connesse alla relazione di cura, che la Consulta aveva individuato come condizione imprescindibile di garanzia.

L'inclusione dell'aiuto a morire in un contesto di cura comporterebbe, infatti, specifici obblighi a carico del medico: quello di fornire al paziente un'informazione piena e completa circa le conseguenze della sua decisione e le possibili alternative, così come quello di verificare preventivamente la reale idoneità del soggetto a comprendere in modo consapevole il significato e la portata della scelta compiuta. Il coinvolgimento della classe medica nella fase di formazione della volontà di morte costituirebbe, così, una garanzia per il malato, assicurando che il procedimento si svolga nel rispetto del suo autentico interesse e

³⁸ Corte eur. dir. uomo, 4/10/2022, ric. 78017/17, *Mortier c. Belgique*, par. 121. Per un approfondimento, si rinvia a M. BARLETTA, *Diritto all'autodeterminazione del paziente nelle decisioni fine vita in Europa: riflessioni a margine della sentenza Mortier c. Belgio della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo*, in *Federalismi.it*, 2/2023, 183; M.E. BUCALO, G. GIAIMO, *Il caso Mortier c. Belgique. L'eutanasia conseguente a sofferenze psichiche*, in *Nuova Giur. Civ. Comm.*, 2023, II, 465; I. TESTONI, *Caso Mortier e prevenzione dell'istanza eutanasiaca: considerazioni sull'alternativa possibile offerta dal supporto psicoterapeutico e psicosociale*, in *Nuova Giur. Civ. Comm.*, 2023, II, 481.

³⁹ *Mortier c. Belgique*, cit., par. 139.

⁴⁰ Cfr. Corte cost. n. 242/2019, par. 5 cons. dir.



scongiurando ogni possibile abuso nell'ambito delle scelte di fine vita. In altri termini, il compito del medico di «prendersi cura» del paziente si estenderebbe sino a ricoprendere, in casi estremi, l'aiuto a morire, qualora ciò sia funzionale, “ferma la verifica della presenza dei dovuti presupposti, alla fondamentale esigenza di tutelare il residuo sé del paziente anche attraverso un intervento volto al sollievo definitivo rispetto ad una sofferenza fattasi intollerabile, anche abbreviando un percorso inutile e inumano”⁴¹.

L'intera fase di controllo circa la sussistenza dei requisiti che legittimano il ricorso all'aiuto al suicidio è affidata, ai sensi dell'art. 4 del disegno di legge unificato, a un Comitato Nazionale di Valutazione composto da sette membri di nomina governativa⁴². A tale organismo è attribuito il compito di fornire un parere che sarà “valutato dall'autorità giudiziaria ai fini della non punibilità dei concorrenti nel reato di cui all'art. 580 del codice penale”⁴³. Il Comitato, ricevuta la richiesta dell'interessato, acquisisce una valutazione non vincolante da parte di un medico specialista nella patologia di cui è affetto il richiedente, per poi pronunciarsi entro sessanta giorni; tale termine può essere prorogato sino a novanta giorni in caso di richiesta di parere sanitario e di ulteriori sessanta per motivate esigenze. Non è previsto alcun rimedio avverso l'eventuale diniego espresso da Comitato; il richiedente infatti, qualora riesca a dimostrare la sopravvenuta presenza dei requisiti, può soltanto ripresentare l'istanza, ma non prima che siano trascorsi almeno centottanta giorni dal rigetto della precedente.

Ancora una volta si percepisce nitida una sensazione di abbandono e di isolamento nella quale rischierebbe di trovarsi, qualora il progetto normativo divenisse legge, chi è prostrato dalle sofferenze e chiede di essere aiutato a morire. Come già osservato, la sottrazione dell'intera procedura all'alveo della relazione di cura priva il malato di quel contesto protettivo che la Corte costituzionale aveva indicato come essenziale. Non è infatti previsto alcun momento informativo volto a orientare la volontà del richiedente, né alcuna verifica preliminare della sua effettiva capacità di intendere e volere. A ciò si aggiunge la verosimile difficoltà, per il paziente, di formulare correttamente la propria istanza, in assenza di requisiti formali analoghi a quelli indicati dal quarto comma dell'art. 1 della legge n. 219/2017 – richiamato nella sentenza n. 242/2019 Cost. – che garantirebbero l'autenticità e la ponderazione della richiesta. Inoltre, il controllo affidato al Comitato Nazionale di Valutazione si configura come un atto burocratico privo di reale dimensione umana: una decisione di straordinaria rilevanza viene assunta da soggetti che non hanno alcun contatto diretto con l'interessato e che fondano il proprio giudizio su meri documenti. Si perde così ogni possibilità di cogliere, attraverso l'ascolto o l'osservazione, eventuali indizi di una volontà non del tutto autonoma o consapevole, così come di comprendere il contesto clinico, relazionale e sociale che connota ciascun caso concreto.

Infine, la tempistica del procedimento appare sproporzionata rispetto alle esigenze di chi versa in condizioni di sofferenza estrema. L'attesa di mesi per ottenere risposta alla propria istanza – cui si aggiunge

⁴¹ M. AZZALINI, *Prigionieri del noto? La Consulta chiude il caso Cappato ma rischia di perdersi nel “labirinto” del fine vita*, in *Nuova Giur. Civ. Comm.*, 2, 2020, I, 367.

⁴² In particolare, è previsto che il Comitato abbia una composizione multidisciplinare con la presenza di un giurista, di un bioeticista, di tre medici (di cui uno specialista in anestesia e rianimazione, uno in medicina palliativa e uno in psichiatria), di uno psicologo e di un infermiere. I componenti durano in carica cinque anni con possibilità di rinnovo per altre due volte.

⁴³ Art. 4 del Testo unificato nell'ambito dell'esame dei disegni di legge nn. 65, 104, 124, 570, 1083, Petizioni nn. 198, 667, 1028 e 1408 “Modifica all'articolo 580 del codice penale e ulteriori disposizioni esecutive della sentenza n. 242 della Corte costituzionale del 22 novembre 2019”.



Osservazioni

l'ulteriore, incomprensibile termine dilatorio di sei mesi in caso di rigetto – rischia di trasformare un percorso che dovrebbe essere di sollievo in un supplemento di pena, aggravando l'angoscia di chi chiede soltanto di porre fine a un'esistenza divenuta insostenibile.

L'art. 4 del disegno di legge unificato contiene un'altra prescrizione che suscita non poche perplessità: il riferimento è al divieto di impiegare strutture e risorse del Servizio sanitario nazionale per dare attuazione al proposito di fine vita. Tale disposizione, in primo luogo, disattende quanto stabilito dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 242/2019, secondo cui la sorveglianza sulle modalità di esecuzione del suicidio assistito dovrebbe essere affidata alle strutture pubbliche, in modo “da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze”⁴⁴. In secondo luogo, se la gestione dell'aiuto a morire – inclusa l'individuazione e la fornitura delle sostanze letali – fosse affidata al Servizio sanitario, si assicurerebbe un accesso uniforme alla procedura, senza sperequazioni legate alle diverse capacità economiche dei richiedenti che, altrimenti, sarebbero costretti a rivolgersi a organizzazioni private (sul cui operato non sono previsti controlli) sopportandone i costi. Del pari, l'infermo sarebbe assolto dall'onere di trovare un medico disposto ad assecondare il proposito esiziale, dato che sarebbe compito dell'Azienda sanitaria curarne il reperimento.

Una volta illustrato il contenuto, scarno e insufficiente, del disegno di legge in materia di aiuto al suicidio, è possibile trarne alcune considerazioni conclusive dalle quali emerge una prospettiva sconfortante – qualora il progetto dovesse tradursi in legge – per quanti intendano sottrarsi ai patimenti della malattia attraverso una morte autoinflitta con l'altrui cooperazione. L'intera costruzione normativa poggia sull'evidente intento di circoscrivere la possibilità di accedere all'aiuto al suicidio, mediante la previsione di requisiti soggettivi che restringono il novero dei potenziali richiedenti solo a coloro che sono affetti da una patologia irreversibile fonte di intollerabili sofferenze fisiche e psicologiche (senza che sia indicato alcun parametro di riferimento per la loro effettiva valutazione), tenuti in vita da trattamenti sostitutivi di funzioni vitali e già inseriti in un percorso di cure palliative. Al contempo, non è prevista alcuna assistenza – medica o psicologica – che consenta all'ammalato di acquisire le informazioni necessarie alla formazione di una volontà realmente consapevole; così come non è contemplato alcun controllo, ulteriore rispetto a quello meramente documentale, formale e burocratico esercitato dal Comitato Nazionale di Valutazione, che sia idoneo ad accertare che la decisione di morire sia effettivamente libera da suggestioni interne o da condizionamenti esterni. L'infermo, già prostrato dalla malattia, verrebbe così lasciato solo nella fase attuativa del proposito di morte, con l'onere di reperire chi possa aiutarlo a porre fine alla propria esistenza, senza poter contare – nemmeno per l'approvvigionamento delle sostanze letali – sul Servizio sanitario nazionale. Infine, la proposta normativa non contempla alcuna forma di vigilanza sulle modalità di esecuzione dell'aiuto a morire, con il rischio che se ne facciano carico soggetti privi di competenza e che possano realizzarsi abusi o pratiche lesive della dignità del paziente.

La speranza è, dunque, che il testo venga profondamente rivisto, affinché la pur necessaria regolamentazione riesca a garantire l'autodeterminazione del paziente nella scelta di porre termine a un'esistenza divenuta insostenibile, anche attraverso un sistema di controlli volto a verificare che la volontà dell'infermo sia immune da condizionamenti esterni e da vizi interni (dovuti, ad esempio, a un'alterata percezione della realtà, ovvero a una ridotta capacità d'intendere e di volere) che ne compromettano la

⁴⁴ Corte cost. n. 242/2019, par. 5 cons. dir.



genuinità e la consapevolezza. L'attuale disegno di legge unificato sembra essere, purtroppo, ben lontano dal raggiungimento di tale obiettivo.

4. Il Terminally Ill Adults (End of Life) Bill inglese

La medesima esigenza, avvertita in Italia, di disciplinare una questione tanto controversa si manifesta anche in altri contesti europei, nei quali sono attualmente in corso di elaborazione progetti normativi in tema di morte assistita, utili per un confronto comparatistico. In prima battuta, merita richiamo il *Terminally Ill Adults (End of Life) Bill* inglese, già approvato in terza lettura dalla *House of Commons* e in atto all'esame della *House of Lords*⁴⁵.

Il modello delineato dal legislatore anglosassone prevede che una persona maggiorenne⁴⁶ e capace di comprendere appieno le conseguenze delle proprie decisioni⁴⁷ – qualora sia affetta da una malattia incurabile e a decorso progressivo, con una aspettativa di vita non superiore ai sei mesi⁴⁸ – possa avviare un procedimento volto al suicidio assistito. La *section 5* dispone che, nel caso in cui un soggetto manifesti l'intento di avvalersi dell'aiuto a morire al proprio medico, quest'ultimo debba⁴⁹ condurre una *preliminary discussion* con la quale informare il paziente sulla diagnosi e sulla prognosi, illustrargli le possibili cure e i loro effetti, nonché l'opportunità di servirsi dei trattamenti palliativi o di un supporto psicologico.

L'interessato, quindi, deve redigere una dichiarazione scritta (*first declaration*), autenticata da un medico – che assume il ruolo di *coordinating doctor* – e da un'altra persona⁵⁰, nella quale esprime la propria volontà di ricorrere all'aiuto medico per porre fine alla propria vita, attestando al contempo che tale decisione si è formata liberamente e senza alcuna forma di coercizione⁵¹.

Il medico – che abbia una formazione tale da consentirgli di valutare la capacità volitiva del dichiarante⁵² – predisponde a sua volta un documento (*first assessment*) con cui conferma che il paziente possiede i requisiti soggettivi richiesti e che la sua decisione è libera da ingerenze indebite, inequivocabile e

⁴⁵ Il riferimento temporale è al 18/11/2025 (<https://bills.parliament.uk/bills/3774>)

⁴⁶ I punti (c) e (d) della *section 1(1)* dispongono, rispettivamente, che il soggetto richiedente debba essere stabilmente residente in Inghilterra o in Galles da almeno dodici mesi continuativi e ivi essere registrato come paziente presso uno studio medico di base.

⁴⁷ La capacità del disponente, ai sensi della *section 3* del progetto di legge, deve essere valutata secondo i parametri di cui al *Mental Capacity Act* del 2005, secondo il quale un soggetto è considerato inabile ad assumere decisioni quando – a causa di un difetto o di un'alterazione della mente o del cervello – non è in grado di valutare situazioni complesse attraverso la comprensione e l'elaborazione delle informazioni utili a sviluppare una volontà consapevole, a capire le relative conseguenze e a comunicare la decisione stessa (cfr. *sections 2 e 3* del *MCA*).

⁴⁸ Cfr. *section 2(1)*. Il successivo punto (4), inoltre, specifica che la malattia, per costituire valido presupposto della richiesta di suicidio assistito, non può consistere in una menomazione fisica o mentale che incida negativamente sulla capacità della persona di svolgere le normali attività quotidiane, ovvero in un disturbo di carattere psichico.

⁴⁹ La *section 5(6)* prevede che un medico che non intenda o non sia in grado di condurre il colloquio preliminare non è tenuto a indirizzare l'interessato a un altro sanitario, ma deve comunque assicurarsi che il paziente venga orientato verso una struttura o un professionista presso cui possa ricevere le necessarie informazioni e sostenere tale colloquio.

⁵⁰ Il disegno di legge non specifica i requisiti che deve possedere il soggetto che, insieme al *coordinating doctor*, attesta la riferibilità della richiesta di aiuto al suicidio all'ammalato (ad esempio, se debba essere maggiorenne), né chi abbia il compito di individuare il soggetto medesimo (l'infermo o il suo medico).

⁵¹ *Section 8*.

⁵² *Section 8(8)*.



Dying
with
Dignity

pienamente consapevole delle conseguenze che ne derivano, anche in ragione delle informazioni ricevute durante la *preliminary discussion*⁵³.

Lo stesso medico, inoltre, ha il compito di indirizzare il richiedente a un altro professionista⁵⁴ (*independent doctor*), chiamato a svolgere una seconda valutazione⁵⁵ sui medesimi presupposti già vagliati dal *coordinating doctor* e, in caso di esito positivo, a rilasciare un documento che esprima parere favorevole al proseguo della procedura (*second assessment*)⁵⁶.

Entrambi i sanitari devono esaminare il paziente, informarlo circa la malattia, la prognosi e le modalità del procedimento di suicidio assistito sino al compimento dell'atto, valutarne la capacità di discernimento⁵⁷ e, se opportuno, invitarlo a discutere la decisione con i familiari e con le persone a lui vicine⁵⁸. Essi, inoltre, non devono avere legami di parentela con l'infermo, né essere beneficiari di suoi lasciti testamentari né, infine, trarre alcun vantaggio economico dalla sua morte⁵⁹.

Una volta accertata la sussistenza di tutti i requisiti che rendono legittimo l'aiuto al suicidio, il *coordinating doctor* trasmette le relazioni al *Voluntary Assisted Dying Commissioner*⁶⁰, il quale investe del caso uno degli *Assisted Dying Review Panels*⁶¹. Quest'ultimo organismo ascolta il richiedente, i medici autori delle valutazioni e ogni altra persona ritenuta utile all'istruttoria⁶². Una volta esaurita tale fase – e verificata la presenza degli elementi oggettivi e soggettivi necessari a confermare la volontà dell'infermo – il *Panel* rilascia un *certificate of eligibility* trasmesso all'interessato, al *coordinating doctor* e al *Voluntary Assisted Dying Commissioner*⁶³.

⁵³ *Section 10.*

⁵⁴ La *section 11(8)* dispone che l'*independent doctor* possa svolgere le funzioni alle quali è chiamato soltanto se non abbia prestato la propria opera professionale in favore dell'infermo per la malattia da cui è affetto, non sia socio o collega del *coordinating doctor* nel medesimo studio professionale o nella stessa *équipe* e, infine, non abbia svolto le funzioni di testimone nella predisposizione della *first declaration* resa dall'interessato.

⁵⁵ *Section 11.* Tale valutazione può essere compiuta dopo che siano trascorsi almeno sette giorni da quando il *coordinating doctor* ha predisposto la propria relazione sugli esiti della sua valutazione (cfr. *section 11(3)*).

⁵⁶ La *section 13* prevede che, nell'ipotesi in cui l'*independent doctor* non rinvenga la sussistenza dei requisiti che legittimerebbero l'aiuto al suicidio, il medico coordinatore può, su richiesta dell'infermo, incaricare un altro professionista di valutare la fattispecie e, se del caso, redigere il *second assessment*.

⁵⁷ La *section 12(6)* prevede che, nell'ipotesi in cui i professionisti abbiano qualche dubbio in merito alla capacità volitiva dell'infermo, ovvero in merito al fatto che questi sia affetto da una malattia incurabile e giunta allo stato terminale, essi possano interpellare ulteriori specialisti sanitari che abbiano competenze specifiche.

⁵⁸ *Section 12.*

⁵⁹ Cfr. *sections 8(6) e 11(8)*.

⁶⁰ Il *Voluntary Assisted Dying Commissioner* è un magistrato delle Corti superiori, nominato dal Primo Ministro, che ha il compito di nominare i componenti degli *Assisted Dying Review Panels* e deferirgli i casi da esaminare, di decidere sulle istanze di riesame delle decisioni assunte dai *Panels* e di redigere una relazione annuale sull'attuazione della legge (cfr. *section 4*).

⁶¹ La composizione degli *Assisted Dying Review Panels* è regolata dalla *schedule 2* del *Terminally Ill Adults (end of Life) Bill*. In particolare, è previsto che ciascuno di tali comitati sia formato da un esperto in materie giuridiche (che svolge le funzioni di presidente), uno che abbia competenza psichiatrica e da un assistente sociale.

⁶² *Section 17(4).*

⁶³ Nell'ipotesi in cui, invece, la valutazione desse esito negativo, il richiedente potrebbe chiedere al *Commissioner* di incaricare un diverso *Panel* per operare un nuovo scrutinio, ma soltanto quando la decisione impugnata contenga un errore di diritto, sia fondata su motivazioni irragionevoli, ovvero sia viziata da errori procedurali (cfr. *section 18*).



Trascorsi almeno quattordici giorni dal rilascio del *certificate*, il paziente deve confermare per iscritto la propria determinazione mediante una nuova dichiarazione di volontà⁶⁴, ribadendo che essa è del tutto consapevole e libera da interferenze o induzioni indebite. Il *coordinating doctor* invia, quindi, al *Voluntary Assisted Dying Commissioner* una propria comunicazione, attestando che il paziente si trova allo stadio terminale della malattia, che conserva la capacità di assumere decisioni e che la scelta di porre fine alla vita è stata maturata in piena autonomia⁶⁵. Lo stesso medico, infine, fornisce al paziente la sostanza con cui egli si procurerà la morte e deve essere presente al momento dell'atto – anche se non necessariamente nella stessa stanza – senza tuttavia sostituirsi all'infermo nell'esecuzione materiale⁶⁶. Dopo il decesso, il *coordinating doctor* redige un resoconto completo della procedura (*final statement*), da trasmettere nel più breve tempo possibile al *Voluntary Assisted Dying Commissioner*⁶⁷.

Il procedimento testè riassunto, se posto a raffronto con il disegno di legge italiano, evidenzia una maggiore attenzione nei confronti dell'ammalato che intenda ricorrere all'altrui aiuto per sottrarsi, mediante la morte, a una malattia irreversibile. La circostanza per cui l'intera procedura si sviluppa all'interno di una relazione di cura costituisce, infatti, una garanzia della genuinità e della consapevolezza del volere, rese possibili dall'insieme di informazioni che devono essere fornite al soggetto interessato prima che egli formalizzi per iscritto la propria decisione. Parimenti, il sistema inglese prevede una costante attenzione – attraverso le diverse fasi procedurali – alla verifica della capacità intellettiva della persona, affidata sia a due distinti professionisti sanitari (che, oltre a possedere una formazione specifica nella valutazione della *competence*, possono richiedere il parere di uno psichiatra), sia al *Panel* competente al rilascio del *certificate of eligibility* ove ne ricorrono le condizioni.

Un'ulteriore manifestazione del riguardo riservato all'ammalato si rinviene nel fatto che egli venga ascoltato tanto dagli *assessing doctors* quanto dai componenti del *Panel*, i quali non si limitano – come, invece, avviene nel progetto di legge italiano – a un mero controllo burocratico e a distanza della sussistenza dei requisiti legittimanti l'aiuto al suicidio. Tale impostazione rivela l'intento di evitare che l'infermo avverta una sensazione di isolamento e di abbandono, proprio nel momento in cui le contingenze della sua esistenza si fanno tanto drammatiche da indurlo a preferire la morte alla prosecuzione della vita.

Il *Terminally Ill Adults (end of Life) Bill* presenta, tuttavia, alcune criticità che meritano di essere esaminate. In primo luogo, con riferimento ai requisiti soggettivi di accesso al suicidio assistito, si è visto come l'ammissibilità della richiesta sia subordinata alla presenza di una patologia tale da non lasciare al soggetto più di sei mesi di vita. Nondimeno, il progetto di legge non contiene alcun riferimento alle sofferenze connesse alla malattia, la cui intollerabilità dovrebbe costituire la ragione che spinge l'infermo a voler morire per sottrarsi al dolore. Ne deriva che, ai fini dell'ammissibilità dell'aiuto al suicidio, assume rilievo decisivo un elemento non sempre agevolmente determinabile – la prognosi di vita⁶⁸ – con la conseguente incertezza che ne deriva; mentre, inspiegabilmente, non viene riconosciuto alcun peso a quei patimenti che, indipendentemente dalla previsione di quanto rimanga da vivere all'ammalato, possono rendergli

⁶⁴ Section 19.

⁶⁵ V. section 19, punti (5) e (10).

⁶⁶ Section 25.

⁶⁷ Section 28.

⁶⁸ Secondo la condivisibile opinione di J. THORNTON (*What will new assisted dying legislation mean for doctors?*, in *TheLancet.com*, 404, Dec. 14, 2024, 2409), “one of the biggest problem to resolve will concern prognostication: how can a doctor be certain someone has 6 months or less to live?”.



Dissertations

insostenibile l'esistenza stessa. Il rischio è, dunque, quello di giungere a un risultato paradossale: ammettere al suicidio assistito coloro ai quali rimane una sopravvivenza ormai parecchio esigua, negandolo invece a chi, disponendo di una prospettiva temporale più ampia, è costretto a sopportare per un periodo maggiore tormenti tali da rendere la morte un sollievo.

In secondo luogo, l'intera procedura preliminare all'atto suicidario non è scandita da una sequenza temporale rigidamente definita e, pertanto, i suoi numerosi passaggi potrebbero protrarsi a lungo, a tutto svantaggio del richiedente. Tale circostanza, unita alla necessità di una prognosi non superiore a sei mesi, comporta che il procedimento possa concludersi a ridosso della morte naturale dell'infermo (se non ad dirittura esserne interrotto) attesa come imminente. La sensazione che se ne ricava, quindi, è che il disegno di legge intenda riservare la possibilità di ricorrere all'aiuto medico a morire soltanto a chi, in ragione delle caratteristiche della malattia, sia ormai prossimo a un decesso imminente e non a chi, invece, desideri sottrarsi con il suicidio assistito agli insostenibili patimenti arrecaigliati dalla malattia stessa.

5. La *Proposition de loi relative à la fin de vie* francese

L'analisi, in chiave comparatistica, dei disegni di legge sulla morte assistita attualmente in discussione in alcuni contesti europei si conclude con la *Proposition de loi relative à la fin de vie*⁶⁹ francese, approvata in prima lettura dall'Assemblée Nationale e ora⁷⁰ all'esame della *Commission des affaires sociales* del Senato.

La definizione di aiuto a morire, secondo l'art. 2 del potenziale testo normativo, assume una portata ampia potendo concretarsi tanto nella cooperazione al suicidio dell'infermo quanto, nell'ipotesi in cui egli non sia fisicamente in grado di agire autonomamente, nella somministrazione di una sostanza letale da parte di un medico o di un infermiere.

Il successivo art. 4 disciplina i requisiti soggettivi di accesso alla procedura, stabilendo che il richiedente debba essere una persona maggiorenne di nazionalità francese – o stabilmente residente in Francia – capace di formare una volontà autonoma e di manifestarla in modo chiaro. Egli, inoltre, deve essere affetto da una malattia grave e incurabile, in fase avanzata e a prognosi infastidita, che comporti un deterioramento irreversibile delle condizioni di salute tale da incidere sulla qualità della vita, o che si trovi ormai in fase terminale. È altresì richiesto che l'infermo soffra di patimenti fisici o psicologici⁷¹ derivanti dalla patologia in atto, refrattari ai trattamenti e percepiti come insopportabili da chi abbia deciso di interrompere (o di non intraprendere) le terapie.

⁶⁹ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/textes/l17t0122_texte-adopte-seance. (Ultima consultazione 18/11/2025).

⁷⁰ Il riferimento temporale è al mese di novembre 2025.

⁷¹ Il quarto comma dell'art. 4 del disegno di legge testualmente dispone che "Une souffrance psychologique seule ne peut en aucun cas permettre de bénéficier de l'aide à mourir". Tale disposizione potrebbe apparire contraddittoria rispetto a quanto previsto dal medesimo comma, secondo cui l'aiuto a morire potrebbe essere richiesto da chi patisca sofferenze fisiche o psicologiche e non necessariamente entrambe. Un'interpretazione che tenga insieme le due prescrizioni potrebbe essere comunque elaborata, ritenendo che non si possa ricorrere alle pratiche eutanasiche (nelle due forme di assistenza al suicidio e, ove questo non sia possibile per le condizioni dell'infermo, di somministrazione di una sostanza letale) quando la malattia fonte di patimenti sia di natura psichiatrica e non dia luogo anche a sofferenze fisiche.



Il procedimento prende avvio con una richiesta – formulata dall’ammalato per iscritto o mediante una modalità espressiva adeguata alle sue condizioni – rivolta a un medico con il quale non sussistano rapporti di parentela o affinità, né che riceva vantaggio dal decesso del richiedente⁷². Il professionista ha il dovere di informare il paziente – in maniera chiara e comprensibile per chiunque⁷³ – circa il suo stato di salute, attuale e in prospettiva, nonché sui possibili trattamenti, inclusi quelli di natura palliativa accertandosi che, ove il paziente li desideri, questi ultimi siano effettivamente disponibili. Il medico, inoltre, propone al richiedente di accedere a un sostegno psicologico e gli illustra le condizioni e le modalità di attuazione dell’aiuto a morire.

L’art. 6 del disegno di legge prevede che, una volta verificata la sussistenza dei requisiti soggettivi, il medico incaricato costituisca un organo collegiale per la valutazione dell’istanza, composto – oltre che da sé stesso – da un altro professionista, indipendente e privo di legami gerarchici con il primo, specialista della patologia dell’infermo, oltre che da un infermiere (o da un operatore socio-sanitario)⁷⁴. Possono inoltre essere chiamati a partecipare altri professionisti, come psicologi o figure analoghe, qualora la specificità del caso lo richieda⁷⁵.

La decisione sull’ammissibilità del procedimento eutanasico è assunta dal medico incaricato – a seguito della valutazione collegiale – e comunicata al paziente entro quindici giorni dalla richiesta⁷⁶. Se, dopo almeno due giorni dall’aver ricevuto notizia della deliberazione, il richiedente conferma la volontà di porre fine alla propria vita, il medico e il paziente concordano tempi e modalità di somministrazione della sostanza letale⁷⁷, alla cui esecuzione deve essere presente il medico stesso con funzioni di sorveglianza⁷⁸. Una volta intervenuto il decesso, il professionista ha l’obbligo di registrare senza indugio tutti i ragguagli relativi al procedimento appena concluso in un sistema informatico dedicato⁷⁹, affinché la *Commission de contrôle et d’évaluation* (nominata dal Ministro per la salute⁸⁰) possa verificare se le operazioni si siano svolte in maniera conforme a quanto previsto dalla legge. Qualora la verifica evidenzi irregolarità, la Commissione trasmette gli atti all’autorità giudiziaria competente (art. 15).

Da ultimo, è opportuno sottolineare come i costi dell’intera procedura – inclusi gli onorari dei professionisti e il prezzo della sostanza utilizzata per porre fine alla vita – siano determinati in anticipo con decreto interministeriale, così da garantire al paziente piena trasparenza sugli oneri economici che dovrà sostenere (art. 18).

⁷² Art. 5.

⁷³ Art. 3.

⁷⁴ In relazione a queste figure professionali, non è specificato se anch’esse debbano essere prive di legami gerarchici con il medico che li designa.

⁷⁵ Art. 6.

⁷⁶ L’eventuale diniego può essere impugnato esclusivamente dal paziente innanzi al giudice amministrativo (art. 12).

⁷⁷ L’art. 7 prevede che la somministrazione della sostanza letale può avvenire, su richiesta dell’interessato, anche al di fuori della sua abitazione (a eccezione dei luoghi e degli spazi pubblici) e alla presenza di coloro che l’infermo desideri avere a sé vicini.

⁷⁸ Art. 9.

⁷⁹ Art. 11.

⁸⁰ La Commissione è composta da due medici; un Consigliere di Stato; un Consigliere di Cassazione; due rappresentanti di associazioni riconosciute a tutela degli utenti del sistema sanitario, operanti in sedi ospedaliere o in organismi di sanità pubblica; due personalità nominate per le loro competenze nel campo delle scienze umane e sociali (art. 15)



Dissertations

La *Proposition de loi relative à la fin de vie*, rispetto ai disegni di legge italiano e inglese, presenta l'indubbio vantaggio di assicurare una scansione temporale certa e relativamente breve per la definizione dell'iter autorizzativo, consentendo così di sottrarre quanto prima l'infermo ai patimenti della malattia, anche mediante l'intervento eutanasico del professionista sanitario nell'ipotesi in cui il paziente non sia fisicamente in grado di procedere all'auto-somministrazione del preparato letale. In tal modo, viene salvaguardata la dignità del malato, intesa come libertà di scegliere le modalità e i tempi di congedarsi da una vita resa intollerabile dalle sofferenze.

Per contro, tuttavia, l'enfasi posta sulla piena autonomia individuale, che costituisce l'asse portante del progetto normativo, comporta anche possibili rischi con riguardo al momento formativo della volontà di morte. In altri termini, è evidente come la decisione sul termine della vita si configura come esito di una mera concertazione tra il medico e il suo assistito, senza alcun controllo pubblico antecedente al decesso idoneo a garantire, *ex ante*, la sussistenza e il rispetto delle condizioni legittimanti l'aiuto a morire. Ne consegue che, se da un lato viene valorizzata la relazione di cura che lega il professionista al suo assistito, dall'altro il procedimento appare fragile, poiché privo di meccanismi di verifica capaci di impedire tempestivamente possibili abusi che, in quanto accertati soltanto dopo la morte dell'infermo, produrrebbero conseguenze irreparabili.

L'organo collegiale incaricato di valutare le condizioni dell'ammalato rispetto ai requisiti legittimanti l'aiuto a morire presenta, in tal senso, almeno due criticità rilevanti. Anzitutto, la circostanza per cui la composizione del gruppo multidisciplinare sia decisa dal medico coordinatore non assicura un'indipendenza effettiva degli altri membri rispetto a quest'ultimo, con la conseguenza che il suo operato resta privo di un controllo realmente incisivo. Inoltre, non è previsto che all'interno del collegio sieda uno specialista in grado di valutare la reale capacità del richiedente di esprimere una volontà consapevole e libera da condizionamenti, derivanti sia da uno stato psichico alterato sia da indebite suggestioni esterne. Ne deriva che l'autodeterminazione del paziente rischia di ridursi a un simulacro privo di effettiva sostanza, poiché le decisioni possono dirsi autenticamente espressive della volontà del soggetto solo quando scaturiscano da una coscienza pienamente lucida e non alterata da fattori fuorvianti.

6. Una breve conclusione

La conclusione che può trarsi dall'esame comparato dei tre disegni di legge non è confortante. Per quanto differenti siano gli approcci adottati nei vari ordinamenti rispetto a un tema tanto complesso e divisivo, le potenziali normative analizzate appaiono accomunate da una medesima criticità: la tendenza a relegare in secondo piano la figura dell'ammalato che, invece, dovrebbe rappresentare il fulcro di ogni disciplina volta a regolare le condizioni e le procedure legittimanti la morte assistita.

Il disegno di legge italiano, come si è visto, introduce una serie di ostacoli ingiustificati ed eccessivi per coloro che intendano sottrarsi con la morte ai patimenti di una malattia senza possibilità di guarigione, trascurando al contempo sia il processo formativo della volontà del paziente, sia la genuinità del suo contenuto.

Anche la *Proposition de loi relative à la fin de vie* francese non appare, sotto questo profilo, più rassicurante. La sua architettura procedimentale, infatti, non consente di individuare tempestivamente eventuali vizi che possano aver inciso sulla determinazione dell'infermo di porre fine alla propria esistenza.



Parimenti, un controllo sull'operato del medico responsabile limitato al momento successivo al decesso del richiedente non è idoneo a intercettare per tempo una condotta negligente del professionista, né tantomeno a evitarne le conseguenze irreparabili per la vita del paziente.

Il *Terminally Ill Adults (end of Life) Bill* inglese, infine, nonostante contempi una serie di controlli pubblici preventivi che possono efficacemente rilevare eventuali vizi della volontà del soggetto istante, non tiene conto – analogamente al disegno di legge italiano – delle esigenze di chi domandi un aiuto a morire per sottrarsi a un'infermità grave e incurabile. Il procedimento delineato dalla proposta normativa per giungere all'esito letale risulta, infatti, lungo e privo di una scansione temporale certa che limiti la durata dei singoli passaggi; questo è un difetto particolarmente grave se si considera che la prognosi di vita del paziente non può superare i sei mesi, con il rischio che il decesso intervenga per cause naturali prima che la procedura di assistenza al suicidio giunga a conclusione.

L'auspicio, dunque, è che i legislatori nazionali, nel prosieguo del dibattito parlamentare, sappiano riconoscere la centralità dell'ammalato e delle sue esigenze, modellando una disciplina della morte medicalmente assistita che sia realmente rispettosa delle sofferenze e capace di restituire a coloro che versano in frangenti tanto drammatici della propria esistenza quella dignità che la malattia quotidianamente gli sottrae.

