

Doctrina

Título:	La (ormai prossima) regolazione della morte volontaria medicalmente assistita nel Sistema Giuridico Italiano	
Autor:	Di Rosa, Giovanni	
País:	 Italia	
Publicación:	Revista de Ciencia de la Legislación - Número 11 - Mayo 2022	
Fecha:	21-04-2022	Cita: IJ-MMDCCV-531

La (ormai prossima) regolazione della morte volontaria medicalmente assistita nel Sistema Giuridico Italiano

Giovanni Di Rosa[1]

Il 13 dicembre 2021 è iniziata nell'aula parlamentare (peraltro semideserta) della Camera dei deputati, e subito rinviata ad altra seduta, la discussione del testo della proposta di legge contenente disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita, varato dalle Commissioni giustizia e affari sociali a più di tre anni dalla prima sollecitazione in tal senso ad opera della Corte costituzionale. I lavori sono poi ripresi il 9 febbraio 2022 e nuovamente rinviati ad altra seduta del mese successivo, a testimonianza dell'attuale assenza di un accordo di fondo tra le forze politiche; in attesa pertanto della conclusione di questo lungo iter parlamentare è possibile richiamare sinteticamente i tratti salienti della prospettata regolamentazione onde rappresentare termini e contenuto del possibile intervento finale del legislatore.

Lo schema infine approvato dalla Camera dei deputati nel marzo 2022 e trasmesso al Senato per la successiva discussione, si articola in una pluralità di previsioni, che possono essere ricondotte, in maniera assolutamente generale, a profili procedurali-organizzativi, sulla base peraltro di specifici presupposti normativi, nel quadro di un modello che tende a coniugare aspetti di tutela individuale (sia del richiedente sia del personale sanitario) con aspetti di rilevanza collettiva (socio-sanitaria). In questo complesso di regole, volte ad assicurare per legge l'accesso al suicidio assistito, si staglia la peculiare caratterizzazione in chiave procedimentalizzata dell'evento morte, esito cioè di un percorso con presupposti e modalità di esercizio della riconosciuta facoltà della persona richiedente.

Premessa dunque la finalità della prospettata normativa, che disciplina «la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile e con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile di richiedere assistenza medica, al fine di porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita» (art. 1), e definita la morte volontaria medicalmente assistita come «il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dalla presente legge, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e sotto il controllo del Servizio sanitario nazionale» (art. 2), l'individuazione dei relativi presupposti, unitamente alla sussistenza delle richieste condizioni, ricalca (in buona sostanza) quanto disposto dal giudice delle leggi nelle decisioni in merito alla declaratoria di parziale illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p., relativo all'istigazione o aiuto al suicidio [2].

Al riguardo, infatti, la richiesta di morte volontaria medicalmente assistita deve provenire da una persona maggiore di età, capace di intendere e di volere e in grado, in quanto pienamente cosciente e padrona di sé, di assumere decisioni libere, attuali e consapevoli, sulla base di adeguate informazioni ricevute e fatte proprie e in ragione dell'intervenuto coinvolgimento in un percorso di cure palliative (destinate, ovviamente, a lenire il suo stato di sofferenza), anche se eventualmente esplicitamente rifiutato (art. 3, comma 1). Mentre, tuttavia, nella prospettiva assunta e formalizzata dal giudice delle leggi, l'accesso alle cure palliative costituisce una pre-condizione (dunque un pre-requisito) della eventuale successiva scelta del suicidio assistito, secondo la predisposta

regolamentazione è sufficiente che il malato sia a conoscenza del diritto di accedere alle cure palliative, anche se poi o non risulti essere stato mai in carico alla relativa rete di assistenza oppure abbia espressamente rifiutato tale percorso assistenziale. Tale diversità di formulazione rappresenta uno dei nodi irrisolti dell'attuale dibattito legislativo. La richiesta di morte volontaria medicalmente assistita può essere presa in considerazione, nelle forme e nel rispetto della procedura che a breve saranno richiamate, solo ove la persona si trovi nelle seguenti (concomitanti e non, dunque, alternative) condizioni, ossia sia affetta da patologia (o condizione clinica) irreversibile e con prognosi infausta, con sofferenze fisiche e psicologiche assolutamente intollerabili da parte della medesima, e venga tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, la cui interruzione ne provocherebbe il decesso (art. 3, comma 2).

Al fine di assicurare che il percorso volitivo interno della persona malata e sofferente si traduca in una corrispondente e chiara manifestazione esterna, si prevede che la richiesta in questione presenti alcuni caratteri (o requisiti), ossia sia contraddistinta dall'essere attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita (art. 4, comma 1, prima parte), traducendo in buona sostanza la stessa rappresentazione fornita dal legislatore in tema di consenso (o dissenso) informato rispetto all'inizio o alla prosecuzione di ogni trattamento sanitario a norma della l. n. 219/2017. La volontà deve essere esteriorizzata nella forma scritta (atto pubblico o scrittura privata autenticata) e può essere posta nel nulla in qualsiasi momento e senza particolari formalità, purché comunque ciò avvenga con un mezzo idoneo a manifestare tale volontà contraria (art. 4, comma 1, seconda parte). Emerge dunque, a fronte del richiesto formalismo per introdurre nell'ordinamento una volontà positiva (di accesso, cioè, alla morte volontaria medicalmente assistita), il diverso (e opposto) principio della libertà delle forme per esplicitare una volontà negativa (di revoca, cioè, della richiesta di accesso precedentemente formalizzata). Tale soluzione, che si comprende in una logica di salvaguardia del desiderio di rimanere in vita e che, per certi versi, risulta anche apprezzabile, può tuttavia porre qualche problema di concreto accertamento della (diversa) volontà di revoca, anche se la formula approntata, ossia «con ogni mezzo idoneo a palesarne la volontà», sembra sufficientemente ampia per potere ricomprendere la molteplice varietà delle possibili tipologie.

L'inoltrata richiesta (al medico di medicina generale o al medico che ha in cura il paziente) mette in modo la prevista procedura che si articola in più momenti e coinvolge, correlativamente, più soggetti, individuati rispetto al ruolo che sono chiamati a svolgere nell'ambito delle competenze assegnate. Il medico (di medicina generale o curante) che riceve la richiesta predispone e invia un rapporto dettagliato e documentato al Comitato etico di valutazione clinica territorialmente competente (organismo multidisciplinare, autonomo e indipendente, la cui istituzione è prevista entro centottanta giorni dall'entrata in vigore della legge), a cui è affidata la redazione di «un parere motivato sulla esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla presente legge a supporto della richiesta di morte volontaria medicalmente assistita e lo trasmette al medico richiedente e alla persona interessata» (art. 5, comma 5). Nel caso di parere favorevole il medico provvede alla trasmissione dell'intero incartamento «alla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria locale o alla direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera di riferimento» (art. 5, comma 7), affinché si provveda al fine di garantire che «il decesso avvenga (...) presso il domicilio del paziente o, laddove ciò non sia possibile, presso una struttura ospedaliera e sia consentito anche alle persone prive di autonomia fisica» (art. 5, comma 7). Laddove, invece, il parere sia contrario (oppure il medico non ritenga di trasmettere la richiesta al Comitato per la valutazione clinica), viene comunque riconosciuta al paziente richiedente la possibilità «di ricorrere al giudice territorialmente competente, entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricezione del parere» (art. 5, comma 8). In merito può, però, osservarsi che nel progetto di legge non viene chiarito da che cosa sia determinata la competenza territoriale (ossia se, ad esempio, il luogo del domicilio o della residenza del paziente oppure il luogo, diverso dal primo, in cui questi si trovi, ad esempio proprio per ragioni di salute). Parimenti, mentre è previsto che il parere del Comitato per la valutazione clinica venga trasmesso (oltre che ovviamente al medico anche) alla persona interessata, con la riconosciuta possibilità, in caso di valutazione negativa, del ricorso giudiziale; nulla, invece, viene disposto con riguardo alla conoscibilità della motivata decisione con la quale il medico ricevente decida di non trasmettere la richiesta al Comitato per la valutazione clinica al fine di ottenere il prescritto parere (art. 5, commi 4 e 8), rispetto alla quale statuizione è tuttavia riconosciuta la possibilità (come nell'ipotesi di parere non favorevole del Comitato per la valutazione clinica) del ricorso giudiziale (art. 5, comma 8). La persistente decisione di morte volontaria medicalmente assistita, unitamente

alla permanente e attuale sussistenza di tutte le condizioni di ammissibilità della richiesta di cui all'art. 3, è oggetto di previo accertamento da parte del medico presente all'atto del decesso (equiparato a tutti gli effetti di legge al venir meno per cause naturali), con la possibilità di avvalersi anche della collaborazione di uno psicologo (art. 5, comma 10).

In disparte le disposizioni finali, contenute nell'art. 9, deputate a prevedere in capo al Ministro della Salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, una serie di incombenze (di non poco momento) per assicurare, sia dal punto di vista organizzativo-sanitario sia dal punto di vista procedurale-informativo, il funzionamento del sistema così predisposto (non ultima la prevista relazione annuale sullo stato di attuazione della legge), di rilievo appaiono la predisposta possibilità di ricorso all'obiezione di coscienza per il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie (art. 6) e l'introdotta esclusione di punibilità, in particolare ma non con tratti di esclusività, per il medico e il personale sanitario e amministrativo che abbiano dato corso alla procedura di morte volontaria medicalmente assistita (art. 8).

La possibilità di ricorrere all'obiezione di coscienza risulta assolutamente in linea con quanto già formalizzato dal legislatore in ordine a precedenti previsioni normative su temi eticamente sensibili. Il riferimento è, esemplificativamente, alla disciplina contenuta nella legge 22 maggio 1978, n. 194, recante norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza; alla legge 12 ottobre 1993, n. 413, sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale e alla legge 19 febbraio 2004, n. 40, in tema di procreazione medicalmente assistita. Anche in questo caso vengono dettate una serie di prescrizioni per rendere operante l'efficacia dell'atto di obiezione, richiedendosi una preventiva dichiarazione (sempre revocabile) da parte del personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie, da comunicare entro tre mesi dall'adozione del previsto regolamento ministeriale «al direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera, nel caso di personale dipendente» (art. 6, comma 1); pur tuttavia, il mancato rispetto del termine indicato non ne preclude la proponibilità, ma solamente la postergazione della relativa efficacia, ossia dopo un mese dalla intervenuta presentazione (art. 6, comma 2).

Il rispetto delle previsioni di nuovo conio è il presupposto per escludere l'applicabilità, anche con efficacia retroattiva, delle disposizioni contenute negli artt. 580 c.p. (che punisce, tra l'altro, l'aiuto al suicidio) e 593 c.p. (che sanziona penalmente l'omissione di soccorso) «al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano dato corso alla procedura di morte volontaria medicalmente assistita nonché a tutti coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata ad attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura» (art. 8, comma 1). Nella medesima direzione, del resto, sia pure con riferimento a quanto deciso dal giudice delle leggi e rispetto ai profili disciplinari, si era già mosso il Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici (FNOMCeO) che all'unanimità ha approvato il 6 febbraio 2020 la modifica dell'art. 17 del codice di deontologia medica, rubricato «Atti finalizzati a provocare la morte». Ai sensi del nuovo testo «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte. La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell'individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare».

La (rapidamente) analizzata proposta di legge, su cui sembrerebbe essersi raggiunta un'intesa di massima tra tutte le compagini politiche (sia pure con qualche distinguo), si inserisce peraltro in un quadro ove la necessità di un intervento legislativo si pone in termini sempre più stringenti, per almeno due ordini di ragioni che corrispondono ad altrettante questioni concrete.

Per un verso, infatti, nelle more (purtroppo assai lunghe) della richiesta legiferazione da parte del giudice delle leggi, sono già state rese alcune decisioni giudiziali che, a parere di alcuni, hanno di fatto ampliato quello spazio entro il quale era stato rigorosamente circoscritto e confinato l'area di

non punibilità dell'aiuto al suicidio, ossia quei paletti posti a tutela, nello stretto ambito penalistico, dei soggetti più fragili. Ci si riferisce, in particolare, alla vicenda sottoposta al vaglio della giustizia marchigiana che, con una recente ordinanza collegiale, pur escludendo la sussistenza di un obbligo in capo al Servizio sanitario nazionale, in presenza delle tassative circostanze fissate dalla Corte costituzionale, di prestare assistenza a chi richieda aiuto a morire, ha accolto la richiesta di accertamento della sussistenza dei suddetti presupposti quale verifica il cui esito è, in buona sostanza, pregiudiziale alla non punibilità del concreto aiuto al suicidio [3].

Per altro verso, poi, non possono di certo ritenersi sopite le spinte eutanasiche. Vero è che la Corte costituzionale, dinanzi alla quale pendeva il giudizio di ammissibilità in ordine al proposto referendum sull'eutanasia, ha ritenuto inammissibile, nella riunione in camera di consiglio del 15 febbraio 2022, il quesito referendario, ma è stato già preannunciato dai relativi promotori che non demorderanno e che torneranno, dunque, alla carica. Va al riguardo ricordato che la denominazione del quesito referendario proposto dal comitato Eutanasia legale era «Abrogazione parziale dell'articolo 579 del Codice penale (omicidio del consenziente)». Lo aveva stabilito l'Ufficio centrale per il referendum presso la Corte di Cassazione che, con ordinanza depositata il 16 dicembre 2021, aveva respinto la proposta del comitato promotore di integrare la denominazione con l'espressione «Disponibilità della propria vita mediante consenso libero, consapevole e informato»; si era infatti in merito precisato che la proposta locuzione, la quale nell'intenzione dei promotori intenderebbe rendere chiaro il principio giuridico che l'abrogazione parziale vuole introdurre, ossia la disponibilità della propria vita (in presenza, per l'appunto, di un consenso valido, libero e informato), non trova rispondenza né nella natura abrogativa del referendum (che non è certamente propositivo) né, tanto meno, nella nota decisione del giudice delle leggi, dove il bilanciamento operato non comporta «un varco all'autodeterminazione e alla disponibilità della vita» [4]. Proprio richiamando il dibattito innescato dalla proposta consultazione popolare si era rilevato che una legge condivisa sul suicidio assistito avrebbe potuto bloccare la ritenuta deriva referendaria, dovendosi pertanto preferire una disciplina che tenga comunque conto dei principi fondamentali dell'ordinamento e dei diritti della persona a una competizione referendaria (dall'esito incerto) che potrebbe aprire la strada a un caos giuridico con il rischio di liberalizzare l'omicidio di una persona consenziente anche se in buona salute [5]. La Corte costituzionale ha invece ritenuto inammissibile il quesito referendario perché, a seguito dell'abrogazione, cui il quesito mira, non sarebbe preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili.

Notes

[1] Ordinario di Diritto civile nell'Università degli Studi di Catania.

[2] Il riferimento è a Corte cost. (ord.), 16 novembre 2018, n. 207 e Corte cost., 22 novembre 2019, n. 242, entrambe in www.wilcaso.it.

[3] Si tratta della decisione di Trib. Ancona (ord.), 9 giugno 2021, in *Corr. giur.*, 2021, p. 1544 s., con nota di I. Cubicciotti, Il tema del suicidio assistito tra il valore della vita ed il valore della dignità, che, in riforma dell'ordinanza reclamata assunta il 26 marzo 2021 nell'instaurato procedimento d'urgenza ex art. 700 c.p.c., ha ordinato all'Azienda sanitaria unica regionale (Asur) di accertare quanto richiesto da un paziente tetraplegico di 43 anni, ossia la sussistenza dei presupposti fissati dal giudice delle leggi ai fini della non punibilità dell'aiuto al suicidio e, poi, la verifica dell'idoneità e dell'efficacia delle modalità e del farmaco individuati ad assicurare una morte il più rapida, indolore e dignitosa possibile. A fronte del successivo parere favorevole reso il 9 novembre 2021 dal Comitato etico dell'Asur, quest'ultima con un comunicato del 23 novembre 2021 ha chiarito che sarebbe stato il giudice anconetano a decidere se il paziente richiedente avrebbe avuto diritto o meno al suicidio medicalmente assistito. È stata infine la stessa Asur alla fine del gennaio 2022 a individuare il farmaco corretto, ossia «il tiopentone sodico, che appare idoneo a garantire una morte rapida e indolore ad un dosaggio non inferiore a 3-5 grammi per una persona adulta del peso di 70 kg. La modalità di somministrazione è quella dell'auto-somministrazione mediante infusione endovenosa».

[4] Si tratta di quanto riportato in G. Razzano, Referendum, nel nome niente «consenso libero» al fine vita, in *Il Sole* 24 ore, 17 gennaio 2022.

[5] Il riferimento è ai numerosi interventi da parte del presidente emerito della Corte costituzionale, Giovanni Maria Flick, ultimo tra i quali quello oggetto di un'intervista raccolta da A. Picariello e pubblicata in *Avvenire*, 14 gennaio 2022, p. 10.