

CORTE COSTITUZIONALE

Servizio Studi

Aiuto al suicidio e profili giuridici del fine vita dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019

A cura di Elisabetta Lamarque

Febbraio 2021

**Aiuto al suicidio e profili giuridici del fine vita
dopo la sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019**

A cura di Elisabetta Lamarque

Composizione: Claudia Giulia

INDICE

1. Proposte di legge attualmente pendenti.....	9
S.1494 - 18ª Legislatura.....	11
Sen. Monica Cirinnà (PD) e altri	
Modifiche all'articolo 580 del codice penale e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di aiuto medico a morire e tutela della dignità nella fase finale della vita	
17 settembre 2019: Presentato al Senato	
16 ottobre 2019: Assegnato alle commissioni riunite 2ª (Giustizia) e 12ª (Igiene e sanità) in sede redigente il 16 ottobre 2019. Annuncio nella seduta n. 156 del 16 ottobre 2019. Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), Questioni regionali (non ancora iniziato l'esame)	
S.1464 - 18ª Legislatura.....	17
Sen. Paola Binetti (FI-BP) e altri	
Modifiche all'articolo 580 del codice penale e modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di disposizioni anticipate di trattamento e prestazione delle cure palliative	
7 agosto 2019: Presentato al Senato	
17 settembre 2019: Assegnato alle commissioni riunite 2ª (Giustizia) e 12ª (Igiene e sanità) in sede redigente il 17 settembre 2019. Annuncio nella seduta n. 149 del 17 settembre 2019. Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), Questioni regionali (non ancora iniziato l'esame)	
C.1559 - 18ª Legislatura.....	27
On. Giorgio Silli (FI)	
Modifiche agli articoli 579 e 580 del codice penale, in materia di reato di omicidio del consenziente e di istigazione o aiuto al suicidio	
31 gennaio 2019: Presentato alla Camera	
5 marzo 2019: Assegnato alla 2ª Commissione permanente (Giustizia) in sede referente il 5 marzo 2019. Annuncio nella seduta n. 136 del 5 marzo 2019. Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 12ª (Aff. sociali) (non ancora iniziato l'esame)	
C.2 - 18ª Legislatura.....	29
Popolare	
Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia	
23 marzo 2018: Presentato alla Camera	
29 ottobre 2020: in corso di esame nelle commissioni riunite 2ª (Giustizia) e 12ª (Affari sociali) in sede referente	
C.1418 - 18ª Legislatura.....	33
On. Alessandro Zan (PD) e altri	
Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di eutanasia	
5 dicembre 2018: Presentato alla Camera	
29 ottobre 2020: in corso di esame nelle commissioni riunite 2ª (Giustizia) e 12ª (Affari sociali) in sede referente	
C.1586 - 18ª Legislatura.....	37
On. Andrea Cecconi (Misto, MAIE-Movimento Associativo Italiani all'Estero-Sogno Italia) e altri	
Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia	
11 febbraio 2019: Presentato alla Camera	

29 ottobre 2020: in corso di esame nelle commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 12^a (Affari sociali) in sede referente

C.1655 - 18^a Legislatura.....43

On. Michela Rostan (LEU) e altri

Introduzione degli articoli 4-*bis* e 4-*ter* della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia

7 marzo 2019: Presentato alla Camera

29 ottobre 2020: in corso di esame nelle commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 12^a (Affari sociali) in sede referente

C.1875 - 18^a Legislatura.....47

On. Doriana Sarli (M5S) e altri

Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi

30 maggio 2019: Presentato alla Camera

29 ottobre 2020: in corso di esame nelle commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 12^a (Affari sociali) in sede referente

C.1888 - 18^a Legislatura.....57

On. Alessandro Pagano (Lega) e altri

Modifiche all'articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative

5 giugno 2019: Presentato alla Camera

29 ottobre 2020: in corso di esame nelle commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 12^a (Affari sociali) in sede referente

2. Audizioni rese nelle commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 12^a (Affari sociali) in sede referente (C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1418 Zan, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano).....63

8 ottobre 2020

Audizione informale di rappresentanti del Comitato nazionale per la bioetica e di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) e della Federazione nazionale Ordini professioni infermieristiche (FNOPI), nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11225).....65

13 ottobre 2020

Audizione informale, in videoconferenza, di: Mario Esposito, professore di diritto costituzionale presso l'Università del Salento, e Antonio Ruggeri, professore emerito di diritto costituzionale presso l'Università degli studi di Messina, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11241).....65

20 ottobre 2020

Audizione informale di Marilisa D'Amico, professoressa di diritto costituzionale e prorettrice presso l'Università degli studi di Milano, di Mirzia Bianca, professoressa di istituzioni di diritto privato presso l'Università di Roma La Sapienza, e di Aldo Rocco Vitale, docente di biogiuridica presso la

Facoltà di bioetica dell'Ateneo Pontificio *Regina Apostolorum*, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1418 Zan, C. 1586 Ceconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11290 e testo di M. D'Amico, *Il fine vita e la libertà di autodeterminazione in ambito medico-sanitario*, in *Osservatorio Aic*, n. 6/2020, all'indirizzo https://www.osservatorioaic.it/images/rivista/pdf/2020_6_19_D_Amico.pdf).....65

29 ottobre 2020

Audizione informale, in videoconferenza, di Valerio Onida, professore emerito di diritto costituzionale presso l'Università degli Studi di Milano, già presidente della Corte costituzionale, e di Michele Ainis, professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università di Roma Tre, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1418 Zan, C. 1586 Ceconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11352).....65

3. Giurisprudenza.....67

Corte di Assise Massa, sentenza 27 luglio – 2 settembre 202069

* La sentenza è stata impugnata dalla Procura di Massa. L'atto di impugnazione non è disponibile.

4. Documentazione e dottrina (selezione di contributi)99

** Della prima prassi applicativa, di cui si è avuta notizia solo informalmente, non è possibile allo stato acquisire alcuna documentazione.

Codice di deontologia medica del 2014, *Atti finalizzati a provocare la morte. Indirizzi applicativi allegati all'art. 17 e correlati ai sensi della sentenza 242/19 della Corte costituzionale* (6 febbraio 2020)101

Parere n. 2/2020 della Commissione regionale di bioetica della Regione Toscana, *Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale* (14 febbraio 2020).....133

Comunicato della Società italiana cure palliative-SICP e della Federazione cure palliative-FCP, *Deposito della sentenza 242/19 della Corte costituzionale su aiuto al suicidio* (26 novembre 2019).....145

Comunicato della Presidenza nazionale dell'Associazione Medici Cattolici Italiani - Presidenza Nazionale-AMCI (11 febbraio 2020).....147

G. Battaglia, *L'“etica clinica” nelle determinazioni effettive del biodiritto: quale (possibile) ruolo per i comitati etici nell'ambito del fine vita?*, in *DPCE online*, 2020/3.....150

L. Orsi, *Editoriale. Aiuto medico a morire: una questione su cui riflettere a fondo*, in *Rivista italiana di cure palliative*, 2019, n. 21.....157

C. Petrini, <i>After the Italian Constitutional Court's ruling on the absence of criminal liability for assisted suicide: the role of ethics committees and clinical ethics</i> , in <i>Annali dell'Istituto Superiore di Sanità</i> , 2019, 55 (4).....	167
C. Petrini, <i>Will medical-assisted suicide mean the rebirth of (clinical) ethics committees in Italy?</i> , in <i>Medico Legal Journal</i> , Vol. 88 (IS), 2020.....	170
C. Petrini, <i>Suicidio assistito. Dopo la sentenza della Consulta, quattro scenari per i comitati etici abilitati ad esprimersi su eventuali richieste</i> , in <i>quotidianosanità.it</i> , 18 febbraio 2020.....	175
S. Trentanovi e G.B. Gottardi, <i>Commento alla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale sull'art. 580 cp</i> , in <i>personaedanno.it</i> , 6 febbraio 2020.....	179

1. Proposte di legge attualmente pendenti



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori CIRINNÀ, CERNO, DE PETRIS, MANTERO, NENCINI, NUGNES e RAMPI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 17 SETTEMBRE 2019

Modifiche all’articolo 580 del codice penale e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di aiuto medico a morire e tutela della dignità nella fase finale della vita

ONOREVOLI SENATORI. – Il 25 settembre 2019 la Corte costituzionale si è pronunciata sulla questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del codice penale, dopo la sospensione del giudizio, deliberata dall'ordinanza n. 207 del 2018 per consentire al legislatore di intervenire con una disciplina organica della fattispecie.

Negli scorsi mesi, la Camera dei deputati ha avviato una discussione, che tuttavia non ha prodotto esiti. In questo ramo sono stati presentati alcuni disegni di legge: tra di essi, merita ricordare il n. 900, d'iniziativa del senatore Cerno e altri, il n. 912, d'iniziativa del senatore Mantero e altri, e il n. 966, d'iniziativa del senatore Marcucci e altri, che, con diverse soluzioni tecniche, si fanno carico di rispondere alla richiesta della Corte costituzionale.

Il presente disegno di legge non si pone in contrasto con i testi appena richiamati, ma vuole integrarne le previsioni e costituire un ulteriore contributo al dibattito, ricalcato con la massima precisione possibile sui contenuti dell'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale, nell'attesa della pubblicazione del testo della sentenza pronunciata il 25 settembre 2019.

In tale pronuncia, la Corte pone all'attenzione del legislatore alcune questioni.

In primo luogo, la Corte ravvisa la necessità di intervenire sull'attuale formulazione dell'articolo 580 del codice penale, per eliminare l'irragionevole unicità del quadro edittale per le due diverse fattispecie di istigazione e aiuto al suicidio, ivi contemplate.

In secondo luogo, la Corte richiama l'attenzione sulla *ratio* dell'attuale previsione dell'articolo 580 del codice penale, affermando che essa – astrattamente considerata

– non può considerarsi di per sé costituzionalmente illegittima.

Allo stesso tempo, la Corte ritiene che l'assolutezza della previsione del delitto di aiuto al suicidio non sia idonea ad assicurare il ragionevole bilanciamento tra il valore della vita e la tutela dell'autodeterminazione in materia sanitaria, garantita dall'articolo 32 della Costituzione e che pertanto presenti seri profili di illegittimità costituzionale.

La Corte muove infatti dall'analisi approfondita del caso sottoposto all'esame del giudice *a quo* e si interroga sulla condizione di un paziente capace di prendere decisioni libere e consapevoli e affetto da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili: nel quadro fornito dalla legislazione vigente – segnatamente, la legge 22 dicembre 2017, n. 219 – è già consentito a questo paziente di porre termine alle proprie sofferenze con la morte, mediante il doppio dispositivo della rinuncia al trattamento sanitario e della sedazione palliativa profonda e continua. Tuttavia, prosegue la Corte, in casi simili la morte potrebbe prodursi secondo tempi e modalità non corrispondenti alla visione della dignità del morire propria del morente che, ad esempio, potrebbe non accettare di sottoporre sé stesso e i propri cari ad un processo di morte in ipotesi lungo e straziante, preferendo essere messo nelle condizioni di dare seguito con immediatezza alla propria determinazione.

Per questo, secondo la Corte costituzionale ben potrebbe il legislatore consentire che – nei casi in cui è già prefigurato dalla legge l'esito mortale come conseguenza della sospensione dei trattamenti sanitari – venga somministrato al malato un farmaco

idoneo a provocarne la morte rapidamente e senza dolore, prevedendo al contempo idonee garanzie, prefigurate nel dettaglio dalla medesima ordinanza.

Infine la Corte costituzionale invita il legislatore a collegare all'introduzione della fattispecie di aiuto medico a morire la previsione di una specifica causa di non punibilità del medico e del personale sanitario per il delitto di aiuto al suicidio di cui all'articolo 580 del codice penale, così temperandone l'assolutezza.

Il presente disegno di legge affronta tutte e tre le questioni richiamate dalla Corte.

L'articolo 1 - che riprende parzialmente l'analoga disposizione contenuta nel disegno di legge n. 966 d'iniziativa del senatore Marcucci - interviene sulla formulazione del primo comma dell'articolo 580 del codice penale, ragionevolmente differenziando le pene comminate per le due diverse fattispecie di istigazione e aiuto al suicidio.

L'articolo 2 modifica l'articolo 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, consentendo - su richiesta del paziente - la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente e senza dolore la morte nei casi individuati dalla Corte costituzionale, con l'unico temperamento derivante dall'esclusione - tra le condizioni che giustificano la richiesta di aiuto medico a morire - dell'essere il paziente « tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale ». Tale condizione non è riprodotta nel disegno di legge: si intende in tal modo includere nella disciplina dell'aiuto medico a morire anche quei pazienti che, sebbene non tenuti in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale (come ad esempio la ventilazione artificiale), siano comunque affetti da patologie gravi e irreversibili, fonte di sofferenze fisiche o psichiche intollerabili.

Si prevede inoltre che la somministrazione del trattamento avvenga nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, sia presso strutture sanitarie che a domicilio del paziente: que-

st'ultima possibilità, seppur non espressamente contemplata dalla decisione della Corte, è parsa maggiormente elastica e più corrispondente, in potenza, alla molteplicità di situazioni ed esperienze che possono venire in rilievo, dando corpo a diverse scelte e visioni della propria dignità da parte del morente. Si prevede, come richiesto dall'ordinanza della Corte, la possibilità di formulare obiezione di coscienza da parte del medico e del personale sanitario e si garantiscono in ogni caso la terapia del dolore e la somministrazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

Infine, per evitare irragionevoli discriminazioni, la fattispecie di aiuto medico a morire è disciplinata indipendentemente dalle concrete modalità di assunzione del farmaco mortale, onde consentire anche al paziente che si trovi nella fisica impossibilità di assumere il farmaco di dar corso alla propria decisione di morire con dignità.

Più in generale, nello spirito della decisione della Corte, l'inserimento della previsione dell'aiuto medico a morire nel corpo della legge 22 dicembre 2017, n. 219, consente di ancorare tale innovazione normativa al quadro di garanzie dell'autodeterminazione in materia sanitaria e dell'autonomia della relazione di cura recato da quella legge, così assicurando un bilanciamento tra tutela della vita e tutela della dignità e autodeterminazione del malato che non sia soltanto ragionevole, ma anche corredato da garanzie idonee ad assicurare la protezione della specifica condizione di vulnerabilità del paziente, nel contesto della relazione di cura e delle altre relazioni significative che possono caratterizzare la fase finale della vita. Inoltre l'ancoraggio della fattispecie di aiuto medico a morire nel corpo della legge n. 219 del 2017 consente, più specificamente, di far valere anche in questa ipotesi tutte le specifiche garanzie che l'articolo 1 di quella legge prevede in relazione alla ve-

rifica della volontà del paziente, nel quadro della relazione di cura.

Infine, l'articolo 3 del disegno di legge – ricalcato sulle corrispondenti disposizioni contenute nei disegni di legge già richiamati in apertura – introduce una specifica causa di non punibilità, formulata in termini tali da coprire il più largo novero di ipotesi e, soprattutto, di valere anche per il passato. A tal fine, la causa di non punibilità non si limita al solo delitto di cui all'articolo 580 del codice penale, ma include anche i delitti di cui agli articoli 575 (omicidio), 579 (omicidio del consenziente) e 593 (omissione di soccorso) ed è formulata in modo tale da valere anche per il passato.

La Corte costituzionale ha dato al legislatore l'irripetibile opportunità di rispondere in modo serio e ponderato alla domanda di riconoscimento che si leva dal corpo stesso

dei malati. Una risposta sensibile alla dignità del morente e alla garanzia della miglior qualità di vita possibile, in armonia con la sua autodeterminazione e la sua visione della morte.

Il legislatore non è chiamato a dare la morte, né a rinunciare all'obbligo di prendersi cura di ogni persona malata. Piuttosto è chiamato a confrontarsi, con umiltà, con le forme che può assumere – nella concretezza delle situazioni di vita – la dignità personale, riconoscendola con rispetto. In quest'ottica, mettendo al centro la persona del malato e la sua libertà di scelta, il presente disegno di legge non fa altro che disciplinare – con le opportune garanzie – la possibilità di consentire a chi già sta morendo di poterlo fare in modo « corrispondente alla propria visione della dignità del morire » (così proprio l'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale).

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Modifiche all'articolo 580 del codice penale)

1. All'articolo 580 del codice penale, il primo comma è sostituito dal seguente:

« Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima. Chiunque agevola l'esecuzione del suicidio è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da uno a quattro anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima ».

Art. 2.

(Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219)

1. All'articolo 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) dopo il comma 2 è inserito il seguente:

« 2-bis. Nel caso di paziente capace di prendere decisioni libere e consapevoli e affetto da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, è consentita, su richiesta del paziente e nel rispetto delle condizioni di cui all'articolo 1 della presente legge, la somministrazione di farmaci idonei a provocarne rapidamente e

senza dolore la morte. La somministrazione dei trattamenti di cui al periodo precedente è consentita, anche presso il domicilio del paziente, unicamente nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, da parte di personale medico e sanitario che non abbia formulato al riguardo obiezione di coscienza nelle forme previste dall'articolo 9 della legge 22 maggio 1978, n. 194. È sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, e il paziente che intenda formulare la richiesta di aiuto medico a morire deve essere adeguatamente informato della possibilità di ricorrere a tali presidi »;

b) il comma 3 è sostituito dal seguente:

« 3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua, il rifiuto della stessa e la somministrazione dei trattamenti di cui al comma 2-*bis* sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico ».

Art. 3.

(Causa di non punibilità)

1. Non è punibile per i delitti di cui agli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale chi, anche prima della data di entrata in vigore della presente legge, abbia direttamente o indirettamente cagionato, su sua richiesta, la morte di una persona nelle condizioni di cui al comma 2-*bis* dell'articolo 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, introdotto dall'articolo 2 della presente legge.



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa dei senatori BINETTI, GASPARRI, QUAGLIARIELLO, GALLONE, DE POLI, GALLIANI, PAGANO, MODENA, FERRO, SACCONI, ALDERISI, BATTISTONI, RIZZOTTI, AIMI, SICLARI, TOFFANIN e CALIENDO

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 7 AGOSTO 2019

Modifiche all’articolo 580 del codice penale e modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di disposizioni anticipate di trattamento e prestazione delle cure palliative

ONOREVOLI SENATORI. – Il 23 ottobre 2018 la Corte costituzionale ha esaminato la questione di legittimità dell'articolo 580 del codice penale, nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione. La questione era stata sollevata con ordinanza del 14 febbraio 2018 dalla I corte d'assise di Milano nel procedimento penale a carico di Marco Cappato, imputato per aver agevolato il suicidio di Fabiano Antoniani – conosciuto come Dj Fabo –, aiutandolo a recarsi in Svizzera alla clinica Dignitas, dove è poi avvenuto il decesso.

Con l'ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018 la Consulta ha rinviato la decisione all'udienza del 24 settembre 2019, destinando non poche pagine per sostenere che la norma penale impugnata ha qualche ragione di permanenza nell'ordinamento – tutelare le persone più deboli e in difficoltà, per le quali il suicidio è una tentazione da non assecondare – ma che, tuttavia, deve essere rivista.

Per la prima volta da quando esiste la Corte costituzionale, la citata ordinanza n. 207 del 2018, nel disegnare i profili di una presumibile illegittimità dell'articolo 580 codice penale, nella parte in cui punisce l'agevolazione al suicidio, non perviene alla declaratoria di incostituzionalità: la differisce alla propria udienza del prossimo 24 settembre 2019, sollecitando il Parlamento affinché – per evitarla – vari una legge che recepisca le indicazioni della Corte medesima. Con tutto il rispetto per la Consulta, va sollevato qualche dubbio che assegnare al Parlamento i compiti da svolgere, e persino il tempo entro cui svolgerli, realizzi quella « leale e dialettica collaborazione istituzio-

nale » (paragrafo 11 del provvedimento) cui pure la Corte afferma di ispirarsi.

L'ordinanza in commento presenta altri aspetti del tutto peculiari, ma che non possono essere trascurati da « quel » Parlamento cui essa assegna il compito di legiferare in materia: di norma per un provvedimento di rinvio è sufficiente una motivazione telegrafica, mentre l'ordinanza n. 207 si estende per pagine e pagine, assumendo la struttura, l'articolazione e la sostanza di una sentenza di illegittimità, se pure a effetto procrastinato. In effetti, nella Relazione sull'attività svolta nel 2018, il Presidente della Corte Giorgio Lattanzi ha qualificato la decisione con l'espressione, del tutto nuova, di « illegittimità prospettata »: l'aggettivo « prospettata » proietta a breve la pronuncia definitiva, il sostantivo « illegittimità » non ha bisogno di specificazioni.

Esaminando i contenuti di tale provvedimento, il primo dato che emerge è il differente tenore fra la prima e la seconda parte della motivazione dell'ordinanza n. 207. Nella prima parte, in particolare al paragrafo 6, è scritto che « l'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere ». Si aggiunge che « il divieto

in parola conserva una propria evidente ragione d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.)».

Non appare semplice, alla stregua della chiarezza di queste affermazioni, conciliarne il contenuto col seguente passaggio, nel quale ci si imbatte al paragrafo 10: «una disciplina delle condizioni di attuazione della decisione di taluni pazienti di liberarsi delle proprie sofferenze non solo attraverso una sedazione profonda continua e correlativo rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale, ma anche a traverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte, potrebbe essere introdotta (...)».

Anche alla luce di quanto riportato, il Parlamento appare chiamato a una scelta netta: o la solidarietà nei confronti di chi si trova in una condizione di debolezza, e quindi ha necessità di sostegno per affrontare quella situazione (assistenza domiciliare, hospice, cure palliative...), come indicano la prima e per certi aspetti l'ultima parte dell'ordinanza. Oppure l'aiuto a trovare la morte, facendo sì che una sostanza somministrata costituisca il solo seguito a una ri-

chiesta di aiuto spesso disperata di chi versa in quella situazione, seppur la Corte abbia comunque messo in guardia sul fatto che l'autodeterminazione – il consenso – nei casi di persone con gravi patologie è fortemente condizionata da situazione di debolezza.

Comunque, i nodi problematici sono di una tale complessità e articolazione, che in nessun modo il Parlamento può accettare un termine capestro per un dibattito serio sul fine vita. La stessa controversa legge n. 219 del 2017 ha avuto oltre venti mesi di serrate riflessioni parlamentari. Ad esempio, se l'aiuto al suicidio è qualificato «trattamento sanitario», è del tutto logico che quel che serve per realizzarlo sia fatto rientrare nel Servizio sanitario nazionale, addirittura nei livelli essenziali di assistenza, come stabilisce più d'una proposta. Il problema non è l'esito, bensì la qualifica. Trattamenti sanitari sono per definizione quell'insieme di terapie e di interventi finalizzati al beneficio del paziente: se non alla sua guarigione, quanto meno all'attenuazione del suo dolore. Ma qualificare la procedura suicidaria in termini di trattamento sanitario rappresenta, al netto di ogni considerazione di merito, un mutamento radicale di prospettiva del Servizio sanitario nazionale, che non può certo essere disciplinato dal Parlamento sbrigativamente.

Altro delicatissimo tema che ne deriva è quello dell'obiezione di coscienza. È tanto vero che nell'espressione trattamenti sanitari non rientri l'aiuto al suicidio che a colui che è il titolare dei trattamenti sanitari, cioè al medico, viene riconosciuta l'obiezione di coscienza allorché gli si chieda di aiutare il paziente a suicidarsi. Nell'ordinanza n. 207 del 2018 la Consulta spiega che deve prevedersi, nell'«eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura»: ma se fosse

un trattamento sanitario, in quanto tale coerente col codice deontologico del medico, perché riconoscere al medico il diritto di obiezione?

Si deve allora escludere qualsiasi intervento legislativo « approssimativo » o affrettato su questioni di tale portata, come raccomanda anche il Comitato nazionale di bioetica.

Ribadita dunque la necessità di rivendicare tutto il tempo necessario al Legislatore per arrivare alla disciplina sufficientemente ponderata e prudente che il Parlamento è chiamato a dare rispetto all'ordinanza della Consulta, va individuata qualche strada praticabile per evitare il giudizio di incostituzionalità dell'articolo 580 del codice penale e per rispondere alle sollecitazioni della Consulta senza negare la tutela della vita.

Di qui il tenore precipuo della presente proposta, che viene formulata solo nell'ottica testé descritta e al netto delle più estese convinzioni, in materia, dei proponenti.

Prima di procedere dunque alla sintetica relazione sull'articolato proposto, giova premettere un breve *excursus* storico.

La considerata ordinanza della Corte costituzionale è stata assunta il 23 ottobre 2018 e a quella data ha, in buona sostanza, indicato al Parlamento – che ai sensi dell'articolo 70 della Costituzione è notoriamente costituito « dalle due Camere » – il termine del 24 settembre per varare novelle legislative sul tema sollevato, in difetto « prospettando » una sentenza che terrà luogo di una modifica legislativa, legalizzando, in tutto o in parte, l'aiuto al suicidio medicalmente assistito.

In disparte il merito della questione, a nessuno possono sfuggire le implicazioni istituzionali e nelle relazioni fra poteri dello Stato se ciò dovesse avvenire. In tale situazione, la Camera ha avviato il percorso della risposta legislativa incardinando nelle Commissioni II e XII le proposte di legge atti Camera nn. 2, 1586, 1655, 1875 e 1888.

L'esame delle preposte Commissioni della Camera di tali ipotesi legislative è iniziato, a quanto si apprende dal portale della Camera stessa, il 27 febbraio 2019 con riferimento alla proposta di legge atto Camera n. 1586, prima presentata (eccezione fatta per la proposta di legge atto Camera n. 2, di iniziativa popolare), cui sono state abbinate le altre citate.

In data 1° agosto 2019 gli Uffici di presidenza delle nominate Commissioni hanno però preso atto di non poter procedere con l'istruttoria in corso e risulta comunque scaduto il termine massimo per tale adempimento (due mesi dall'inizio dell'esame in sede referente) previsto dall'articolo 81 del Regolamento della Camera.

Lo stesso giorno del 1° agosto 2019 la conferenza dei Presidenti di Gruppo non ha calendarizzato l'argomento nei lavori d'aula di settembre.

In tale contesto, il Senato è stato, almeno sino alla data del 1° agosto 2019, nell'impossibilità di procedere a un'istruttoria e a una deliberazione in merito all'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018, nonostante i contenuti di detto provvedimento fossero stati rivolti al Parlamento e non a una sola delle due Camere.

In nessun modo può ipotizzarsi, tuttavia, che il Senato della Repubblica possa essere nei fatti estromesso da un *iter* normativo tanto essenziale per il Paese, *iter* che, allo stato, potrebbe concludersi, in modo del tutto anomalo, con la sentenza della Corte costituzionale, « prospettata » con l'ordinanza n. 207 del 2018.

Conseguentemente si ritiene che, esaurita – almeno ai fini delle incombenze imminenti – la fase avviata sul tema dalla Camera dei deputati, il Senato debba procedere senza indugio ad avviare un fattivo riscontro all'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018.

Si procede, dunque, a depositare un disegno di legge in parte del tutto simile a

quella esaminata alla Camera con il n. 1888, con caratteristiche ritenute congrue rispetto agli obiettivi di minima di cui si è detto sopra.

Anche qualora non si ritenesse conclusa – almeno sotto il profilo delle attività rilevanti per il 24 settembre – la fase presso la Camera, il deposito odierno potrebbe essere considerato dal Presidente del Senato ai sensi dell'articolo 51, comma 3, del Regolamento.

Tale disposizione, come noto, prevede che « quando sia posto all'ordine del giorno di una Commissione un disegno di legge avente un oggetto identico o strettamente connesso rispetto a quello di un progetto già presentato alla Camera dei deputati, il Presidente del Senato ne informa il Presidente della Camera per raggiungere le possibili intese ».

In tal caso, dunque, si potrebbe rendere edotto il Presidente della Camera che, qualora non vi sia un *revirement* circa il calendario d'aula a Montecitorio di settembre con riferimento al riscontro all'ordinanza n. 207 del 2019, che dovrebbe essere comunicato alla Presidenza del Senato senza indugio, il presente disegno di legge potrà essere rapidamente istruito dalle competenti Commissioni referenti del Senato anche – si auspica – considerando l'urgenza ai sensi dell'articolo 44 del Regolamento ove si prevede che « Il Presidente del Senato, in relazione alle esigenze del programma dei lavori o quando le circostanze lo rendano opportuno, può stabilire un termine ridotto per la presentazione della relazione, dandone comunicazione all'Assemblea ».

Si ha ragione di ritenere che l'*iter* per l'istruttoria e il voto in Aula possa essere particolarmente celere, atteso il tenore degli articoli del presente disegno di legge, su parte dei quali anche alla Camera si era registrato un consenso ampio, riguardando la valorizzazione delle cure palliative e una modifica dell'articolo 580 del codice penale, cosicché

ciò comporterà anche la cessazione tecnica dell'oggetto del giudizio in corso presso la Consulta.

Venendo allora ad una breve illustrazione di tali disposizioni proposte, esse intendono offrire un seguito alle indicazioni della Consulta, evitando comunque la loro trasposizione in norme eutanasiche, tenendo conto dei principi costituzionali richiamati nell'ordinanza n. 207 del 2018.

In particolare, l'articolo 1 fornisce una prima risposta alla sollecitazione della Corte costituzionale di « considerare (...) situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali ».

Nello stesso primo articolo, perciò, si distingue la posizione di chi non ha alcun legame con il paziente e di coloro che, invece, da più tempo soffrono con il malato a causa della costante vicinanza allo stesso. La convivenza conseguentemente rappresenta un parametro obiettivo che agisce effettivamente sulle ragioni di attenuazione e non un dato meramente formale come la parentela o il coniugio, che presumibilmente provocherebbero ulteriori interventi costituzionali per il caso di parentela non estesa a conviventi affettivamente legati al malato.

La posizione del convivente, familiare in senso formale o no, è evidentemente diversa da quella di altri e tollera un trattamento distinto e una sanzione meno grave, pur mantenendosi il giudizio negativo dell'ordinamento. È la stessa Consulta che nell'ordinanza citata ricorda come « L'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale

intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere ». La Corte ha aggiunto che « La circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l'ordinamento non sanziona chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell'attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una *relatio ad alteros* di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l'esigenza di rispetto del bene della vita ». E ancora: « Il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.) ».

In coerenza con tali principi, espressamente richiamati, dalla Consulta, l'articolo 1 del di-

segno di legge introduce una forma attenuata di reato, individuando quale soggetto attivo chi conviva stabilmente con il malato, precisando due tipologie di condizioni che rendono meno grave l'illecito: la prima attinente all'autore del fatto, la cui condotta è condizionata dal grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui, la seconda riguardante l'ammalato, tenuto in vita con strumenti di sostegno vitale, interessato da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza.

L'articolo 2 intende in primo luogo porre mano alla citata legge cosiddetta sul « testamento biologico » per emendare passaggi che si ritengono gravemente errati.

Innanzitutto, riprendendo l'ampia letteratura scientifica che non considera trattamenti sanitari la nutrizione e l'idratazione, anche artificiali, modifica il comma 5 dell'articolo 1 della legge n. 219 del 2017, che invece ha effettuato tale impropria parificazione, sempre che il paziente sia in grado di assimilare quanto gli viene somministrato.

Successivamente, in coerenza con le indicazioni della Consulta, introduce la disciplina dell'obiezione di coscienza per il medico e per il personale sanitario e la colloca al comma 6 dell'articolo 1 della legge n. 219 del 2017, seguendo la medesima articolazione stabilita per gli altri casi di obiezione disciplinati dall'ordinamento e, in particolare, quella dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978.

Inoltre, in linea con il rispetto dovuto alle strutture sanitarie che hanno già manifestato serie difficoltà nell'attuazione della legge n. 219 del 2017 a causa della loro ispirazione religiosa, esclude, come è doveroso, la cogenza di tali disposizioni per le strutture sanitarie private.

Il medesimo articolo 2, poi, punta a rendere effettivo il ricorso alle cure palliative, come già previsto dall'articolo 2 della legge n. 219 del 2017 e come è stato richiesto dalla Consulta, con la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazio-

nale al fine di praticare un'appropriate terapia del dolore. In particolare, ci si riferisce alla parte dell'ordinanza n. 207 del 2018 con la quale la Corte costituzionale richiama « le previsioni della legge 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) – che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del paziente, inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza – » e ricorda che « la legge n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente ».

Proseguendo nello spirito descritto, si integra anche l'articolo 2 della legge n. 219 del 2017, indicando i requisiti specifici della sedazione profonda, che deve necessariamente seguire, in presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, le cure palliative, allo scopo di non trasformarsi in un trattamento eutanasi.

Si rende altresì omogenea la disciplina delle DAT per i minori fra il primo e il secondo comma dell'articolo 3.

Infine doverosamente si prevede che in situazioni di emergenza la revoca delle dichiarazioni anticipate di trattamento sia liberata da inutili formalità, essendo sufficiente la raccolta della dichiarazione di revoca da parte del medico.

Si ritiene si tratti di una base seria affinché il Parlamento riscontri positivamente le richieste della Corte costituzionale senza incedere in frettolose discipline sulla « vita e sulla morte », che necessitano di tempi ben più congrui di quelli atipicamente indicati dalla Consulta al legislatore, che non può mai – e men che meno in questi temi – essere così condizionato nella sua superiore attività di porre le norme di leggi in esclusivo adempimento del mandato popolare, che altri organi costituzionali, per quanto autorevoli, non hanno affatto ricevuto.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. All'articolo 580 del codice penale, dopo il secondo comma è aggiunto il seguente:

« Se il fatto è commesso nei confronti di persona tenuta in vita esclusivamente per mezzo di strumenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza, si applica la reclusione da sei mesi a due anni quando l'autore convive stabilmente con il malato e agisce in stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui. Non si applicano le disposizioni di cui al secondo comma ».

Art. 2.

1. Alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1:

1) al comma 5, il terzo periodo è sostituito dai seguenti: « Ai fini della presente legge l'idratazione e l'alimentazione, pur se garantite attraverso ausili tecnici, non sono considerati trattamenti sanitari. La somministrazione di sostanze nutritive, in qualsiasi modalità, deve seguire i criteri dell'appropriatezza medica »;

2) al comma 6, il secondo periodo è sostituito dai seguenti: « Il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie hanno facoltà di presentare dichiarazione di obiezione di coscienza nei confronti della presente legge nelle ipotesi in cui, a seguito dell'applicazione della medesima legge, la sottoposizione o la rinuncia al trattamento

sanitario o il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all'articolo 4 contrastano con la deontologia professionale o con le buone pratiche socio-assistenziali. La dichiarazione è presentata in forma scritta al dirigente della struttura sanitaria nella quale il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie prestano servizio entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente disposizione ovvero dalla immissione in servizio del dichiarante, esplica effetti dal giorno stesso della presentazione e non può in alcun modo pregiudicare l'esercizio della professione. La dichiarazione può essere revocata con la medesima forma ed esplica effetti dopo trenta giorni dalla presentazione »;

3) al comma 9, le parole: « o privata » sono soppresse;

b) all'articolo 2:

1) al comma 1, il secondo periodo è sostituito dal seguente: « A tal fine è sempre garantita la presa in carico del paziente da parte del servizio sanitario nazionale per un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 »;

2) il comma 2 è sostituito dal seguente:

« 2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine e di imminenza della morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, accertati e monitorati dagli esperti in cure palliative che hanno preso in carico il paziente, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa pro-

fonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente »;

c) all'articolo 3:

1) al comma 1, dopo le parole: « in modo consono » sono inserite le parole: « alla sua età e »;

2) dopo il comma 5 è aggiunto il seguente:

« 5-bis. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza, che impediscono di attendere la pronuncia del giudice, il medico e i componenti dell'*équipe* sanitaria garantiscono i trattamenti e le cure necessari »;

d) all'articolo 4:

1) al comma 5, dopo le parole: « in tutto o in parte, dal medico stesso, » sono inserite le seguenti: « se questi non ha già presentato la dichiarazione di cui all'articolo 1, comma 6, »;

2) al comma 6, le parole: « , con l'assistenza di due testimoni » sono soppresse.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1559

PROPOSTA DI LEGGE

d’iniziativa del deputato SILLI

Modifiche agli articoli 579 e 580 del codice penale, in materia di omicidio del consenziente e di istigazione o aiuto al suicidio

Presentata il 31 gennaio 2019

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il 14 febbraio 2018, la corte di assise di Milano ha deciso di chiedere alla Consulta, a cui sono stati trasmessi gli atti del processo, la valutazione della legittimità costituzionale del reato di aiuto al suicidio contestato a Marco Cappato. Ricordiamo che Marco Cappato aveva accompagnato Fabiano Antoniani in una clinica svizzera per effettuare la procedura di suicidio assistito nel febbraio 2017.

Il 24 ottobre 2018 la Corte costituzionale ha sospeso la sua decisione sul caso della morte di Fabiano Antoniani e ha annunciato che lo esaminerà solo a settembre 2019 per consentire al Parlamento di legiferare in materia e di approvare una « appropriata disciplina » sul suicidio assistito. « Il Parlamento intervenga sul suicidio assistito, faccia una legge entro un anno. Quella attuale ha vuoti di tutela »: è

stata questa la richiesta della Consulta, rinviando, come detto, la decisione sull’aiuto al suicidio a settembre 2019.

La presente proposta di legge vuole provare a fare chiarezza proprio riguardo al reato di aiuto al suicidio come attualmente normato dal codice penale al fine di vietare, seppur indirettamente, l’eutanasia attiva diretta, l’eutanasia volontaria, l’eutanasia non volontaria e l’eutanasia involontaria nonché il suicidio assistito e il concorso ad esso.

L’articolo 1 modifica gli articoli 579 e 580 del codice penale al fine di specificare che i reati di omicidio del consenziente (articolo 579) e di istigazione o aiuto al suicidio (articolo 580) sono estesi anche a chi, direttamente o indirettamente, agevola la morte di un uomo o vi contribuisce, con il consenso di quest’ultimo.

PROPOSTA DI LEGGE

—

Art. 1.

1. Al primo comma dell'articolo 579 del codice penale, le parole: « Chiunque cagiona la morte di un uomo » sono sostituite dalle seguenti: « Chiunque cagiona, direttamente o indirettamente, ovvero agevola la morte di un uomo o vi contribuisce ».

2. Al primo comma dell'articolo 580 del codice penale, le parole: « Chiunque determina altri al suicidio » sono sostituite dalle seguenti: « Chiunque, direttamente o indirettamente, determina altri al suicidio ».

CAMERA DEI DEPUTATI

N. 2
—

PROPOSTA DI LEGGE D'INIZIATIVA POPOLARE

Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia

Presentata alla Camera dei deputati nella XVII legislatura il 13 settembre 2013 e mantenuta all'ordine del giorno ai sensi dell'articolo 107, comma 4, del Regolamento

ONOREVOLI DEPUTATI ! — Ben oltre la metà degli italiani, secondo ogni rilevazione statistica, è a favore dell'eutanasia legale, per poter scegliere, in determinate condizioni, una morte opportuna invece che imposta nella sofferenza. I vertici dei partiti e la stampa nazionale, invece, preferiscono non parlarne: niente dibattiti su come si muore in Italia, tranne quando alcune storie personali si impongono: Eluana e Beppino Englaro, Giovanni Nuvoli, i *leader* radicali Luca Coscioni e Piero Welby.

Oggi, chi aiuta un malato terminale a morire — magari un genitore o un figlio che implora di porre fine alla sofferenza del

proprio caro — rischia molti anni di carcere. Il diritto costituzionale a non essere sottoposti a trattamenti sanitari contro la propria volontà è costantemente violato, anche solo per paura o per ignoranza. La conseguenza è il rafforzamento della piaga sia dell'eutanasia clandestina che dell'accanimento terapeutico.

Per rimediare a questa situazione, proponiamo poche regole chiare, che stabiliscono con precisione come ciascuno possa esigere legalmente il rispetto delle proprie decisioni in materia di trattamenti sanitari, compreso il ricorso all'eutanasia.

PROPOSTA DI LEGGE
D'INIZIATIVA POPOLARE

ART. 1.

1. Ogni cittadino può rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari, nonché ogni tipo di trattamento di sostegno vitale o di terapia nutrizionale. Il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente ove essa:

a) provenga da un soggetto maggiorenne;

b) provenga da un soggetto che non si trova in condizioni, anche temporanee, di incapacità di intendere e di volere, salvo quanto previsto dall'articolo 3;

c) sia manifestata inequivocabilmente dall'interessato o, in caso di incapacità sopravvenuta, anche temporanea, dello stesso, da persona precedentemente nominata, con atto scritto con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, fiduciario per la manifestazione delle volontà di cura.

ART. 2.

1. Il personale medico e sanitario che non rispetta la volontà manifestata dai soggetti e nei modi indicati nell'articolo 1 è tenuto, in aggiunta ad ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato dal suo comportamento.

ART. 3.

1. Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, pro-

vocando la morte del paziente, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

a) la richiesta provenga dal paziente, sia attuale e sia inequivocabilmente accertata;

b) il paziente sia maggiorenne;

c) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere, salvo quanto previsto dall'articolo 4;

d) i parenti entro il secondo grado e il coniuge, con il consenso del paziente, siano stati informati della richiesta e, con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso;

e) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi;

f) il paziente sia stato congruamente e adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche e prevedibili sviluppi clinici e abbia discusso di ciò con il medico;

g) il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche. Il rispetto di tali condizioni deve essere attestato dal medico per scritto e confermato dal responsabile della struttura sanitaria ove sarà praticato il trattamento eutanasi.

ART. 4.

1. Ogni persona può redigere un atto scritto, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasi nell'ipotesi in cui egli successivamente venga a trovarsi nelle condizioni previste dall'articolo 3, comma 1, lettera e), e sia incapace di intendere e di volere ovvero di manifestare la propria volontà, nominando contemporaneamente, nel modo indicato dall'articolo 1, un fiduciario perché confermi la richiesta, ricorrendone le condizioni.

2. La richiesta di applicazione dell'eutanasia deve essere chiara e inequivoca e non può essere soggetta a condizioni. Essa deve essere accompagnata, a pena di inammissibilità, da un'autodichiarazione, con la quale il richiedente attesta di essersi adeguatamente documentato in ordine ai profili sanitari, etici e umani ad essa relativi.

3. La conferma della richiesta da parte del fiduciario, ai sensi del comma 1, deve essere chiara ed inequivoca, nonché espressa per scritto.

4. Ove siano rispettate le condizioni di cui al presente articolo, unitamente a quelle dell'articolo 3, comma 1, lettera g), al medico e al personale sanitario che hanno attuato tecniche di eutanasia, provocando la morte del paziente, non si applicano le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1418

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ZAN, NARDI, MIGLIORE

Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di eutanasia

Presentata il 5 dicembre 2018

ONOREVOLI COLLEGHI! — Secondo le più recenti rilevazioni statistiche, tre italiani su quattro, cioè molto più della metà della popolazione, sono a favore dell'eutanasia legale, per poter scegliere, in determinate condizioni, una morte dignitosa invece che imposta nella sofferenza.

Oggi, chi aiuta un malato terminale a morire — magari un genitore o un figlio che implora di porre fine alla sofferenza del proprio caro — rischia molti anni di carcere. Il diritto costituzionale a non essere sottoposti a trattamenti sanitari contro la propria volontà è costantemente violato, anche solo per paura o per ignoranza. Infatti è necessario ricordare, in questa sede, l'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018, che ha rimandato di un anno la decisione di merito sullo specifico caso (il cosiddetto « caso Cappato »), ma ha anche indicato chiaramente la strada che il Parlamento dovrebbe prendere: ognuno deve essere libero di decidere come morire. Ciò

è confermato anche dal comunicato stampa della medesima Corte costituzionale del 24 ottobre 2018 in merito alla stessa ordinanza, che recita: « Nella camera di consiglio di oggi, la Corte costituzionale ha rilevato che l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lascia prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione e da bilanciare con altri beni costituzionalmente rilevanti. Per consentire in primo luogo al Parlamento di intervenire con un'appropriata disciplina, la Corte ha deciso di rinviare la trattazione della questione di costituzionalità dell'articolo 580 codice penale all'udienza del 24 settembre 2019 ».

Per rimediare a questa lacuna normativa, proponiamo poche regole chiare, che stabiliscono con precisione come ciascuno possa esigere legalmente il rispetto delle proprie decisioni in materia di trattamenti sanitari, compreso il ricorso all'eutanasia.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

1. Ogni cittadino può rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari, nonché ogni tipo di trattamento di sostegno vitale e di terapia nutrizionale. Il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente quando essa:

a) sia manifestata da un soggetto maggiorenne;

b) sia manifestata da un soggetto che non si trova in condizioni, anche temporanee, di incapacità di intendere e di volere, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 3;

c) sia manifestata in modo inequivocabile dall'interessato o, in caso di incapacità sopravvenuta, anche temporanea, dello stesso, da una persona precedentemente nominata, con atto scritto con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, fiduciario per la manifestazione delle volontà di cura.

Art. 2.

1. Il personale medico e sanitario che non rispetta la volontà manifestata dai soggetti e nei modi indicati dall'articolo 1 è tenuto, ferma restando ogni altra conseguenza penale o civile ravvisabile nei fatti, al risarcimento del danno, morale e materiale, provocato dal suo comportamento.

Art. 3.

1. Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasici, provocando la morte del paziente, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

a) la richiesta provenga dal paziente, sia attuale e sia accertata in modo inequivocabile;

b) il paziente sia maggiorenne;

c) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 4;

d) i parenti entro il secondo grado e il coniuge, con il consenso del paziente, siano stati informati della richiesta e, con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso;

e) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia che provoca gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi;

f) il paziente sia stato congruamente e adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche nonché dei prevedibili sviluppi clinici e abbia discusso di ciò con il medico;

g) il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche. Il rispetto di tali condizioni deve essere attestato dal medico per scritto e confermato dal responsabile della struttura sanitaria dove sarà praticato il trattamento eutanasi.

Art. 4.

1. Ogni persona può redigere un atto scritto, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasi nell'ipotesi in cui essa successivamente venga a trovarsi nelle condizioni previste dall'articolo 3, comma 1, lettera e), e sia incapace di intendere e di volere ovvero di manifestare la propria volontà, nominando contemporaneamente, nel modo indicato dall'articolo 1, un fiduciario perché confermi la richiesta, ricorrendone le condizioni.

2. La richiesta di applicazione dell'eutanasi deve essere chiara e inequivoca e non può essere soggetta a condizioni. Essa deve essere accompagnata, a pena di inammissibilità, da un'autodichiarazione, con la quale il richiedente attesta di essersi ade-

guatamente documentato in ordine ai profili sanitari, etici e umani ad essa relativi.

3. La conferma della richiesta da parte del fiduciario, ai sensi del comma 1, deve essere chiara e inequivoca, nonché espressa per scritto.

4. Ove siano rispettate le condizioni di cui al presente articolo, unitamente a quelle dell'articolo 3, comma 1, lettera g), al medico e al personale sanitario che hanno attuato tecniche di eutanasia, provocando la morte del paziente, non si applicano le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1586

PROPOSTA DI LEGGE

d'iniziativa del deputato CECCONI

Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di
trattamenti sanitari e di eutanasia

Presentata l'11 febbraio 2019

ONOREVOLI COLLEGHI ! — È ormai necessario avviare, in Parlamento e nel Paese, un serio confronto, privo di pregiudizi ideologici, su un tema tanto delicato qual è quello relativo all'affermazione del diritto a una morte dignitosa, cioè del diritto di ciascun individuo di scegliere le modalità di interruzione della propria vita nel caso di patologie non curabili e in fase terminale.

La necessità di un confronto, nel rispetto reciproco di posizioni diverse, sul ruolo che deve avere lo Stato e la sua legislazione nei confronti delle decisioni individuali, anche quelle che riguardano la propria vita, o la possibilità di una « dolce morte » — chiaramente in situazioni in cui vi siano condizioni tali da far consapevolmente scegliere una morte non dolorosa rispetto a una sopravvivenza caratterizzata da sofferenze non più sopportabili, da una « non vita » in quanto ormai priva di dignità a causa di malattie che non danno speranza di prognosi positive — ha trovato

spesso conferma, oltre che nelle riflessioni di malati terminali con sofferenze insopportabili, anche in quelle di alcuni medici. Il diritto alla vita non può essere inteso come una coercizione a vivere, indipendentemente dalle condizioni concrete di una simile sopravvivenza. Nel caso di un individuo affetto da patologie non curabili e arrivate in fase terminale non appare insensato ma, anzi, diventa un dovere giuridico e morale attribuire ad esso la facoltà di scegliere le modalità della propria esistenza, definendo con chiarezza una normativa che impedisca abusi e tenga conto dell'effettiva volontà della persona malata.

In qualsiasi campo, e quindi anche quando si parla di vita o di morte e, in particolare, del diritto a una vita dignitosa e alla scelta di una morte che faccia cessare sofferenze e dolori non sopportabili, il concetto di dignità deve essere valutato tenendo conto della situazione soggettiva (ciò che può essere considerato indegno per

qualcuno, per altri può essere espressione del massimo di dignità); un'analogia relativa deve, quindi, essere riconosciuta anche ai concetti di vita dignitosa e di morte dignitosa.

Questo è il principale motivo per il quale deve essere riconosciuta al singolo la facoltà di autodeterminazione in occasione di scelte fondamentali, quali quelle che riguardano la sua vita e la sua morte. Questo riconoscimento è indispensabile soprattutto in presenza di una malattia in fase terminale e di dolori insopportabili: una situazione che può ben assumere la connotazione di « non vita », oppure di vita meramente apparente, caratterizzata, cioè, da un massimo di sofferenza e da un minimo di condizione umana dignitosa. In altre parole, in tale situazione ognuno, fino al momento in cui è pienamente consapevole, deve essere messo in condizione di poter esercitare una scelta di prosecuzione ovvero di interruzione della vita.

Si ritiene opportuno, quindi, porre all'attenzione del Parlamento un testo che, prevedendo condizioni rigorose, autorizzi l'eutanasia.

L'ottica nella quale si pone la presente proposta di legge è quella del riconoscimento della possibilità di scegliere le modalità della fine della propria esistenza, nel caso di patologie non curabili e in fase terminale, quale aspetto del diritto a non essere sottoposti a trattamenti sanitari senza il proprio consenso, sancito dall'articolo 32 della Costituzione, dal codice di deontologia medica e dalla Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, fatta a Oviedo il 4 aprile 1997, resa esecutiva dalla legge 28 marzo 2001, n. 145. La Convenzione prevede il diritto di ciascun individuo di scegliere di interrompere la propria vita nel caso di malattie con prognosi infausta e in fase terminale, mediante un'apposita dichiara-

zione di volontà, revocabile e modificabile in qualunque momento. Ne consegue che il medico che pratica l'eutanasia non è punibile se rispetta le condizioni e le procedure indicate dalla legge.

L'articolo 1 della presente proposta di legge, nel modificare l'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, stabilisce che ogni paziente ha la facoltà, in determinate condizioni cliniche, di richiedere il trattamento eutanasi al personale medico in modo da mettere fine alla propria vita.

L'articolo 2 prevede che le disposizioni degli articoli 575 (omicidio), 579 (omicidio del consenziente), 580 (istigazione o aiuto al suicidio) e 593 (omissione di soccorso) del codice penale non si applicano al personale sanitario che ha praticato trattamenti eutanasi, secondo modalità definite.

L'articolo 3 stabilisce che ogni persona ha la facoltà di redigere un atto scritto, con firma autenticata, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasia nell'ipotesi in cui egli successivamente venga a trovarsi nell'incapacità di intendere e di volere, nominando un fiduciario.

L'articolo 4 dispone che il trattamento eutanasi deve essere effettuato presso strutture pubbliche nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari. Con lo stesso articolo si prevede che il Ministro della salute, previa intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto stabilisca le modalità necessarie a garantire la corretta attuazione della legge in maniera uniforme in tutto il territorio nazionale e in particolare: a) le modalità e i tempi del sostegno psicologico e sociale da prestare sia al paziente che ai suoi familiari; b) le procedure di attuazione dell'eutanasia, compresi i farmaci utilizzabili; c) i requisiti strutturali minimi delle strutture sanitarie pubbliche idonee a praticare l'eutanasia; d) le modalità di accertamento delle condizioni prescritte per richiedere l'eutanasia.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Modifica all'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di eutanasia)

1. Dopo il comma 5 dell'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è inserito il seguente:

« 5-bis. Il paziente, le cui sofferenze fisiche o psichiche siano insopportabili e irreversibili, o che sia affetto da una patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può in qualsiasi momento richiedere il trattamento eutanasi, che consiste nella somministrazione, da parte di personale medico qualificato, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata del paziente senza dolore o sofferenze. Il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente quando essa:

a) sia manifestata da un soggetto maggiorenne adeguatamente informato sulle sue prospettive di vita, nonché sulle possibilità terapeutiche ancora attuabili e sui trattamenti palliativi e sulle loro conseguenze;

b) sia manifestata da un soggetto che non si trova in condizioni, anche temporanee, di incapacità di intendere e di volere;

c) sia manifestata in modo inequivocabile dall'interessato o, in caso di incapacità sopravvenuta, anche temporanea, dello stesso, da una persona precedentemente nominata, mediante atto scritto con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio dell'interessato, fiduciario per la manifestazione delle volontà di cura ».

Art. 2.

(Introduzione dell'articolo 2-bis della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di

rifiuto espresso di trattamenti sanitari e inapplicabilità di disposizioni del codice penale)

1. Dopo l'articolo 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è aggiunto il seguente:

« ART. 2-bis. – (*Rifiuto espresso di trattamenti sanitari e inapplicabilità di disposizioni del codice penale*). — 1. Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti eutanasici, ai sensi dell'articolo 1, comma 5-bis, provocando la morte del paziente, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

- a) il paziente sia maggiorenne;
- b) la richiesta sia attuale e accertata in modo inequivocabile;
- c) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 4;
- d) i parenti entro il secondo grado e il coniuge, con il consenso del paziente, siano stati informati della richiesta e, con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso;
- e) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia che provoca gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi;
- f) il paziente sia stato congruamente e adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche nonché dei prevedibili sviluppi clinici e abbia discusso di ciò con il medico;
- g) il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche.

2. Il rispetto delle condizioni di cui al comma 1 deve essere attestato dal medico per scritto e confermato dal responsabile della struttura sanitaria dove sarà praticato il trattamento eutanasi ».

Art. 3.

(Modifica all'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di disposizioni anticipate di trattamento)

1. Dopo il comma 2 dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è inserito il seguente:

« 2-bis. Ogni persona può compilare un atto scritto, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasia qualora essa successivamente venga a trovarsi nelle condizioni previste dall'articolo 3 e sia incapace di intendere e di volere o di manifestare la propria volontà, nominando contemporaneamente, nel modo indicato dall'articolo 1, un fiduciario, perché confermi la richiesta, ricorrendone le condizioni. La richiesta di applicazione dell'eutanasia deve essere chiara e inequivoca e non può essere soggetta a condizioni. Essa deve essere accompagnata, a pena di inammissibilità, da un'autodichiarazione, con la quale il richiedente attesta di essersi adeguatamente documentato in ordine ai profili sanitari, etici e umani ad essa relativi. La conferma della richiesta da parte del fiduciario deve, altresì, essere chiara e inequivoca, nonché espressa per scritto. Ove le condizioni previste dal presente comma, unitamente a quelle stabilite dal comma 5-bis dell'articolo 1, siano rispettate, non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno attuato tecniche di eutanasia, provocando la morte del paziente, le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale ».

Art. 4.

(Introduzione dell'articolo 5-bis della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di norme finali)

1. Dopo l'articolo 5 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è inserito il seguente:

« ART. 5-bis. — (Norme finali). — 1. Il trattamento di cui all'articolo 1, comma

5-*bis*, deve essere effettuato, nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari, presso strutture sanitarie pubbliche e con adeguato supporto psicologico e sociale.

2. Con regolamento adottato con decreto del 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 di Bolzano, sono stabilite le disposizioni necessarie per garantire la corretta applicazione della presente legge in maniera uniforme in tutto il territorio nazionale e in particolare:

a) le modalità e i tempi del sostegno psicologico e sociale da prestare al paziente e ai suoi familiari;

b) le procedure di attuazione dell'eutanasia, compresi i farmaci per un trattamento senza dolore o sofferenze;

c) i requisiti strutturali minimi delle strutture sanitarie pubbliche idonee a praticare l'eutanasia;

d) le modalità di accertamento delle condizioni di cui all'articolo 2-*bis* ».

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1655

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

ROSTAN, CONTE, FORNARO, OCCHIONERO, SPERANZA

Introduzione degli articoli 4-*bis* e 4-*ter* della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia

Presentata il 7 marzo 2019

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il tema trattato dalla presente proposta di legge nell'ambito delle disposizioni anticipate di trattamento è un tema che ha provocato e provoca accese discussioni e confronti di carattere etico e giuridico ma che riteniamo il Parlamento debba affrontare dando una risposta chiara e precisa anche dal punto di vista legislativo.

Pur tenendo conto della delicatezza dell'argomento, è infatti necessario rispondere a una richiesta che proviene dalla società.

Non a caso la Corte costituzionale è intervenuta sollecitando il Parlamento ad affrontare la questione apportando le necessarie modifiche alla legislazione attraverso uno spirito di collaborazione che veda tutti i gruppi parlamentari dare il loro apporto e procedere all'approvazione in tempi certi di una normativa in grado di dirimere una questione tra le più delicate.

La Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 207 del 16 novembre 2018 relativa al caso Cappato, ha infatti rinviato il giudizio di costituzionalità dell'articolo 580 del codice penale, che prevede il delitto di istigazione e aiuto al suicidio, al 24 settembre 2019, per dare al legislatore la possibilità di intervenire con un'apposita disciplina « che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela ». In particolare, nell'ordinanza si rileva che « laddove, come nella specie, la soluzione del quesito di legittimità costituzionale coinvolga l'incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso — in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale — consentire, nella specie, al Parlamento ogni opportuna riflessione e inizia-

tiva, così da evitare, per un verso, che una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch'essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale ».

Con la presente proposta di legge prevediamo, quindi, l'introduzione degli articoli 4-*bis* e 4-*ter* della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di non applicabilità degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, qualora ricorra una serie di condizioni specificamente individuate che, in sintesi, prevedono la consapevolezza del paziente (che deve essere maggiorenne) ri-

guardo alla richiesta di eutanasia e al suo stato di salute, alla sua condizione di sofferenza senza rimedi e all'assicurazione che il trattamento eutanasi sarà effettuato nel rispetto della sua dignità.

Il nuovo articolo 4-*ter* prevede che ogni persona può chiedere l'applicazione dell'eutanasia mediante atto scritto autenticato ovvero mediante la nomina di un fiduciario nell'ipotesi che non sia più capace di intendere e di volere ovvero di manifestare la propria volontà. La richiesta deve essere chiara e inequivoca, non può essere soggetta a condizioni e deve essere accompagnata da un'autodichiarazione attestante l'adeguata conoscenza dei profili sanitari, etici e umani relativi all'eutanasia.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

1. Dopo l'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono inseriti i seguenti:

« Art. 4-bis. – (*Disposizioni in materia di eutanasia*) – 1. Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, qualora ricorrano le seguenti condizioni:

a) la richiesta provenga dal paziente, sia attuale e sia inequivocabilmente accertata;

b) il paziente sia maggiorenne;

c) il paziente non si trovi in stato, neppure temporaneo, di incapacità di intendere e di volere, fatto salvo quanto previsto dall'articolo 4;

d) il paziente sia stato congruamente e adeguatamente informato delle sue condizioni, delle possibili alternative terapeutiche e dei prevedibili sviluppi clinici e ne abbia discusso con il medico;

e) i parenti entro il secondo grado e il coniuge, con il consenso del paziente, siano stati informati della richiesta e, con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso;

f) la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi;

g) il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche. Il rispetto di tali condizioni deve essere attestato dal medico per scritto e confermato dal responsabile della struttura sanitaria, nonché dalla direzione sanitaria dell'azienda sanitaria lo-

cale competente, nel caso di struttura accreditata presso la quale sarà praticato il trattamento eutanasi.

Art. 4-ter. – (Disposizioni in materia di richiesta di applicazione dell'eutanasia) – 1. Ogni persona può redigere un atto scritto, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasia nell'ipotesi in cui egli diventi incapace di intendere e di volere ovvero di manifestare la propria volontà, nominando contemporaneamente, nel modo indicato dall'articolo 1, un fiduciario perché confermi la richiesta, ricorrendone le condizioni.

2. La richiesta di applicazione dell'eutanasia deve essere chiara e inequivoca e non può essere soggetta a condizioni. Essa deve essere accompagnata, a pena di inammissibilità, da un'autodichiarazione con la quale il richiedente attesta di essersi adeguatamente documentato in ordine ai profili sanitari, etici e umani ad essa relativi.

3. La conferma della richiesta da parte del fiduciario, ai sensi del comma 1, deve essere chiara e inequivoca, nonché espressa per scritto.

4. Ove siano rispettate le condizioni di cui al presente articolo, unitamente a quelle dell'articolo 4-bis, comma 1, lettera g), al medico e al personale sanitario che hanno attuato tecniche di eutanasia, provocando la morte del paziente, non si applicano le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale ».

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1875

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**SARLI, TRIZZINO, SPORTIELLO, PERANTONI, PALMISANO, DI SARNO,
LOREFICE, NESCI, LAPIA, SAPIA, MASSIMO ENRICO BARONI, MAMMÌ,
ZOLEZZI, SARTI, PIERA AIELLO, PENNA, MISITI**

Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito
e di trattamento eutanasico

Presentata il 30 maggio 2019

ONOREVOLI COLLEGHI ! — La presente proposta di legge è finalizzata a introdurre norme che consentono e disciplinano il suicidio medicalmente assistito e il trattamento eutanasico.

La richiesta di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasico è riservata al soggetto maggiore di età e che non si trovi in stato di incapacità di intendere e di volere, affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche, insostenibili e intollerabili, capace di prendere decisioni libere e consapevoli, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona. La richiesta di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasico deve essere espressione di una scelta libera, inequivocabilmente

accertata, attuale e consapevole, ponderata e volontaria del paziente.

Attualmente nel nostro ordinamento non è contemplata la possibilità di decidere come porre fine alla propria vita, anche se questa è divenuta insostenibile per la persona affetta da insopportabili sofferenze e priva di prospettive di vita dignitose.

La presente proposta di legge va quindi a colmare un vuoto normativo non più giustificabile né secondo la Corte europea dei diritti dell'uomo, né secondo la Corte costituzionale.

Numerosi cittadini chiedono di tutelare e di salvaguardare il rispetto della loro autodeterminazione e della loro dignità nella morte, senza dover ricorrere, per vedere garantito questo loro diritto, a lunghi e

faticosi viaggi verso i Paesi dove l'eutanasia o il suicidio assistito sono consentiti.

Il Parlamento ha il dovere di affrontare questa problematica senza posizioni pre-costituite e pregiudizi, avendo ben presente che il contesto ordinamentale è mutato, soprattutto dopo che la Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018 adottata in camera di consiglio, si è pronunciata al riguardo.

La Corte costituzionale, nel processo che ha visto coinvolto Fabio Antoniani (conosciuto come Dj Fabo), ha rilevato come « l'attuale assetto normativo concernente il fine vita lascia prive di adeguata tutela determinate situazioni costituzionalmente meritevoli di protezione e da bilanciare con altri beni costituzionalmente rilevanti ».

La Corte, se da un lato ha confermato che il legislatore del 1930, con l'articolo 580 del codice penale (che punisce l'istigazione o l'aiuto al suicidio), intendeva tutelare la vita umana intesa come bene indisponibile, anche in funzione dell'interesse che la collettività riponeva nella conservazione della vita dei propri cittadini, da un altro lato ha affermato che « è anche vero che non è affatto arduo cogliere, oggi, la ratio di tutela di una norma quale l'articolo 580 del codice penale alla luce del mutato quadro costituzionale, che guarda alla persona umana come a un valore in sé, e non come a un semplice mezzo per il soddisfacimento di interessi collettivi ». La Corte ha affermato quindi che, pur nella compatibilità costituzionale dell'articolo 580 del codice penale per diverse situazioni meritevoli di tutela, occorre, tuttavia, considerare specificamente situazioni « inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali ».

La Corte ha aggiunto, inoltre, che « Se, infatti, il cardinale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del paziente di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei

trattamenti sanitari — anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) — non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del paziente di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento — apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa — conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale ». Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, per limitare la libertà di autodeterminazione del paziente nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, derivante dagli articoli 2, 13 e 32, secondo comma, della Costituzione, imponendogli, in ultima analisi, un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di un altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive (articolo 3 della Costituzione: parametro, quest'ultimo, peraltro non evocato dal giudice *a quo* in rapporto alla questione principale, ma comunque rilevante quale fondamento della tutela della dignità umana).

Al riscontrato *vulnus* dei suddetti principi costituzionali la Corte ha ritenuto, peraltro, di non poter porre rimedio, almeno allo stato, attraverso la mera estromissione dall'ambito applicativo della disposizione penale delle ipotesi in cui l'aiuto venga prestato nei confronti di soggetti che versino nelle condizioni descritte, poiché tale soluzione lascerebbe, infatti, del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai malati in tali condizioni, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi.

Pertanto, « per consentire in primo luogo al Parlamento di intervenire con un'appro-

priata disciplina», la Corte ha deciso di rinviare la trattazione della questione di costituzionalità dell'articolo 580 del codice penale, inerente all'aiuto al suicidio, all'udienza del 24 settembre 2019.

Anche la Consulta di bioetica ONLUS, nel proprio *Manifesto per l'eutanasia* approvato dall'assemblea dei soci a Novi Ligure e presentato nella Sala del Mappamondo – Palazzo Montecitorio in occasione del convegno internazionale di Roma il 27 giugno 2017, ha rilevato come già nel 1974 alcuni premi Nobel deploravano con forza « l'insensibilità morale e le restrizioni giuridiche che impediscono di considerare le ragioni etiche per l'eutanasia » e ricordavano che « è crudele e barbaro obbligare una persona a essere tenuta in vita contro la sua volontà e non ascoltare le sue richieste di una fine decorosa dopo che sono svanite la dignità, la bellezza, la promessa di futuro e il significato della vita e la persona può solo indugiare in uno stato di agonia o di drammatico sfacelo. L'imposizione di sofferenze non necessarie è un male che deve essere evitato dalla società civilizzata ».

Nelle società moderne e secolarizzate l'opinione pubblica è quindi sempre più favorevole a richiedere una morte assistita, dignitosa e, quando possibile, libera da una sofferenza inutile. Viene quindi riconosciuto un diritto a non subire accanimento terapeutico quando le condizioni sono irreversibili. C'è un diritto alla vita ma anche un diritto alla morte.

La presente proposta di legge tratta un tema delicato e complesso che va necessariamente affrontato per consentire di compiere un passo avanti in tema di diritti civili e di libertà.

La Costituzione garantisce il diritto alla vita e alla salute, ma quando una vita degna non è più possibile, quando non esistono cure, allora scegliere di anticipare la propria morte, senza sofferenza e con dignità, diventa un diritto. L'autodeterminazione è un diritto. Le Camere, continuando a rimandare il riconoscimento del diritto naturale a morire senza sofferenza, stanno di fatto negando ai cittadini la possibilità di scegliere.

Uno Stato responsabile deve fornire ai suoi cittadini tutti gli strumenti necessari per garantire una scelta libera e consapevole anche nella fase terminale della loro vita, cure e rinuncia alle cure, trattamenti per combattere il dolore e anche eutanasia.

Il professor Stefano Rodotà, nel corso di un'intervista rilasciata nel 2009 a *Il Manifesto* sul noto caso di Eluana Englaro, già aveva dichiarato quanto segue: « Ecco, questo è il tipo di intervento che il pubblico deve fare: io devo poter essere libero di decidere se proseguire la mia vita. Libero, per esempio, dal condizionamento che mi può venire da un dolore drammatico che non sono in condizione di poter lenire perché c'è una serie di norme – come quelle sulle sostanze stupefacenti – che mi impediscono di usare farmaci oppiacei o a base di *cannabis*. Il pubblico, allora, deve intervenire per permettermi di esercitare in piena libertà il mio diritto a scegliere se continuare a vivere – senza dolore – o morire dignitosamente ».

La presente proposta di legge si compone di otto articoli.

L'articolo 1 reca le finalità della legge e i principi etici sui quali la stessa si basa per garantire una buona qualità della vita, libera da sofferenze non necessarie. Nel rispetto di quanto disposto sia dalla Costituzione, sia dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, sia dalla Convenzione di Oviedo per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, sono tutelati il diritto al rispetto della dignità della persona e il diritto alla libertà di autodeterminazione del paziente nella scelta dei trattamenti sanitari, compresi quelli finalizzati al suicidio medicalmente assistito e all'eutanasia.

L'articolo 2 reca le definizioni di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi. Per suicidio medicalmente assistito si intende la procedura in base alla quale il personale medico del Servizio sanitario nazionale fornisce al paziente ogni supporto sanitario e amministrativo necessario per consentire al medesimo di porre fine alla propria vita in modo dignitoso,

autonomo e volontario. Per trattamento eutanascico si intende l'atto con cui un medico del Servizio sanitario nazionale, nell'esercizio delle proprie funzioni, pone fine alla vita, in modo immediato e privo di sofferenza, di un paziente che in modo consapevole ne abbia fatto esplicita richiesta.

L'articolo 3 disciplina le condizioni e i presupposti che consentono il suicidio medicalmente assistito e il trattamento eutanascico, prevedendo che il soggetto maggiore di età, capace di intendere e di volere, affetto da una condizione clinica irreversibile, ovvero da una patologia a prognosi infausta che non sia di natura psichiatrica o psicologica, tale da procurargli sofferenze evidenti, insostenibili e irreversibili, può chiedere in modo inequivocabile e come espressione piena della propria libera autodeterminazione di sottoporsi al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanascico.

La richiesta deve essere espressione di una scelta libera, attuale e consapevole, ponderata e volontaria, deve essere manifestata nelle forme indicate nel medesimo articolo 3 e deve essere rivolta al medico che ha in cura il paziente ovvero a un medico fiducia del paziente, nonché al suo medico di medicina generale.

L'articolo 4 disciplina le procedure sanitarie, prevedendo che le procedure del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanascico siano garantite dal Servizio sanitario nazionale in strutture adeguatamente attrezzate o, qualora le condizioni del paziente non lo consentano, anche presso il suo domicilio, nel rispetto della dignità del paziente e senza provocare sofferenze. Le procedure assicurano, anche attraverso la redazione di rapporti documentali, la permanenza della libera volontà del paziente, della conoscenza esaustiva delle proprie condizioni cliniche e delle possibilità terapeutiche, compreso il diritto di accedere a cure palliative, fornendo altresì adeguato supporto anche psicologico finalizzato al sostegno del paziente e all'informazione sulle possibili concrete dignitose alternative alla scelta fatta.

L'articolo 5, al comma 1, inserisce nei livelli essenziali di assistenza (LEA) tutte le prestazioni correlate alle procedure del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanascico, escludendo qualsiasi forma di compartecipazione alla spesa da parte del paziente. Il comma 2 garantisce l'applicazione uniforme in tutto il territorio nazionale della legge, nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari.

L'articolo 6 prevede e disciplina l'obiezione di coscienza del personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie; inoltre precisa che, in ogni caso, le strutture del Servizio sanitario nazionale sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 3 e, qualora tale diritto non sia garantito, la struttura, ferme restando le conseguenze penali o civili, deve provvedere al risarcimento del danno morale e materiale provocato.

L'articolo 7 disciplina l'esclusione di punibilità, specificando che gli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano praticato le procedure relative al suicidio medicalmente assistito e al trattamento eutanascico e a tutti coloro che collaborino con il paziente nell'accesso alle predette procedure.

L'articolo 8, anche al fine di prevenire qualsiasi forma di abuso, demanda a un regolamento di attuazione del Ministro della salute la definizione delle modalità per assicurare il sostegno psicologico e sociale al paziente e ai suoi familiari, l'individuazione dei requisiti strutturali minimi delle strutture del Servizio sanitario nazionale idonee a praticare le procedure del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanascico e la determinazione delle modalità di custodia e di archiviazione delle richieste. Si demanda al medesimo Ministro la redazione di linee guida per l'applicazione della corretta pratica del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanascico. Infine, si prevede, sempre a cura dello stesso Ministro, la presentazione di una relazione annuale alle Camere sullo stato di attuazione della legge.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge tutela il diritto al rispetto della dignità della persona e il diritto alla libertà di autodeterminazione del paziente nella scelta dei trattamenti sanitari, compresi quelli finalizzati al suicidio medicalmente assistito e al trattamento eutanasico, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 3, 4, 6 e 7 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, proclamata a Nizza il 7 dicembre 2000 e adottata a Strasburgo il 12 dicembre 2007, nonché della Convenzione del Consiglio d'Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano riguardo all'applicazione della biologia e della medicina, adottata a Oviedo il 4 aprile 1997, resa esecutiva dalla legge 28 marzo 2001, n. 145.

Art. 2.

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge, per suicidio medicalmente assistito si intende la procedura in base alla quale il personale del Servizio sanitario nazionale fornisce al paziente ogni supporto sanitario e amministrativo necessario per consentirgli di porre fine alla propria vita in modo dignitoso, autonomo e volontario.

2. Ai fini della presente legge, per trattamento eutanasico si intende l'atto con cui un medico del Servizio sanitario nazionale, nell'esercizio delle proprie funzioni, pone fine in modo immediato e privo di sofferenza alla vita di un paziente che, in modo consapevole e volontario, ne abbia fatto esplicita richiesta nelle forme previste dalla presente legge.

Art. 3.

*(Condizioni e presupposti del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanasi-
nasico)*

1. Il soggetto maggiore di età, capace di intendere e di volere, affetto da una condizione clinica irreversibile, ovvero da una patologia a prognosi infausta che non sia di natura psichiatrica o psicologica, tale da procurargli sofferenze evidenti, insostenibili e irreversibili, può chiedere, in modo inequivocabile e come espressione piena della propria libera autodeterminazione, di sottoporsi al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanasi-

2. La richiesta di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasi-
nasico deve essere espressione di una scelta libera, attuale e consapevole, ponderata e volontaria e deve essere manifestata nelle forme del testamento olografo alla presenza di due testimoni che devono datare e sottoscrivere il documento, ovvero per atto pubblico o scrittura privata autenticata. Nel caso in cui le condizioni del paziente non lo consentano, la richiesta può essere espressa attraverso video registrazione o dispositivi idonei che gli consentano di comunicare e di esprimere personalmente la propria volontà.

3. La richiesta di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasi-
nasico deve essere indirizzata al medico che ha in cura il paziente ovvero a un medico di fiducia dello stesso paziente, nonché al suo medico di medicina generale.

4. Il paziente può revocare la richiesta di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasi-
nasico in qualsiasi momento senza requisiti di forma e con ogni mezzo idoneo a palesare la sua volontà.

Art. 4.

(Procedure sanitarie)

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce lo svolgimento delle procedure del suicidio medicalmente assistito o del trattamento eutanasi-
nasico presso strutture adeguatamente attrezzate o, qualora le condi-

zioni del paziente non lo consentano, presso il suo domicilio.

2. Il personale sanitario è tenuto a garantire che la procedura di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasico rispetti la dignità del paziente e non gli provochi sofferenze; il paziente può indicare le persone che devono essere informate della procedura e chi può assistervi.

3. Il personale medico è tenuto ad accertare preliminarmente che sussistano le condizioni di cui all'articolo 3 e che permanga nel paziente l'intenzione di procedere al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanasico, verificando che sia consapevole e informato della situazione clinica e della prognosi, nonché dei trattamenti sanitari ancora attuabili e del diritto di accedere alle cure palliative, fornendo un adeguato supporto anche psicologico finalizzato al sostegno del paziente e all'informazione sulle possibili e dignitose alternative alla scelta fatta.

4. Il medico, all'atto della richiesta di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasico, è tenuto a redigere un rapporto sulle condizioni cliniche del paziente, che è parte integrante della cartella clinica e, ove attivo, del fascicolo sanitario elettronico. È altresì tenuto a verificare la perdurante volontà del paziente fino all'atto del trattamento e a darne atto nel diario clinico.

5. L'originale della scrittura o del supporto informatico ovvero copia dell'atto pubblico con il quale è formulata la richiesta di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasico, la documentazione relativa alla procedura seguita dal medico ai sensi del presente articolo, nonché l'eventuale revoca sono inseriti nella cartella clinica e fanno parte integrante del diario clinico e, ove attivo, del fascicolo sanitario elettronico. La responsabilità della conservazione dei documenti di cui al presente comma è attribuita alla direzione medica dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera a cui afferisce la struttura presso la quale è effettuato il trattamento.

6. Il decesso a seguito di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasico, praticato in conformità alle condizioni

e alle procedure stabilite dalla presente legge, è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge.

Art. 5.

(Livelli essenziali di assistenza)

1. Le procedure del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanasi rientrano nei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017, e le relative prestazioni sono erogate gratuitamente dal Servizio sanitario nazionale senza alcuna compartecipazione alla spesa da parte del paziente.

2. La presente legge si applica in maniera uniforme nel territorio nazionale, nel rispetto della dignità del paziente e dei suoi familiari.

Art. 6.

(Obiezione di coscienza)

1. Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanasi quando sollevi obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. La dichiarazione dell'obiettore deve essere comunicata entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge al direttore dell'azienda sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera competente.

2. L'obiezione di coscienza può essere sempre revocata o essere proposta anche al di fuori dei termini di cui al comma 1 e in tale caso la dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla data della sua presentazione.

3. L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a consentire al paziente l'esecuzione del suicidio medicalmente assistito o a effettuare il trattamento

eutanasico, ma non dall'assistenza antecedente e conseguente.

4. Le strutture del Servizio sanitario nazionale, con le modalità previste dal regolamento di cui all'articolo 8, sono tenute a garantire il rispetto della volontà manifestata ai sensi dell'articolo 3. Qualora tale diritto non sia garantito, la struttura del Servizio sanitario nazionale, ferme restando le conseguenze penali o civili, deve provvedere al risarcimento del danno morale e materiale provocato.

Art. 7.

(Esclusione di punibilità)

1. Le disposizioni degli articoli 575, 579, 580 e 593 del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano praticato le procedure relative al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanasico né a coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo il paziente nell'accesso alle predette procedure, qualora esse siano eseguite nel rispetto delle disposizioni della presente legge.

2. Non è altresì punibile chiunque sia stato condannato, anche con sentenza passata in giudicato, per aver praticato procedure relative al suicidio medicalmente assistito o al trattamento eutanasico né chiunque abbia agevolato in qualsiasi modo il paziente nell'accesso alle predette procedure prima della data di entrata in vigore della presente legge, qualora al momento del fatto ricorressero le seguenti condizioni:

a) la richiesta della procedura di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasico sia stata effettuata dal paziente maggiorenne, capace di intendere e di volere e la cui volontà sia stata inequivocabilmente accertata;

b) il paziente fosse affetto da una condizione clinica irreversibile ovvero da una patologia a prognosi infausta, non di natura psichiatrica o psicologica, tale da procurargli sofferenze manifeste, insostenibili e irreversibili e sia stato opportunamente e adeguatamente informato, nel ri-

spetto dei principi di cui all'articolo 1, comma 3, della legge 22 dicembre 2017, n. 219;

c) il procedimento di suicidio medicalmente assistito o di trattamento eutanasi abbia rispettato la dignità del paziente e non gli abbia provocato sofferenze fisiche e psichiche.

Art. 8.

(Regolamento di attuazione, linee guida e relazione alle Camere)

1. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il 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 di Bolzano, con proprio decreto, anche al fine di prevenire qualsiasi forma di abuso delle procedure di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi, adotta il regolamento di attuazione della medesima legge che:

a) individua le strutture del Servizio sanitario nazionale idonee a praticare le procedure di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi, determinandone i requisiti strutturali minimi;

b) definisce le procedure necessarie per determinare le modalità e i tempi con i quali deve essere assicurato il sostegno psicologico e sociale al paziente e ai suoi familiari;

c) determina le modalità di custodia e di archiviazione delle richieste di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi.

2. Entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, sentito il Consiglio superiore di sanità, con proprio decreto, adotta le linee guida per la corretta applicazione delle pratiche del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanasi.

3. Il Ministro della salute presenta annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione della presente legge.

CAMERA DEI DEPUTATI N. 1888

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**ALESSANDRO PAGANO, TURRI, PANIZZUT, BISA, BOLDI, BONIARDI,
DE MARTINI, CANTALAMESSA, FOSCOLO, DI MURO, LAZZARINI,
MARCHETTI, LOCATELLI, PAOLINI, TIRAMANI, POTENTI, ZIELLO,
TATEO**

Modifiche all'articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative

Presentata il 5 giugno 2019

ONOREVOLI COLLEGHI ! — Il 23 ottobre 2018 la Corte costituzionale ha esaminato la questione di legittimità dell'articolo 580 del codice penale, nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione. La questione era stata sollevata con ordinanza del 14 febbraio 2018 dalla I corte d'assise di Milano nel procedimento penale a carico di Marco Cappato, imputato per aver agevolato il suicidio di Fabiano Antoniani — conosciuto come dj Fabo —, aiutandolo a recarsi in Svizzera alla clinica Dignitas, dove è poi avvenuto il decesso.

Con l'ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018 la Consulta ha rinviato la decisione

all'udienza del 24 settembre 2019. Il provvedimento che ha disposto il rinvio, invece che poche righe — quelle che di regola in sede giurisdizionale servono a motivare lo slittamento e a indicare la nuova data —, ha destinato non poche pagine per sostenere che la norma penale impugnata ha qualche ragione di permanenza nell'ordinamento — tutelare le persone più deboli e in difficoltà, per le quali il suicidio è una tentazione da non assecondare — ma che, tuttavia, deve essere rivista.

La presente proposta di legge intende dare un seguito alle indicazioni della Consulta, evitando comunque la loro trasposizione in norme eutanasiche, tenendo conto

dei principi costituzionali richiamati nell'ordinanza n. 207 del 2018.

L'articolo 1 fornisce una prima risposta alla sollecitazione della Corte costituzionale di « considerare specificamente situazioni come quella oggetto del giudizio a quo: situazioni inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali ».

L'articolo 1 distingue, pertanto, la posizione di chi non ha alcun legame con il paziente e di coloro che, invece, da più tempo soffrono con il paziente a causa della costante vicinanza allo stesso. Questo spiega il riferimento alla convivenza: essa rappresenta un parametro obiettivo che agisce effettivamente sulle ragioni di attenuazione e non un dato meramente formale come la parentela o il coniugio, che presumibilmente provocherebbero ulteriori interventi costituzionali per il caso di parentela non estesa a conviventi affettivamente legati al malato.

La posizione del convivente, familiare in senso formale o no, è evidentemente diversa da quella di altri e tollera un trattamento distinto e una sanzione meno grave, pur mantenendosi il giudizio negativo dell'ordinamento. È la stessa Consulta che nell'ordinanza citata ricorda come « L'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al suicidio – rinvenibile anche in numerosi altri ordinamenti contemporanei – è, in effetti, funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere ». La Corte ha aggiunto che « La circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universal-

mente radicata, che l'ordinamento non sanzioni chi abbia tentato di porre fine alla propria vita non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell'attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie, innescando una *relatio ad alteros* di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l'esigenza di rispetto del bene della vita ». E ancora: « Il divieto in parola conserva una propria evidente ragion d'essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero essere facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto. Al legislatore penale non può ritenersi inibito, dunque, vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell'autonomia individuale che ignora le condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscano il pieno sviluppo della persona umana (art. 3, secondo comma, Cost.) ».

Alla stregua di tali principi, l'articolo 1, come osservato, introduce una forma attenuata di reato, individuando quale soggetto attivo chi conviva stabilmente con il malato, precisando due tipologie di condizioni che rendono meno grave l'illecito: la prima attinente all'autore del fatto, la cui condotta è condizionata dal grave turbamento determinato dalla sofferenza altrui, la seconda riguardante l'ammalato, tenuto in vita con strumenti di sostegno vitale, interessato da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza.

Gli articoli da 2 a 8 danno seguito alla parte dell'ordinanza n. 207 del 2018 con la quale la Corte costituzionale richiama, per

un verso, « le previsioni della L. 15 marzo 2010, n. 38 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) – che tutela e garantisce l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del paziente, inserendole nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza – » e ricorda che « la L. n. 219 del 2017 prevede che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla richiesta di terapie palliative, allo scopo di alleviare le sofferenze del paziente » e, per un altro verso, precisa che per il medico coinvolto nei trattamenti di « fine vita » deve essere prevista la facoltà dell'obiezione di coscienza.

L'articolo 2, riprendendo l'ampia letteratura scientifica che non considera trattamenti sanitari la nutrizione e l'idratazione, anche artificiali, modifica il comma 5 dell'articolo 1 della legge n. 219 del 2017, che invece ha effettuato tale impropria parificazione, sempre che il paziente sia in grado di assimilare quanto gli viene somministrato.

L'articolo 3, in coerenza con le indicazioni della Consulta, introduce la disciplina dell'obiezione di coscienza per il medico e per il personale sanitario e la colloca al comma 6 dell'articolo 1 della legge n. 219 del 2017, seguendo la medesima articolazione stabilita per gli altri casi di obiezione disciplinati dall'ordinamento e, in particolare, quella dell'articolo 9 della legge n. 194 del 1978.

L'articolo 4, in linea con il rispetto dovuto alle strutture sanitarie che hanno già

manifestato serie difficoltà nell'attuazione della legge n. 219 del 2017 a causa della loro ispirazione religiosa, esclude la coerenza di tali disposizioni per le strutture sanitarie private.

L'articolo 5, comma 1, punta a rendere effettivo il ricorso alle cure palliative, come già previsto dall'articolo 2 della legge n. 219 del 2017 e come è richiesto dalla Consulta, con la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale al fine di praticare un'appropriata terapia del dolore. Il comma 2 integra logicamente l'articolo 5, indicando i requisiti specifici della sedazione profonda, che deve necessariamente seguire, in presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, le cure palliative, allo scopo di non trasformarsi in un trattamento eutanasi.

L'articolo 6 interviene in materia di informazioni ai minori sulle scelte relative alla loro salute, prevedendo che tali informazioni siano adeguate all'età degli stessi minori.

L'articolo 7 fa prevalere le ragioni della vita, sulla base della scienza e della coscienza del medico, qualora sia sorta la necessità di fare ricorso al giudice, per evitare che l'attesa del provvedimento dello stesso abbia esiti irreversibili.

L'articolo 8 mira a fare sì che in situazioni di emergenza la revoca delle dichiarazioni anticipate di trattamento sia liberata da inutili formalità, essendo sufficiente la raccolta della dichiarazione di revoca da parte del medico.

PROPOSTA DI LEGGE

Art. 1.

(Modifica all'articolo 580 del codice penale)

1. All'articolo 580 del codice penale è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« Se il fatto è commesso nei confronti di una persona tenuta in vita solo mediante strumenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza, si applica la reclusione da sei mesi a due anni quando l'autore convive stabilmente con il malato e agisce in stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza dello stesso. Non si applicano le disposizioni del secondo comma ».

Art. 2.

(Idratazione e alimentazione)

1. Il terzo periodo del comma 5 dell'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è sostituito dai seguenti: « Ai fini della presente legge, l'idratazione e l'alimentazione, anche se garantite attraverso ausili tecnici, non sono considerati trattamenti sanitari. La somministrazione di sostanze nutritive, in qualsiasi modalità, deve comunque seguire i criteri dell'appropriatezza medica ».

Art. 3.

(Obiezione di coscienza)

1. Alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il secondo periodo del comma 6 dell'articolo 1 è sostituito dai seguenti: « Il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie hanno facoltà di presentare dichiarazione di obiezione di coscienza in relazione all'attuazione della presente legge qualora la sottoposizione o la rinuncia ai trattamenti sanitari ovvero il rispetto delle

disposizioni anticipate di trattamento di cui all'articolo 4 contrastino con la deontologia professionale e con le buone pratiche socio-assistenziali. La dichiarazione è presentata in forma scritta al dirigente della struttura sanitaria nella quale il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie prestano servizio, entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, ovvero dall'immissione in servizio del dichiarante, ha efficacia dal giorno stesso della presentazione e non può in alcun modo pregiudicare l'esercizio della professione. La dichiarazione può essere revocata con le medesime modalità previste dal presente comma e la revoca ha efficacia decorsi trenta giorni dalla data di presentazione »;

b) al comma 5 dell'articolo 4, dopo le parole: « in tutto o in parte, dal medico stesso » sono inserite le seguenti: « se questi non ha già presentato la dichiarazione di obiezione di coscienza ai sensi dell'articolo 1, comma 6 ».

Art. 4.

(Ambito di applicazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219)

1. Al comma 9 dell'articolo 1 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, le parole: « o privata » sono soppresse.

Art. 5.

(Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita)

1. All'articolo 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il secondo periodo del comma 1 è sostituito dal seguente: « A tal fine, è sempre garantita la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale per la prescrizione di un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione

delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38 »;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

« 2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza della morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, accertati e monitorati dagli esperti in cure palliative che hanno preso in carico il paziente, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente ».

Art. 6.

(Minori)

1. Al comma 1 dell'articolo 3 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, dopo le parole: « in modo consono » sono inserite le seguenti: « alla sua età e ».

Art. 7.

(Situazioni di emergenza)

1. All'articolo 3 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, è aggiunto, in fine, il seguente comma:

« 5-bis. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza, che impediscono di attendere la pronuncia del giudice tutelare di cui al comma 5, il medico e i componenti dell'*équipe* sanitaria garantiscono i trattamenti e le cure necessari ».

Art. 8.

(Revoca delle dichiarazioni anticipate di trattamento)

1. Al comma 6 dell'articolo 4 della legge 22 dicembre 2017, n. 219, le parole: « , con l'assistenza di due testimoni » sono soppresse.

2. Audizioni rese nelle commissioni riunite 2^a (Giustizia) e 12^a (Affari sociali) in sede referente (C. 2 d’iniziativa popolare, C. 1418 Zan, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano)

8 ottobre 2020

Audizione informale di rappresentanti del Comitato nazionale per la bioetica e di rappresentanti della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (FNOMCeO) e della Federazione nazionale Ordini professioni infermieristiche (FNOPI), nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11225)

13 ottobre 2020

Audizione informale, in videoconferenza, di: Mario Esposito, professore di diritto costituzionale presso l'Università del Salento, e Antonio Ruggeri, professore emerito di diritto costituzionale presso l'Università degli studi di Messina, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11241)

20 ottobre 2020

Audizione informale di Marilisa D'Amico, professoressa di diritto costituzionale e prorettrice presso l'Università degli studi di Milano, di Mirzia Bianca, professoressa di istituzioni di diritto privato presso l'Università di Roma La Sapienza, e di Aldo Rocco Vitale, docente di biogiuridica presso la Facoltà di bioetica dell'Ateneo Pontificio *Regina Apostolorum*, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1418 Zan, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11290 e testo di M. D'Amico, *Il fine vita e la libertà di autodeterminazione in ambito medico-sanitario*, in *Osservatorio Aic*, n. 6/2020, all'indirizzo https://www.osservatorioaic.it/images/rivista/pdf/2020_6_19_D_Amico.pdf)

29 ottobre 2020

Audizione informale, in videoconferenza, di Valerio Onida, professore emerito di diritto costituzionale presso l'Università degli Studi di Milano, già presidente della Corte costituzionale, e di Michele Ainis, professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università di Roma Tre, nell'ambito dell'esame delle proposte di legge C. 2 d'iniziativa popolare, C. 1418 Zan, C. 1586 Cecconi, C. 1655 Rostan, C. 1875 Sarli e C. 1888 Alessandro Pagano, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia (video all'indirizzo https://www.camera.it/leg18/1132?shadow_primapagina=11352)

3. Giurisprudenza

* La sentenza della Corte di Assise di Massa 27 luglio – 2 settembre 2020 è stata impugnata dalla Procura di Massa. L'atto di impugnazione non è disponibile.

Corte assise - Massa, 27/07/2020

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Corte d'Assise di Massa composta da:

Dott. Ermanno De Mattia	- Presidente rel.
Dott. Antonella Basilone	- Giudice
Pietrini Rita	- Giudice Popolare
Mazzei Chiara	- Giudice Popolare
Gregori Mima	- Giudice Popolare
Santi Laura	- Giudice Popolare
Colombini Lucia	- Giudice Popolare
Maffei Marisa	- Giudice Popolare

alla pubblica udienza del 27 luglio 2020 ha pronunciato e pubblicato mediante lettura del dispositivo la seguente

SENTENZA

nei confronti di:

1) Ca. Ma. nt. a (omissis...) con domicilio dichiarato a Milano via Poma n. 1;

Libero presente

2) Sc. Wi. nt. a (omissis...) con domicilio dichiarato a Roma via E. Mazzocollo n. 8 int. 14;

Libera presente

IMPUTATI

Del reato di cui agli artt.110 e 580 comma 1 c.p. perchè, in concorso tra loro, agendo anche rispettivamente quali segretario e legale responsabile il Ca., presidente la Sc. della Associazione no-profit denominata "Soccorso Civile", rafforzavano l'altrui proposito di suicidio e ne agevolavano l'esecuzione: in particolare, dopo avere appreso che Tr. Da., dal 1993 affetto da sclerosi multipla a decorso cronico progressivo, ormai invalido con totale e permanente inabilità lavorativa (100%) e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani, era intenzionato a togliersi la vita, e a tal fine a recarsi in Svizzera presso un centro specializzato nel perfezionamento della procedura di morte volontaria, ma con difficoltà da un lato economica a raggiungere la cifra necessaria e dall'altro materiale per mancanza di accompagnatore idoneo, della possibilità di esprimersi in tedesca e della apposita documentazione che non era in grado di procurarsi, dopo averlo contattato e fornito la disponibilità personale e della propria associazione ad aiutarlo concretamente a realizzare il proposito suicidarlo, raccoglievano Euro 1.200,00 mediante il sito internet della predetta associazione www.roseutanasia.it e, agendo materialmente la Sc., si procuravano la documentazione necessaria tra cui l'estratto di nascita presso il comune di Roma, dove il Tr. era nato; contattavano la Fondazione svizzera Lifecircle anche con missive in italiano e tedesco; organizzavano, una volta ottenuto apposito appuntamento, il viaggio del Tr. a Liestal presso la predetta fondazione (il Tr. prendeva appuntamento con la Croce Bianca asserendo soltanto che doveva farsi visitare in Svizzera, la Sc., che teneva sempre i contatti con la suddetta fondazione Svizzera, lo assisteva la sera prima del predetto viaggio e quindi in ambulanza) dove il Tr.,

una volta reso edotto della procedura e delle modalità previste, grazie anche alla traduzione della Sc., volontariamente assumeva il farmaco che gli procurava il decesso.

In Massa nel corso del 2016 e del 2017 con decesso avvenuto in Liestal (Svizzera) il 13.04.2017

CON L'INTERVENTO DEL PUBBLICO MINISTERO: dott. Massimo Mansi

E DEI DIFENSORI DEGLI IMPUTATI: Avv. Gian Domenico Caiazza del foro di Roma e Avv. Massimo Rossi del foro di Milano entrambi di fiducia per Ma. Ca.

Avv. Filomena Gallio del foro di Salerno e Francesco Di Paola del foro di Lagonegro entrambi di fiducia per Wi. Sc.

FATTO E DIRITTO

1. Con decreto di giudizio immediato ritualmente notificato, Ca. Ma. e Sc. Wi. (nota anche come Mi. We.) sono stati tratti a giudizio dinanzi a questa Corte per rispondere del reato loro ascritto in epigrafe.

Al dibattimento, svoltosi in presenza degli imputati, è stata acquisita la documentazione prodotta e si è proceduto all'esame dei testi Ma. An. Ma., Tr. Ka. e Go. Ro., all'esame del CT della difesa Ri. Mario ed all'esame di entrambi gli imputati. L'imputato Ca. ha anche reso spontanee dichiarazioni.

E' stata, infine, respinta la richiesta del P.M. di disporre ai sensi dell'art. 507 c.p.p. una perizia medica o in subordine di assumere altre testimonianze (richiesta rigettata per le motivazioni espone nell'ordinanza letta in udienza a cui si rinvia, oltre che per quelle desumibili dalla presente sentenza nella parte in cui si evidenzia la non decisività delle dichiarazioni del dr. Ri.).

Al termine dell'istruttoria, si è proceduto alla discussione, all'esito della quale, il P.M. ed i difensori degli imputati hanno formulato le richieste trascritte a verbale.

Alla luce delle risultanze processuali, il Collegio ritiene che gli imputati debbano essere assolti dal reato loro ascritto perchè il fatto non sussiste quanto alla condotta di rafforzamento del proposito di suicidio e perchè il fatto non costituisce reato quanto alla condotta di agevolazione dell'esecuzione del suicidio.

Ed invero, dall'istruttoria espletata è emerso quanto qui di seguito si espone.

2. La teste Ma. (madre del defunto Tr. Da.) ha dichiarato che, nel 2016-17, suo figlio Tr. Da. era affetto da sclerosi multipla insorta circa venticinque anni prima.

Nella fase iniziale del decorso della patologia, il Tr. era riuscito "abbastanza a fare una vita normale", riuscendo anche a svolgere un'attività lavorativa. Ma successivamente, in una seconda fase, la malattia aveva avuto un decorso sempre più rapido ed aggressivo, progredendo in maniera assai accentuata e peggiorando sempre più le condizioni del Tr. ("sempre peggio, sempre peggio"): la malattia era divenuta progressiva e non remittente. Di conseguenza, negli ultimi anni della sua vita, il Tr. "non poteva fare niente della vita quotidiana"; "non riusciva ultimamente più a mangiare da solo perchè prendeva in mano il cucchiaino e cadeva"; per riuscire ad alzarsi dal letto, per fare la doccia e per fare altri movimenti, era costretto a ricorrere al sostegno fisico di altre persone (la madre o anche i vicini di casa); per muoversi doveva necessariamente utilizzare una sedia a rotelle o un deambulatore ma ciononostante spesso ("moltissime volte") finiva col cadere in terra "perchè le gambe a un certo punto non reggevano". Soffriva di dolori fortissimi, che lo affliggevano anche quando stava seduto e fermo: "aveva dei dolori per tutto il corpo", era soggetto a spasmi continui che lo costringevano ad

irrigidirsi ("alle volte sembrava un marmo"). Inizialmente, i suoi dolori erano stati trattati e tenuti sotto controllo con il ricorso a farmaci ed antidolorifici. Siccome poi i dolori erano andati via via progressivamente aumentando, anche la somministrazione di detti farmaci era stata sempre maggiore: si era fatto ricorso alla terapia del dolore, utilizzando farmaci e trattamenti sempre più potenti ed invasivi, come i cerotti con l'oppio, la marijuana terapeutica e il metadone. Soprattutto il ricorso alla marijuana terapeutica, ma anche al metadone, erano riusciti, inizialmente, a ridurre fortemente ed a contenere le sofferenze fisiche del Tr.. Ma, negli ultimi anni, la terapia del dolore non riusciva più ad alleviare i dolori del Tr.. Il Tr. chiedeva disperatamente ai medici "qualcosa di più forte". Di fronte a quelle richieste, sempre più pressanti, una volta un medico, che già gli aveva prescritto "il massimo dei cerotti con il Fe.", gli aveva risposto: "io più di questo non posso darti, non esiste più di quello che ti do". Il medesimo medico, rendendosi conto delle indescrivibili sofferenze che affliggevano il povero Tr., aveva osservato: "tu sei ridotto a un punto che se ti copri col lenzuolo senti dolore". Il Tr., infatti, "aveva dei dolori per tutto il corpo", aveva frequenti "spasmi" e contrazioni che portavano il suo corpo ad irrigidirsi "che alle volte sembrava di marmo". Inoltre, era costretto ad andare molto spesso al bagno perchè la malattia gli provocava lo stimolo cerebrale di urinare anche quando non aveva tale bisogno ("doveva sempre andare in bagno", "perchè la malattia lo portava come se se la dovesse fare sotto", "stava sul gabinetto proprio le ore, ore e ore"). Non riuscendo più a sopportare quella condizione ("era ridotto che lui diceva che non era più un uomo, la malattia era andata avanti e non ce la faceva più", "non ce la faceva più dai dolori"), il Tr. aveva iniziato a pensare al suicidio. Ciò era avvenuto per la prima volta nel 2015 (la teste ha datato il momento in cui il figlio aveva iniziato ad esprimere la sua volontà di togliersi la vita fissandolo in "un paio d'anni prima" del decesso avvenuto nell'aprile 2017). Più volte aveva detto alla madre che avrebbe voluto suicidarsi anche gettandosi dalla finestra della sua abitazione ma che, a causa dell'indebolimento dovuto alla sua patologia, non aveva la forza fisica per scavalcare la finestra e temeva che, se si fosse gettato dalla finestra della sua abitazione, non avrebbe potuto avere la sicurezza di morire in quanto il suo appartamento era al secondo piano, con la conseguenza che avrebbe rischiato ulteriori ancor più gravi sofferenze (il Tr. diceva alla madre: "se ce la facessi mi butterei, però non ce la faccio, non ce la posso fare a scavalcare il balcone", "poi siamo al secondo piano, se casco e non mi succede, dopo soffro ancora di più"). Consultando allora i siti Internet, aveva scoperto che vi erano delle strutture sanitarie che operavano legalmente in Svizzera e che potevano aiutarlo a porre fine senza dolore alla sua esistenza. Aveva quindi preso contatto con un ente denominato Exit il quale lo aveva messo in contatto con una struttura svizzera che si occupava di questo tipo di operazioni. Aveva poi momentaneamente lasciato cadere quei contatti in quanto riteneva troppo lunghi i tempi che gli erano stati prospettati, "voleva farlo più presto" e temeva che, dovendo recarsi fino a Zurigo, avrebbe dovuto fare un "viaggio troppo lungo e lui credeva di non farcela". Aveva, perciò, contattato un'altra struttura, sempre in Svizzera, che gli aveva garantito dei tempi più rapidi e che era ubicata in una località più vicina.

Ma anche quella soluzione era stata poi da lui abbandonata (perchè successivamente quella struttura era stata chiusa dalle autorità svizzere). A quel punto, si era rivolto all'associazione di cui facevano parte gli imputati Ca. e Sc. per essere aiutato ad andare in Svizzera. I contatti con gli imputati erano stati tenuti sia via email che mediante telefonate, sia da parte del Tr. che da parte di sua madre. Quindi, tramite l'associazione di cui facevano parte gli imputati, il Tr. era nuovamente entrato in contatto con la Lifecircle.

L'imputata Sc. aveva personalmente telefonato alla dr.ssa Pr. della Lifecircle chiedendo ed ottenendo di velocizzare i tempi. Siccome per quell'operazione il Tr. doveva corrispondere la somma di 8mila Euro alla Lifecircle e siccome era riuscito insieme alla madre a racimolare solo 5mila Euro (mettendoli da parte a poco a poco risparmiandoli dalle rispettive pensioni), aveva chiesto al Ca. anche un aiuto economico. L'imputato gli aveva dato 1200 Euro. Il Ca. era anche venuto a Massa allo scopo di conoscere personalmente il Tr. "e vedere le sue vere intenzioni". In questo modo, si era arrivati ad

organizzare il viaggio in Svizzera. Il Tr. era partito la mattina del 12/4/17. Al momento di partire, aveva salutato la madre dicendole: "mamma però stai tranquilla perchè io vado a stare bene". Il viaggio era avvenuto a bordo dell'ambulanza della Croce Bianca (alla quale non era stato comunicato il vero motivo del viaggio). Sull'ambulanza era salita anche l'imputata Sc.. Quest'ultima, una volta giunti a destinazione, aveva contribuito all'attuazione dell'operazione anche fungendo da traduttrice (dal tedesco all'italiano e viceversa) degli atti e dei colloqui tra il Tr. ed i medici, oltre che da testimone ai fini dell'attestazione delle generalità del Tr..

La predetta teste Ma. ha anche precisato che il figlio aveva iniziato a pensare al suicidio intorno al 2015 ed aveva definitivamente maturato tale decisione nel 2016; che, pur essendo gravemente malato, il figlio era perfettamente consapevole di quello che faceva ("mio figlio era malato, era messo male, ma era perfettamente capace"); che nessuno aveva determinato la sua decisione di togliersi la vita nè aveva influito su di essa ("era proprio lui, era capace di intendere e di volere nel vero senso della parola"); che, infatti, era fermamente convinto di volersi togliere la vita ("era la cosa più bella che per lui potesse arrivare", "quando mi ha salutato mi ha detto: mamma, però stai tranquilla perchè io vado a stare bene"); che, quando aveva appreso dai mass media che Fa. An. (noto anche come "DJ Fa.", malato affetto da tetraplegia e cecità) era deceduto a seguito di eutanasia in Svizzera (nel febbraio del 2017), aveva commentato dicendo: "beato lui, lui ce l'ha fatta, beato lui"; che anche i fratelli e le sorelle del Tr. avevano cercato, senza riuscirvi, di dissuaderlo dal mettere in atto quel proposito (aveva risposto alla sorella, che gli diceva che non voleva perderlo: "sei egoista, tu pensi a te, ma tu pensa a me, al mio dolore") ma non vi era stato alcun modo di fargli cambiare idea ("nessuno gli poteva far cambiare idea, nessuno, nessuno al mondo").

3. La teste Tr. Ka. (sorella del defunto Tr. Da.) ha dichiarato che, negli ultimi anni della sua vita, suo fratello pativa delle fortissime sofferenze fisiche ("soffriva molto, molto, molto"). A causa delle sofferenze fisiche, non riusciva neanche a dormire. Non poteva muoversi senza l'ausilio di un deambulatore. Per alzarsi dal letto, doveva essere necessariamente aiutato da un'altra persona e spesso, nel muoversi, finiva col cadere in terra. Per alleviare i dolori, utilizzava dei "medicinali molto potenti", compresa la marijuana terapeutica, ma negli ultimi anni "non facevano tanto effetto". Per questo motivo, all'incirca nel 2014, aveva iniziato a pensare al suicidio. Nel 2015, aveva poi definitivamente maturato la decisione di porre fine alla sua vita. Ai familiari diceva che avrebbe voluto gettarsi dal balcone di casa ma che non aveva la forza fisica di scavalcare il balcone e "aveva paura che magari non moriva". Nel 2016 aveva deciso di attuare il suo proposito suicidiario recandosi in una struttura in Svizzera. Sia la teste che gli altri fratelli, i parenti e gli amici avevano cercato di dissuaderlo da tale decisione ma il Tr. era fermamente ed irrimovibilmente convinto di voler attuare quel proposito ("era decisissimo", "era stradeciso"). Ai familiari che cercavano di convincerlo a ripensarci, diceva "che non ne poteva più", "che la sua vita era sempre e solo dolore", "che non potevano capire quanto soffriva e che sarebbe stato sempre peggio il suo dolore", "che soffriva talmente tanto che non voleva più vivere", che "non aveva via di uscita". Perciò non erano riusciti a dissuaderlo. Però non gli avevano dato l'aiuto economico che chiedeva loro per potersi recare in Svizzera per l'eutanasia.

4. La teste Go. ha dichiarato di essere stata compagna del defunto Tr. Da. nel periodo dal 1997 al 2013. Si erano conosciuti quando il Tr. era già malato di sclerosi multipla da quattro anni. In quel periodo, però, la malattia non limitava minimamente la sua vita quotidiana ("a vederlo avresti detto che non aveva nessun tipo di malattia") e l'unico farmaco che il Tr. assumeva era il cortisone, peraltro solo in quei momenti in cui la malattia "aveva una ricaduta". Successivamente, pur essendovi stato un peggioramento, la patologia veniva comunque tenuta sotto controllo con il ricorso all'interferone. In tale periodo, quando si verificavano delle ricadute, assumeva l'interferone ed in tal modo riusciva ancora a recuperare. Tuttavia, siccome la patologia aveva continuato a lentamente progredire, nel 2005, anche l'interferone era divenuto inefficace. Essendovi stato questo peggioramento, nel 2006 (quando il Tr. e la Go. avevano deciso di iniziare a convivere) il Tr. aveva consultato diversi medici e

gli era stato diagnosticato che la malattia era evoluta da "remittente recidivante" a "secondariamente progressiva", "cioè una forma che progredisce lentamente e non recupera più quello che perdi nel tempo". Per far fronte a quella situazione, aveva iniziato ad assumere farmaci "più forti". Aveva anche iniziato un ciclo di chemioterapia. In particolare, aveva assunto farmaci chemioterapici dal 2007 al 2011. In quegli anni, erano iniziati i problemi nella deambulazione ed in generale nei movimenti del corpo: aveva difficoltà nel muovere la mano sinistra, aveva difficoltà nel camminare, "aveva problemi enormi di equilibrio, cadeva in continuazione, cadeva spessissimo".

Contemporaneamente, aveva dovuto assumere anche altri farmaci per far fronte agli effetti collaterali dei farmaci chemioterapici. Ma la malattia aveva continuato a peggiorare. Nel 2011 aveva dovuto interrompere i chemioterapici perchè aveva raggiunto il limite di tempo massimo di possibile somministrazione. Aveva assunto, come antidolorifico, anche la cannabis terapeutica (fornitagli dalla ASL) perchè "aveva degli spasmi muscolari terrificanti". Nel 2013, la Go. ed il Tr. si erano lasciati e dal 2014 il Tr. era definitivamente tornato ad abitare a casa di sua madre. Ma la Go. ed il Tr. erano rimasti in contatto come amici. Nel 2014-2015, il Tr. era "veramente peggiorato". Siccome provava sofferenze fisiche e dolori sempre maggiori, aveva iniziato la terapia del dolore. Avvertiva dei fortissimi dolori alla schiena che gli impedivano di rimanere sdraiato. Avendo problemi neurologici, avvertiva lo stimolo di urinare anche quando non aveva effettivamente quel bisogno e quindi "passava intere giornate al bagno". Aveva perciò iniziato ad assumere "antidolorifici molto forti", farmaci contro il dolore "sempre più forti e a dosaggi sempre più alti". Nel 2015-2016, poteva muoversi solo con l'aiuto di una sedia a rotelle o di un deambulatore. In quel periodo, non era più in grado di prepararsi da mangiare da solo (ma, "già nel 2014, per farsi il pranzo poteva passarci un pomeriggio perchè stava un po' al lavandino, poi doveva sedersi, poi si rimetteva lì"). A causa dei problemi nella deambulazione, all'inizio del 2016 era caduto e si era fratturato le costole e la clavicola.

La prima volta in cui il Tr. aveva parlato alla Go. della sua volontà di suicidarsi era stato alla fine del 2015. Quella volta, la Go. aveva preso quel discorso come uno sfogo momentaneo e passeggero di una persona esasperata dai dolori. Ma, all'inizio del 2016, quando la Go. si era recata in ospedale dove il Tr. era ricoverato a seguito della caduta che gli aveva procurato la frattura delle costole e della clavicola, il Tr. le aveva detto "molto seriamente" che aveva l'intenzione di suicidarsi e "che aveva iniziato a documentarsi su quali potevano essere le associazioni per aiutarlo", facendo delle ricerche in tal senso su internet. Il Tr. era "decisissimo" ad attuare quel proposito. La Go. aveva cercato di dissuaderlo ma non vi era riuscita. Aveva cercato di convincerlo dicendogli che in futuro si sarebbero potute scoprire delle "cure nuove"; ma il Tr. le aveva spiegato che non ce la faceva più perchè lui stava "male ora", non riusciva più a vivere perchè avvertiva dei dolori fisici che erano intollerabili e che erano costanti, da quando era sveglio fino a quando non si addormentava. Aveva anche affermato che avrebbe voluto suicidarsi gettandosi dal balcone ma non lo faceva anche perchè aveva paura di soffrire ancora di più qualora fosse rimasto in vita. Ed aveva aggiunto: "e poi perchè devo infliggermi una morte così terrificante e dolorosa? Che ho fatto di male? Io voglio una morte dignitosa e, se è possibile, non voglio sentire dolore in quell'occasione, visto che ne sento già tantissimo". Il Tr. aveva, quindi, fatto diverse ricerche in internet ed aveva in tal modo instaurato vari contatti finalizzati ad attuare il suo proposito. In particolare, aveva contattato prima una struttura svizzera denominata Lifecircle e poi una associazione italiana denominata Exit Italia. Quest'ultima lo aveva, a sua volta, messo in contatto con un'altra struttura svizzera. Aveva inviato in Svizzera a quest'altra struttura tutta la documentazione sanitaria necessaria ed aveva atteso la valutazione. Quindi, all'inizio del 2017, aveva ricevuto "luce verde", essendo stata accolta la sua richiesta ed essendo stato fissato un appuntamento. "Dal momento in cui lui aveva avuto luce verde lui non vedeva l'ora che arrivasse questo appuntamento". Tuttavia, nell'imminenza di quell'appuntamento, era stato contattato da quella struttura svizzera, la quale, rappresentando di aver avuto dei problemi a seguito di controlli operati dalle autorità svizzere, aveva rinviato di una settimana l'appuntamento. Erano seguiti ulteriori rinvii di settimana in settimana (il Tr. parlava al telefono con una persona di nome Isabel che lo informava dei

rinvii), fino a quando, a febbraio del 2017, il Tr. aveva perso la pazienza, aveva litigato con i responsabili di quella struttura ed aveva chiesto ed ottenuto la restituzione della somma che aveva a loro inviato. A quel punto, il Tr. si era rivolto all'associazione di cui facevano parte gli imputati Ca. e Sc. per chiedere loro di aiutarlo. Il contatto con la predetta associazione non aveva in alcun modo rafforzato il proposito suicidiario del Tr., che aveva già maturato quell'intenzione in precedenza: il Tr. si era rivolto a quell'associazione solo perchè "cercava il modo per arrivare alla Svizzera e sapeva che lui da solo non avrebbe potuto" (non ci sarebbe riuscito). Quindi, l'associazione, ed in particolare il Ca., avevano fornito al Tr. la somma che gli mancava (circa mille Euro) per raggiungere la cifra di cui necessitava per pagare la Lifecircle. La Sc., inoltre, aveva nuovamente contattato la Lifecircle e così era stata fissata una nuova data per eseguire l'operazione in Svizzera. La Sc. aveva anche aiutato il Tr. ad ottenere dall'anagrafe di Roma il certificato di nascita richiesto dalla Lifecircle. La mattina del 12/4/17 il Tr. era partito per la Svizzera. Aveva effettuato il viaggio a bordo di un'ambulanza insieme all'imputata Sc.. La Go. aveva seguito l'ambulanza alla guida della propria autovettura. Giunto a destinazione, il Tr. aveva effettuato due lunghi colloqui con i medici svizzeri: uno il giorno dell'arrivo e l'altro il giorno dopo. In quei colloqui, che erano stati anche filmati, era stato accertato, tramite le risposte date dal Tr. alle insistenti domande dei medici, che il Tr. era "convinto di quello che stava facendo", che era pienamente "consapevole di quello che stava facendo" e che era fermamente deciso ("veramente convinto") di porre fine alla sua vita. I colloqui erano avvenuti anche con l'aiuto della Sc. che fungeva da interprete dal tedesco all'italiano. La Go. aveva anche più volte detto al Tr. che, se avesse avuto dei ripensamenti, poteva tornare con lei in auto. Ma il Tr. non aveva mai avuto alcun tipo di ripensamento, "nemmeno un momento, mai". La notte tra il 12 ed il 13/4/17, il Tr. e la Go. erano "rimasti a parlare quasi tutta la notte" e la Go. aveva notato che il Tr. era particolarmente sereno ("non lo avevo visto così sereno e rilassato da anni, era veramente sereno, cioè io ho avuto l'impressione che fosse il posto proprio dove lui voleva essere in quel momento"). Quindi, il 13/4/17 gli era stata applicata la flebo necessaria per far assumere il farmaco che doveva provocare la morte. Il Tr. aveva personalmente azionato il meccanismo che gli aveva insufflato il farmaco che in pochi secondi aveva determinato il decesso. L'azione del Tr. era stata filmata ed il filmato era poi stato acquisito dalla Polizia nel rispetto della procedura prevista dalla normativa svizzera per quel tipo di operazioni.

5. Dalla documentazione sanitaria acquisita è emerso quanto qui di seguito viene riportato.

In particolare, dal certificato del 16/1/14 del reparto di Neurologia dell'Ospedale Careggi è risultato che Tr. Da. era affetto da sclerosi multipla, malattia demielizzante del sistema nervoso centrale a decorso cronico progressivo. La malattia era esordita nel 1993 poi con un iniziale recupero. Era proseguita con decorso recidivante remittente ad elevata frequenza di riacutizzazioni cliniche e con scarsa risposta alla terapia steroidea ed accumulo di disabilità. Dal 2005 la patologia aveva assunto un decorso secondariamente progressivo. Quanto alla terapia, dal 2000 al 2005 aveva assunto una terapia a base di immunomodulanti, prima con interferone a basso dosaggio e poi con interferone ad alto dosaggio. Aveva poi fatto una terapia con immunosoppressori: dal 2007 al 2010 ciclofosfamide¹ e dal 2010 al 2011 mitoxantrone². Nel 2011-2012, era stata tentata terapia con azatioprina³, interrotta per epigastralgia. Nel 2013, si era verificato un "ulteriore peggioramento del disequilibrio e della paraparesi⁴", con necessità di "ricorrere all'appoggio monolaterale costante per la deambulazione". Al 16/1/14, l'esame obiettivo neurologico aveva evidenziato, tra l'altro, "marcia marcatamente atassica⁵, possibile solo con appoggio monolaterale", "parola scandita" ed "aumento diffuso di riflessi osteotendinei". Vi era, inoltre, urgenza minzionale e spiccata faticabilità. Il giudizio finale era quello che l'insieme dei disturbi neurologici determinava una "importante limitazione funzionale del paziente nella marcia e nelle comuni attività della vita quotidiana", per lo svolgimento delle quali era indispensabile una "assistenza continua".

Con verbale di accertamento di invalidità civile in data 1/4/14 era stato attestato che il Tr. presentava passaggi posturali e deambulazione condotti con evidente difficoltà, deambulazione atassica, forza prensile delle mani fortemente ridotta, dolori diffusi. Era stato richiamato il contenuto del predetto certificato del 16/1/14 ed era stata formulata diagnosi di paziente affetto da sclerosi multipla a decorso secondariamente progressivo con evidente deficit statico e dinamico e discopatie multiple nel tratto cervico dorsale. Si era concluso con un giudizio secondo cui il Tr. doveva essere considerato "invalido con totale e permanente inabilità lavorativa al 100% e con necessità di assistenza continua non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani".

Dal certificato del 30/6/14 è emerso che, in quella data, il Tr., affetto da "sclerosi multipla secondariamente progressiva", aveva riferito ai medici che dal dicembre 2013 vi era stato un ulteriore peggioramento con ulteriore riduzione dell'autonomia di marcia e "aumento dei dolori ai quattro arti". Stava assumendo il farmaco Sativex6 che in quel momento aveva ridotto, senza eliminarli, gli spasmi dolorosi. Era stata constatata marcia atassica e paraparetica con autonomia per meno di 100 metri, marcata atassia ai quattro arti, disartria7 con parola scandita.

Dal certificato del 18/12/15 è risultato che il Tr. in precedenza aveva effettuato anche cicli di fisioterapia. Alla data del 18/12/15, la deambulazione del Tr. era atassica e paraparetica, senza ausili in ambiente domestico ma con deambulatore in ambiente extradomestico. Risultava aumentato il ROT (riflesso osteo-tendineo) agli arti inferiori e presentava disartria. Con l'assunzione di marijuana riusciva a ridurre gli spasmi muscolari agli arti inferiori.

Dal certificato del 3/11/16 è risultato che il Tr. era, a quella data, affetto da sclerosi multipla diagnosticata per la prima volta più di 20 anni prima. In quel momento, la patologia era "molto disabilitante". Il paziente era pienamente "cosciente della propria condizione clinica" ed era informato in merito a "natura e prognosi della patologia". Seguiva regolarmente le terapie prescritte. In conseguenza di quella malattia, aveva sviluppato anche una sindrome depressiva reattiva e distrofie cutanee da decubito.

6. L'imputato Ca., esaminato al dibattimento, ha dichiarato che aveva costituito, insieme all'imputata Sc. ed a Fraticelli Gustavo, l'associazione denominata Soccorso Civile. L'associazione aiutava le persone che volevano andare all'estero per ottenere l'assistenza alla morte volontaria. In particolare, l'associazione dava informazioni alle predette persone e le metteva in contatto con organizzazioni, come Lifercircle e Dignitas, che si occupavano di assistenza alla morte volontaria. Peraltro, le informazioni ed i contatti che venivano dati potevano comunque essere facilmente reperiti da chiunque navigando in internet. Nell'arco di circa tre anni, l'associazione era stata contattata da circa 650 persone che volevano aiuto per l'eutanasia all'estero. Ogni volta che veniva contattato da persone che chiedevano di essere aiutate a morire, il Ca. immediatamente cercava di convincerle a rivolgersi ad uno psicologo o ad uno psichiatra per un sostegno alla loro condizione di sofferenza. Solo dopo un contatto più approfondito, il Ca. forniva le informazioni, peraltro pubbliche perchè reperibili in internet, per mettersi in contatto con strutture, come Dignitas o Lifercircle, che operavano all'estero e che aiutavano le persone a morire. Peraltro, in pochi casi, se veniva chiesto, il Ca. forniva anche un aiuto consistente in consigli giuridici o nell'accompagnare le persone all'estero o nell'aiutare economicamente le persone per il viaggio all'estero e per il pagamento dell'operazione.

In tale contesto, il Ca. era entrato in contatto col Tr. per la prima volta nell'agosto del 2016. Il Ca. aveva ricevuto una mail proveniente dalla madre del Tr. che gli aveva raccontato "la condizione di estrema sofferenza del figlio" e gli aveva chiesto informazioni per poter aiutare il figlio che voleva andare in Svizzera per morire volontariamente. In quel momento, il Tr. aveva già maturato da alcuni mesi la sua volontà di porre fine alla sua vita. A quel contatto, erano poi seguiti numerosi altri contatti, sia via email che con telefonate, tra il Ca. ed il Tr., nel corso dei quali l'imputato aveva approfondito la

conoscenza del Tr. ed aveva appreso che il Tr. era malato di sclerosi multipla ormai da 25 anni e pativa sofferenze continue divenute col tempo insopportabili. Nel corso di quelle comunicazioni e di quei colloqui, il Tr. non aveva mai manifestato il minimo tentennamento circa la sua scelta di porre fine alla sua esistenza ("non ho mai sentito nulla da parte sua che non fosse una ripetizione costante di questa sua esigenza, di questa sua volontà e soprattutto dell'urgenza di questa volontà"): quella di volersi togliere la vita era una decisione irremovibile, "una volontà, ferma, assoluta e irremovibile", "un'ossessione per subito", "già dalle conversazione iniziali ma ancora più drammaticamente da dicembre" in poi. Il racconto che era stato fatto al Ca. era quello di una persona che si era già sottoposta a "lunghissimi anni di terapie, di ogni terapia che gli fosse stata prospettata, fino ad arrivare in una situazione di irreversibilità, progressività e dolore ormai del tutto insopportabile", così giungendo a maturare, ormai da almeno uno o due anni, la decisione di interrompere quella sofferenza ponendo fine alla propria vita. Inizialmente, nel corso dei primi contatti, il Ca. aveva dato al Tr. delle informazioni, peraltro da chiunque comunque reperibili su internet, con cui aveva indicato alcune strutture, quelle che lui riteneva essere le più serie ed affidabili, che operavano in Svizzera. Peraltro, il Tr. aveva già autonomamente individuato e contattato quelle ed altre strutture che aiutavano alla morte volontaria. Sempre inizialmente, il Tr. non aveva seguito le indicazioni fornitegli dal Ca. ma aveva scelto di rivolgersi ad una struttura che operava in Svizzera e che il Ca. gli aveva sconsigliato ritenendola non idonea e scarsamente affidabile. Infatti, il Ca. aveva informato il Tr. che, in merito alla struttura che il Tr. aveva scelto, aveva raccolto notizie che dimostravano che la stessa non garantiva il minimo di professionalità necessaria. Tuttavia, il Tr. aveva voluto "procedere comunque" con quell'organizzazione perchè non riusciva più a sopportare le sue sofferenze fisiche, voleva fare il più presto possibile ("Da. aveva un problema di tempi, cioè di non sopportazione direi assoluta", "non era disponibile ad aspettare tempi che avrebbero potuto essere più lunghi con organizzazioni più consolidate") e l'organizzazione che aveva individuato era quella che gli assicurava i tempi più rapidi (non essendo il Tr. disposto ad attendere neanche solo due mesi). Quindi, il Tr. aveva autonomamente tenuto i contatti con quell'organizzazione svizzera (di cui il Ca. non ricordava il nome, ricordando soltanto che il Tr., per contattare quella struttura, era solito parlare con una persona di nome Isabel) fino ad arrivare al punto che gli era stato dato un appuntamento in cui si sarebbe dovuto recare in Svizzera. Per pagare l'operazione, il Tr. disponeva solo di una parte di quanto richiesto dall'organizzazione svizzera e quindi il Ca. aveva anche promosso una raccolta pubblica di fondi mediante la quale era riuscito a reperire la somma di 1200 Euro, che aveva consegnato al Tr. nel febbraio 2017 e che quest'ultimo aveva utilizzato (insieme ai soldi che lui aveva) per pagare la predetta organizzazione. Tuttavia, in un secondo momento, le autorità svizzere avevano ordinato la sospensione dell'attività di quella struttura, sicchè il Tr. non aveva potuto portare a termine il suo progetto. A quel punto, il Tr. si era nuovamente rivolto al Ca. chiedendogli di aiutarlo a realizzare il suo proposito ricorrendo ad una qualche altra struttura svizzera. Contemporaneamente, il Tr. aveva anche manifestato la sua seria intenzione di togliersi la vita da solo (gettandosi dalla finestra) se non fosse riuscito a trovare in tempi rapidi un'altra struttura svizzera che lo aiutasse ad attuare il suo intento suicidiario. Il Ca. si era prodigato nell'insistere affinché il Tr. "si prendesse il tempo per seguire una strada con tutte le garanzie", rivolgendosi ad un'organizzazione "che rispettasse per filo e per segno le procedure previste dalla legge svizzera" che, tra l'altro, prevedevano visite mediche, colloqui con i medici, verifica del consenso informato e assoluta possibilità di ripensamento fino all'ultimo momento. Il Ca. e la Sc. avevano allora contattato la Lifercircle (alla quale peraltro lo stesso Tr. si era già in precedenza autonomamente rivolto, poi abbandonando quel contatto perchè erano stati prospettati tempi da lui ritenuti troppo lunghi) ed erano riusciti ad accelerare i tempi, in particolare, riuscendo ad evitare di dover ricominciare d'accapo la procedura, in quanto la Sc. già conosceva personalmente Pr. Er., responsabile della predetta organizzazione. Il Tr. era riuscito a farsi restituire i soldi che aveva dato alla prima organizzazione e li aveva usati per pagare la Lifercircle. Il Ca. aveva anche verificato che il Tr. trasmettesse alla Lifercircle tutta la documentazione sanitaria richiesta. La Sc. aveva procurato al Tr. la documentazione anagrafica necessaria per l'operazione. Il 7/4/17 il Ca. si era anche recato a Massa a casa del Tr., così facendo la sua conoscenza. Nel colloquio che vi era stato in

quell'occasione tra il Ca. ed il Tr., quest'ultimo aveva manifestato la sua "gratitudine e serenità che aveva conquistato grazie all'aver la certezza che quelle sofferenze sarebbero terminate". Il Ca. aveva verificato che anche la madre del Tr. era d'accordo con la decisione del figlio, ritenendo, anche lei, che non vi era "altra possibilità o altro tentativo da compiere"; e questo atteggiamento della madre era stato "molto importante" nel contribuire a rassicurare ulteriormente il Ca. in merito alla gravità delle sofferenze patite dal Tr. ed in merito alla serietà della sua scelta di porre termine alla propria vita. Il 12/4/17 il Tr. era partito per la Svizzera accompagnato dalla Sc.. Quest'ultima lo aveva poi aiutato anche come interprete per la traduzione dei colloqui tra il Tr. ed i medici e gli operatori della struttura svizzera. Il 13/4/17 il Tr. era deceduto presso la sede della Lifercircle.

L'imputato Ca. ha, inoltre, dichiarato anche che, nei suoi colloqui col Tr., aveva potuto constatare che il Tr. "aveva dei continui spasmi di dolore, spasmi che lo costringevano ad interrompersi nel parlare, gli trasfiguravano il volto dal dolore" e "raccontava che trascorreva ormai praticamente l'intera giornata al bagno, seduto al bagno, perchè sentiva continuamente lo stimolo, non sapendo però se era uno stimolo vero o no"; che il Tr. gli raccontava che aveva "delle scariche di dolore insopportabili e continue che non gli consentivano di fare nulla"; che il Tr. aveva gravi problemi di mobilità non potendo spostarsi senza l'aiuto di altre persone e senza l'uso di un deambulatore (ed infatti non usciva più di casa) e, per alimentarsi, aveva bisogno di una persona che gli preparasse il cibo e che talvolta lo imboccasse; che comunque, per rimanere in vita, non era costretto a collegamenti con macchinari per l'alimentazione o per le terapie; che aveva insistito col Tr. affinché si rivolgesse ad una struttura svizzera affidabile perchè riteneva importante che venissero rispettate tutte le procedure previste dalla legge in Svizzera, procedure che prevedevano che dei medici dovessero valutare la documentazione sanitaria prodotta, che dovessero essere eseguite due visite mediche da parte di due medici diversi che dovevano verificare la congruenza della documentazione sanitaria prodotta con le condizioni fisiche della persona e la sua reale volontà scevra da manipolazioni altrui di porre termine alla vita; che, nei suoi colloqui col Tr., il Ca. aveva anche cercato di verificare se le sofferenze del Tr. non potessero essere alleviate con dosi maggiori di cannabis terapeutica o con ulteriori rimedi sul piano della terapia del dolore ma aveva constatato che non vi erano alternative; che, durante i mesi in cui era stato in contatto col Tr., il Ca. aveva anche cercato di far abbandonare al Tr. i suoi propositi suicidari, tentando di distoglierlo dal pensiero ossessivo del proprio dolore e dalla volontà di suicidarsi, stimolando in lui nuovi interessi, ad es. coinvolgendolo in iniziative politiche volte ad estendere a tutte le regioni il ricorso alla cannabis terapeutica (utilizzata solo dalle strutture sanitarie di alcune regioni ma non da tutte) o relative a progetti di leggi sul fine-vita; che, tuttavia, il Tr. non prendeva minimamente in considerazione la possibilità di non suicidarsi: "conosceva bene i dati della malattia con la quale conviveva da decenni e sapeva quello che i medici gli avevano detto sulla condizione di irreversibilità, sui danni (collaterali) delle terapie che lui di volta in volta faceva", come "l'interferone, la chemioterapia, come questo provochi comunque dei danni al corpo", era consapevole che era destinato a peggiorare e che la malattia "era arrivata ad un momento esponenziale, un momento di sempre maggiore dolore e di sempre maggior incapacità e disabilità", per lui era "semplicemente insopportabile ogni giorno di più, ogni ora di più", per lui "non c'era un domani", ripeteva, come "messaggio martellante", parole come: "non ce la faccio più, non ce la faccio più, non posso stare più così, non ce la faccio più" e descriveva la sua condizione e le sue sensazioni in termini di "impazzimento" e di "insopportabilità" assoluta.

7. L'imputata Sc., esaminata al dibattimento, per spiegare le motivazioni che l'avevano indotta ad aiutare il Tr. a morire in Svizzera, ha narrato la vicenda che aveva coinvolto suo marito. La Sc., infatti, era stata sposata con We. Piergiorgio, col quale aveva vissuto dal 1978 al 2006, anno della sua morte. Il marito era affetto da distrofia muscolare progressiva. I primi anni era riuscito a vivere "abbastanza bene". Nel 1997, tuttavia, si era verificata una grave insufficienza respiratoria a seguito della quale, per decisione dei medici e nonostante i "litigi" della Sc. con i medici, il We. era stato tracheostomizzato. Da quel momento, aveva per sempre continuato a vivere in quella condizione. La

Sc. aveva in quegli anni preso parte ad iniziative politiche sul tema di possibili leggi in materia di eutanasia, rivolgendosi anche al Presidente della Repubblica. Le condizioni del marito erano poi via via peggiorate fino al momento della sua morte. La morte era avvenuta perchè, a seguito di richiesta del We., il medico aveva, previa sedazione, staccato il collegamento col macchinario indispensabile per la respirazione artificiale. Ma il medico che lo aveva fatto era stato poi denunciato per il reato di omicidio del consenziente e, sottoposto a procedimento penale, era stato prosciolto nel 2007. La sua vicenda personale aveva quindi originato l'impegno della Sc. nell'associazione Soccorso Civile e nelle iniziative politiche e solidaristiche in tema di fine-vita e di eutanasia per i malati irreversibili.

In tale contesto, nel 2017, la Sc. aveva conosciuto il Tr.. I primi contatti erano avvenuti tramite una comunicazione via email che il Ca. aveva ricevuto dal Tr. e che aveva a sua volta girato alla Sc.. In quella comunicazione, il Tr. chiedeva di essere aiutato per "andare in Svizzera per il suicidio assistito", riferendo che in precedenza aveva contattato la Lifecircle, aveva poi temporaneamente abbandonato quel contatto, si era rivolto ad una diversa struttura che aveva sede a Lugano e assicurava tempi più rapidi, ma questa struttura era stata poi chiusa dalle autorità svizzere e, per questo motivo, ora il Tr. voleva riprendere i contatti con la Lifecircle. La Sc., sfruttando il fatto che già conosceva da qualche anno la dr.ssa Pr., responsabile della Lifecircle, si era messa in contatto con quest'ultima, venendo a sapere che la Lifecircle aveva già esaminato la posizione e la documentazione sanitaria del Tr. (perchè quest'ultimo, nei mesi precedenti, aveva già autonomamente contattato quell'organizzazione) dando "luce verde" all'effettuazione dell'operazione, ma tale operazione si era interrotta perchè il Tr. "non si era fatto più vivo". La Pr., quindi, si era mostrata disponibile a dare seguito alle richieste del Tr.. La Pr. aveva indicato, come date possibili in cui effettuare l'operazione, quella del 13/4/17 o quella del 27/4/17. Il Tr., informato di quelle due possibilità, aveva immediatamente chiesto di eseguire l'operazione il 13/4/17 (chiedendo: "per favore il 13"). La Sc., inoltre, aveva aiutato il Tr. anche recandosi all'anagrafe di Roma per ottenere il certificato di nascita del Tr. (nato a (omissis...)) necessario per eseguire l'operazione in Svizzera. La Sc. aveva poi conosciuto personalmente il Tr. per la prima volta solo il giorno precedente la partenza per la Svizzera. In quell'occasione, il Tr. era nella sua abitazione e si muoveva "a scatti, faceva degli scatti pazzeschi, il viso si contorceva per il dolore". Il Tr. aveva raccontato alla Sc. la sua vita e le sue sofferenze. Le aveva, tra l'altro, riferito che aveva fatto anche dei cicli di chemioterapia e che aveva assunto sia la cannabis che la morfina per alleviare il dolore. La Sc., "vedendolo a scatti ed anche il modo di parlare a scatti, i contorcimenti del viso", si era resa conto del dolore "continuo" e della "grande sofferenza" che lo affliggeva. In particolare, osservando i "suoi contorcimenti", gli scatti causati dal dolore, "il corpo che non era mai fermo", il fatto che con le mani "non riusciva a prendere una cosa con sicurezza" e quindi, "vedendolo in questa terribile sofferenza", si era ricordata della sofferenza che aveva patito suo marito negli ultimi anni di vita. Sia la Sc. che la sorella del Tr. avevano cercato di convincerlo a desistere dal suo proposito suicidiario. La Sc. gli aveva detto che forse vi era la possibilità di trovare altre sostanze che potevano alleviare i dolori. Ma il Tr. aveva risposto, con decisione, che tutte le possibili sostanze erano state già provate sul suo corpo. Aveva anche detto alla Sc. che "era disperato" e che aveva pensato di buttarsi dalla finestra ma non lo aveva fatto perchè temeva di non morire e di venirsi a trovare in una condizione fisica ancora peggiore di quella in cui era. La mattina dopo erano quindi partiti per la Svizzera. Peraltro, anche quella mattina, prima di partire, la Sc. aveva fatto un ultimo tentativo di convincere il Tr. a non attuare il suo proposito di morire ma il Tr. era rimasto irremovibile. Il viaggio era stato fatto a bordo di un'auto medica della Misericordia, a bordo della quale avevano viaggiato, oltre a due infermieri ed al Tr., anche la stessa Sc.. L'auto era stata seguita da quella guidata dalla ex fidanzata del Tr. (la Go.). Durante il viaggio, si erano dovuti spesso fermare perchè il Tr. (a causa della malattia) avvertiva continuamente lo stimolo di urinare. Per riuscire a scendere dall'auto, il Tr. doveva ogni volta essere aiutato e sorretto dagli infermieri, non essendo in grado di compiere da solo quel movimento. Erano giunti a Basilea (dove era ubicata la sede della Lifecircle) verso le ore 19:00 del 12/4/17. Una volta arrivati, il Tr. appariva "fiducioso e contento", "era più sereno quando è arrivato in Svizzera perchè sentiva veramente ormai il morire che lo poteva salvare". Erano stati ricevuti dalla

dr.ssa Pr. e da un medico. I due avevano avuto un colloquio col Tr. nel corso del quale gli avevano fatto delle domande in merito alla malattia ed ai motivi del suicidio assistito. Il Tr. aveva detto che voleva morire a causa della "grande sofferenza" che provava ed aveva spiegato che "non ce la faceva più, che per lui la vita in questo modo non aveva più senso". I medici avevano cercato di convincere il Tr. a desistere dal suo proposito, anche prospettandogli la possibilità che altri medici avrebbero potuto dargli un aiuto diverso sul piano della terapia del dolore. Ma il Tr., anche riferendo che aveva già provato cannabis e morfina, aveva affermato categoricamente che non esistevano altre sostanze che avrebbero potuto alleviare i suoi dolori. Aveva ripetuto: "io sono stanco, sono stanco, io voglio morire e basta". Il colloquio, durato più di un'ora, era stato in parte tradotto dalla Sc. (che conosceva il tedesco e che aveva tradotto quella parte di dichiarazioni che il medico svizzero non capiva perchè parlava solo in parte l'italiano). La mattina seguente vi era stato un secondo colloquio tra il Tr. ed i medici. In quell'occasione, i medici avevano nuovamente insistito nel cercare di convincere il Tr. a desistere dal suo intento suicidiario. Ma il Tr. aveva mantenuto fermo il suo proposito. In entrambi i colloqui, il Tr. appariva "sollevato" ed "assolutamente" determinato. Era stata quindi spiegata al Tr. la procedura meccanica che doveva seguire (la valvola che doveva azionare) per attivare il meccanismo che avrebbe condotto alla morte. Il Tr. non poteva darsi la morte bevendo qualcosa da un bicchiere perchè le capacità prensili della mano non glielo permettevano. Era stata di conseguenza utilizzata una flebo che si azionava con un movimento della mano del Tr. e, quando, al momento di effettuare una prova preliminare, il Tr. era riuscito ad aprire la valvola, la Sc. aveva notato la "soddisfazione" sul volto del Tr.. Subito dopo, si era attivato il meccanismo ed il Tr. era deceduto addormentandosi. Dopo il decesso, era intervenuta (in applicazione della procedura prevista dalla legislazione svizzera) la Polizia e la Sc. aveva come testimone contribuito all'identificazione del cadavere.

L'imputata ha, infine, spiegato che, per lei, l'aver aiutato il Tr. era stato come "risarcire il dolore" che aveva provato il marito. Quest'ultimo, infatti, già tre giorni prima di morire, aveva chiesto di interrompere la propria vita. Ma non era stato accontentato dalla Sc., la quale aveva continuato ad insistere perchè continuasse a resistere. Tuttavia, quando dopo la morte era stata eseguita l'autopsia, la Sc. aveva saputo che il marito aveva patito dei dolori "veramente lancinanti". Di conseguenza, lei si era sentita in qualche modo responsabile di non averlo aiutato a morire prima, per cui, nel caso del Tr., era stata mossa dall'intento di "cercare di aiutare altri a non avere quella fine".

8. Il consulente tecnico della difesa, dott. Ri., ha esposto (si fa riferimento sia alle dichiarazioni rese in udienza sia a quanto esposto nella relazione scritta del consulente) che Tr. Da. aveva iniziato a manifestare i primi sintomi della sclerosi multipla nel 1993. Si trattava di una patologia che comportava una degenerazione del sistema neurologico con andamento cronico progressivo invalidante, tale da provocare la perdita nel tempo del controllo della motilità muscolare dovuta ad una progressiva incapacità di trasmettere impulsi lungo le vie nervose. Una malattia, quindi, che poteva "soltanto peggiorare" o, "al massimo, rallentare il suo decorso". I sintomi più frequenti di tale malattia erano, oltre alla predetta paralisi muscolare, anche spasmi e dolori generalizzati, accompagnati dalla comparsa di una sorta di scosse elettriche lungo il decorso dei nervi che pervadono tutto il corpo, oltre ad incapacità alla minzione ed alla defecazione. La lucidità mentale restava conservata. Il Tr. era seguito da diversi centri medici ed aveva seguito regolarmente la terapia prescrittagli ma, nonostante questo, negli ultimi anni, le sue condizioni di salute si erano notevolmente deteriorate. I dolori e gli spasmi muscolari erano diventati generalizzati e di difficile controllo farmacologico nonostante assumesse un'importante terapia antidolorifica ed antispastica. Inoltre, aveva sviluppato anche un grave stato ipertensivo che lo rendeva dipendente da un farmaco antipertensivo (Carvedilolo). La terapia a cui era sottoposto, oltre a contenere l'ipertensione, era una terapia sintomatica, cioè non finalizzata a curare la malattia, ma ad attenuare la sintomatologia della malattia. Per controllare il dolore e gli spasmi muscolari, il Tr. assumeva la seguente terapia: Sativex (cannabinoide) per ridurre il dolore e la spasticità muscolare, Lioresal (baclofen) per ridurre la contrattura/spasticità della muscolatura secondaria alla malattia, Lyrica (pregabalin) per ridurre il dolore dei nervi periferici.

Nonostante le predette terapie, il Tr., non riuscendo a sopportare i forti dolori, nell'ultimo anno, si era rivolto anche al dr. Mo., medico terapista del dolore. Questi gli aveva prescritto, in aggiunta ai predetti farmaci, anche il farmaco Fentanil (in cerotto), consistente in un analgesico oppioide di sintesi che rilascia un composto cento volte più potente della morfina. Si trattava dell'"ultima linea possibile di farmaco", anche perchè l'oppiaceo Fentanil unito al cannabinoide Sativex rappresentava "un'associazione particolarmente aggressiva" dal punto di vista terapeutico, al limite della tollerabilità. Inoltre, nel 2016, a seguito di una caduta dovuta al mancato controllo della motilità, tipico della sclerosi multipla, il Tr. si era fratturato alcune coste ed era stato quindi ricoverato in ospedale. A partire da quel momento, era stato costretto a rimanere per sempre a letto. Infatti, dopo le dimissioni dall'ospedale, "non era più possibile per lui muoversi" e perciò gli era stato fornito un letto ortopedico ospedaliero sul quale doveva rimanere durante la giornata e che gli permetteva di cambiare posizione e di mangiare rimanendo allettato. Il dr. Mo., a causa dei forti dolori lamentati dal paziente, aveva poi incrementato il dosaggio dei cerotti di Fentanil "fino a giungere a un dosaggio di due cerotti giornalieri", quindi con un "dosaggio quasi quadruplo di quello normale". Ciononostante, il Tr. aveva chiesto al dr. Mo. di aumentare ulteriormente il dosaggio ed il medico gli aveva risposto: "io non posso somministrarti più Fentanil perchè rischio di mandarti in arresto respiratorio, cioè tu muori per arresto respiratorio", cioè si sarebbe verificata la morte quale conseguenza di una overdose del farmaco. Vi era, quindi, una "dipendenza del Tr. dalla terapia farmacologica pressochè totale". "La riduzione dei farmaci antispastici e antidolorifici avrebbe comportato non solo una condizione di sofferenza intollerabile ma avrebbe determinato un peggioramento dell'insufficienza respiratoria che avrebbe accelerato il processo del morire". Se, invece, d'altro canto, fosse stata incrementata la terapia morfina a base di Fentanil, ciò avrebbe determinato il decesso del paziente per arresto respiratorio. Inoltre, anche l'interruzione del farmaco cardiologico Dilatrend (Carvedilolo), a cui pure il Tr. era sottoposto come terapia antipertensiva, avrebbe determinato "dei picchi pressori elevati non più controllabili" e lo avrebbe condotto in una condizione di scompenso cardiaco. Tutto ciò dimostrava che "la sopravvivenza del Tr. dipendeva da un sottile equilibrio del dosaggio dei farmaci: una riduzione avrebbe determinato una situazione di sofferenza e di scompenso cardiaco che ne avrebbe accelerato il decorso clinico fino alla morte, un incremento, in particolare del dosaggio di Fentanil, ne avrebbe causato il decesso in tempi brevi se non immediati".

A questo si aggiungeva un'ulteriore forma di dipendenza riguardante la funzione della defecazione. Il Tr., infatti, presentava un ulteriore grave sintomo consistente nella progressiva paralisi della muscolatura intestinale che rendeva sempre più difficile l'evacuazione delle feci (stipsi cronica). Negli ultimi anni, la defecazione era divenuta sempre più difficoltosa. Nell'ultimo anno, era necessario sottoporlo ad evacuazioni manuali per prevenire la formazione di fecalomi, causati dalla persistenza delle feci nel tratto finale dell'apparato digerente (colon-retto), con conseguente occlusione intestinale meccanica. La paralisi della muscolatura intestinale comportava l'accumulo delle feci, per cui, per evitarlo, si rendeva necessaria l'evacuazione manuale. L'operazione inizialmente veniva eseguita da operatori sanitari, in un secondo momento, imparata la tecnica di svuotamento dell'intestino, era la madre del Tr. che eseguiva settimanalmente l'operazione. Se non si fosse provveduto manualmente, la situazione poteva arrivare ad un punto tale da determinare l'occlusione intestinale meccanica, per cui l'intestino sarebbe arrivato a gonfiarsi determinando due conseguenze letali: prima l'ischemia intestinale (dovuta alla pressione del fecaloma sulle pareti) e infine la conseguente rottura da scoppio del colon favorita dalla mancata fuoriuscita dei gas intestinali. E l'ischemia intestinale e la perforazione intestinale erano incompatibili con la sopravvivenza.

Il CT ha, quindi, concluso che il Tr., negli ultimi anni di vita, dipendeva da due forme di sostegno vitale: farmacologico e meccanico. L'eventuale interruzione della terapia farmacologica avrebbe comportato uno scompenso cardio-circolatorio e un aggravamento della sintomatologia invalidante ed algica, l'insieme del decadimento delle due componenti ne avrebbe compromesso la sopravvivenza, con probabile decesso per infarto o ictus cerebrale. Inoltre, nell'ultimo anno di vita, il Tr. era dipendente

anche dalla funzione meccanica manuale evacuativa delle feci, senza la quale si sarebbe giunti ad un quadro occlusivo meccanico con conseguente morte del paziente. Il CT ha anche precisato che tutte le possibili alternative terapeutiche erano state percorse; che, infatti, posto che l'unica terapia possibile era una terapia di contenimento della sintomatologia, quella seguita era una terapia "estremamente robusta" rispetto alla quale non vi erano alternative; che i farmaci utilizzati facevano parte della cosiddetta terapia del dolore, alcuni mirati al punto di arrivo altri al punto di partenza del dolore; che il Tr. era sostanzialmente già entrato in un percorso di cure palliative in quanto preso in carico dal dr. Mo., terapista del dolore, ed in quanto usava farmaci, come il Fentanil, che era un oppiaceo, che avevano una forte valenza nella cura del dolore come cura palliativa; che, nelle procedure relative alle operazioni di eutanasia che si svolgono in Svizzera, la legislazione di quel Paese prevedeva che i medici dovevano accertare, non solo la gravità e irreversibilità della patologia, ma anche l'effettiva ed autonoma volontà del paziente che deve essere capace di intendere e di volere ed il fatto che il paziente sia stato informato circa tutte le possibili alternative terapeutiche e circa le alternative palliative.

9. Infine, l'imputato Ca. ha reso spontanee dichiarazioni all'ultima udienza. In tale sede, ha precisato che non aveva prospettato a Tr. Da. la possibilità di procedere con la sedazione profonda fino al decesso, in quanto, all'epoca dei fatti, ancora non era stata approvata la legge sul testamento biologico e non era riuscito a reperire tre medici anestesisti disposti a seguire il Tr. con la sedazione profonda fino al decesso (come invece era riuscito a fare nel caso di Fa. An. a cui aveva prospettato quella concreta possibilità). Aveva aiutato il Tr. ad interrompere la propria vita perchè riteneva quella azione un dovere morale. Riteneva, infatti, inaccettabile che la possibilità di porre fine volontariamente alla propria esistenza senza patire dolore dovesse dipendere dalle disponibilità economiche del malato o dalla sua trasportabilità anzichè solo dall'irreversibilità della malattia. Si era assunto la responsabilità di aiutare il Tr. ad andare in Svizzera perchè reputava la Svizzera un Paese civile in cui vigeva una normativa adeguata che, tra l'altro, prevedeva dei rigorosi controlli da parte dei medici, i quali, non solo dovevano verificare l'esistenza della patologia, ma dovevano svolgere dei colloqui con il malato senza la presenza di altre persone per accertare la sua capacità di intendere e di volere e la sua effettiva volontà.

10. Quelle sopra esposte sono le principali risultanze emerse dall'istruttoria dibattimentale.

Tanto premesso in fatto, il Collegio ritiene che gli imputati debbano essere assolti dal reato loro ascritto perchè il fatto non sussiste quanto alla condotta di rafforzamento del proposito suicidiario di Tr. Da. e perchè il fatto non costituisce reato quanto alla condotta di agevolazione dell'esecuzione del suicidio del Tr..

Infatti, nell'imputazione, sono contestate due diverse condotte delittuose: quella di rafforzamento del proposito di suicidio e quella di agevolazione dell'esecuzione del suicidio. Rispetto alla prima, risulta provata l'insussistenza dell'elemento materiale del reato e, quindi, gli imputati vanno assolti ai sensi del comma 1 dell'art. 530 c.p.p. con la formula perchè il fatto non sussiste.

Rispetto alla seconda, vi è un concreto dubbio in merito alla sussistenza di una scriminante e, quindi, va pronunciata sentenza di assoluzione ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 530 cit. con la formula perchè il fatto non costituisce reato.

11. Per quanto concerne la condotta di rafforzamento del proposito di suicidio del Tr., manca qualsiasi prova del fatto che una simile condotta sia stata posta in essere dagli imputati.

Risulta provato, invece, che il Tr. si era autonomamente e liberamente determinato al suicidio e che, sulla formazione e sul rafforzamento della sua volontà suicidiaria, non avevano in alcun modo influito gli imputati. Ciò risulta provato dalle susedite testimonianze delle testi Ma., Go. e Tr. Ka..

La teste Ma. (madre di Tr. Da.) ha, infatti, riferito che il figlio aveva iniziato a pensare al suicidio intorno al 2015 ed aveva definitivamente maturato tale decisione nel 2016.

Più volte aveva detto alla madre che avrebbe voluto suicidarsi anche gettandosi dalla finestra della sua abitazione ma che, a causa dell'indebolimento dovuto alla sua patologia, non aveva la forza fisica per scavalcare la finestra e temeva che, se ci fosse riuscito e si fosse gettato dalla sua abitazione, non avrebbe potuto avere la sicurezza di morire in quanto il suo appartamento era al secondo piano, con la conseguenza che avrebbe rischiato ulteriori ancor più gravi sofferenze. Aveva allora consultato dei siti Internet, aveva scoperto che vi erano delle strutture sanitarie che operavano legalmente in Svizzera e che potevano aiutarlo a porre fine senza dolore alla sua esistenza. Aveva quindi preso contatto con un ente denominato Exit il quale lo aveva messo in contatto con una struttura svizzera. Il contatto, però, non era andato a buon fine, per cui, solo a quel punto, si era rivolto all'associazione di cui facevano parte gli imputati Ca. e Sc. per essere aiutato ad andare in Svizzera.

Analogamente, la teste Tr. Ka. (sorella di Tr. Da.) ha riferito che Tr. Da. nel 2014 aveva iniziato a pensare al suicidio e che nel 2015 aveva definitivamente maturato la decisione di porre fine alla propria vita.

Allo stesso modo, la teste Go. (ex compagna del Tr.) ha raccontato come il Tr., già nel 2016, senza alcun intervento da parte degli imputati, avesse instaurato tutta una serie di contatti con una struttura svizzera, dove doveva recarsi per porre fine alla sua vita, ma, all'ultimo, non aveva potuto attuare quel progetto perchè quella struttura era stata chiusa dalle autorità elvetiche. In particolare, la teste Go. ha raccontato che, all'inizio del 2016, quando si era recata in ospedale dove il Tr. era ricoverato a seguito della caduta che gli aveva procurato la frattura delle costole e della clavicola, il Tr. le aveva detto "molto seriamente" che aveva l'intenzione di suicidarsi e "che aveva iniziato a documentarsi su quali potevano essere le associazioni per aiutarlo", facendo delle ricerche in tal senso su internet. Il Tr. era "decisissimo" ad attuare quei propositi. La Go. aveva cercato di dissuaderlo ma non vi era riuscita. Il Tr. aveva, quindi, fatto diverse ricerche in internet ed aveva in tal modo instaurato vari contatti finalizzati ad aiutare il suo proposito. In particolare, aveva contattato prima una struttura svizzera denominata Lifecircle e poi una associazione italiana denominata Exit Italia. Quest'ultima lo aveva, a sua volta, messo in contatto con un'altra struttura svizzera. Il Tr. aveva inviato in Svizzera la documentazione sanitaria necessaria ed aveva atteso la valutazione. Quindi, all'inizio del 2017, aveva ricevuto "luce verde" ed aveva atteso la chiamata per partire per la Svizzera. Vi erano stati, però, diversi rinvii su decisione di quella struttura svizzera, fino a quando, a febbraio del 2017, il Tr. aveva perso la pazienza. Aveva litigato con i responsabili di quella struttura ed aveva chiesto ed ottenuto la restituzione della somma che aveva a loro inviato. A quel punto, si era rivolto all'associazione di cui facevano parte gli imputati Ca. e Sc. per chiedere loro di aiutarlo.

Da queste testimonianze, dunque, risulta provato, non solo che il proposito di suicidio era sorto nel Tr. indipendentemente da qualsiasi intervento degli imputati, ma anche che a tale proposito il Tr. aveva dato concreta attuazione prendendo contatto con una struttura svizzera e provvedendo a pagarla per eseguire la relativa operazione.

Solo dopo che il progetto del Tr. era inaspettatamente sfumato a causa dell'intervento delle autorità elvetiche, egli si era rivolto agli imputati che lo avevano poi aiutato ad attuare il suo proposito ricorrendo ad un'altra struttura svizzera.

Peraltro, si trattava, anche questa, di una struttura svizzera, la Lifecircle, che, in precedenza, cioè prima di contattare il Ca., era stata già individuata autonomamente dallo stesso Tr. (che però l'aveva abbandonata pensando di poter attuare più celermente il suo proposito ricorrendo a quell'altra struttura poi chiusa dalle autorità della Svizzera). Perciò, il successivo intervento degli imputati si era limitato a permettere al Tr. di riallacciare quel contatto con la Lifecircle senza ulteriori ritardi.

Tutto ciò rende evidente che gli imputati non hanno influito sul processo volitivo che ha condotto il Tr. a decidere di suicidarsi.

Infatti, non solo la decisione di porre fine alla propria vita era stata presa dal Tr. parecchi mesi prima di contattare il Ca. e la Sc., ma il Tr. era talmente deciso e determinato a porre fine alla sua vita che aveva autonomamente reperito, senza ricevere alcun aiuto da parte degli imputati, una struttura svizzera che doveva eseguire l'operazione e che aveva anche provveduto a retribuire per tale prestazione (tuttavia, in un secondo momento, quella struttura era stata chiusa dalle autorità elvetiche, il che aveva impedito al Tr. di attuare il suo suicidio nei termini in cui lo aveva progettato autonomamente).

Il fatto che il proposito di suicidio era stato anche attuato dal Tr. senza alcun intervento degli imputati, arrivando anche a pagare la relativa prestazione senza alcun loro aiuto, dimostra che il predetto proposito non solo era sorto ma si era anche rafforzato e definitivamente consolidato senza alcun intervento degli imputati.

Il fatto che l'intento suicidiario del Tr., non solo era nato autonomamente da qualunque intervento degli imputati, ma era stato anche messo in esecuzione, arrivando anche al pagamento dell'operazione senza alcun contributo materiale o morale da parte degli imputati, sono circostanze che dimostrano che il Ca. e la Sc., non solo non avevano determinato il predetto proposito ma non lo avevano neanche rafforzato, essendosi infatti consolidato autonomamente fino a pervenire alla sua attuazione senza alcun loro contributo. Risulta, in definitiva, provato che l'intenzione del Tr. di suicidarsi è nata, si è rafforzata e si è consolidata senza alcun intervento da parte degli imputati. Pertanto, costoro devono essere assolti ai sensi del comma 1 dell'art. 530 c.p.p. perchè il fatto non sussiste.

12. Per quanto concerne la condotta di agevolazione all'esecuzione del suicidio, gli imputati devono essere assolti essendo configurabile la sussistenza, o quanto meno il dubbio in merito alla sussistenza, della scriminante introdotta dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 242/2019.

La Corte Costituzionale, con sentenza n. 242 del 25/9/2019, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017 n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento), agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.

La Consulta ha, inoltre, precisato che, "riguardo ai fatti anteriori, la non punibilità dell'aiuto al suicidio rimarrà subordinata, in specie, al fatto che l'agevolazione sia stata prestata con modalità anche diverse da quelle indicate, ma idonee comunque sia a offrire garanzie sostanzialmente equivalenti. Occorrerà dunque che le condizioni del richiedente che valgono a rendere lecita la prestazione dell'aiuto - patologia irreversibile, grave sofferenza fisica o psicologica, dipendenza da trattamenti di

sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli - abbiano formato oggetto di verifica in ambito medico; che la volontà dell'interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni; che il paziente sia stato adeguatamente informato sia in ordine a queste ultime, sia in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all'accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua. Requisiti tutti la cui sussistenza dovrà essere verificata dal giudice nel caso concreto".

Quindi, con la predetta sentenza, la Corte Costituzionale ha creato una nuova causa di giustificazione in presenza della quale l'agevolazione all'esecuzione del suicidio non è punibile.

Schematicamente, i requisiti della nuova scriminante che rendono non punibile il reato sono i seguenti:

- 1) deve essere stato accertato da un medico che la patologia era irreversibile,
- 2) deve essere stato verificato da un medico che il malato pativa una grave sofferenza fisica o psicologica,
- 3) deve essere stato oggetto di verifica in ambito medico che il paziente dipendeva da trattamenti di sostegno vitale,
- 4) un medico deve avere accertato che il malato era capace di prendere decisioni libere e consapevoli,
- 5) la volontà dell'interessato deve essere stata manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni,
- 6) il paziente deve essere stato adeguatamente informato sia in ordine alle sue condizioni, sia in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all'accesso alle cure palliative.

Nel caso in esame, sussistono tutti i predetti requisiti o, quanto meno, vi è un dubbio in merito alla loro sussistenza.

13. Ed invero, risulta provato, innanzitutto, che era stato oggetto di verifica in ambito medico che il Tr. era affetto da una patologia irreversibile.

Infatti, con il certificato medico del dott. Angelotti del 3/11/16, era stato attestato che il Tr. era "affetto da sclerosi multipla".

Analogamente, dal certificato medico della prof.ssa Am. del 16/1/14 risulta che il Tr. era "affetto da sclerosi multipla, malattia demielizzante del sistema nervoso centrale a decorso cronico progressivo".

Allo stesso modo, anche dal certificato dell'ospedale Careggi del 30/6/14 risulta che il Tr. era affetto da "sclerosi multipla secondariamente progressiva".

Orbene, è notorio che la sclerosi multipla è una malattia irreversibile.

Peraltro, tale caratteristica della predetta patologia è stata confermata anche dal CT della difesa, dr. Ri., che ha spiegato: "la patologia come è noto comporta degenerazione del sistema neurologico con

andamento cronico progressivo invalidante", precisando ulteriormente che si tratta di una malattia che può "soltanto peggiorare".

Pertanto, nessun dubbio può esservi in merito al predetto requisito della scriminante in questione.

14. Ricorre anche il secondo requisito, in quanto era stato accertato in ambito medico che, a causa della predetta patologia, il Tr. pativa una grave sofferenza fisica.

In tal senso, va, innanzitutto, richiamato il certificato dell'ospedale Careggi del 30/6/14 in cui si dava atto di un "aumento dei dolori ai quattro arti".

Lo stesso certificato dà atto anche del fatto che il Tr. stava già assumendo il farmaco Sativex, farmaco che (come precisato dal CT della difesa) è un cannabinoide utilizzato per ridurre il dolore.

Va, in secondo luogo, richiamata la testimonianza della Go., la quale ha riferito che, nel corso degli anni, il Tr. era stato in cura presso diversi medici e che, in tale ambito, dal 2014-15 aveva iniziato ad assumere "antidolorifici molto forti", farmaci contro il dolore "sempre più forti e a dosaggi sempre più alti".

Se, nell'ambito di terapie mediche, erano stati prescritti al Tr. il Sativex ed altri "antidolorifici molto forti", farmaci contro il dolore "sempre più forti e a dosaggi sempre più alti", evidentemente i medici avevano accertato che il Tr. aveva delle sofferenze fisiche che senza quelle terapie sarebbero state per lui intollerabili.

Anche dalla testimonianza di Tr. Ka. (sorella) risulta che a suo fratello erano stati prescritti "medicinali molto potenti" contro il dolore, compresa la marijuana terapeutica, ma negli ultimi anni "non facevano tanto effetto", il che conferma che, avendo prescritto i predetti medicinali, evidentemente i medici avevano accertato che il Tr. aveva delle sofferenze fisiche intollerabili. Nello stesso senso, anche la teste Ma. (madre del Tr.) ha riferito che il Tr. aveva fatto ricorso alla terapia del dolore, utilizzando farmaci e trattamenti sempre più potenti ed invasivi, come i cerotti con l'oppio, la marijuana terapeutica e il metadone. In tal modo, inizialmente, era riuscito a ridurre fortemente ed a contenere le sofferenze fisiche ma, negli ultimi anni, la terapia del dolore non riusciva più ad alleviare i dolori sempre più forti.

Anche queste dichiarazioni, quindi, indirettamente confermano che i medici che avevano prescritto i predetti farmaci e trattamenti evidentemente avevano accertato le sofferenze fisiche del Tr. per lui intollerabili.

Anche il CT Ri. ha riferito (sulla base di quello che gli ha detto la madre del Tr.) che il Tr. seguiva la terapia del dolore e che, in particolare, negli ultimi due anni, assumeva, per cercare di ridurre il dolore, oltre al farmaco Lyrica, sia un farmaco cannabinoide (Sativex) che un farmaco oppioide (Fentanil) e che il dosaggio del Fentanil era quadruplo rispetto a quello ordinario: è evidente che questa massiccia assunzione di farmaci antidolorifici implica l'avvenuto accertamento in ambito medico delle gravi sofferenze fisiche che il Tr. doveva sopportare.

Ciò risulta definitivamente confermato dalla testimonianza della Ma. nella parte in cui da essa è emerso che, negli ultimi anni di vita, il Tr. chiedeva disperatamente ai medici "qualcosa di più forte" e che, di fronte a quelle richieste, sempre più pressanti, una volta un medico gli aveva risposto: "io più di questo non posso darti, non esiste più di quello che ti do". Il medesimo medico, rendendosi conto delle gravi sofferenze che affliggevano il Tr., gli aveva detto: "tu sei ridotto a un punto che se ti copri col lenzuolo senti dolore". Questa affermazione da parte di un medico evidentemente implica l'avvenuto

accertamento in ambito medico delle gravi sofferenze a cui il Tr. era sottoposto, il che vale a definitivamente confermare la sussistenza del requisito in esame.

15. Sussiste anche il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale o, quanto meno, il dubbio circa la sua sussistenza.

A questa conclusione si perviene, innanzitutto, facendo riferimento alle informazioni emerse dalla consulenza del dr. Ri. ed alle valutazioni da lui operate.

Ma, alla medesima conclusione, si deve comunque pervenire anche sulla base di altre motivazioni, che non tengono conto di quanto esposto dal predetto consulente.

In altri termini, il requisito in parola sussiste sulla base di due ordini di motivazioni, ognuno indipendente dall'altro, le prime basate su quanto evidenziato dal CT dr. Ri. e le seconde fondate su quanto emerso dalle testimonianze e dalla documentazione medica acquisita.

15.1. Quanto al primo ordine di motivi, occorre premettere che le dichiarazioni e conclusioni del CT dr. Ri. sono pienamente utilizzabili per la decisione, peraltro con la precisazione che le stesse sono, in parte, utilizzabili anche come forma di testimonianza indiretta.

E vero che il P.M. ha evidenziato che, pur avendo il CT riferito alcune informazioni che aveva ricevuto dalla Ma. (in sede di consulenza), le dichiarazioni del dr. Ri. non trovano piena corrispondenza nelle dichiarazioni precedentemente rese in sede di testimonianza dalla teste Ma.. Tuttavia, si tratta di osservazione che, in teoria ed in astratto, potrebbe avere rilevanza sul piano della attendibilità delle dichiarazioni del CT ma non su quello della loro utilizzabilità.

In relazione a quest'ultimo profilo, è noto che, poichè le norme contenute nell'art. 230 c.p.p. non esauriscono l'ambito di operatività consentito al consulente di parte, questi legittimamente può svolgere, al di fuori delle vere e proprie operazioni peritali, degli accertamenti e riferirne mediante memoria scritta al giudice, al quale spetta il compito di riconoscere, o non, all'attività svolta dal consulente valore probatorio. Ed invero, al fine di esercitare il diritto alla prova di cui all'art. 190 c.p.p., le parti possono svolgere attività integrativa di indagine, così come previsto dall'art. 391 bis c.p.p., sicchè i pareri espressi dai consulenti di parte a mezzo di relazione scritta, ritualmente formulata e acquisita agli atti del processo, possono ben essere utilizzati ai fini della decisione (cfr. Cass. 7252/1999; Cass. 14863/2004).

Inoltre, per il consulente tecnico della difesa, non sussiste alcuna incompatibilità con l'ufficio di testimone, posto che - così come per il consulente del P.M., il quale non è incompatibile a testimoniare, non rivestendo la qualità di ausiliario dell'organo inquirente, in quanto è tale solo l'ausiliario in senso tecnico che appartiene al personale della segreteria o della cancelleria dell'ufficio giudiziario e non invece un soggetto estraneo all'amministrazione giudiziaria (cfr. Cass. 32045/2014; Cass. 17951/2020) - solitamente non si tratta del soggetto che procede alla verbalizzazione delle dichiarazioni e informazioni assunte ai sensi dell'art. 391ter c.p.p. e, quindi, non ricorre l'ipotesi di incompatibilità a testimoniare prevista dall'art. 197 lett. d) c.p.p. Pertanto, le dichiarazioni del CT della difesa possono essere utilizzate per la decisione sia nella parte in cui contengono accertamenti, pareri e valutazioni tecniche, rientrando nell'attività integrativa di indagine compiuta dalla difesa nell'esercizio del diritto alla prova, sia nella parte in cui riportano le dichiarazioni e le informazioni raccolte da altre persone, trattandosi di testimonianza de relato e non sussistendo incompatibilità del CT di parte con l'ufficio di testimone.

Spostandosi quindi la questione sotto il profilo (non dell'utilizzabilità bensì) dell'attendibilità delle dichiarazioni del consulente e della loro efficacia probatoria, va osservato che, benchè le dichiarazioni del dr. Ri. non siano del tutto coincidenti con quelle della teste Ma., le prime non appaiono incompatibili con le seconde, avendo il CT riferito circostanze ulteriori (da lui raccolte parlando con la Ma. dopo la sua testimonianza) che si vanno ad aggiungere senza smentirle a quelle esposte dalla predetta teste al momento della sua (precedente) testimonianza.

Non vi sono motivi per non ritenere attendibili le dichiarazioni del dr. Ri., considerato che le dichiarazioni de relato del Ri. integrano senza smentirle quelle rese dalla Ma. in sede di testimonianza e che la rilevata parziale divergenza può essere spiegata con la probabile maggiore accuratezza e specificità delle domande dal CT rivolte alla Ma..

In particolare, è vero che il dr. Ri. ha riferito che, nell'ultimo anno di vita, il Tr., a causa della progressiva paralisi della muscolatura intestinale, non era più in grado di defecare autonomamente ma doveva sottoporsi, settimanalmente, ad operazioni di evacuazione manuale per prevenire la formazione di fecalomi. In particolare, ha specificato che l'operazione inizialmente veniva eseguita da operatori sanitari; in un secondo momento, era stata la madre del Tr. che, imparata la tecnica di svuotamento dell'intestino, la eseguiva settimanalmente. Ed è vero che tale specifica circostanza non è stata riferita dalla Ma. nel corso della sua testimonianza.

Tuttavia, il fatto che il Tr. avesse problemi di evacuazione urinaria è stato riferito sia dalla teste Go. che dalla teste Ma..

Inoltre, da un lato, entrambe le predette testi hanno riferito dei gravi problemi di movimento che aveva il Tr. dovuti al progressivo ed inarrestabile indebolimento della muscolatura. Dall'altro, i problemi intestinali riferiti dal dr. Ri. dipendevano proprio dalla progressiva paralisi della muscolatura intestinale.

A ciò si aggiunga che, per quanto riguarda le domande che sono state fatte alla Ma. nel corso della sua testimonianza, nessuna domanda ha riguardato specificamente eventuali problemi di defecazione del Tr. e la necessità di eseguire particolari manovre nell'ultimo anno di vita.

Peraltro, la teste ha comunque affermato (sia pure genericamente) che il Tr. "andava in bagno e non faceva niente e quindi stava sul gabinetto proprio le ore, ore e ore".

Si ritiene, pertanto, di poter spiegare la divergenza tra le dichiarazioni de relato del dr. Ri. (relative a quanto gli era stato detto dalla Ma.) e le dichiarazioni testimoniali della Ma. con la probabile maggiore accuratezza e specificità delle domande dal CT rivolte alla Ma. e, quindi, di poter ritenere attendibili le predette dichiarazioni del Ri. anche perchè le stesse non sono in contrasto insanabile con quelle della Ma., in quanto le une non smentiscono le altre, ma quelle del Ri. integrano quelle rese dalla Ma. in sede di testimonianza.

Del resto, dopo che era stato esaminato il dr. Ri., nessuna delle parti processuali ha chiesto ex art. 195 co. 1 c.p.p. di chiamare la Ma. nuovamente a deporre, e questo Collegio ha ritenuto di non disporre d'ufficio la predetta testimonianza proprio perchè, anche alla luce delle predette considerazioni, non vi erano motivi per dubitare dell'attendibilità delle dichiarazioni del Ri..

15.2. Fatta questa premessa in merito all'utilizzabilità ed attendibilità delle dichiarazioni del dr. Ri., si deve, sempre in via preliminare, precisare anche cosa deve intendersi per trattamenti di sostegno vitale la dipendenza dai quali integra il requisito in esame.

Ed invero, la dipendenza da "trattamenti di sostegno vitale" non significa necessariamente ed esclusivamente "dipendenza da una macchina".

Nell'interpretare cosa debba intendersi per "trattamenti di sostegno vitale", non si deve confondere il caso concreto da cui è originata la pronuncia della Corte Costituzionale con la regola iuris che la Consulta ha codificato.

Il caso concreto riguardava una persona (Fa. An.) tetraplegica ed affetta da cecità permanente che era tenuta in vita grazie al collegamento a delle macchine che le permettevano di respirare con l'ausilio di un respiratore e di alimentarsi con la nutrizione intraparietale.

Partendo da quel caso concreto, la Corte Costituzionale è arrivata a configurare una nuova causa di giustificazione che esclude la punibilità in presenza di determinate condizioni, condizioni che la Corte è pervenuta ad enucleare prendendo, come principale punto di riferimento, la legge 219/17 e la procedura da essa prevista.

La Corte Costituzionale, infatti, ha richiamato le previsioni della predetta legge, evidenziando che la stessa riconosce ad ogni persona capace di agire il diritto di rifiutare o interrompere qualsiasi trattamento sanitario, ancorchè necessario alla propria sopravvivenza, comprendendo espressamente nella relativa nozione anche i trattamenti di idratazione e nutrizione artificiale.

Ha evidenziato che la legge in questione prevede anche che la richiesta di sospensione dei trattamenti sanitari possa essere associata alla terapia del dolore ed alle cure palliative (art. 2) e che il comma 2 dell'art. 2 stabilisce che il medico può, con il consenso del paziente, ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore per fronteggiare sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari. Ed ha osservato che "tale disposizione non può non riferirsi anche alle sofferenze provocate al paziente dal suo legittimo rifiuto di trattamenti di sostegno vitale, quali la ventilazione, l'idratazione o l'alimentazione artificiali: scelta che innesca un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito - non necessariamente rapido - è la morte".

Ha, quindi, ritenuto che "se il cardinale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari - anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) - non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento - apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa - conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale."

Ha poi concluso che, "se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale, è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non si vede perchè il medesimo soggetto debba essere ritenuto viceversa bisognoso di una ferrea e indiscriminata protezione contro la propria volontà quando si discuta della decisione di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri, quale alternativa reputata maggiormente dignitosa alla predetta interruzione".

Da queste motivazioni appare evidente che il requisito in esame (quello della dipendenza del malato da trattamenti di sostegno vitale) è stato enucleato dalla Corte Costituzionale prendendo, come punto di riferimento, la legge 217/19 ed, in particolare, i trattamenti sanitari che detta legge consente al malato di rifiutare.

Il riferimento, quindi, è da intendersi fatto a qualsiasi tipo di trattamento sanitario, sia esso realizzato con terapie farmaceutiche o con l'assistenza di personale medico o paramedico o con l'ausilio di macchinari medici.

La predetta legge ricomprende poi, nel novero dei trattamenti sanitari, anche "la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale".

Pertanto, ciò che ha rilevanza sono tutti quei trattamenti sanitari - sia di tipo farmaceutico, sia di tipo assistenziale medico o paramedico, sia, infine, con l'utilizzo di macchinari, compresi la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale - senza i quali si viene ad innescare nel malato "un processo di indebolimento delle funzioni organiche il cui esito - non necessariamente rapido - è la morte".

Quindi, in definitiva, per trattamento di sostegno vitale, deve intendersi qualsiasi trattamento sanitario interrompendo il quale si verificherebbe la morte del malato anche in maniera non rapida.

15.3. Tenuto conto dell'utilizzabilità ed attendibilità delle dichiarazioni del dr. Ri. e posto che dipendenza da "trattamenti di sostegno vitale" non significa esclusivamente "dipendenza da una macchina" ma comprende anche la dipendenza da qualsiasi trattamento sanitario senza il quale si verificherebbe la morte del malato, appare evidente, proprio alla luce delle dichiarazioni e valutazioni del dr. Ri., la sussistenza nel caso in esame del requisito in questione.

Infatti, il dr. Ri. ha evidenziato che il Tr. era sottoposto ad un complesso trattamento farmacologico il cui equilibrio era estremamente delicato e precario. L'eventuale riduzione dei farmaci antispastici e antidolorifici avrebbe determinato un "peggioramento dell'insufficienza respiratoria che avrebbe accelerato il processo del morire". L'eventuale incremento della terapia morfina a base di Fentanil avrebbe determinato il decesso del paziente per arresto respiratorio. L'eventuale interruzione del farmaco cardiologico Dilatrend (Carvedilolo) avrebbe provocato "dei picchi pressori elevati non più controllabili" e lo avrebbe condotto in una condizione di scompenso cardiaco. "La sopravvivenza del Tr. dipendeva da un sottile equilibrio del dosaggio dei farmaci: una riduzione avrebbe determinato una situazione di sofferenza e di scompenso cardiaco che ne avrebbe accelerato il decorso clinico fino alla morte, un incremento, in particolare del dosaggio di Fentanil, ne avrebbe causato il decesso in tempi brevi se non immediati".

E, dunque, evidente, alla luce di queste considerazioni del dr. Ri., da ritenersi attendibili anche perchè immuni da vizi logici, che il Tr. dipendeva da un trattamento di sostegno vitale, in particolare da un trattamento sanitario di tipo farmacologico la cui eventuale interruzione avrebbe potuto determinarne la morte, anche se in tempi non rapidi.

Pertanto, sussiste il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale. Peraltro, tale requisito risulta provato anche sulla base di altre informazioni e valutazioni anch'esse esposte dal CT dr. Ri..

Infatti, il CT Ri. ha evidenziato che il Tr., nell'ultimo anno di vita, dipendeva anche dalla funzione meccanica manuale evacuativa delle feci. Il CT Ri. ha, in particolare, riferito che, a causa della progressiva paralisi della muscolatura intestinale che rendeva sempre più difficile l'evacuazione delle feci, il Tr., nell'ultimo anno, doveva essere sottoposto ad evacuazioni manuali per prevenire la formazione di fecalomi. Infatti, la paralisi della muscolatura intestinale comportava l'accumulo delle feci, per cui, per evitarlo, si rendeva necessaria l'evacuazione manuale. In un primo periodo, vi erano degli operatori sanitari che eseguivano l'operazione; in un secondo momento, la madre del Tr. aveva imparato la tecnica di svuotamento dell'intestino e la eseguiva personalmente con cadenza settimanale.

Il dr. Ri. ha, inoltre, precisato che, se non fosse stata eseguita la predetta operazione manuale, la situazione sarebbe potuta arrivare ad un punto tale da determinare l'occlusione intestinale meccanica, per cui l'intestino sarebbe arrivato a gonfiarsi determinando due conseguenze letali: prima l'ischemia intestinale (dovuta alla pressione del fecaloma sulle pareti) e infine la conseguente rottura da scoppio del colon favorita dalla mancata fuoriuscita dei gas intestinali.

Sono stati già esposti i motivi per cui queste dichiarazioni del dr. Ri. devono essere ritenute non solo utilizzabili per la decisione ma anche attendibili.

E' stato, in particolare, già evidenziato che si tratta di dichiarazioni che, nella parte valutativa, sono utilizzabili in quanto rientranti nell'attività integrativa di indagine compiuta dalla difesa nell'esercizio del diritto alla prova e che, nella parte in cui riportano informazioni provenienti da dichiarazioni della madre del Tr., sono utilizzabili come testimonianza de relato.

Sono stati, inoltre, già evidenziati i motivi per cui dette dichiarazioni, pur non del tutto coincidenti con quelle della Ma., devono comunque essere considerate attendibili in quanto integrano ma non smentiscono quelle della Ma..

Orbene, sulla base delle dichiarazioni del dr. Ri., appare evidente che il Tr. dipendeva anche da un ulteriore trattamento di sostegno vitale (oltre quello di tipo farmacologico di cui si è già detto), in particolare da un trattamento sanitario di tipo assistenziale consistente nell'operazione manuale di ausilio all'evacuazione delle feci in mancanza della quale si sarebbe venuto a trovare in una condizione incompatibile con la sopravvivenza.

E' evidente, infatti, che l'impossibilità, dipendente dalla paralisi della muscolatura intestinale, di svolgere normalmente la funzione defecatoria determina una condizione patologica che, sia pure non in tempi rapidi, è incompatibile con la permanenza in vita.

Quindi, il Tr. dipendeva anche da quel trattamento sanitario assistenziale che consisteva nell'aiuto manuale alla defecazione, il che integra un'ulteriore forma di dipendenza da un trattamento di sostegno vitale e vale, quindi, a confermare la sussistenza del requisito in esame.

15.4. Peraltro, come si è già accennato, il requisito in esame deve ritenersi sussistente anche sulla base di altre motivazioni che prescindono dalle informazioni acquisite dal CT Ri. e dalle sue valutazioni.

Va tenuto presente che il requisito in questione è uno degli elementi costitutivi che integrano la scriminante configurata dalla Corte Costituzionale.

E' noto che, in materia penale, il divieto di analogia concerne solo l'interpretazione delle norme penali sfavorevoli al reo, non riguarda l'analogia il cui risultato sia quello di estendere le norme favorevoli al reo: è vietata l'analogia in malam partem ma non anche l'analogia in bonam partem.

Tale principio comporta la possibilità di applicare in via analogica le norme che prevedono le scriminanti.

Infatti, escluso che le scriminanti possano essere inquadrate nella categoria delle norme eccezionali (rispetto alle quali pure è vietata l'analogia) - in quanto le norme sulle cause di giustificazione sono norme che contribuiscono a determinare i presupposti generali di applicazione delle norme incriminatrici, manca la necessaria unità di materia tra norme incriminatrici e norme scriminanti e

queste ultime sono espressione di principi generali - è evidente che esse possono essere applicate in via analogica proprio in quanto norme di favore per il reo.

Del resto, la Costituzione non prevede un divieto assoluto di analogia in materia penale ma solo un divieto relativo, tale per cui solo le norme incriminatrici non possono essere applicate analogicamente. L'art. 25 co. 2 Cost. non mira a garantire la certezza del comando penale bensì la libertà del cittadino, che non può essere punito senza una legge penale sanzionatoria in vigore al momento del fatto. L'interpretazione analogica che abbia come obiettivo di estendere la portata di norme più favorevoli al reo è compatibile con la predetta norma costituzionale proprio perchè tale norma si basa sul presupposto che la libertà dei cittadini è la regola e la sua limitazione è l'eccezione.

Del resto, il principio secondo cui in materia penale è ammissibile l'analogia in bonam partem è ormai da tempo consolidato nella giurisprudenza di legittimità (per esempi di analogia in bonam partem si vedano Cass. 10054/80; Cass. 30256/06; Cass.4128/97; Cass. 3625/97; Cass. 561/67; Cass. 11476/18; Cass. 22398/04).

Quindi, posto che in materia penale è consentita l'applicazione analogica delle norme favorevoli al reo, tra le quali rientrano le norme che prevedono delle scriminanti, ne consegue che, nel caso in esame, anche il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale, in quanto requisito di una fattispecie normativa che configura una scriminante, deve ritenersi applicabile in via analogica a situazioni ad esso simili.

L'interpretazione analogica permette di arrivare a ravvisare la sussistenza del requisito in esame facendo riferimento alle condizioni in cui viveva il Tr. quali risultano dalla testimonianza della Ma. e dalla documentazione medica acquisita (e quindi a prescindere dalle dichiarazioni del dr. Ri.).

In particolare, risulta attestato dal certificato medico della prof.ssa Am. Del 16/1/14 che il Tr. "necessitava di assistenza continua" "nelle comuni attività della vita quotidiana".

La teste Ma. ha riferito che il Tr. "non poteva fare niente della vita quotidiana"; "non riusciva ultimamente più a mangiare da solo perchè prendeva in mano il cucchiaino e cadeva"; per riuscire ad alzarsi dal letto, per fare la doccia e per fare altri movimenti, era costretto a ricorrere al sostegno fisico di altre persone (la madre o anche i vicini di casa); per muoversi doveva necessariamente utilizzare una sedia a rotelle o un deambulatore ma ciononostante "moltissime volte" finiva col cadere in terra "perchè le gambe non reggevano".

Quindi, dalle dichiarazioni della Ma. risulta che il Tr. poteva muoversi dal letto soltanto con l'aiuto di altre persone e su di una sedia a rotelle e che il Tr. poteva alimentarsi solamente con l'aiuto di altre persone.

Risulta, pertanto, provato, sulla base della citata documentazione e della predetta testimonianza, che la condizione del Tr. era quella di una persona che "necessitava di assistenza continua", senza la quale non si sarebbe potuto alimentare, non avrebbe potuto espletare i propri bisogni fisiologici, sarebbe dovuto rimanere immobile a letto.

In altre parole, il Tr. era ridotto in una condizione di oggettiva ed assoluta dipendenza da un'altra persona e tale dipendenza concerneva i suoi bisogni vitali, segnatamente l'alimentazione, i minimi indispensabili movimenti, la defecazione e la minzione (senza un minimo movimento, non avrebbe potuto defecare nè urinare).

In poche parole, senza l'aiuto di altre persone, il Tr. non poteva soddisfare i propri bisogni vitali.

Orbene, ricostruita in questi termini la condizione del Tr., appare evidente la similitudine tra la sua situazione e quella di un malato che dipenda da trattamenti di sostegno vitale.

Ed invero, si è visto che i trattamenti di sostegno vitale si caratterizzano per essere trattamenti sanitari farmacologici o assistenziali o con dispositivi medici senza i quali non è possibile la sopravvivenza.

Analogamente, nel caso del Tr., vi era una dipendenza da una persona senza il cui aiuto il Tr. non poteva sopravvivere.

Nel caso dei trattamenti di sostegno vitale, la possibilità per il malato di continuare a vivere dipende dalla prosecuzione della terapia farmacologica o dell'assistenza sanitaria o del funzionamento di un determinato macchinario medico.

Allo stesso modo, la situazione del Tr. era quella di una persona che, per continuare a vivere, dipendeva da un'altra persona che provvedeva ad aiutarlo nel mangiare e nel muoversi anche per andare al bagno o comunque per l'evacuazione delle feci e la minzione (posto che l'evacuazione e la minzione richiedono un anche minimo movimento). Ed il mangiare ed il muoversi anche per l'evacuazione delle feci e la minzione sono evidentemente attività senza le quali non è possibile la vita.

L'identità di situazione è evidente nella misura in cui, in entrambi i casi, il malato non è autonomo nei suoi bisogni vitali. In entrambe le situazioni, la sopravvivenza del malato dipende direttamente da altri. In entrambi i casi, la vita non potrebbe proseguire senza il sostegno di altri.

In sostanza, da un lato, l'essenza del requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale è data dalla presenza di due condizioni: in primo luogo, la condizione di dipendenza del malato (dai farmaci o dall'assistenza sanitaria o dai dispositivi medici); in secondo luogo, l'essere tale dipendenza direttamente funzionale alla sopravvivenza del malato.

Dall'altro, anche nella situazione del Tr. erano presenti le medesime due condizioni: in primo luogo, la dipendenza del Tr. da un'altra persona (che gli permetteva di mangiare e di muoversi anche per la defecazione e la minzione); in secondo luogo, il fatto che la predetta dipendenza era direttamente funzionale alla sopravvivenza, posto che, senza mangiare e senza muoversi anche per defecare ed urinare, evidentemente il Tr. non poteva vivere.

In definitiva, il punctum crucis della questione è rappresentato dalla dipendenza della persona da altri (siano essi cose o persone) per il soddisfacimento di bisogni vitali.

Siccome sia nel caso della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale sia nella situazione del Tr. negli ultimi anni di vita è, in definitiva e nella sostanza, riscontrabile una condizione di dipendenza della persona da altri per il soddisfacimento di bisogni vitali, siccome, in entrambi i casi, l'individuo è dipendente da un qualcosa (una persona o una cosa) indispensabile ad una funzione vitale, appare evidente l'estrema similitudine delle due situazioni, l'eadem ratio che consente di ritenere il requisito in questione (quello di cui al punto 3) sussistente anche nel caso in esame in virtù di un'operazione di interpretazione analogica.

16. Sussiste anche il requisito dell'avvenuto accertamento in ambito medico del fatto che il malato era capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Sul punto, va, innanzitutto, richiamata la testimonianza della Ma. nella parte in cui ha dichiarato: "mio figlio era malato, era messo male, ma era perfettamente capace". La predetta teste ha anche precisato che nessuno aveva indotto nel Tr. la decisione di togliersi la vita, nè altre persone avevano influito su tale decisione, essendosi trattato di

una sua autonoma e consapevole scelta: "era proprio lui, era capace di intendere e di volere nel vero senso della parola".

Sia la teste Ma. che le testi Go. e Tr. Ka. hanno riferito che Tr. Da. più volte aveva detto che avrebbe voluto suicidarsi anche gettandosi dalla finestra della sua abitazione ma che, a causa dell'indebolimento dovuto alla sua patologia, non aveva la forza fisica per scavalcare la finestra e temeva che, se si fosse gettato dalla sua abitazione, non avrebbe avuto la sicurezza di morire in quanto il suo appartamento era al secondo piano, con la conseguenza che avrebbe rischiato ulteriori ancor più gravi sofferenze (il Tr. diceva alla madre: "se ce la facessi mi butterei, però non ce la faccio, non ce la posso fare a scavalcare il balcone", "poi siamo al secondo piano, se casco e non mi succede, dopo soffro ancora di più"). Perciò, abbandonata l'ipotesi di suicidarsi buttandosi dalla finestra di casa, aveva intrapreso delle ricerche sui siti Internet e così aveva scoperto che vi erano delle strutture sanitarie che operavano legalmente in Svizzera e che potevano aiutarlo a porre fine senza dolore alla sua esistenza.

Tutto ciò vale ad evidenziare che il Tr. era perfettamente consapevole della sua condizione e che era in grado di compiere scelte motivate e razionali, valutando e scegliendo, tra più opzioni, quella effettivamente praticabile e quella meno dolorosa.

Questa capacità del Tr. di prendere decisioni libere e consapevoli era stata anche oggetto di verifica in ambito medico.

Infatti, il CT dr. Ri. ha riferito che, per le procedure di fine vita che si svolgono in Svizzera, la legge prevede l'obbligo per i medici di effettuare dei colloqui con il malato specificamente finalizzati anche a verificare l'effettiva volontà della persona che vuole porre fine alla sua vita ed il fatto che la stessa sia capace di intendere e di volere.

Tali dichiarazioni del CT Ri. trovano riscontro nella testimonianza della Go., la quale ha riferito che, sia il giorno della sua morte sia il giorno precedente, il Tr. aveva effettuato i predetti colloqui con i medici svizzeri finalizzati alle predette verifiche. La Go. aveva assistito alla fase iniziale della visita e poi il Tr. le aveva raccontato quello che gli avevano chiesto i medici quando lei non era presente (in quanto il colloquio con i medici doveva svolgersi in assenza di altre persone che potessero influire sulle dichiarazioni del malato). Perciò la Go. è stata in grado testimoniare che i medici svizzeri avevano fatto al Tr. ripetute domande finalizzate ad appurare "se era convinto di quello che stava facendo, se era consapevole di quello che stava facendo" e che i predetti medici avevano "chiesto più volte la sera prima e il giorno stesso" al Tr. quale fosse la sua volontà per verificare "che fosse veramente convinto di quello che stava facendo".

Deve, pertanto, presumersi che, in ottemperanza agli obblighi di legge previsti dall'ordinamento svizzero, i medici della Lifecircle avevano verificato che il Tr. era capace di intendere e di volere e che la sua era una scelta libera e consapevole, anche perchè i colloqui tra i medici svizzeri ed il Tr. ed i relativi accertamenti dei medici erano stati filmati (come riferito dalla teste Go.) ed il filmato era stato consegnato alla polizia svizzera (che doveva verificare il rispetto della procedura prevista dalla legislazione elvetica).

17. Sussiste anche il requisito della volontà dell'interessato manifestata in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto consentito dalle sue condizioni.

Sul punto, vanno richiamate le testimonianze della Ma., della Go. e di Tr. Ka. nella parte in cui hanno narrato che il Tr. aveva ripetutamente dichiarato di volersi gettare dalla finestra per suicidarsi ma non ce la faceva per mancanza di forza fisica e temeva che non avrebbe potuto avere la sicurezza di

morire in quanto il suo appartamento era al secondo piano, con la conseguenza che avrebbe rischiato ulteriori ancor più gravi sofferenze. Perciò il Tr. aveva preso l'iniziativa di fare ricerche su internet per trovare una struttura che lo potesse aiutare a porre fine alla sua vita senza soffrire ulteriormente.

Ciò evidenzia la chiara ed univoca volontà del Tr. di suicidarsi.

La manifestazione della volontà chiara ed inequivoca del Tr. di porre fine alla sua vita risulta anche da altre dichiarazioni della Go.. Infatti, la Go. ha anche riferito che, all'inizio del 2016, il Tr. le aveva detto "molto seriamente" che aveva l'intenzione di suicidarsi e "che aveva iniziato a documentarsi su quali potevano essere le associazioni per aiutarlo", facendo delle ricerche in tal senso su internet; che "dal momento in cui lui aveva avuto luce verde lui non vedeva l'ora che arrivasse questo appuntamento"; che il Tr. non aveva mai avuto alcun tipo di ripensamento, "nemmeno un momento, mai"; che, nella notte tra il 12 ed il 13/4/17, il Tr. e la Go. erano "rimasti a parlare quasi tutta la notte" e la Go. aveva notato che il Tr. era particolarmente sereno: "non lo avevo visto così sereno e rilassato da anni, era veramente sereno, cioè io ho avuto l'impressione che fosse il posto proprio dove lui voleva essere in quel momento".

La volontà incontrovertibile del Tr. di suicidarsi risulta provata anche dalla testimonianza della Ma. nella parte in cui ha narrato che, al momento di partire per la Svizzera, il figlio l'aveva salutata dicendole: "mamma, però stai tranquilla perchè io vado a stare bene". La teste ha anche riferito che, per il figlio, quella di porre fine alla sua esistenza "era la cosa più bella che per lui potesse arrivare"; che il figlio, quando aveva appreso dai mass media che Fa. An. (noto anche come "DJ Fa.", malato affetto da tetraplegia e cecità) era deceduto a seguito di eutanasia in Svizzera (nel febbraio del 2017), aveva commentato dicendo: "beato lui, lui ce l'ha fatta, beato lui"; che anche i fratelli e le sorelle del Tr. avevano cercato di dissuaderlo dal mettere in atto quel proposito ma non erano minimamente riusciti ad intaccare la sua volontà di suicidarsi, tanto che il Tr. aveva risposto alla sorella, che gli diceva che non voleva perderlo: "sei egoista, tu pensi a te, ma tu pensa a me, al mio dolore"; e che non vi era stato alcun modo di fargli cambiare idea perchè "nessuno gli poteva far cambiare idea, nessuno, nessuno al mondo".

Anche dalla testimonianza di Tr. Ka. risulta confermata la volontà chiara ed univoca del Tr. di suicidarsi. Infatti, la teste ha riferito che sia lei che gli altri fratelli, i parenti e gli amici avevano cercato di dissuadere il Tr. dalla decisione di morire ma lui era fermamente ed irrimovibilmente convinto di voler attuare quel proposito ("era decisissimo", "era stradeciso"). Ai familiari che cercavano di convincerlo a ripensarci, diceva "che non ne poteva più", "che la sua vita era sempre e solo dolore", "che non potevano capire quanto soffriva e che sarebbe stato sempre peggio il suo dolore", "che soffriva talmente tanto che non voleva più vivere", che "non aveva via di uscita". Perciò, non erano riusciti a dissuaderlo.

Si consideri, infine, che è stato lo stesso Tr. che ha personalmente azionato la manopola che ha attivato il meccanismo che ha condotto al decesso (come riferito dalla teste Go.).

In definitiva, dalle suesposte testimonianze risulta provato che il Tr. aveva manifestato, in modo chiaro e univoco, la sua volontà di suicidarsi.

18. Sussiste anche il requisito dell'essere stato il malato informato sia in ordine alle sue condizioni, sia in ordine alle possibili soluzioni alternative, compreso l'accesso alle cure palliative.

La prova di tale requisito si ricava, innanzitutto, dal certificato medico del dott. Angelotti del 3/11/16, in cui risulta attestato che il Tr. era "cosciente della propria condizione clinica e conosce natura e prognosi della patologia", dal che si evince che il Tr. era stato adeguatamente informato dal medico in

ordine alle sue condizioni di malato di sclerosi multipla, in ordine alle caratteristiche di tale patologia ed in ordine al prevedibile decorso che la stessa avrebbe avuto. In secondo luogo, viene in considerazione la testimonianza della Ma. nella parte in cui ha riferito che era accaduto che un medico aveva detto al Tr. che non esisteva altra terapia per il dolore oltre quella già prescritta ("io più di questo non posso darti, non esiste più di quello che ti do"), dal che si evince che il Tr. era stato informato ed aveva percorso tutte le possibili alternative terapeutiche.

Analoghe dichiarazioni sono state fatte dal CT Ri., il quale ha riferito che la Ma. gli aveva detto che il dr. Mo., a fronte delle sempre più gravi sofferenze del Tr., gli aveva spiegato che, se avesse aumentato le dosi di Fentanil, ciò avrebbe comportato un'overdose da farmaco con conseguente arresto respiratorio e morte (probabilmente il medico di cui ha parlato la Ma. nella sua testimonianza è il dr. Mo. da lei citato parlando col CT Ri.), il che conferma che il Tr. era stato informato ed aveva effettivamente intrapreso tutte le possibili terapie.

Anche la teste Go. ha riferito che il Tr. aveva consultato diversi medici e aveva fatto diverse terapie per il dolore nel corso degli anni. In particolare, il Tr. aveva consultato diversi medici e gli era stato diagnosticato che la malattia era evoluta da "remittente recidivante" a "secondariamente progressiva", "cioè una forma che progredisce lentamente e non recupera più quello che perdi nel tempo": ciò vale a confermare che il Tr. era stato adeguatamente informato in merito al tipo di patologia che aveva, alle sue caratteristiche ed al suo prevedibile decorso.

Inoltre, la teste ha riferito anche che, per far fronte alla sua condizione patologica, il Tr. aveva iniziato ad assumere farmaci "più forti"; aveva intrapreso anche un ciclo di chemioterapia (assumendo farmaci chemioterapici dal 2007 al 2011); nel 2011 aveva dovuto interrompere i chemioterapici perchè aveva raggiunto il limite di sopportabilità della loro somministrazione; era quindi passato alla cannabis terapeutica fornitagli dalla ASL; nel 2014-2015, era "veramente peggiorato" e, siccome provava sofferenze fisiche e dolori sempre maggiori, aveva iniziato la terapia del dolore, assumendo "antidolorifici molto forti", farmaci contro il dolore "sempre più forti e a dosaggi sempre più alti".

Da queste dichiarazioni testimoniali si deduce che il Tr. era stato informato su tutte le alternative terapeutiche e che tutte le possibili terapie erano state da lui concretamente intraprese.

Nello stesso senso va ricordato che anche il CT Ri. ha confermato che dalle informazioni da lui assunte risultava che il Tr. aveva seguito tutte le possibili terapie, anche perchè, non esistendo per la sclerosi una terapia risolutiva, solo si poteva contenere la relativa sintomatologia mediante farmaci che attenuavano il dolore, così come aveva fatto il Tr..

Il CT Ri. ha anche riferito che i farmaci utilizzati dal Tr. facevano parte della cosiddetta terapia del dolore e che il Tr. era sostanzialmente già entrato in un percorso di cure palliative in quanto preso in carico dal dr. Mo., terapeuta del dolore specialista in cure palliative, ed in quanto usava farmaci, come il Fentanil, che era un oppiaceo, che avevano una forte valenza nella cura del dolore come cura palliativa.

Se si considera che la patologia del Tr. era un tipo di patologia a carattere cronico, che non può essere curata, che è soggetta ad un'evoluzione inarrestabile ed irreversibile e che solo può essere contenuta nella sua sintomatologia soprattutto mediante farmaci antidolorifici e se a ciò si aggiunge che il Tr. aveva intrapreso tutte le possibili terapie antidolorifiche, anche mediante dosaggi estremamente forti, e che si era rivolto ad un terapeuta del dolore (il dr. Mo.), da tutto ciò si evince che era sostanzialmente entrato in un percorso di cure palliative o, quanto meno, che era stato sicuramente informato circa tale tipologia di trattamento.

Il Tr., quindi, era stato presumibilmente informato delle possibili terapie antidolorifiche e di quelle cosiddette palliative tanto che aveva intrapreso tutte le possibili terapie antidolore sostanzialmente iniziando un percorso di cure palliative.

Del resto, la Corte Costituzionale ha individuato il requisito in esame traendo spunto dall'art. 2 legge 219/17, che prevede che debba essere sempre garantita un'appropriate terapia del dolore, osservando anche che "l'accesso alle cure palliative, ove idonee ad eliminare la sofferenza, spesso si presta a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita". Nel caso in esame, il Tr. aveva intrapreso tutte le possibili terapie contro il dolore ma, proprio perchè, nonostante i potenti farmaci antidolorifici che assumeva, era ridotto in una condizione per cui non riusciva più a vivere perchè avvertiva dei dolori fisici intollerabili e costanti, da quando era sveglio fino a quando non si addormentava (cfr. testimonianza Go.), per cui "la sua vita era sempre e solo dolore" (cfr. testimonianza Tr. Ka.), aveva deciso di porre fine alla propria vita.

Tutto ciò dimostra che, nel caso del Tr., tutte le possibili soluzioni terapeutiche, soprattutto sul piano della terapia del dolore, erano state comunicate al malato ed erano state da lui effettivamente intraprese, ma il dolore era rimasto a livelli elevatissimi e continuava a peggiorare, per cui non vi erano spazi ulteriori per altre possibili terapie che potessero attenuare le sofferenze ed eventualmente condurlo ad un ripensamento.

Pertanto, è evidente che sussiste anche l'ultimo dei requisiti dell'esimente in esame.

19. In conclusione, sussistono tutti i requisiti della scriminante configurata dalla Sent. Cost. 242/2019 o, quanto meno, tenuto" conto di quanto osservato a proposito del requisito n. 3), sussiste un dubbio in merito alla configurabilità nel caso in esame di tale esimente, il che conduce alla assoluzione degli imputati ai sensi dei commi 3 e 2 dell'art. 530 c.p.p. dal reato di agevolazione dell'esecuzione del suicidio con la formula perchè il fatto non costituisce reato (formula così individuata tenuto conto di quanto precisato da Cass. S.U. 40049/2008).

Ai sensi dell'art. 544 co. 3 c.p.p., si indica in 45 giorni il termine per il deposito della motivazione.

P.Q.M.

Visto l'art. 530 commi 1 e 2 c.p.p.,

assolve Ca. Ma. e Sc. Wi. dal reato loro ascritto perchè il fatto non sussiste quanto alla condotta di rafforzamento del proposito di suicidio e perchè il fatto non costituisce reato quanto alla condotta di agevolazione dell'esecuzione del suicidio.

Giorni 45 per il deposito della motivazione.

Massa, 27/7/20

1 Farmaco chemioterapico indicato per il trattamento dei tumori.

2 Farmaco chemioterapico classificato come antibiotico antitumorale per molteplici tipi di neoplasie, con rischio di complicanze cardiache, indicato per pazienti con forme aggressive, progressive e frequenti ricadute.

3 Farmaco chemioterapico solitamente usato nella terapia della leucemia.

4 Perdita parziale dei movimenti spontanei e delle capacità motorie degli arti inferiori e superiori.

5 L'atassia è un grave disturbo nervoso del movimento con perdita della coordinazione muscolare che rende difficoltosa l'esecuzione di alcuni movimenti volontari come la deambulazione.

6 Farmaco contenente estratti di cannabis.

7 Disturbo dell'apparato fonatorio che comporta difficoltà nell'articolazione delle sillabe delle parole.

4. Documentazione e dottrina (selezione di contributi)

* Della prima prassi applicativa, di cui si è avuta notizia solo informalmente, non è possibile allo stato acquisire alcuna documentazione. Quanto alla dottrina, si offre soltanto una ristretta selezione dei numerosi contributi successivi alla sentenza costituzionale. Non sono considerati, in particolare, i commenti pubblicati nelle riviste giuridiche censite dal sistema di ricerca dei commenti alle pronunce costituzionali presente nel sito della Corte costituzionale, all'indirizzo <https://www.cortecostituzionale.it/actionNoteSentenza.do>

Si segnalano altresì i contributi di L. Busatta e N. Zamperetti: *Scelte di (fine) vita: cambia il diritto, può cambiare la medicina?* e di C. Casella, C. Buccelli, M. Niola e P. Di Lorenzo: *Natura giuridica, responsabilità e futuro dei comitati etici territoriali per la sperimentazione clinica nel quadro del regolamento U.E. 536/2014*, in *Rivista Italiana di Medicina Legale (e del Diritto in campo sanitario)*, n. 2/2020.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

(2014)

- | | |
|---------|---|
| Art. 54 | modificato in data 16 dicembre 2016 |
| Art. 56 | modificato in data 19 maggio 2016 |
| Art. 76 | modificato in data 15 dicembre 2017 |
| Art. 17 | inseriti indirizzi applicativi allegati all'art. 17 e correlati in data 6 febbraio 2020 |

GIURAMENTO PROFESSIONALE

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

- *di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione;*
- *di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale;*
- *di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute;*
- *di non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte;*
- *di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura del malato;*
- *di perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa;*
- *di attenermi ai principi morali di umanità e solidarietà nonché a quelli civili di rispetto dell'autonomia della persona;*
- *di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita;*
- *di affidare la mia reputazione professionale alle mie competenze e al rispetto delle regole deontologiche e di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;*
- *di ispirare la soluzione di ogni divergenza di opinioni al reciproco rispetto;*
- *di prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettermi a disposizione dell'Autorità competente, in caso di pubblica calamità;*
- *di rispettare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che osservo o che ho osservato, inteso o intuito nella mia professione o in ragione del mio stato o ufficio;*
- *di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della professione.*

TITOLO I CONTENUTI E FINALITÀ

Art. 1

Definizione

Il Codice di deontologia medica - di seguito indicato con il termine "Codice" - identifica le regole, ispirate ai principi di etica medica, che disciplinano l'esercizio professionale del medico chirurgo e dell'odontoiatra - di seguito indicati con il termine "medico" - iscritti ai rispettivi Albi professionali.

Il Codice, in armonia con i principi etici di umanità e solidarietà e civili di sussidiarietà, impegna il medico nella tutela della salute individuale e collettiva vigilando sulla dignità, sul decoro, sull'indipendenza e sulla qualità della professione.

Il Codice regola anche i comportamenti assunti al di fuori dell'esercizio professionale quando ritenuti rilevanti e incidenti sul decoro della professione.

Il medico deve conoscere e rispettare il Codice e gli indirizzi applicativi allegati.

Il medico deve prestare il giuramento professionale che è parte costitutiva del Codice stesso.

Art. 2

Potestà disciplinare

L'inosservanza o la violazione del Codice, anche se derivante da ignoranza, costituisce illecito disciplinare, valutato secondo le procedure e nei termini previsti dall'ordinamento professionale.

Il medico segnala all'Ordine professionale territorialmente competente - di seguito indicato con il termine "Ordine" - ogni iniziativa tendente a imporgli comportamenti in contrasto con il Codice.

TITOLO II DOVERI E COMPETENZE DEL MEDICO

Art. 3

Doveri generali e competenze del medico

Doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera.

Al fine di tutelare la salute individuale e collettiva, il medico esercita attività basate sulle competenze, specifiche ed esclusive, previste negli obiettivi formativi degli Ordinamenti didattici dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia e Odontoiatria e Protesi dentaria, integrate e ampliate dallo sviluppo delle conoscenze in medicina, delle abilità tecniche e non tecniche connesse alla pratica professionale, delle innovazioni organizzative e gestionali in sanità, dell'insegnamento e della ricerca.

La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità.

Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice.

Art. 4

Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico

L'esercizio professionale del medico è fondato sui principi di libertà, indipendenza, autonomia e responsabilità.

Il medico ispira la propria attività professionale ai principi e alle regole della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura.

Art. 5

Promozione della salute, ambiente e salute globale

Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.

Art. 6

Qualità professionale e gestionale

Il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti.

Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure.

Art. 7

Status professionale

In nessun caso il medico abusa del proprio *status* professionale.

Il medico che riveste cariche pubbliche non può avvalersene per vantaggio professionale.

Il medico valuta responsabilmente la propria condizione psico-fisica in rapporto all'attività professionale.

Art. 8

Dovere di intervento

Il medico in caso di urgenza, indipendentemente dalla sua abituale attività, deve prestare soccorso e comunque attivarsi tempestivamente per assicurare idonea assistenza.

Art. 9

Calamità

Il medico in ogni situazione di calamità deve porsi a disposizione dell'Autorità competente.

Art. 10

Segreto professionale

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò di cui è a conoscenza in ragione della propria attività professionale.

La morte della persona assistita non esime il medico dall'obbligo del segreto professionale.

Il medico informa i collaboratori e discenti dell'obbligo del segreto professionale sollecitandone il rispetto.

La violazione del segreto professionale assume maggiore gravità quando ne possa derivare profitto proprio o altrui, ovvero nocimento per la persona assistita o per altri.

La rivelazione è ammessa esclusivamente se motivata da una giusta causa prevista dall'ordinamento o dall'adempimento di un obbligo di legge.

Il medico non deve rendere all'Autorità competente in materia di giustizia e di sicurezza testimonianze su fatti e circostanze inerenti al segreto professionale.

La sospensione o l'interdizione dall'esercizio professionale e la cancellazione dagli Albi non dispensano dall'osservanza del segreto professionale.

Art. 11

Riservatezza dei dati personali

Il medico acquisisce la titolarità del trattamento dei dati personali previo consenso informato dell'assistito o del suo rappresentante legale ed è tenuto al rispetto della riservatezza, in particolare dei dati inerenti alla salute e alla vita sessuale.

Il medico assicura la non identificabilità dei soggetti coinvolti nelle pubblicazioni o divulgazioni scientifiche di dati e studi clinici.

Il medico non collabora alla costituzione, alla gestione o all'utilizzo di banche di dati relativi a persone assistite in assenza di garanzie sulla preliminare acquisizione del loro consenso informato e sulla tutela della riservatezza e della sicurezza dei dati stessi.

Art. 12

Trattamento dei dati sensibili

Il medico può trattare i dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute della persona solo con il consenso informato della stessa o del suo rappresentante legale e nelle specifiche condizioni previste dall'ordinamento.

Art. 13

Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione

La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico.

La prescrizione deve fondarsi sulle evidenze scientifiche disponibili, sull'uso ottimale delle risorse e sul rispetto dei principi di efficacia clinica, di sicurezza e di appropriatezza.

Il medico tiene conto delle linee guida diagnostico-terapeutiche accreditate da fonti autorevoli e indipendenti quali raccomandazioni e ne valuta l'applicabilità al caso specifico.

L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti.

Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici.

Il medico segnala tempestivamente all'Autorità competente le reazioni avverse o sospette da farmaci e gli eventi sfavorevoli o sospetti derivanti dall'utilizzo di presidi biomedicali.

Il medico può prescrivere farmaci non ancora registrati o non autorizzati al commercio oppure per indicazioni o a dosaggi non previsti dalla scheda tecnica, se la loro tollerabilità ed efficacia è scientificamente fondata e i rischi sono proporzionati ai benefici attesi; in tali casi motiva l'attività, acquisisce il consenso informato scritto del paziente e valuta nel tempo gli effetti.

Il medico può prescrivere, sotto la sua diretta responsabilità e per singoli casi, farmaci che abbiano superato esclusivamente le fasi di sperimentazione relative alla sicurezza e alla tollerabilità, nel rigoroso rispetto dell'ordinamento.

Il medico non acconsente alla richiesta di una prescrizione da parte dell'assistito al solo scopo di compiacerlo.

Il medico non adotta né diffonde pratiche diagnostiche o terapeutiche delle quali non è resa disponibile idonea documentazione scientifica e clinica valutabile dalla comunità professionale e dall'Autorità competente.

Il medico non deve adottare né diffondere terapie segrete.

Art. 14

Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure

Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico attraverso:

- l'adesione alle buone pratiche cliniche;
- l'attenzione al processo di informazione e di raccolta del consenso, nonché alla comunicazione di un evento indesiderato e delle sue cause;
- lo sviluppo continuo di attività formative e valutative sulle procedure di sicurezza delle cure;

- la rilevazione, la segnalazione e la valutazione di eventi sentinella, errori, “quasi-errori” ed eventi avversi valutando le cause e garantendo la natura riservata e confidenziale delle informazioni raccolte.

Art. 15

Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali

Il medico può prescrivere e adottare, sotto la sua diretta responsabilità, sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali nel rispetto del decoro e della dignità della professione.

Il medico non deve sottrarre la persona assistita a trattamenti scientificamente fondati e di comprovata efficacia.

Il medico garantisce sia la qualità della propria formazione specifica nell'utilizzo dei sistemi e dei metodi non convenzionali, sia una circostanziata informazione per l'acquisizione del consenso.

Il medico non deve collaborare né favorire l'esercizio di terzi non medici nelle discipline non convenzionali riconosciute quali attività esclusive e riservate alla professione medica.

Art. 16

Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati

Il medico, tenendo conto delle volontà espresse dal paziente o dal suo rappresentante legale e dei principi di efficacia e di appropriatezza delle cure, non intraprende né insiste in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non ci si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità della vita.

Il controllo efficace del dolore si configura, in ogni condizione clinica, come trattamento appropriato e proporzionato.

Il medico che si astiene da trattamenti non proporzionati non pone in essere in alcun caso un comportamento finalizzato a provocare la morte.

Art. 17

Atti finalizzati a provocare la morte

Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.

Art. 18

Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica

I trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica sono attuati al fine esclusivo di procurare un concreto beneficio clinico alla persona.

Art. 19

Aggiornamento e formazione professionale permanente

Il medico, nel corso di tutta la sua vita professionale, persegue l'aggiornamento costante e la formazione continua per lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze professionali tecniche e non tecniche, favorendone la diffusione ai discenti e ai collaboratori.

Il medico assolve agli obblighi formativi.

L'Ordine certifica agli iscritti ai propri Albi i crediti acquisiti nei percorsi formativi e ne valuta le eventuali inadempienze.

TITOLO III
RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

Art. 20

Relazione di cura

La relazione tra medico e paziente è costituita sulla libertà di scelta e sull'individuazione e condivisione delle rispettive autonomie e responsabilità.

Il medico nella relazione persegue l'alleanza di cura fondata sulla reciproca fiducia e sul mutuo rispetto dei valori e dei diritti e su un'informazione comprensibile e completa, considerando il tempo della comunicazione quale tempo di cura.

Art. 21

Competenza professionale

Il medico garantisce impegno e competenze nelle attività riservate alla professione di appartenenza, non assumendo compiti che non sia in grado di soddisfare o che non sia legittimato a svolgere.

Art. 22

Rifiuto di prestazione professionale

Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione.

Art. 23

Continuità delle cure

Il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venire meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita.

Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, indica al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame.

Art. 24

Certificazione

Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici direttamente constatati od oggettivamente documentati.

Art. 25

Documentazione sanitaria

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o del suo rappresentante legale o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

Il medico, nei casi di arruolamento in protocolli di ricerca, registra i modi e i tempi dell'informazione e del consenso informato anche relativamente al trattamento dei dati sensibili.

Art. 26

Cartella clinica

Il medico redige la cartella clinica, quale documento essenziale dell'evento ricovero, con completezza, chiarezza e diligenza e ne tutela la riservatezza; le eventuali correzioni vanno motivate e sottoscritte.

Il medico riporta nella cartella clinica i dati anamnestici e quelli obiettivi relativi alla condizione clinica e alle attività diagnostico-terapeutiche a tal fine praticate; registra il decorso clinico assistenziale nel suo contestuale manifestarsi o nell'eventuale pianificazione anticipata delle cure nel caso di paziente con malattia progressiva, garantendo la tracciabilità della sua redazione.

Il medico registra nella cartella clinica i modi e i tempi dell'informazione e i termini del consenso o dissenso della persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca.

Art. 27

Libera scelta del medico e del luogo di cura

La libera scelta del medico e del luogo di cura costituisce diritto della persona.

È vietato qualsiasi accordo tra medici tendente a influenzare la libera scelta della persona assistita, pur essendo consentito indicare, se opportuno e nel suo esclusivo interesse, consulenti o luoghi di cura ritenuti idonei al caso.

Art. 28

Risoluzione del rapporto fiduciario

Il medico, se ritiene interrotto il rapporto di fiducia con la persona assistita o con il suo rappresentante legale, può risolvere la relazione di cura con tempestivo e idoneo avviso, proseguendo la sua opera sino alla sostituzione con altro collega, cui sono trasmesse le informazioni e la documentazione utili alla continuità delle cure, previo consenso scritto della persona assistita.

Art. 29

Cessione di farmaci

Il medico non può cedere farmaci a scopo di lucro.

Art. 30

Conflitto di interessi

Il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura.

Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione e nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico-terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati.

Art. 31

Accordi illeciti nella prescrizione

Al medico è vietata ogni forma di prescrizione concordata che possa procurare o procuri a se stesso o a terzi un illecito vantaggio economico o altre utilità.

Art. 32

Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

Il medico tutela il minore, la vittima di qualsiasi abuso o violenza e la persona in condizioni di vulnerabilità o fragilità psico-fisica, sociale o civile in particolare quando ritiene che l'ambiente in cui vive non sia idoneo a proteggere la sua salute, la dignità e la qualità di vita.

Il medico segnala all'Autorità competente le condizioni di discriminazione, maltrattamento fisico o psichico, violenza o abuso sessuale.

Il medico, in caso di opposizione del rappresentante legale a interventi ritenuti appropriati e proporzionati, ricorre all'Autorità competente.

Il medico prescrive e attua misure e trattamenti coattivi fisici, farmacologici e ambientali nei soli casi e per la durata connessi a documentate necessità cliniche, nel rispetto della dignità e della sicurezza della persona.

TITOLO IV INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE CONSENSO E DISSENSO

Art. 33

Informazione e comunicazione con la persona assistita

Il medico garantisce alla persona assistita o al suo rappresentante legale un'informazione comprensibile ed esaustiva sulla prevenzione, sul percorso diagnostico, sulla diagnosi, sulla prognosi, sulla terapia e sulle eventuali alternative diagnostico-terapeutiche, sui prevedibili rischi e complicanze, nonché sui comportamenti che il paziente dovrà osservare nel processo di cura.

Il medico adegua la comunicazione alla capacità di comprensione della persona assistita o del suo rappresentante legale, corrispondendo a ogni richiesta di chiarimento, tenendo conto della sensibilità e reattività emotiva dei medesimi, in particolare in caso di prognosi gravi o infauste, senza escludere elementi di speranza.

Il medico rispetta la necessaria riservatezza dell'informazione e la volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione, riportandola nella documentazione sanitaria.

Il medico garantisce al minore elementi di informazione utili perché comprenda la sua condizione di salute e gli interventi diagnostico-terapeutici programmati, al fine di coinvolgerlo nel processo decisionale.

Art. 34

Informazione e comunicazione a terzi

L'informazione a terzi può essere fornita previo consenso esplicitamente espresso dalla persona assistita, fatto salvo quanto previsto agli artt. 10 e 12, allorché sia in grave pericolo la salute o la vita del soggetto stesso o di altri.

Il medico, in caso di paziente ricoverato, raccoglie gli eventuali nominativi delle persone indicate dallo stesso a ricevere la comunicazione dei dati sensibili.

Art. 35

Consenso e dissenso informato

L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile.

Il medico non intraprende né prosegue in procedure diagnostiche e/o interventi terapeutici senza la preliminare acquisizione del consenso informato o in presenza di dissenso informato.

Il medico acquisisce, in forma scritta e sottoscritta o con altre modalità di pari efficacia documentale, il consenso o il dissenso del paziente, nei casi previsti dall'ordinamento e dal Codice e in quelli prevedibilmente gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica.

Il medico tiene in adeguata considerazione le opinioni espresse dal minore in tutti i processi decisionali che lo riguardano.

Art. 36

Assistenza di urgenza e di emergenza

Il medico assicura l'assistenza indispensabile, in condizioni d'urgenza e di emergenza, nel rispetto delle volontà se espresse o tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento se manifestate.

Art. 37

Consenso o dissenso del rappresentante legale

Il medico, in caso di paziente minore o incapace, acquisisce dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici.

Il medico segnala all'Autorità competente l'opposizione da parte del minore informato e consapevole o di chi ne esercita la potestà genitoriale a un trattamento ritenuto necessario e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Art. 38

Dichiarazioni anticipate di trattamento

Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta, sottoscritta e datata da parte di persona capace e successive a un'informazione medica di cui resta traccia documentale.

La dichiarazione anticipata di trattamento comprova la libertà e la consapevolezza della scelta sulle procedure diagnostiche e/o sugli interventi terapeutici che si desidera o non si desidera vengano attuati in condizioni di totale o grave compromissione delle facoltà cognitive o valutative che impediscono l'espressione di volontà attuali.

Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente, dandone chiara espressione nella documentazione sanitaria.

Il medico coopera con il rappresentante legale perseguendo il migliore interesse del paziente e in caso di contrasto si avvale del dirimente giudizio previsto dall'ordinamento e, in relazione alle condizioni cliniche, procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili.

Art. 39

Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita.

Il medico, in caso di definitiva compromissione dello stato di coscienza del paziente, prosegue nella terapia del dolore e nelle cure palliative, attuando trattamenti di sostegno delle funzioni vitali finché ritenuti proporzionati, tenendo conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento.

TITOLO V

TRAPIANTI DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE

Art. 40

Donazione di organi, tessuti e cellule

Il medico promuove la cultura della donazione di organi, tessuti e cellule, collaborando all'informazione dei cittadini e sostenendo donatori e riceventi.

Art. 41

Prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto

Il prelievo da cadavere di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto terapeutico è praticato nel rispetto dell'ordinamento garantendo la corretta informazione dei familiari.

Il prelievo da vivente è aggiuntivo e non sostitutivo del prelievo da cadavere e il medico, nell'acquisizione del consenso informato scritto, si adopera per la piena comprensione dei rischi da parte del donatore e del ricevente.

Il medico non partecipa ad attività di trapianto nelle quali la disponibilità di organi, tessuti e cellule abbia finalità di lucro.

TITOLO VI
SESSUALITÀ, RIPRODUZIONE E GENETICA

Art. 42

Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione

Il medico, al fine di tutelare la salute individuale e collettiva e la procreazione cosciente e responsabile, fornisce ai singoli e alla coppia ogni idonea informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione.

Art. 43

Interruzione volontaria di gravidanza

Gli atti medici connessi all'interruzione volontaria di gravidanza operati al di fuori dell'ordinamento, sono vietati e costituiscono grave infrazione deontologica tanto più se compiuti a scopo di lucro.

L'obiezione di coscienza si esprime nell'ambito e nei limiti dell'ordinamento e non esime il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della donna.

Art. 44

Procreazione medicalmente assistita

Le indicazioni e le correlate procedure diagnostiche e i trattamenti terapeutici relativi alla procreazione medicalmente assistita sono di esclusiva competenza del medico che opera in autonomia e responsabilità e nel rispetto dell'ordinamento.

Il medico prospetta alla coppia le opportune soluzioni fondate su accreditate acquisizioni scientifiche e informa sulle possibilità di successo nei confronti dell'infertilità, sui rischi per la salute della donna e del nascituro e sulle adeguate e possibili misure di prevenzione.

È vietata ogni pratica di procreazione medicalmente assistita a fini di selezione etnica o genetica; non è consentita la produzione di embrioni ai soli fini di ricerca e ogni sfruttamento commerciale, pubblicitario, industriale di gameti, embrioni e tessuti embrionali o fetali.

Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza, senza esimere il medico dagli obblighi e dai doveri inerenti alla relazione di cura nei confronti della coppia.

Art. 45

Interventi sul genoma umano

Il medico prescrive e attua interventi al genoma umano per esclusivi fini di prevenzione, diagnosi e cura di condizioni patologiche o a queste predisponenti e per la ricerca di nuovi trattamenti diagnostico-terapeutici appropriati ed efficaci.

Il medico garantisce idonea informazione sui rischi connessi alle procedure e alle loro possibilità di successo acquisendo il consenso scritto.

Art. 46

Indagini predittive

Il medico prescrive o esegue indagini predittive con il consenso scritto del soggetto interessato o del suo rappresentante legale, che sono gli unici destinatari dei dati e delle relative informazioni.

Il medico informa la persona interessata sul significato e sulle finalità dell'indagine, sull'effettiva probabilità di attendibile predizione, sulla fattibilità di interventi terapeutici disponibili ed efficaci e sulla possibilità di conseguenze negative sulla qualità di vita conseguenti alla conoscenza dei risultati.

Il medico non prescrive né esegue test predittivi richiesti e prodotti a fini meramente assicurativi od occupazionali.

Le indagini predittive in gravidanza, destinate alla tutela della salute della donna e del nascituro, sono consentite se autorizzate in forma scritta dalla gestante, successivamente a idonea informazione.

TITOLO VII
RICERCA E SPERIMENTAZIONE

Art. 47

Sperimentazione scientifica

Il medico nell'attività di sperimentazione persegue il progresso della medicina fondandolo sulla ricerca scientifica, il cui obiettivo primario è quello di migliorare le conoscenze e gli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici al fine di tutelare la salute e la vita.

La ricerca scientifica si avvale anche della sperimentazione umana e animale, programmata e attuata nel quadro dell'ordinamento.

Il medico incentiva modelli alternativi a quelli umani e animali, purché siano fondatamente equivalenti nei profili di efficacia sperimentale.

Il medico sperimentatore si attiene inoltre agli indirizzi applicativi allegati.

Art. 48

Sperimentazione umana

Il medico attua sull'uomo le sperimentazioni sostenute da protocolli scientificamente fondati e ispirati al principio di salvaguardia della vita e dell'integrità psico-fisica e nel rispetto della dignità della persona.

La sperimentazione sull'uomo è subordinata al consenso informato scritto del soggetto reclutato e alla contestuale e idonea informazione del medico curante indicato dallo stesso.

Il medico informa il soggetto reclutato in merito agli scopi, ai metodi, ai benefici prevedibili e ai rischi, fermo restando il diritto dello stesso di interrompere la sperimentazione in qualsiasi momento, garantendo in ogni caso la continuità assistenziale.

Nel caso di minore o di persona incapace, la sperimentazione è ammessa solo per finalità preventive o terapeutiche relative alla condizione patologica in essere o alla sua evoluzione.

Il medico documenta la volontà del minore e ne tiene conto.

Art. 49

Sperimentazione clinica

Il medico propone e attua protocolli sperimentali clinici a fini preventivi o diagnostico-terapeutici su volontari sani e malati se sono scientificamente fondati la loro sicurezza e il razionale della loro efficacia.

La redazione del rapporto finale di una sperimentazione è una competenza esclusiva e non delegabile del medico sperimentatore.

Il medico garantisce che il soggetto reclutato non sia sottratto a consolidati trattamenti indispensabili al mantenimento o al ripristino dello stato di salute.

Art. 50

Sperimentazione sull'animale

Il medico attua la sperimentazione sull'animale nel rispetto dell'ordinamento e persegue l'impiego di metodi e mezzi idonei a evitare inutili sofferenze.

Sono fatte salve le norme in materia di obiezione di coscienza.

TITOLO VIII
**TRATTAMENTO MEDICO
E LIBERTÀ PERSONALE**

Art. 51

Soggetti in stato di limitata libertà personale

Il medico che assiste una persona in condizioni di limitata libertà personale è tenuto al rigoroso rispetto dei suoi diritti.

Il medico, nel prescrivere e attuare un trattamento sanitario obbligatorio, opera sempre nel rispetto della dignità della persona e nei limiti previsti dalla legge.

Art. 52

Tortura e trattamenti disumani

Il medico in nessun caso collabora, partecipa o presenzia a esecuzioni capitali, ad atti di tortura, violenza o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti.

Il medico non attua mutilazioni o menomazioni non aventi finalità diagnostico-terapeutiche anche su richiesta dell'interessato.

Art. 53

Rifiuto consapevole di alimentarsi

Il medico informa la persona capace sulle conseguenze che un rifiuto protratto di alimentarsi comporta sulla sua salute, ne documenta la volontà e continua l'assistenza, non assumendo iniziative coercitive né collaborando a procedure coattive di alimentazione o nutrizione artificiale.

TITOLO IX

ONORARI PROFESSIONALI, INFORMAZIONE E PUBBLICITÀ SANITARIA

Art. 54 ¹

Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile

Il medico, nel perseguire il decoro dell'esercizio professionale e il principio dell'intesa preventiva, commisura l'onorario alla difficoltà e alla complessità dell'opera professionale, alle competenze richieste e ai mezzi impiegati, tutelando la qualità e la sicurezza della prestazione.

Il medico comunica preventivamente alla persona assistita l'onorario, che non può essere subordinato ai risultati della prestazione professionale.

In armonia con le previsioni normative, il medico libero professionista provvede a idonea copertura assicurativa per responsabilità civile verso terzi connessa alla propria attività professionale.

Il medico può prestare gratuitamente la propria opera purché tale comportamento non costituisca concorrenza sleale o sia finalizzato a indebito accaparramento di clientela.

Art. 55

Informazione sanitaria

Il medico promuove e attua un'informazione sanitaria accessibile, trasparente, rigorosa e prudente, fondata sulle conoscenze scientifiche acquisite e non divulga notizie che alimentino aspettative o timori infondati o, in ogni caso, idonee a determinare un pregiudizio dell'interesse generale.

Il medico, nel collaborare con le istituzioni pubbliche o con i soggetti privati nell'attività di informazione sanitaria e di educazione alla salute, evita la pubblicità diretta o indiretta della propria attività professionale o la promozione delle proprie prestazioni.

Art. 56 ²

Pubblicità informativa sanitaria

La pubblicità informativa sanitaria del medico e delle strutture sanitarie pubbliche o private, nel perseguire il fine di una scelta libera e consapevole dei servizi professionali, ha per oggetto esclusivamente i titoli professionali e le specializzazioni, l'attività professionale, le caratteristiche del servizio offerto e l'onorario relativo alle prestazioni.

La pubblicità informativa sanitaria, con qualunque mezzo diffusa, rispetta nelle forme e nei contenuti i principi propri della professione medica, dovendo sempre essere veritiera, corretta e funzionale all'oggetto dell'informazione, mai equivoca, ingannevole e denigratoria.

È consentita la pubblicità sanitaria comparativa delle prestazioni mediche e odontoiatriche solo in

¹ Articolo modificato in data 16 dicembre 2016.

² Articolo modificato in data 19 maggio 2016.

presenza di indicatori clinici misurabili, certi e condivisi dalla comunità scientifica che ne consentano confronto non ingannevole.

Il medico non diffonde notizie su avanzamenti nella ricerca biomedica e su innovazioni in campo sanitario non ancora validate e accreditate dal punto di vista scientifico, in particolare se tali da alimentare attese infondate e speranze illusorie.

Spetta all'Ordine professionale competente per territorio la potestà di verificare la rispondenza della pubblicità informativa sanitaria alle regole deontologiche del presente Codice e prendere i necessari provvedimenti.

Art. 57

Divieto di patrocinio a fini commerciali

Il medico singolo o componente di associazioni scientifiche o professionali non concede patrocinio a forme di pubblicità promozionali finalizzate a favorire la commercializzazione di prodotti sanitari o di qualsivoglia altra natura.

TITOLO X RAPPORTI CON I COLLEGHI

Art. 58

Rapporti tra colleghi

Il medico impronta il rapporto con i colleghi ai principi di solidarietà e collaborazione e al reciproco rispetto delle competenze tecniche, funzionali ed economiche, nonché delle correlate autonomie e responsabilità.

Il medico affronta eventuali contrasti con i colleghi nel rispetto reciproco e salvaguarda il migliore interesse della persona assistita, ove coinvolta.

Il medico assiste i colleghi prevedendo solo il ristoro delle spese.

Il medico, in caso di errore professionale di un collega, evita comportamenti denigratori e colpevolizzanti.

Art. 59

Rapporti con il medico curante

Il medico curante e i colleghi operanti nelle strutture pubbliche e private devono assicurare un rapporto di consultazione, collaborazione e informazione reciproca.

Il medico che presti la propria opera per competenza specialistica o in situazioni di urgenza è tenuto, previo consenso del paziente o del suo rappresentante legale, a comunicare al medico indicato dagli stessi gli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e le valutazioni cliniche relative.

Il medico fa pervenire la relazione clinica o la lettera di dimissione al medico indicato dal paziente stesso.

Art. 60

Consulto e consulenza

Il medico curante, previo consenso dell'interessato o del suo rappresentante legale, propone il consulto con altro collega ovvero la consulenza presso strutture idonee, ponendo gli adeguati quesiti e fornendo la documentazione in suo possesso.

Il medico che non condivida una richiesta di consulto o di consulenza formulata dalla persona assistita o dal suo rappresentante legale, può astenersi dal parteciparvi, ma fornisce comunque tutte le informazioni e la documentazione clinica relative al caso.

Lo specialista o il consulente che visiti un paziente in assenza del curante deve fornire una dettagliata relazione diagnostica e l'indirizzo terapeutico consigliato, debitamente sottoscritti.

Art. 61

Affidamento degli assistiti

i medici coinvolti nell'affidamento degli assistiti, in particolare se complessi e fragili, devono assicurare il reciproco scambio di informazioni e la puntuale e rigorosa trasmissione della documentazione clinica.

TITOLO XI ATTIVITÀ MEDICO LEGALE

Art. 62

Attività medico-legale

L'attività medico-legale, qualunque sia la posizione di garanzia nella quale viene esercitata, deve evitare situazioni di conflitto di interesse ed è subordinata all'effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.

L'attività medico-legale viene svolta nel rispetto del Codice; la funzione di consulente tecnico e di perito non esime il medico dal rispetto dei principi deontologici che ispirano la buona pratica professionale, essendo in ogni caso riservata al giudice la valutazione del merito della perizia.

Il medico legale, nei casi di responsabilità medica, si avvale di un collega specialista di comprovata competenza nella disciplina interessata; in analoghe circostanze, il medico clinico si avvale di un medico legale.

Il medico, nel rispetto dell'ordinamento, non può svolgere attività medico-legali quale consulente d'ufficio o di controparte nei casi nei quali sia intervenuto personalmente per ragioni di assistenza, di cura o a qualunque altro titolo, né nel caso in cui intrattenga un rapporto di lavoro di qualunque natura giuridica con la struttura sanitaria coinvolta nella controversia giudiziaria.

Il medico consulente di parte assume le evidenze scientifiche disponibili interpretandole nel rispetto dell'oggettività del caso in esame e di un confronto scientifico rigoroso e fondato, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

Art. 63

Medicina fiscale

Nell'esercizio delle funzioni di controllo, il medico fa conoscere al soggetto sottoposto all'accertamento la propria qualifica e la propria funzione.

Il medico fiscale e il curante, nel rispetto reciproco dei propri ruoli, non devono esprimere valutazioni critiche sul rispettivo operato.

TITOLO XII RAPPORTI INTRA E INTERPROFESSIONALI

Art. 64

Rapporti con l'Ordine professionale

Il medico deve collaborare con il proprio Ordine nell'espletamento delle funzioni e dei compiti ad esso attribuiti dall'ordinamento.

Il medico comunica all'Ordine tutti gli elementi costitutivi dell'anagrafica, compresi le specializzazioni e i titoli conseguiti, per la compilazione e la tenuta degli Albi, degli elenchi e dei registri e per l'attività di verifica prevista dall'ordinamento.

Il medico comunica tempestivamente all'Ordine il cambio di residenza, il trasferimento in altra provincia della sua attività, la modifica della sua condizione di esercizio ovvero la cessazione dell'attività.

Il medico comunica all'Ordine le eventuali infrazioni alle regole di reciproco rispetto, di corretta collaborazione tra colleghi e di salvaguardia delle specifiche competenze.

I Presidenti delle rispettive Commissioni di Albo, nell'ambito delle loro funzioni di vigilanza deontologica, possono convocare i colleghi iscritti in altra sede ma esercenti la professione nella provincia di loro competenza, informando l'Ordine di appartenenza al quale competono le eventuali valutazioni disciplinari.

Il medico eletto negli organi istituzionali dell'Ordine svolge le specifiche funzioni con diligenza, imparzialità,

prudenza e riservatezza.

Art. 65

Società tra professionisti

Il medico comunica tempestivamente all'Ordine di appartenenza ogni accordo, contratto o convenzione privata per lo svolgimento dell'attività professionale, per tutelarne i profili di autonomia e indipendenza.

Il medico che esercita la professione in forma societaria notifica all'Ordine di appartenenza l'atto costitutivo della società, l'eventuale statuto, tutti i documenti relativi all'anagrafica della società stessa nonché ogni successiva variazione statutaria e organizzativa.

Il medico non può partecipare a intese dirette o indirette con altre professioni sanitarie o categorie professionali per svolgere attività di impresa industriale o commerciale o di altra natura che ne condizionino la dignità, l'indipendenza e l'autonomia professionale.

Il medico che opera a qualsiasi titolo nell'ambito delle forme societarie consentite per l'esercizio della professione, garantisce sotto la propria responsabilità:

- l'esclusività dell'oggetto sociale relativo all'attività professionale di cui agli Albi di appartenenza;
- il possesso di partecipazioni societarie nel rispetto dell'ordinamento;
- la diretta titolarità dei propri atti e delle proprie prescrizioni sempre riconducibili alle competenze dell'Albo di appartenenza;
- il rifiuto di qualsiasi tipo di condizionamento sulla propria autonomia e indipendenza professionale.

Art. 66

Rapporto con altre professioni sanitarie

Il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità.

Il medico sostiene la formazione interprofessionale, il miglioramento delle organizzazioni sanitarie nel rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte e l'osservanza delle regole deontologiche.

Art. 67

Prestanomismo e favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione

Al medico è vietato collaborare a qualsiasi titolo o di favorire, fungendo da prestanome o omettendo la dovuta vigilanza, chi eserciti abusivamente la professione.

Il medico che venga a conoscenza di prestazioni effettuate da non abilitati alla professione di medico, o di casi di favoreggiamento dell'abusivismo, è obbligato a farne denuncia all'Ordine territorialmente competente.

TITOLO XIII

RAPPORTI CON LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE

Art. 68

Medico operante in strutture pubbliche e private

Il medico che opera in strutture pubbliche o private, concorre alle finalità sanitarie delle stesse ed è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.

Il medico, in caso di contrasto tra le regole deontologiche e quelle della struttura pubblica o privata nella quale opera, sollecita l'intervento dell'Ordine al fine di tutelare i diritti dei pazienti e l'autonomia professionale.

In attesa della composizione del contrasto, il medico assicura il servizio, salvo i casi di grave violazione dei diritti delle persone a lui affidate e del decoro e dell'indipendenza della propria attività professionale. Il medico che all'interno del rapporto di lavoro con il servizio pubblico esercita la libera professione, evita comportamenti che possano indebitamente favorirla.

Art. 69

Direzione sanitaria e responsabile sanitario

Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria nelle strutture pubbliche o private ovvero di responsabile sanitario di una struttura privata, garantisce il possesso dei titoli e il rispetto del Codice e tutela l'autonomia e la pari dignità dei professionisti all'interno della struttura in cui opera, agendo in piena autonomia nei confronti del rappresentante legale della struttura alla quale afferisce.

Inoltre il medico deve essere in possesso dei titoli previsti dall'ordinamento per l'esercizio della professione ed essere adeguatamente supportato per le competenze relative ad entrambe le professioni di cui all'art. 1 in relazione alla presenza delle stesse nella struttura.

Il medico comunica tempestivamente all'Ordine di appartenenza il proprio incarico nonché l'eventuale rinuncia, collaborando con quello competente per territorio nei compiti di vigilanza sulla sicurezza e la qualità di servizi erogati e sulla correttezza del materiale informativo, che deve riportare il suo nominativo.

Il medico che svolge funzioni di direzione sanitaria o responsabile di struttura non può assumere incarichi plurimi, incompatibili con le funzioni di vigilanza attiva e continuativa.

Art. 70

Qualità ed equità delle prestazioni

Il medico non assume impegni professionali che comportino un eccesso di prestazioni tale da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza della persona assistita.

Il medico deve esigere da parte della struttura in cui opera ogni garanzia affinché le modalità del suo impegno e i requisiti degli ambienti di lavoro non incidano negativamente sulla qualità e la sicurezza del suo lavoro e sull'equità delle prestazioni.

TITOLO XIV MEDICINA DELLO SPORT

Art. 71

Valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva

La valutazione dell'idoneità alla pratica sportiva è finalizzata esclusivamente alla tutela della salute e dell'integrità psico-fisica del soggetto.

Il medico esprime con chiarezza il relativo giudizio in base alle evidenze scientifiche disponibili e provvede a un'adeguata informazione al soggetto sugli eventuali rischi che la specifica attività sportiva può comportare.

Art. 72

Valutazione del mantenimento dell'idoneità all'attività sportiva agonistica

Il medico fa valere, in qualsiasi circostanza, la propria responsabilità a tutela dell'integrità psico-fisica, in particolare valutando se un atleta possa proseguire la preparazione atletica e l'attività agonistica.

Il medico, in caso di minore, valuta con particolare prudenza che lo sviluppo armonico psico-fisico del soggetto non sia compromesso dall'attività sportiva intrapresa.

Il medico si adopera affinché la sua valutazione sia accolta, denunciandone tempestivamente il mancato accoglimento all'Autorità competente e all'Ordine.

Art. 73

Doping

Il medico non consiglia, favorisce, prescrive o somministra trattamenti farmacologici o di altra natura non giustificati da esigenze terapeutiche, che siano finalizzati ad alterare le prestazioni proprie dell'attività sportiva o a modificare i risultati dei relativi controlli.

Il medico protegge l'atleta da pressioni esterne che lo sollecitino a ricorrere a siffatte pratiche, informandolo altresì delle possibili gravi conseguenze sulla salute.

TITOLO XV TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA

Art. 74

Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie

Il medico deve svolgere i compiti assegnatigli dalla legge in tema di trattamenti e accertamenti sanitari obbligatori e deve curare con la massima diligenza e tempestività l'informativa alle Autorità sanitarie giudiziarie e ad altre Autorità nei modi, nei tempi e con le procedure stabilite dall'ordinamento, ivi compresa, quando prevista, la tutela dell'anonimato.

Art. 75

Prevenzione, assistenza e cura delle dipendenze fisiche o psichiche

Il medico si adopera per la prevenzione, la cura, il recupero clinico e il reinserimento sociale della persona affetta da qualsiasi forma di dipendenza fisica o psichica, nel rispetto dei diritti della stessa, collaborando con le famiglie, le istituzioni socio-sanitarie pubbliche o private e le associazioni di protezione sociale.

TITOLO XVI MEDICINA POTENZIATIVA ED ESTETICA

Art. 76 ³

Medicina potenziativa

Il medico, sia in attività di ricerca, sia quando gli siano richieste prestazioni non terapeutiche ma finalizzate al potenziamento delle fisiologiche capacità fisiche e cognitive dell'individuo, opera nel rispetto e a salvaguardia della dignità dello stesso in ogni suo riflesso individuale e sociale, dell'identità e dell'integrità della persona e delle sue peculiarità genetiche nonché dei principi di proporzionalità e di precauzione.

Il medico acquisisce il consenso informato in forma scritta avendo cura di verificare, in particolare, la comprensione dei rischi del trattamento. Il medico ha il dovere di rifiutare eventuali richieste ritenute sproporzionate e di alto rischio anche a causa della invasività e potenziale irreversibilità del trattamento a fronte di benefici non terapeutici ma potenziativi.

Art. 76 BIS ⁴

Medicina estetica

Il medico, nell'esercizio di attività diagnostico-terapeutiche con finalità estetiche, garantisce il possesso di idonee competenze e, nell'informazione preliminare al consenso scritto, non suscita né alimenta aspettative illusorie, individua le possibili soluzioni alternative di pari efficacia e opera al fine di garantire la massima sicurezza delle prestazioni erogate.

³ Articolo modificato in data 15 dicembre 2017.

⁴ Articolo inserito in data 15 dicembre 2017.

Gli interventi diagnostico-terapeutici con finalità estetiche rivolti a minori o a incapaci si attengono all'ordinamento.

TITOLO XVII MEDICINA MILITARE

Art. 77

Medicina militare

Il medico militare, nell'ambito dei propri compiti istituzionali, ha una responsabilità che non muta in tutti gli interventi di forza armata sia in tempo di pace che di guerra.

Il medico militare, al fine di garantire la salvaguardia psico-fisica del paziente in rapporto alle risorse materiali e umane a disposizione, assicura il livello più elevato di umanizzazione delle cure praticando un *triage* rispettoso delle conoscenze scientifiche più aggiornate, agendo secondo il principio di "massima efficacia" per il maggior numero di individui.

È dovere del medico militare segnalare alle superiori Autorità la necessità di fornire assistenza a tutti coloro che non partecipano direttamente alle ostilità (militari che abbiano depresso le armi, civili feriti o malati) e denunciare alle stesse i casi di torture, violenze, oltraggi e trattamenti crudeli e disumani tali da essere degradanti per la dignità della persona.

In ogni occasione, il medico militare orienterà le proprie scelte per rispondere al meglio al conseguimento degli obiettivi e degli intendimenti del proprio comandante militare, in accordo con i principi contenuti nel presente Codice, fermo restando il rispetto dei limiti imposti dalle normative nazionali e internazionali nonché da eventuali regole di ingaggio che disciplinano l'operazione militare.

TITOLO XVIII INFORMATIZZAZIONE E INNOVAZIONE SANITARIA

Art. 78

Tecnologie informatiche

Il medico, nell'uso degli strumenti informatici, garantisce l'acquisizione del consenso, la tutela della riservatezza, la pertinenza dei dati raccolti e, per quanto di propria competenza, la sicurezza delle tecniche.

Il medico, nell'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici, persegue l'appropriatezza clinica e adotta le proprie decisioni nel rispetto degli eventuali contributi multidisciplinari, garantendo la consapevole partecipazione della persona assistita.

Il medico, nell'utilizzo delle tecnologie di informazione e comunicazione a fini di prevenzione, diagnosi, cura o sorveglianza clinica, o tali da influire sulle prestazioni dell'uomo, si attiene ai criteri di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona e degli indirizzi applicativi allegati.

Art. 79

Innovazione e organizzazione sanitaria

Il medico partecipa e collabora con l'organizzazione sanitaria al fine del continuo miglioramento della qualità dei servizi offerti agli individui e alla collettività, opponendosi a ogni condizionamento che lo distolga dai fini primari della medicina.

Il medico garantisce indipendenza di giudizio e persegue l'appropriatezza clinica nell'organizzazione sanitaria.

DISPOSIZIONE FINALE

Gli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri recepiscono il presente Codice, nel quadro dell'azione di indirizzo e di coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e ne garantiscono il rispetto.

Gli Ordini provvedono a consegnare ufficialmente il Codice, o comunque a renderlo noto ai singoli iscritti agli Albi e a svolgere attività formative e di aggiornamento in materia di etica e di deontologia medica.

Le regole del Codice saranno oggetto di costante valutazione da parte della FNOMCeO al fine di garantirne l'aggiornamento.

ATTI FINALIZZATI A PROVOCARE LA MORTE⁵

INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 17 E CORRELATI AI SENSI DELLA SENTENZA 242/19 DELLA CORTE COSTITUZIONALE

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.

⁵ Indirizzi applicativi inseriti in data 6 febbraio 2020.

CONFLITTO DI INTERESSI

INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 30

Le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici e di altra natura possono manifestarsi nella ricerca e divulgazione scientifica, nella formazione e aggiornamento professionale, nella prescrizione terapeutica e di esami diagnostici, nell'attività di consulenza e di pubblico ufficiale e nei rapporti con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, nonché con la pubblica amministrazione.

1. I medici non devono accettare elargizioni o altre utilità che possano limitare l'appropriatezza delle proprie decisioni inerenti all'esercizio professionale.

2. Nel rispetto dei principi di legalità e trasparenza i medici possono ricevere compensi, retribuzioni o altre utilità solo attraverso le procedure e gli strumenti previsti dalla normativa vigente.

3. Il medico attua una costante revisione critica della divulgazione scientifica di cui viene informato; a tale fine può avvalersi dell'azione di supporto del proprio Ordine professionale.

4. I medici o le associazioni professionali che effettuano campagne di prevenzione ed educazione sanitaria o promuovono forme di informazione sanitaria o partecipano alla diffusione di notizie scientifiche attraverso i mass media o la stampa di categoria, devono manifestare il nome dello sponsor e applicare i presenti indirizzi applicativi validi anche nei rapporti eventualmente intrattenuti con industrie, organizzazioni ed enti pubblici e privati.

5. Il medico ricercatore deve dichiarare gli eventuali rapporti di consulenza o collaborazione con gli sponsor della ricerca.

6. Il medico ricercatore deve applicare sempre regole di trasparenza, condurre l'analisi dei dati in modo indipendente rispetto agli eventuali interessi dello sponsor e non accettare condizioni per le quali non possa pubblicare o diffondere i risultati delle ricerche, senza vincoli di proprietà da parte degli sponsor, qualora questi comportino risultati negativi per il paziente. Se la pubblicazione, anche quando non sia frutto di specifica ricerca, è sponsorizzata il nome dello sponsor deve essere esplicitato; chiunque pubblici redazionali o resoconti di convegni o partecipi a conferenze stampa deve dichiarare il nome dell'eventuale sponsor.

7. Il medico ricercatore e i membri dei comitati editoriali devono dichiarare alla rivista scientifica, nella quale intendono pubblicare, il ruolo avuto nel progetto e il nome del responsabile dell'analisi dei dati.

8. Il medico ricercatore deve vigilare sugli eventuali condizionamenti, anche economici, esercitati sui soggetti arruolati nella ricerca, in particolare rispetto a coloro che si trovano in posizione di dipendenza o di vulnerabilità.

9. Il medico ricercatore non deve accettare di redigere il rapporto conclusivo per la pubblicazione di una ricerca alla quale non ha partecipato e non può accettare clausole di sospensione della ricerca a discrezione dello sponsor ma solo per motivazioni scientifiche o etiche comunicate al Comitato etico per la convalida.

10. I medici operanti nei Comitati Etici per la sperimentazione sui farmaci e nei Comitati Etici locali devono rispettare le regole di trasparenza della sperimentazione prima di approvarla e rilasciare essi stessi dichiarazione di assenza di conflitti di interessi. Gli indirizzi applicativi di cui sopra si applicano anche agli studi multicentrici.

11. I medici non possono percepire direttamente finanziamenti allo scopo di favorire la loro partecipazione a eventi formativi; eventuali finanziamenti possono essere erogati alla società scientifica organizzatrice dell'evento o all'azienda sanitaria presso la quale opera il medico.

12. Il finanziamento da parte delle industrie a congressi e a corsi di formazione non deve condizionare la scelta sia dei partecipanti che dei contenuti, dei relatori, dei metodi didattici e degli strumenti impiegati; la responsabilità di tali scelte spetta al responsabile scientifico dell'evento.

13. Il medico non può accettare ristoro economico per un soggiorno superiore alla durata dell'evento, né per iniziative turistiche e sociali aggiuntive e diverse da quelle eventualmente organizzate dal congresso né ospitalità per familiari o amici.

14. Il medico relatore a congressi ha diritto ad un compenso adeguato per il lavoro svolto, in particolare di preparazione ed al rimborso delle spese di viaggio, alloggio e vitto.

15. Il responsabile scientifico vigila affinché il materiale distribuito dall'industria nel corso degli eventi formativi sia rispondente alla normativa vigente e che le voci di spesa relative al contributo dello sponsor, siano chiaramente esplicitate dalla società organizzatrice.

16. Il relatore nei mini meeting, organizzati dalle industrie per illustrare ai medici le caratteristiche dei loro prodotti innovativi, deve dichiarare gli eventuali rapporti con l'azienda promotrice.

17. È fatto divieto al medico di partecipare ad eventi formativi, compresi i minimeeting, la cui ospitalità non sia contenuta in limiti ragionevoli o, comunque, intralci l'attività formativa.

18. Nel caso in cui i corsi di aggiornamento si svolgano e vengano sponsorizzati in località turistiche nei periodi di stagionalità, il medico non deve protrarre, oltre la durata dell'evento, la sua permanenza a carico dello sponsor.

19. Il medico, ferma restando la libertà delle scelte formative, deve partecipare a eventi la cui rilevanza medico scientifica e valenza formativa sia esclusiva.

20. Il medico è tenuto a non sollecitare e a rifiutare premi, vantaggi pecuniari o in natura, offerti da aziende farmaceutiche o da aziende fornitrici di materiali o dispositivi medici, salvo che siano di valore trascurabile e comunque collegati all'attività professionale; il medico può accettare pubblicazioni di carattere medico-scientifico.

21. I campioni di farmaci di nuova introduzione possono essere accettati dal medico per un anno dalla loro immissione in commercio.

22. Il medico riceve gli informatori scientifici del farmaco in base alla loro discrezionalità e alle loro esigenze informative e senza provocare intralcio all'assistenza; dell'orario di visita può venire data notizia ai pazienti mediante informativa esposta nelle sale di aspetto degli ambulatori pubblici o privati e degli studi professionali.

23. Il medico non deve sollecitare la pressione delle associazioni dei malati per ottenere la erogazione di farmaci di non provata efficacia.

24. Il medico facente parte di commissioni di aggiudicazione di forniture non può partecipare a iniziative formative a spese delle aziende partecipanti.

SPERIMENTAZIONE SCIENTIFICA

INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 47

La ricerca scientifica in medicina si avvale della sperimentazione sull'uomo programmata e attuata nel quadro della normativa vigente e nel rispetto dei principi etici e delle tutele previste dalla Dichiarazione di Helsinki e dal Codice di deontologia medica.

1. Il ricercatore deve mantenere un ruolo indipendente nella progettazione, conduzione, analisi, interpretazione, pubblicazione, utilizzo e finanziamento della ricerca.

2. La sperimentazione clinica controllata e randomizzata è la metodologia più valida per dimostrare l'accuratezza di una diagnosi o gli esiti di una terapia e costituisce la base più affidabile per le decisioni operative dei pazienti, dei clinici, delle agenzie regolatorie e dei decisori delle politiche sanitarie.

3. L'interesse per la produzione di nuove conoscenze scientifiche non deve mai prevalere sui fini primari della tutela della salute, della vita e del rispetto della dignità, dell'integrità e del diritto all'autodeterminazione e alla riservatezza dei dati personali dei soggetti coinvolti nella ricerca.

4. Il medico partecipa a uno studio clinico se la sua rilevanza scientifica è superiore ai rischi prevedibili per i soggetti coinvolti nella ricerca ed è prevalente sugli interessi economici o aziendali dei finanziatori della ricerca.

5. Il ricercatore, quando i rischi si rivelano superiori ai potenziali benefici o quando, a un'analisi intermedia, esistano prove conclusive sui risultati definitivi, deve valutare se continuare, modificare o interrompere immediatamente lo studio, considerando inaccettabili protocolli di ricerca contenenti clausole d'interruzione stabilite a discrezione del finanziatore.

6. La ricerca biomedica su gruppi di soggetti vulnerabili, sui minori o su incapaci è giustificata solo se è finalizzata alle esigenze di salute del gruppo stesso e non può essere condotta su un gruppo diverso.

7. Il disegno dello studio, le analisi statistiche utilizzate, gli accorgimenti per evitare distorsioni nella stima dei risultati devono essere chiaramente descritti nel protocollo di ricerca tenendo in particolare conto le differenze di genere.

8. La fondatezza scientifica e la rilevanza sotto il profilo diagnostico e terapeutico di una sperimentazione clinica si basano su un'approfondita valutazione delle evidenze disponibili in letteratura comprese quelle derivanti dalla ricerca sugli animali che devono sempre tutelarne il benessere.

9. L'efficacia di un nuovo intervento deve essere comparata al miglior trattamento di efficacia comprovata o, in sua assenza, contro placebo. Il confronto con il non intervento o con un trattamento meno efficace rispetto al miglior trattamento disponibile è accettabile se, per ragioni metodologiche convincenti e scientificamente valide, evita l'esposizione dei pazienti ai rischi derivanti dal fatto di non aver ricevuto il trattamento di efficacia superiore.

10. Il medico sperimentatore deve garantire che il soggetto reclutato non sia sottratto a consolidati trattamenti indispensabili al mantenimento o al ripristino del suo stato di salute.

11. Il protocollo di uno studio deve essere registrato e pubblicamente accessibile prima dell'arruolamento del primo partecipante, deve includere informazioni sul finanziamento, sulle affiliazioni istituzionali e i

potenziali conflitti di interessi degli sperimentatori e sulle disposizioni per il trattamento e il risarcimento dei soggetti danneggiati dalla partecipazione alla ricerca.

12. Il medico sperimentatore raccoglie il consenso informato scritto del soggetto reclutato dopo aver illustrato gli scopi, i metodi, i benefici prevedibili e i rischi possibili della sua partecipazione e il diritto a ritirarsi in qualsiasi momento a suo insindacabile giudizio. Lo informa inoltre che notificherà al medico curante l'avvenuto reclutamento e il protocollo dello studio e che riceverà la relazione finale con i risultati completi e le conclusioni dello studio.

13. L'analisi, l'interpretazione dei dati e la redazione del rapporto finale di uno studio è un dovere dei medici che hanno eseguito la ricerca e non è delegabile ad altri. I ricercatori hanno il dovere di rendere pubblicamente e integralmente disponibili e accessibili i risultati e le conclusioni di tutti gli studi clinici compresi i dati grezzi. I risultati negativi o non conclusivi devono essere sempre pubblicati o resi disponibili per evitare che venga sovrastimata l'efficacia dei trattamenti e sottostimati gli effetti avversi. I ricercatori non devono sottoscrivere contratti che attribuiscono al finanziatore dello studio la proprietà dei dati e la decisione in merito alla loro pubblicazione.

14. Gli sperimentatori devono sottoscrivere una dichiarazione nella quale affermano che la relazione finale è un resoconto onesto, accurato e senza omissioni rilevanti dello studio e che le eventuali discrepanze rispetto al protocollo registrato sono state introdotte con appositi emendamenti approvati dal Comitato Etico competente.

15. Dichiarazione analoga, integrata con le fonti di finanziamento, le affiliazioni istituzionali e i conflitti di interessi, deve essere utilizzata per la sottomissione dell'articolo per la pubblicazione su qualunque rivista.

16. Il medico non sottoscrive risultati di ricerche non conformi ai principi del Codice di deontologia medica. I comunicati stampa redatti dai ricercatori devono riflettere i risultati della ricerca senza enfatizzare i benefici del trattamento sperimentale per non generare nei pazienti aspettative non realistiche sui nuovi trattamenti.

TECNOLOGIE INFORMATICHE

INDIRIZZI APPLICATIVI ALLEGATI ALL'ART. 78

Il medico nell'uso di strumenti derivanti dall'uso di tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici deve attenersi alle seguenti precauzioni e prescrizioni.

1. Il medico, nell'uso di qualsiasi strumento informatico, deve acquisire il consenso al trattamento dei dati, garantire che i dati da lui raccolti siano coerenti con le finalità del trattamento stesso, nonché provvedere, per quanto di competenza, alla garanzia della pertinenza e veridicità dei dati raccolti, impegnandosi per la loro assoluta riservatezza.

2. Il medico collabora a eliminare ogni forma di discriminazione nell'uso delle tecnologie informatiche e a garantire uguaglianza nell'accesso e nell'utilizzo dei servizi sanitari nonché il recupero del tempo necessario per la relazione di cura.

3. Il medico deve utilizzare sistemi affidabili e privilegiare i servizi pubblici o privati che consentano la creazione di un formato indipendente rispetto alla piattaforma, senza che sia impedito il riuso dell'informazione veicolata, assicurandone la disponibilità, la riservatezza e le modalità di conservazione.

4. Il medico, nell'utilizzo di strumenti di comunicazione informatica, si attiene alle norme comportamentali previste dagli articoli 55, 56, 57 del presente Codice di deontologia medica e segnala all'Ordine l'apertura di siti web che pubblicizzino la sua attività professionale nel rispetto delle norme sulla pubblicità e informazione sanitaria.

5. L'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici è volto alla più idonea gestione dei percorsi assistenziali e al miglioramento della comunicazione interprofessionale e con i cittadini.

6. Il medico, facendo uso dei sistemi telematici, non può sostituire la visita medica che si sostanzia nella relazione diretta con il paziente, con una relazione esclusivamente virtuale; può invece utilizzare gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.

7. Il medico, nell'utilizzo di strumenti di informazione e comunicazione di dati clinici, deve tener conto della proporzionalità, necessità e sicurezza degli interventi, nonché della eticità delle prestazioni e della deontologia dei comportamenti, al fine di conseguire la massima appropriatezza clinica e gestionale e la sostenibilità dell'uso delle risorse disponibili. Il medico nell'utilizzazione degli strumenti tecnologici di cui sopra utilizza gli stessi principi e criteri generali che regolano l'utilizzazione di qualsiasi altro strumento finalizzato all'esercizio della sua professione.

8. Il medico deve favorire l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici per la gestione della complessità propria della medicina e per il miglioramento degli strumenti di prevenzione individuale e collettiva in particolare a fronte di risultanze cliniche e scientifiche che ne documentino o giustifichino la scelta preferenziale.

9. Il medico collabora a garantire l'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici ad esclusiva finalità di tutela della salute, ivi comprese le finalità di ricerca, di governo e di controllo e di telemonitoraggio della qualità e dell'appropriatezza dell'assistenza da attuarsi secondo le previsioni della vigente normativa, della raccolta, utilizzo e monitoraggio dei dati dei pazienti.

10. Il medico deve avvalersi delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici per migliorare i processi formativi anche utilizzando sistemi di simulazione per apprendere dagli errori e per la sicurezza del paziente.

11. L'uso delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici è volto alla maggiore efficienza della raccolta dei dati epidemiologici, nonché alla promozione del miglioramento delle procedure professionali e della valutazione dei risultati delle prestazioni mediche.

12. Il medico utilizza solo dopo attenta valutazione clinica, etica e deontologica i sistemi e gli strumenti di contatto plurisensoriale col paziente e agisce secondo gli indirizzi della comunità scientifica, sempre evitando il conflitto di interessi.

13. In ogni caso, il consulto e le consulenze mediante le tecnologie informatiche della comunicazione "a distanza" devono rispettare tutte le norme deontologiche che regolano la relazione medico-persona assistita.

14. Il medico contrasta ogni uso distorto o illusorio delle tecnologie di informazione e comunicazione di dati clinici sul versante commerciale, dell'informazione ai cittadini e della pubblicità sanitaria nonché l'intrusione nelle banche dati e si pone sempre come garante della correttezza, scientificità e deontologia dell'uso dello strumento informatico, assumendosi l'obbligo di segnalare all'Ordine eventuali violazioni di tali comportamenti.

INDICE

GIURAMENTO PROFESSIONALE

TITOLO I CONTENUTI E FINALITA'

- Art. 1 Definizione
- Art. 2 Potestà disciplinare

TITOLO II DOVERI E COMPETENZE DEL MEDICO

- Art. 3 Doveri generali e competenze del medico
- Art. 4 Libertà e indipendenza della professione. Autonomia e responsabilità del medico
- Art. 5 Promozione della salute, ambiente e salute globale
- Art. 6 Qualità professionale e gestionale
- Art. 7 *Status* professionale
- Art. 8 Doveri di intervento
- Art. 9 Calamità
- Art.10 Segreto professionale
- Art.11 Riservatezza dei dati personali
- Art.12 Trattamento dei dati sensibili
- Art.13 Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione
- Art.14 Prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure
- Art.15 Sistemi e metodi di prevenzione, diagnosi e cura non convenzionali
- Art.16 Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati
- Art.17 Atti finalizzati a provocare la morte
- Art.18 Trattamenti che incidono sull'integrità psico-fisica
- Art.19 Aggiornamento e formazione professionale permanente

TITOLO III RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

- Art.20 Relazione di cura
- Art.21 Competenza professionale
- Art.22 Rifiuto di prestazione professionale
- Art.23 Continuità delle cure
- Art.24 Certificazione
- Art.25 Documentazione sanitaria
- Art.26 Cartella clinica
- Art.27 Libera scelta del medico e del luogo di cura
- Art.28 Risoluzione del rapporto fiduciario
- Art.29 Cessione di farmaci
- Art.30 Conflitto di interessi

- Art.31 Accordi illeciti nella prescrizione
- Art.32 Doveri del medico nei confronti dei soggetti fragili

TITOLO IV
**INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE
CONSENSO E DISSENSO**

- Art.33 Informazione e comunicazione con la persona assistita -
- Art.34 Informazione e comunicazione a terzi
- Art.35 Consenso e dissenso informato
- Art.36 Assistenza di urgenza e di emergenza
- Art.37 Consenso o dissenso del rappresentante legale
- Art.38 Dichiarazioni anticipate di trattamento
- Art.39 Assistenza al paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza

TITOLO V
TRAPIANTI DI ORGANI, TESSUTI E CELLULE

- Art.40 Donazione di organi, tessuti e cellule
- Art.41 Prelievo di organi, tessuti e cellule a scopo di trapianto

TITOLO VI
SESSUALITA', RIPRODUZIONE E GENETICA

- Art.42 Informazione in materia di sessualità, riproduzione e contraccezione
- Art.43 Interruzione volontaria di gravidanza
- Art.44 Procreazione medicalmente assistita
- Art.45 Interventi sul genoma umano
- Art.46 Indagini predittive

TITOLO VII
RICERCA E SPERIMENTAZIONE

- Art.47 Sperimentazione scientifica
- Art.48 Sperimentazione umana
- Art.49 Sperimentazione clinica
- Art.50 Sperimentazione sull'animale

TITOLO VIII
TRATTAMENTO MEDICO E LIBERTA' PERSONALE

- Art.51 Soggetti in stato di limitata libertà personale
- Art.52 Tortura e trattamenti disumani
- Art.53 Rifiuto consapevole di alimentarsi

TITOLO IX
**ONORARI PROFESSIONALI, INFORMAZIONE
E PUBBLICITA' SANITARIA**

- Art.54 Esercizio libero professionale. Onorari e tutela della responsabilità civile
- Art.55 Informazione sanitaria
- Art.56 Pubblicità informativa sanitaria
- Art.57 Divieto di patrocinio a fini commerciali

TITOLO X
RAPPORTI CON I COLLEGHI

- Art.58 Rapporti tra colleghi
- Art.59 Rapporti con il medico curante
- Art.60 Consulto e consulenza
- Art.61 Affidamento degli assistiti

TITOLO XI
ATTIVITA' MEDICO LEGALE

- Art.62 Attività medico-legale
- Art.63 Medicina fiscale

TITOLO XII
RAPPORTI INTRA E INTERPROFESSIONALI

- Art.64 Rapporti con l'Ordine professionale
- Art.65 Società tra professionisti
- Art.66 Rapporto con altre professioni sanitarie
- Art.67 Prestanomismo e favoreggiamento all'esercizio abusivo della professione

TITOLO XIII
**RAPPORTI CON LE STRUTTURE SANITARIE
PUBBLICHE E PRIVATE**

- Art.68 Medico operante in strutture pubbliche e private
- Art.69 Direzione sanitaria e responsabile sanitario
- Art.70 Qualità ed equità delle prestazioni

TITOLO XIV
MEDICINA DELLO SPORT

- Art.71 Valutazione dell' idoneità alla pratica sportiva
- Art.72 Valutazione del mantenimento dell' idoneità all' attività sportiva agonistica
- Art.73 Doping

TITOLO XV
TUTELA DELLA SALUTE COLLETTIVA

- Art.74 Trattamento sanitario obbligatorio e denunce obbligatorie
- Art.75 Prevenzione, assistenza e cura delle dipendenze fisiche o psichiche

TITOLO XVI
MEDICINA POTENZIATIVA ED ESTETICA

- Art.76 Medicina potenziativa
- Art. 76 bis Medicina estetica

TITOLO XVII
MEDICINA MILITARE

- Art.77 Medicina militare

TITOLO XVIII
INFORMATIZZAZIONE E INNOVAZIONE SANITARIA

- Art.78 Tecnologie informatiche
- Art. 79 Innovazione e organizzazione sanitaria

DISPOSIZIONE FINALE

ALLEGATI AL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

- Indirizzi applicativi all' art. 17 "Atti finalizzati a provocare la morte" e correlati
- Indirizzi applicativi all' art. 30 "Conflitto di interessi"
- Indirizzi applicativi all' art. 47 "Sperimentazione scientifica"
- Indirizzi applicativi all' art. 78 "Tecnologie informatiche"



Regione Toscana

Commissione Regionale di
Bioetica

**PARERE NR. 2/2020
DEL 14/02/2020**

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del Servizio sanitario regionale” e successive modifiche e integrazioni;

Visto il Capo III (Commissione regionale di bioetica e comitati etici) ed in particolare gli articoli dal 95 al 98 della suddetta legge che istituiscono e disciplinano la “Commissione regionale di bioetica”;

Vista la deliberazione di Consiglio regionale n. 108 del 4 dicembre 2018 “Commissione regionale di bioetica nomina dei componenti”;

Dato atto che in data 29 gennaio 2019 è stata insediata la Commissione regionale di bioetica e nella stessa seduta è stato eletto il Presidente nella persona del Dr. Alfredo Zuppiroli;

Dato atto inoltre che nella seduta del 15 febbraio 2019 la Commissione ha approvato il regolamento interno della stessa, così come previsto dall'articolo 98 comma 3 della citata legge regionale;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 325 del 11 marzo 2019 “Preso d'atto del regolamento di organizzazione e funzionamento della Commissione regionale di bioetica ai sensi dell'articolo 98 comma 3 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40”;

Dato atto che, in data 20 settembre 2019, la Commissione ha ritenuto di costituire uno specifico gruppo di studio denominato “Aiuto medico al morire”, in previsione dell'annunciata decisione della Corte Costituzionale ai sensi dell'ordinanza n. 207/2018 riguardante i profili di illegittimità nel generalizzato divieto penale di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p.;

Preso atto che la Commissione regionale di bioetica, anche per tramite del suddetto gruppo di studio, ha esaminato il testo della sentenza della Corte costituzionale, n. 242 del 22 novembre 2019 in materia di suicidio medicalmente assistito;

Visto l'Ordine del giorno della seduta del 14/02/2020;

LA COMMISSIONE REGIONALE DI BIOETICA

All'unanimità

DECIDE

di approvare il parere proposto dell'apposito gruppo di studio “**Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale**”.

Il Responsabile del Settore Consulenza
Giuridica e Supporto alla Ricerca
in Materia di Salute

Avv. Katia Belvedere

Il Presidente della
Commissione Regionale di Bioetica

Dr. Alfredo Zuppiroli

Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale¹

(con riferimento alla sentenza della Corte costituzionale, n. 242 del 22 novembre 2019)

Dopo aver rilevato, con ordinanza n. 207 del 2018, profili di illegittimità nel generalizzato divieto penale di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p., e dopo aver constatato la successiva inerzia del Parlamento, pur sollecitato a superare simili criticità mediante una legge organica, con sentenza n. 242/2019 la Corte costituzionale ha infine dichiarato incostituzionale quella disposizione del codice penale:

«nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».

La decisione è, dunque, per così dire, *self-executing*: sebbene l'auspicio di una disciplina della materia mediante legge sia stato rinnovato, questa volta il dispositivo riconosce fin da subito una facoltà di ricorrere al suicidio medicalmente assistito, laddove sussistano le condizioni cliniche, sostanziali e procedurali indicate. In altri termini, oltre ad escludere la rilevanza penale di fatti passati sostanzialmente corrispondenti ai requisiti indicati, la sentenza delinea una disciplina già operativa per il futuro; sicché, in qualsiasi momento, una richiesta di suicidio medicalmente assistito potrebbe adesso essere avanzata da pazienti nei confronti di singoli medici e/o di una struttura sanitaria toscana, i quali dovrebbero valutare tale istanza alla luce dei criteri indicati dalla Consulta per, eventualmente, darle seguito.

Tanto premesso, la Commissione regionale di bioetica, preso atto della proposta avanzata dal gruppo di studio sull'aiuto al morire, incaricato di tematizzare quanto di rilevante possa derivare, da questa sentenza, rispetto ai compiti istituzionali della Commissione stessa, ha in primo luogo deciso di compiere una precisa delimitazione di campo.

Considerata la circoscritta prospettiva regionale e la necessaria funzionalità rispetto alle attribuzioni della Giunta, è parso fuori luogo sia produrre l'ennesimo documento circa il rilievo bioetico del suicidio medicalmente assistito (v. il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito", del 18 luglio 2019), sia, a maggior ragione, fornire indicazioni su quale potrebbe essere un'adeguata regolamentazione del fenomeno con legge statale. Piuttosto, si è deciso di prendere atto degli esiti della decisione - a prescindere da quanto essi, e le motivazioni che li sorreggono, possano reputarsi convincenti – in considerazione delle sue immediate ripercussioni su due

¹ Il parere della Commissione Regionale di Bioetica è stato redatto sulla base del lavoro del Gruppo di studio "Aiuto medico al morire" cui hanno preso parte: Antonio Vallini – Coordinatore del gruppo di studio -, Gianni Baldini, Alessandro Bichi, Vittorio Gasparini, Mariella Immacolato, Paolo Malacarne, Piero Morino, Mariella Orsi, Antonio Panti, Monica Toraldo di Francia, Francesca Torricelli, Alfredo Zuppiroli.

livelli: il livello "istituzionale" e amministrativo del servizio sanitario regionale, il livello "personale" e professionale entro il quale si colloca la relazione tra i pazienti, con i loro diritti, ed i medici operativi nella nostra regione, con le loro prerogative e i loro obblighi professionali. Ripercussioni che è urgente prevedere e governare, su scala locale, nei limiti delle competenze e degli strumenti disponibili.

Sebbene sia possibile che una richiesta di suicidio medicalmente assistito venga avanzata in Toscana prima di ogni regolamentazione, e prima che siano stati adottati accorgimenti organizzativi, la prospettiva preferibile appare quella più strettamente programmatica, attinente, cioè, a quali interventi possano in ipotesi essere compiuti - almeno fintantoché il legislatore nazionale non offrirà indicazioni organiche - al fine di bene impostare pro futuro azioni in questa materia. Il fine è la tutela vuoi dei cittadini toscani, vuoi dei sanitari e delle loro opzioni professionali e di coscienza, sul presupposto che, rispetto a una fattispecie di tale delicatezza, sia da scongiurare il rischio di soluzioni estemporanee, "localistiche" e diseguali, quali quelle che potrebbero derivare dall'esercizio di una troppo libera discrezionalità (comportante un'eccessiva responsabilità) del singolo direttore sanitario o comitato etico (laddove istituito e operativo), investiti del problema dal singolo medico, sollecitato dal singolo paziente (in un caso del genere, sarebbe comunque opportuno che il comitato etico si confrontasse con la Commissione Regionale di Bioetica, che, ai sensi della normativa regionale, svolge funzioni di indirizzo rispetto ai comitati per l'etica clinica; la Commissione Regionale di Bioetica parrebbe, poi, l'unico interlocutore possibile rispetto a casi che dovessero verificarsi in aziende al momento prive di comitato per l'etica clinica).

In questa prospettiva, l'attenzione della Commissione Regionale di Bioetica si è concentrata principalmente sui seguenti aspetti:

1. quali possano ritenersi, nel dettaglio, i presupposti clinici e personali in presenza dei quali è oggi possibile accedere al suicidio medicalmente assistito;
2. quali accorgimenti organizzativi e procedure operative potrebbero risultare meglio conformi alle indicazioni della Corte;
3. come deve intendersi, nello specifico, il ruolo dei comitati etici;
4. quali scelte sono possibili al singolo medico, anche in relazione ai suoi obblighi deontologici e ai suoi orientamenti di coscienza, e cosa ne deriva per il Sistema sanitario.

1. I presupposti clinici e personali per l'accesso al suicidio medicalmente assistito

Secondo la Corte costituzionale, è legittimata a chiedere il suicidio assistito la persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

Il requisito sub a) è il meno problematico: il relativo accertamento, di competenza medica, non dovrebbe creare difficoltà particolari e tantomeno la relativa certificazione - attuabile anche dal medico di famiglia - da inserire in cartella clinica.

Il requisito sub b) si riferisce a "sofferenze intollerabili" anche soltanto psichiche: la soggettività del paziente è, dunque, preminente rispetto all'oggettività del sintomo (dolore misurabile con le scale validate a tale fine). In linea di principio, la certificazione dello stato di sofferenza refrattaria ai trattamenti sanitari può essere fatta dal medico curante. Nondimeno, tale requisito deve essere comprovato mediante una apposita procedura (v. *infra*); nello specifico, il livello di "tollerabilità" della sofferenza verrà a dipendere anche dalla disponibilità di un'appropriata offerta di cure palliative, e/o da un adeguato supporto psicologico (previsto all'art1/c.5 della L.219). La definizione del requisito, dunque, incide in

modo significativo sul tipo di competenze da impegnare nella procedura.

Il requisito sub c) – che la Corte valorizza in aderenza al caso concreto da cui era originata la questione di costituzionalità - è apparso quello maggiormente critico, non solo per la sua scarsa determinatezza, ma anche perché fonte di una discutibile discriminazione ai danni di pazienti egualmente colpiti da sofferenze intollerabili a causa di una patologia irreversibile, ma la cui sopravvivenza non dipende da “trattamenti di sostegno vitale”; non a caso, nessuna legislazione europea sull’aiuto al morire contempla un simile presupposto.

Il parallelismo tracciato, in sentenza, con il “diritto di rifiutare cure anche salvavita”, lascia comunque immaginare che il requisito sub c) sia riscontrabile, più in generale, ogni qual volta il paziente sia dipendente da trattamenti di sostegno vitale (in atto o prescritti, continuativi o intermittenti), tali essendo quei trattamenti la cui mancata attuazione, o la cui interruzione, determini una sensibile anticipazione del momento della morte, in ragione di una patologia o di una disabilità cui i trattamenti medesimi pongono rimedio (in altro passaggio della sentenza, la Corte parla in effetti di “trattamenti sanitari necessari” per la “sopravvivenza”, quali quelli cui si riferisce l’art. 1, comma 5, l. n. 219/2017).

La capacità di prendere decisioni libere e consapevoli (d) deve essere intesa come riferita alla facoltà di comprendere e valutare, nello specifico, vuoi la propria condizione di salute e la relativa prognosi, vuoi le implicazioni della scelta di ricorrere al suicidio medicalmente assistito, vuoi la natura delle alternative disponibili (ad es. cure palliative, sedazione palliativa profonda continua, ma anche sostegno psicologico, sociale ed economico). La volontà del paziente, precisa la Corte, deve manifestarsi “in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni”, e deve essere sostenuta da un’adeguata informazione. Di per sé, ove non assurga a patologia conclamata, non basta ad escludere questa capacità lo stato di afflizione e di alterazione psicologica che normalmente si associa alle patologie che tipicamente spingono alla richiesta di aiuto al morire: si rammenti che il fatto di essere vittima di una sofferenza anche psicologica intollerabile, lungi dal costituire un ostacolo al suicidio medicalmente assistito, è un presupposto essenziale affinché la relativa richiesta possa trovare accoglimento.

La Commissione regionale di bioetica ritiene che la richiesta di suicidio assistito non possa essere avanzata mediante Disposizioni anticipate di trattamento, se non altro perché le DAT, per definizione, divengono efficaci a fronte di una sopravvenuta incapacità del paziente, incompatibile con l’ipotesi che il paziente medesimo possa suicidarsi.

2. La procedura e i soggetti coinvolti

Pur scontando le limitate capacità di organo non propriamente dotato di potere legislativo, la Corte costituzionale indica una sorta di percorso da compiere una volta che una richiesta di suicidio medicalmente assistito sia stata avanzata, a garanzia del fatto che si giunga, in concreto, al miglior bilanciamento di tutti gli interessi in gioco, e ad una scelta che possa ritenersi senz’altro autentica, fondata, ponderata, non influenzata da condizioni di vulnerabilità affrontabili con altri mezzi, priva di alternative praticabili (le quali dovrebbero essere, in linea di principio, favorite, pur senza coercizioni o colpevolizzazioni del paziente o metodi comunque offensivi della sua dignità).

Questo percorso in larga misura è ricostruito in analogia – per così dire - con quanto già previsto dalla legge n. 219/2017, in materia di relazione di cura, rifiuto di trattamenti salvavita, terapia del dolore e sedazione palliativa profonda continua.

In specie, la procedura dovrà essere garantita da «strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale», e dovrà essere principalmente finalizzata alla «verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l’aiuto», accertando «la

capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa»; al tempo stesso, le strutture pubbliche avranno il compito di «verificare le [...] modalità» di realizzazione dell'atto finale, «le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»: fermo restando che la condotta causale rispetto alla morte dovrà essere tenuta dal paziente (ad es.: autosomministrazione dei farmaci), non potendo il medico, né altri, provocare il decesso, pena altrimenti l'integrazione del reato di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.)

Il medico della struttura pubblica dovrà dunque chiarire al malato «le conseguenze [della] decisione e le possibili alternative», in una prospettiva tuttavia non “statica” – limitata al momento dell'informazione – bensì dinamica, cioè comprendente un percorso di accompagnamento e dialogo funzionale ad una elaborazione “assistita” della volontà del paziente, fatto anche della concreta sperimentazione di quelle “possibili alternative”. In particolare, si aggiunge in sentenza, il medico dovrà promuovere «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Altra preconditione da attivare è costituita dalla offerta effettiva di un percorso di cure palliative, comprensivo della sedazione palliativa profonda continua, o dall'attuazione di una appropriata terapia del dolore, sul presupposto che «l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita».

La manifestazione di volontà, preceduta e sostenuta da questi interventi, dovrà essere acquisita «nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» e documentata «in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare», per poi essere inserita nella cartella clinica. Ciò, «[f]erma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà»: il che, peraltro – aggiunge la Corte costituzionale - «nel caso dell'aiuto al suicidio, è insito nel fatto stesso che l'interessato conserva, per definizione, il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale».

«In questo contesto», precisa ulteriormente il Giudice delle leggi, «deve evidentemente darsi conto anche del carattere irreversibile della patologia: elemento indicato nella cartella clinica e comunicato dal medico quando avvisa il paziente circa le conseguenze legate all'interruzione del trattamento vitale e sulle “possibili alternative”. Lo stesso deve dirsi per le sofferenze fisiche o psicologiche: il promovimento delle azioni di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore, presuppone una conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza».

Se tutto questo percorso inerisce alla relazione tra medico e paziente (art.1 l. n. 219/2017), in sentenza si pretende, altresì, «l'intervento di un organo collegiale terzo [rispetto a quella relazione], munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti».

Per il resto, l'opinione che all'interno della Commissione ha incontrato maggiori consensi è quella favorevole alla precostituzione almeno per ogni Area vasta, su base volontaria, di una *équipe* di professionisti, nella quale siano presenti alcuni medici che abbiano dichiarato di non avvalersi della clausola di coscienza rispetto alla messa in atto del suicidio assistito, dotati delle competenze necessarie per verificare e accertare i presupposti clinici e personali in modo formale e definire gli aspetti procedurali: 1) un medico palliativista – così da risolvere a monte il problema dell'effettiva disponibilità, presso ogni singola struttura toscana, di un servizio di medicina palliativa, di cui molto si è discusso; 2) uno psicologo (competente per il dialogo con il paziente, anche al fine di valutare la irremovibilità del proposito autonomamente e liberamente formatosi, e la capacità di prendere decisioni libere e

consapevoli, con eventuale coinvolgimento di uno psichiatra ove dovessero riscontrarsi possibili patologie mentali); 3) un medico specialista nel trattamento di sostegno vitale cui è sottoposto il malato o per il quale c'è indicazione, ma che il malato rifiuta.

A queste tre figure, di volta in volta sarà affiancato un medico specialista nella patologia da cui è affetto il malato (patologia irreversibile), ed, eventualmente, il medico di fiducia del paziente.

Tanto presupposto, la procedura potrebbe seguire già "a diritto vigente" i passaggi che seguono.

1) Il malato si rivolge al proprio medico di medicina generale o ad un medico di sua fiducia, oppure al medico che lo ha in cura presso la struttura sanitaria in cui è ricoverato, e avanza la richiesta di aiuto al morire.

2) Il medico coinvolto dal malato si rivolge alla Azienda competente per territorio, ai fini della verifica delle condizioni e per lo svolgimento della procedura delineata dalla sentenza della Corte costituzionale.

3) Le strutture pubbliche coinvolte attivano l'équipe precostituita, la quale instaura con il paziente a tutti gli effetti una "relazione di cura" ex art. 1 l. n. 219/2017. L'équipe, supportata dalle figure sopra individuate, provvede a verificare collegialmente le condizioni (presupposti clinici e personali), proponendo fattivamente possibili alternative (ad es. attivando un percorso di cure palliative anche presso il domicilio o in hospice - con conseguente sospensione della procedura per il suicidio medicalmente assistito - e procedendo nel tempo in un dialogo finalizzato a valutare se possano esservi motivi di ripensamento del paziente, ovviamente nel pieno rispetto della sua identità e dignità), nonché a raccogliere formalmente la richiesta di suicidio medicalmente assistito (forma scritta o videoregistrazione).

4) L'équipe, oltre ovviamente ad annotare e motivare rigorosamente ogni passaggio compiuto in cartella clinica, produce al termine una relazione scritta da inviare al comitato etico territorialmente competente, soggetto "terzo" e con funzioni di controllo rispetto alla relazione di cura e alle esigenze di tutela di soggetti vulnerabili, affinché esso possa attivarsi e produrre un parere. L'individuazione e la funzione del comitato etico competente sono stati oggetti di una riflessione specifica, riguardo alla quale v. infra.

5) Visto il parere del comitato etico – obbligatorio, ma non vincolante – l'équipe decide, infine, se dare o non dare seguito alla richiesta del malato. La scelta dovrà essere adeguatamente motivata per iscritto e riportata in cartella clinica. Qualora venisse opposto un rifiuto, il malato deve avere la possibilità di una ulteriore interlocuzione con l'équipe, in tempi adeguati alla sua condizione clinica; in ogni caso, gli interessati potranno eventualmente esperire le azioni loro disponibili presso l'autorità giudiziaria competente.

6) Se, invece, il Gruppo di lavoro decide di dar seguito alla richiesta, il malato indicherà dove desidera mettere in atto il suicidio medicalmente assistito (domicilio o struttura sanitaria): fermo restando che, stando alla sentenza, rimane in carico al Servizio sanitario la responsabilità di verificare le modalità di concreta realizzazione del suicidio, le quali dovranno essere «tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze». Il medico curante, se non oppone una clausola di coscienza, prescrive i farmaci e accompagna il malato nella fase finale se questa avviene a domicilio, potendo eventualmente chiedere il supporto di uno dei medici dell'équipe che ha avallato la richiesta; se, invece, il malato sceglie l'ospedale, deve essere individuata da parte della Direzione Sanitaria della ASL e/o AO, su base volontaria, la U.O. di ricovero dove verrà data attuazione al suicidio medicalmente assistito, nel pieno rispetto della dignità del paziente (presenza di medici ed infermieri non obiettori, stanza singola, ecc.).

In questi ultimi momenti della procedura, l'unica professionalità che sembra davvero indispensabile è quella di chi possa intervenire con appropriata competenza in caso di

complicanze, per evitare ulteriori inutili sofferenze al paziente.

Superfluo precisare che ogni singolo momento del protocollo dovrà essere attentamente registrato e motivato in cartella clinica.

Al di là, peraltro, dei singoli passaggi tecnici, resta fermo che la migliore garanzia acciocché procedure come queste possano effettivamente attivarsi nel momento e svolgersi nei modi più adeguati, a salvaguardia di tutti gli interessi coinvolti, è costituita da un'opera di sensibilizzazione del personale sanitario e della cittadinanza, che potrebbe prendere le mosse dalla pubblicizzazione, nelle sedi opportune, di questo stesso documento.

3. Individuazione e ruolo dei comitati etici quali soggetti della procedura

Scriva la Corte:

«La delicatezza del valore in gioco richiede [...] l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti. Tali comitati – quali organismi di consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possano presentarsi nella pratica sanitaria – sono, infatti, investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, amplius, all'uso di questi ultimi e dei dispositivi medici (art. 12, comma 10, lettera c, del d.l. n. 158 del 2012; art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, recante "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici"): funzioni che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante "Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica")».

L'indicazione della Corte è persa, alla Commissione Regionale di Bioetica, altamente problematica e di non agevole traduzione in pratica.

In primo luogo, non è immediata l'individuazione dei comitati cui vien fatto riferimento. Il richiamato art. 12, co. 10, lett. c), del d.l. n. 158/2012 (convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189), si riferisce indubbiamente alla organizzazione dei comitati etici per le sperimentazioni cliniche sui medicinali ad uso umano: in questa prospettiva di scopo, che niente ha a che fare con la peculiare complessità bioetica del suicidio medicalmente assistito (ove non è in gioco alcuna "sperimentazione" di medicinali o pratiche cliniche), sembrerebbe dover poi essere intesa l'estensione delle competenze, sancita in questa norma, a «ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati». La Corte sembra invece leggere in modo particolarmente estensivo il concetto di "uso dei medicinali e dei dispositivi medici", fino a farvi rientrare, evidentemente, *l'uso ai fini del suicidio medicalmente assistito*; a supporto di questa tesi richiama, altresì, la competenza successivamente attribuita ai comitati in materia di "uso compassionevole" dei medicinali. Entrambi questi argomenti suscitano perplessità: vuoi perché "l'uso del farmaco" riguarda solo l'ultima fase della procedura per il suicidio medicalmente assistito, mentre è soprattutto nei passaggi precedenti che si annidano quelle problematiche bioetiche, e quei rischi di abuso di condizioni di vulnerabilità, che spingono la Corte a chiedere l'intervento di un

soggetto terzo e collegiale; vuoi perché la questione dell'uso compassionevole non ha niente a che vedere con una "consulenza bioetica" a favore di una relazione medica ad alta complessità valoriale, bensì è ancora strettamente imparentata con il tema dei rapporti tra sperimentazione e applicazione clinica di un farmaco. In ogni caso, per il tipo di formazione, di professionalità rappresentate, e di esperienze maturate (e tradotte nei regolamenti interni), i comitati per la sperimentazione non sembrano affatto garantire quelle "adeguate competenze [a] garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità" che la stessa Corte richiede.

La motivazione della Corte guadagna tuttavia una nuova luce quando richiama l'art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, norma attuativa del già citato art. 12, co. 10, d.l. n. 158/2012, il cui comma 2 è così formulato: «*Ove non già attribuita a specifici organismi*, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona [...]». Si tratta di un'estensione di competenza operata direttamente dalla fonte subordinata, la quale, oltretutto, dà fondamento all'istituzione di distinti, "specifici organismi" concepiti appunto come organi di consulenza bioetica locale riguardo a casi clinici e più in genere attività assistenziali, e non riguardo alla sperimentazione clinica. Lasciando da parte la questione di quanto queste indicazioni normative siano state adeguatamente implementate nelle diverse regioni, e senza poterci qui attardare in una valutazione della prassi delle istituzioni titolari di questo compito di consulenza bioetica in sede locale, quel che maggiormente interessa ai fini del presente documento è come la Regione Toscana abbia appunto istituito, a livello aziendale, i comitati per l'etica clinica, distinti dal comitato etico per la sperimentazione clinica, in virtù dell'art. 99 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40, che così ne definisce natura e funzioni: «I comitati per l'etica clinica sono organismi indipendenti e multidisciplinari di livello aziendale garanti dei diritti, della dignità e della centralità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie e strumenti di diffusione della cultura bioetica. Sono finalizzati all'esame degli aspetti etici attinenti alla programmazione e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché a sviluppare e supportare i relativi interventi educativi della popolazione e di formazione bioetica del personale; la Commissione regionale di bioetica supporta l'attività regionale di indirizzo e coordinamento dei comitati per l'etica clinica». Nel sistema sanitario toscano, detti comitati sono una realtà già avviata – sia pure senz'altro perfettibile - e pare indubbio che, almeno a livello regionale, la loro competenza sia quella che più precisamente risponde alle premure della Corte costituzionale. Lo stesso orientamento è stato d'altronde già condiviso dalla Commissione Regionale di Bioetica che, in data 10 gennaio 2020, ha approvato un parere positivo al documento "Elementi essenziali per l'organizzazione dei Comitati per l'Etica Clinica", nel quale viene attribuito a tali comitati, tra gli altri, un ruolo di "revisione e consulenza su questioni e casi etici critici", consistente precisamente nel «fornire raccomandazioni, indirizzi e consulenza all'ente, agli operatori e ai cittadini, relativamente a questioni etiche connesse con le attività assistenziali e scientifiche, anche mediante l'analisi etica di casi clinici particolarmente critici, *anche ai sensi di quanto disposto dalla sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito*».

All'interno della Commissione di Bioetica ha trovato altresì condivisione l'idea dell'istituzione di organismi *ad hoc* per le procedure di suicidio medicalmente assistito, così come è stata ventilata l'ipotesi di un'attribuzione di competenza direttamente alla Commissione Regionale di Bioetica. Prevalente, però - anche per la sua più immediata esperibilità - è la proposta di dar seguito all'indicazione della Corte assegnando appunto ai comitati per l'etica clinica già esistenti, e prossimi ad essere riorganizzati, questa delicata funzione, auspicando piuttosto che la Commissione regionale di bioetica eserciti il proprio potere-dovere di indirizzo nei loro

confronti, al fine di evitare marcate diseguaglianze di trattamento ed orientamento tra diverse aree di competenza. Questo stesso documento contiene d'altronde, in nuce, i contenuti fondamentali di linee di indirizzo che, tuttavia, meriterebbero forse di essere ulteriormente ponderate alla luce di un prossimo confronto con rappresentanti dei comitati per l'etica clinica e con le competenti istituzioni regionali.

Seconda questione problematica è quale tipo di attribuzioni debbano essere riconosciute a questi soggetti, rispetto alla procedura delineata dalla Corte nella sentenza n. 242/2019.

Quel che è sicuro è che i comitati assumono, sta scritto in sentenza, un *ruolo terzo*: terzo, v'è da intendere, rispetto alla relazione medica entro la quale la stessa sentenza colloca gli accertamenti e le scelte decisive che connotano il percorso attivato dalla richiesta di suicidio medicalmente assistito; accertamenti e scelte che, d'altronde, toccano l'essenza di quella relazione come definita dalla l. n. 219/2017 ("bussola" della Corte costituzionale), fatta appunto non solo di "tecnica" e competenze mediche, ma anche di informazione, dialogo, consenso, valorizzazione dell'identità del paziente. Non spetta, dunque, al comitato ripetere nel dettaglio i singoli accertamenti compiuti dal medico curante e dall'*équipe*, non rientrando questo tipo di attività nella sua competenza istituzionale, e dovendosi evitare il rischio di una duplicazione di un processo già faticoso e complesso per il paziente e per i professionisti responsabili.

Altro aspetto chiaro è lo *scopo* che la Corte assegna all'intervento dei comitati: esso è funzionale a *garantire situazioni di vulnerabilità implicate nel singolo caso clinico* (quindi, non si attribuisce loro né il compito di ponderare "in astratto" la valenza bioetica del suicidio medicalmente assistito, dando generiche indicazioni operative al riguardo – in effetti, sebbene siano emerse motivate perplessità a questo proposito, pare indubbio che la Corte investa il comitato di una responsabilità in rapporto al singolo caso concreto – né, men che mai, quello di sindacare eticamente le motivazioni degli attori della vicenda). Tutti convergono infine che il comitato, conformemente alla sua stessa natura, sia chiamato ad esprimere un *parere sì obbligatorio, ma non vincolante* (la stessa Corte evoca una funzione soltanto *consultiva*), sostenuto tutt'al più da un ruolo di mediazione e controllo. Come già detto, le scelte decisive devono originare e concludersi all'interno della relazione cui strettamente ineriscono, cioè quella medico (*équipe*) – paziente.

Tanto premesso, all'interno della Commissione sono emerse, per il resto, fondamentalmente due visioni (peraltro, forse, conciliabili tra loro):

1. il comitato etico come mero organo di verifica dei presupposti *ex post*
2. il comitato etico come strumento di mediazione bioetica

1. Secondo la prima impostazione, funzione dell'organismo "terzo" sarebbe quella di svolgere un controllo metodologico dall'esterno – a partire dalla relazione rilasciata dall'*équipe* che ha instaurato la rapporto col paziente richiedente il suicidio medicalmente assistito – circa la "regolarità" e completezza della procedura; la quale, di per sé, se ben sviluppata, varrebbe già ad evitare l'abuso di posizioni di vulnerabilità.

2. Adottando la seconda visuale, il comitato non assumerebbe un compito di mera "verifica notarile" dell'operato dei medici e delle strutture sanitarie, ma sarebbe chiamato ad ingerirsi virtuosamente (e rispettosamente) nella relazione tra medico e paziente, non certo allo scopo di scardinarla o di sostituirsi agli unici legittimi titolari di quella relazione, bensì con la funzione di rilevare – anche attraverso il dialogo con il malato e i professionisti coinvolti – criticità e vulnerabilità non necessariamente già messe a fuoco, spazi per soluzioni alternative non necessariamente già proposte o sperimentate. In specie, il comitato dovrebbe senz'altro verificare che il paziente abbia avuto a disposizione tutte le migliori cure possibili, e il corretto espletamento dei passaggi della procedura – a partire dall'effettiva

offerta di un valido percorso di cure palliative -, ma soprattutto dovrebbe sondare in un lasso di tempo ragionevole la presenza, e la persistenza, di una richiesta esplicita, irremovibile, espressa in forma chiara e ripetuta, pienamente consapevole e informata, non sottoposta a condizionamenti. Tra questi condizionamenti, bisognerebbe in particolare verificare che il paziente non sia stato influenzato da motivi o cause transitorie, o che comunque la sua opzione non sia “rivedibile” a seguito di un adeguato supporto psicologico e sociale (nei comitati è rappresentata anche la figura dell’assistente sociale), considerando come ben possa accadere che a pesare siano condizioni di deprivazione economica, familiare o sociale altrimenti gestibili.

Il comitato per l’etica clinica sarebbe, poi e soprattutto, il luogo dove eventuali divergenze tra medici e paziente, all’interno dell’equipe di cura o con i familiari, dovrebbero essere vagliate e discusse, al fine di trovare una conciliazione, in funzione preventiva di ogni successivo contenzioso.

Questa seconda impostazione valorizza, insomma, la funzione di organo non già di valutazione clinica “di secondo grado”, bensì di consulenza e mediazione bioetica, che già le norme citate sembrano assegnare ai comitati, e che trova corrispondenza in un parere del Comitato Nazionale di Bioetica (*I comitati per l’etica nella clinica*, 31 maggio 2017), stando al quale gli organismi in discussione dovrebbero segnatamente «assumere le funzioni di *valutazione* di casi clinici che non rientrano nella sperimentazione clinica e farmacologica, e quindi *analizzare e discutere* la natura dei *problemi morali* che l’assistenza ai pazienti e la pratica terapeutica possono presentare nelle situazioni più delicate (es.: inizio e fine vita), con i soggetti vulnerabili (es.: minori, incapaci, anziani, immigrati), negli eventi imprevisti (es: *incidental findings*).... Ad essi sarà, quindi, affidata l’individuazione e la definizione dei problemi morali o culturali che si manifestano nell’attività assistenziale e terapeutica con il compito di *proporre* le possibili soluzioni e *operare le opportune mediazioni*, ponendo insomma le basi per una compiuta attuazione degli ideali dell’alleanza terapeutica».

La prima impostazione è animata, d’altronde, da un’opportuna prudenza riguardo al rischio che il comitato – comunque “soggetto terzo”, che interviene in una fase già molto avanzata dell’esperienza di malattia del paziente - se investito di un potere di ingerenza e sindacato troppo pronunciato, almeno nei fatti possa alterare i delicati equilibri maturati nel “luogo” più adatto, vale a dire all’interno della relazione medico-paziente.

È vero che, in ogni caso, il parere del comitato (che adottando la prima impostazione avrà un contenuto essenzialmente certificativo, adottando la seconda potrebbe anche contenere direttive e sollecitazioni) non vincola le scelte di medici e le opzioni del paziente; è altrettanto vero, purtuttavia, che tale documento è in grado di esercitare una notevole *moral suasion*, se non altro per il peso che potrebbe assumere in un successivo procedimento civile o penale. Per tale ragione, il ruolo dei comitati rimane di particolare delicatezza, e di particolare importanza si rivelano le funzioni di indirizzo che la normativa regionale assegna alla Commissione regionale di bioetica.

4. Le opzioni di coscienza del singolo medico e i compiti del Servizio Sanitario

Venendo a trattare il tema dell’obiezione di coscienza, la Corte ribadisce che, rispetto alle situazioni indicate, viene meno la legittimazione di un divieto penale (non avendo senso tutelare “ad oltranza”, con la più grave delle sanzioni, un “bene vita” di cui il paziente potrebbe comunque disporre rifiutando le cure); senonché, la circostanza che un fatto *non sia penalmente rilevante*, non significa affatto che esso sia *obbligatorio*: «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale», si legge in sentenza, «si limita a escludere la

punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, *senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici*. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico *scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato*» (corsivi nostri).

La Corte è insomma chiarissima nel ritenere che il medico sia titolare non già di un *dovere* di dar seguito alla richiesta del paziente – salva la possibilità di una obiezione di coscienza – bensì di una *facoltà* in tal senso. Si può dunque, al più, parlare di *clausola di coscienza*, nel senso che la scelta (di coscienza appunto) circa la risposta da offrire a colui che richieda un aiuto al morire sia già in linea di principio libera, in quanto sottratta sia ad obblighi che a divieti.

Purtuttavia, da altri passaggi delle motivazioni emerge come la declaratoria di incostituzionalità parziale dell'art.580 c.p. dipenda non solo dal venir meno di un ragionevole "scopo di tutela" della fattispecie stessa, ma dalla circostanza che, nelle ipotesi definite, il paziente, chiedendo il suicidio, esercita una vera e propria *libertà di autodeterminazione* in ambito sanitario *costituzionalmente tutelata* ex artt. 2, 13 e 32 Cost. Invero, scrive la Corte, «il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente *la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.*, imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita»; diversi altri momenti delle motivazioni tendono poi a ricondurre la richiesta di accesso al suicidio ai contenuti e agli scopi della legge n. 219/2017, la quale disciplina nel dettaglio la facoltà, costituzionalmente salvaguardata, di sottrarsi ai trattamenti sanitari, anche salvavita.

In definitiva, le motivazioni della Corte – le si ritenga o non le si ritenga condivisibili - possono essere così intese, nel loro complesso: il paziente che chieda il suicidio medicalmente assistito non invoca un, inesistente, "diritto di ottenere la morte", ma neppure si muove in un ambito semplicemente "libero dal diritto penale", né agisce in nome di una mera "libertà di fatto", alla quale potrebbe essere abbandonato. Egli piuttosto esercita, in un modo peculiare, una libertà costituzionalmente tutelata dagli artt. 2, 13 e 32 Cost. Quando detto esercizio si traduca "soltanto" in una richiesta ad essere liberato dalle cure di sostegno vitale, ad esso – come già stabilito dalla legge n. 219/2017 - corrisponde un divieto per il medico di interferire, o continuare ad interferire, in quella sfera di libertà (quindi un divieto di attuare o proseguire i trattamenti sanitari), per la ragione basilare che l'esercizio di una libertà fondamentale non può essere *impedito*. Quando l'attuazione di quella libertà sia, invece, orientata al suicidio, ad essa non può corrispondere un obbligo del medico *ad aiutare con gesto attivo*: in termini generali, a fronte di una libertà vi è, per i terzi, un dovere di non interferire, non già un obbligo di collaborare; nello specifico contesto sanitario, poi, non si intravede alcuna ragione in virtù della quale il medico sia tenuto ad impegnarsi fattivamente nel favorire scelte autolesive che non hanno direttamente a che fare con la salvaguardia del diritto alla salute del paziente (oggetto della posizione di garanzia del sanitario), ma che, piuttosto, ineriscono a uno spazio di "autodeterminazione" e di "libertà da" le cure, sebbene costituzionalmente presidiato.

Sotto altro profilo ancora, nondimeno, assistere taluno nell'esercizio di una libertà costituzionalmente tutelata, se non può considerarsi oggetto di un obbligo, neppure può essere oggetto di un divieto, penale o extra-penale: la valutazione positiva che l'ordinamento dà di quella libertà si "trasmette", per così dire, a ogni condotta che renda quella libertà effettivamente attuabile. La sentenza, come già si è ricordato, è d'altronde netta nell'attribuire *pari legittimità tanto alla scelta di non corrispondere come a quella di corrispondere alla richiesta del malato* (attuata in presenza delle rigorose condizioni indicate, e sottoposta al vaglio della descritta procedura). Per questa ragione le Direzioni dovrebbero adoperarsi affinché nessuna discriminazione di carattere professionale,

neppure indiretta, possa incidere sulla piena libertà di esercitare la scelta di coscienza, quale che sia.

Quel che più interessa in questa sede, peraltro, concerne il ruolo del Servizio sanitario: è esso *obbligato* ad offrire un servizio di assistenza medica al suicidio, alle condizioni stabilite in sentenza, anche laddove singoli medici decidano liberamente di non offrire la loro collaborazione?

Su questo punto, le indicazioni della Corte lasciano propendere per una risposta positiva: il Servizio sanitario “pubblico” è chiamato espressamente in causa, non certo per garantire un “diritto al suicidio” che da un lato viene negato, dall’altro lato comunque non atterrebbe alla missione istituzionale del Servizio, ma perché non sarebbe costituzionalmente tollerabile che la “libertà di suicidarsi”, di cui si è detto, si concretizzasse in un vuoto di tutela. Il Servizio deve, insomma, presidiare eventuali “condizioni di vulnerabilità” che potrebbero rendere quella scelta estrema apparente, o invalida, o superabile, e deve altresì offrire prestazioni, in specie cure palliative, che potrebbero dissuadere il paziente, tutto questo pienamente corrispondendo alla sua funzione istituzionale di salvaguardia della salute. In questi termini, *sembra imprescindibile che i Servizi si predispongano per garantire quell’assistenza e quelle procedure pretese in sentenza, a prescindere dalle variabili di coscienza di singoli professionisti.*

Si potrebbe persino asserire, per ricondurre l’intero quadro a maggiore coerenza, che i singoli medici dipendenti delle strutture pubbliche, pur certo non obbligati ad *aiutare* il paziente *nell’effettuazione* dell’atto autosoppressivo (ad es. prescrivendo i farmaci necessari per darsi la morte, predisponendo la flebo cui il paziente potrà attingere per l’autosomministrazione letale, ecc.), per le ragioni dianzi evidenziate, siano comunque tenuti ad intervenire nelle *fasi preliminari di quell’atto* (nella “procedura”), dove la funzione naturale del medico quale garante della salute si manifesta appieno. In quei momenti, per vero, si devono focalizzare eventuali fragilità e, in tal caso, intervenire in funzione di salvaguardia; si deve accertare la piena consapevolezza del paziente offrendogli l’opportunità di un dialogo; si devono tentare, con il consenso dell’interessato, strategie cliniche e di medicina palliativa – così come percorsi di assistenza psicologica o sociale - che possano anche farlo desistere dal proposito.

Persino l’assistenza finale al paziente, di cui si è detto, che non si risolva in una facilitazione dell’atto suicida, bensì valga ad escludere che il paziente incorra in sofferenze evitabili, parrebbe da annoverare tra quelle doverose perché appunto orientata non già ad anticipare la morte, bensì a salvaguardare la salute residua di chi, con gesto autonomo, si sta congedando dalla vita.

COMUNICATO STAMPA SICP-FCP

DEPOSITO DELLA SENTENZA 242/19 DELLA CORTE COSTITUZIONALE SU AIUTO AL SUICIDIO

Milano, 26 novembre 2019

In data 22 novembre 2019 la Corte costituzionale ha depositato la sentenza n. 242/19 emessa il 25 settembre 2019 dichiarando “l’illegittimità costituzionale dell’art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione – agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente.”

In merito a tale sentenza, la SICP e la FCP esprimono le seguenti valutazioni:

1. **precisano** che con questa sentenza **non** viene riconosciuto il diritto al suicidio medicalmente assistito, ma che viene individuata un’area di non punibilità per chi agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, previo parere del Comitato Etico territorialmente competente;
2. **valutano** molto positivamente la perentoria indicazione della Corte costituzionale ad implementare una diffusa offerta di Cure Palliative ai malati che fanno richiesta di suicidio assistito al fine di prevenire un improprio ricorso al suicidio in casi di sofferenze fisiche o psico-esistenziali controllabili da efficaci Cure Palliative; come ribadito dalla Corte, il coinvolgimento in un percorso di Cure Palliative deve costituire un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente;
3. **ribadiscono** che l’attuale offerta di Cure Palliative è insufficientemente garantita su quasi tutto il territorio nazionale poiché l’implementazione delle Reti Locali e Regionali di Cure Palliative prevista dalla Legge 38/10 è gravemente deficitaria in molte Regioni italiane; l’implementazione di Cure Palliative omogenee a livello nazionale deve rappresentare una priorità assoluta per le politiche della Sanità;
4. **ricordano** che la Legge 38/10 deve essere implementata anche per quanto riguarda la formazione universitaria pre e post-laurea al fine di fornire adeguate competenze professionali ai sanitari oltre che per ciò che concerne l’informazione dei cittadini che conoscono poco le Cure Palliative e il diritto ad accedervi;
5. **confermano** il valore positivo che la Legge 219/17 sta imprimendo alla cura dei malati in fase avanzata e terminale grazie alla valorizzazione delle loro volontà e preferenze nella attuazione dei

percorsi di cura, ma **esprimono** una viva preoccupazione per la prima delle due ipotesi formulate dalla Corte costituzionale di legiferare modificando la Legge 219/17. **SICP e FCP ritengono** che sarebbe preferibile che il Parlamento scegliesse la seconda ipotesi formulata dalla Corte costituzionale lasciando immodificata **la Legge 219/17** per procedere alla stesura di una legge **ad hoc** sull'aiuto a morire;

6. esprimono preoccupazione circa il coinvolgimento preventivo dei Comitati Etici Locali sia per la loro scarsa diffusione a livello territoriale sia perché sono prevalentemente orientati alla valutazione di sperimentazioni cliniche; infatti, solo pochissimi di essi hanno sviluppato competenze di bioetica clinica. Nel caso **che** una futura legge preveda il coinvolgimento preventivo dei Comitati Etici locali sarà necessario implementare una rete di Comitati Etici per la Pratica Clinica dotati di adeguate competenze specifiche;
7. pur valutando positivamente l'indicazione posta dalla Corte costituzionale circa "la verifica da parte di una struttura pubblica appartenente al Servizio Sanitario Nazionale delle condizioni e delle modalità di esecuzione del suicidio assistito", **sottolineano** che sarebbe importante non escludere il domicilio del malato e altri setting come luoghi di attuazione dello stesso;
8. **ribadiscono** che - **per definizione** - le Cure Palliative sono contrarie sia all'abbreviazione che all'allungamento della fase terminale della vita pur ammettendo che anche il miglior sistema di offerta ed erogazione di Cure Palliative, nonostante sia in grado di ridurre in modo molto rilevante la domanda di aiuto a morire, non la annulla. Infatti, vi sono persone gravemente malate o con gravissime disabilità che, pur trattate con le migliori Cure Palliative, richiedono di abbreviare la loro vita residua. Parimenti vi sono persone malate che rifiutano consapevolmente l'offerta di Cure Palliative. In queste persone la richiesta di morire anticipatamente risponde non tanto ad un insufficiente controllo delle sofferenze rispetto a quanto da loro desiderato, quanto ad un rifiuto a continuare a vivere in quelle condizioni di malattia che sono da loro giudicate non dignitose, non coerenti con il loro progetto di vita, con le loro preferenze, desideri, volontà e concezioni identitarie;
9. in considerazione di quanto espresso al punto 8, **valutano** positivamente la posizione della Corte costituzionale nel prevedere la libertà di coscienza ai sanitari in tema di aiuto al suicidio; spetterà ad una legge *ad hoc* prevedere da un lato l'obiezione di coscienza per il personale sanitario e, dall'altro, l'esercizio del diritto del paziente.

Il Presidente SICP

Dr. Italo Penco



La Presidente FCP

Dott.ssa Stefania Bastianello



COMUNICATO DELLA PRESIDENZA NAZIONALE AMCI



Associazione Medici Cattolici Italiani Presidenza Nazionale

COMUNICATO DELLA PRESIDENZA NAZIONALE AMCI ELABORATO, APPROVATO E SOTTOSCRITTO ALL'UNANIMITA'

Il 30 gennaio 2020 l'Associazione Medici Cattolici Italiani, con grande senso di responsabilità e lungimiranza, ha organizzato in Roma in Palazzo Maffei Marescotti un convegno dal titolo **“Medicina e sanità ai confini della vita: il ruolo del medico”**, per realizzare un'attenta e ponderata riflessione in merito ai recenti pronunciamenti, per sentenza, della Corte Costituzionale 242 del 2019 sul tema dell'aiuto al suicidio assistito. Il Convegno, realizzato in collaborazione con la FMOMCeO, ha visto la partecipazione dei massimi livelli della Federazione, del Presidente Nazionale Filippo Anelli, del Prof. Fulvio Borromei, Coordinatore Nazionale Cure Palliative FNOMCeO e Presidente OMCeO Ancona, del Prof. Pierantonio Muzzetto, Coordinatore Consulta Deontologica Nazionale FNOMCeO e Presidente OMCeO Parma, del Prof. Filippo M. Boscia, Presidente Nazionale AMCI, del Dott. Alfredo Mantovano, vice Presidente del Centro Studi Livatino e del Dott. Massimo Polledri, Neuropsichiatra infantile e Presidente del Comitato Polis Pro Persona. Il Convegno aveva l'intento di proiettare l'attenzione di tutti i partecipanti sulle conseguenze che la sentenza avrebbe potuto avere anche sul Codice Deontologico. In quell'occasione a nome dell'AMCI, Filippo Boscia, ha coerentemente ribadito quanto già espresso in passato (Agenzia SIR dell'agosto 2019) *“Ai medici non può essere assegnato il compito di causare o provocare la morte. Essi hanno l'obbligo di indicare la proporzionalità delle cure, avendo un attento sguardo alla storia naturale della malattia”*. *“Tutti i medici cattolici rappresentano l'assoluta incompatibilità tra l'agire medico e l'uccidere, perché chi esercita la difficile arte medica non può scegliere di far morire e nemmeno di far vivere ad ogni costo, contro ogni ragionevole logica. I medici cattolici ribadiscono la necessità e l'urgenza di attuare su tutto il territorio nazionale le grandi potenzialità della legge 38/2010 **'disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore'** e che ciò va realizzato in modo omogeneo ed universalistico. Sottolineano l'importanza di queste cure e la necessità di mantenere i malati terminali in un percorso esistenziale, sostanziato al massimo da rapporti umani ed affettivi”*.

I medici cattolici, al fine di evitare ogni possibile fraintendimento o dubbio, ribadiscono la loro stabile e immodificata posizione, che è quella per la quale l'AMCI si è sempre battuta e continuerà a battersi con coerenza, senza dubbi e senza remore, e sulla quale non si accettano compromessi.

I medici cattolici sono in trincea contro l'eutanasia e il suicidio assistito!

Il Consiglio di Presidenza AMCI ritiene assolutamente incompatibile ogni intervento di assistenza medica al suicidio assistito con l'etica e la deontologia professionale del medico.

Ribadisce che è l'integrità del medico a rendere inconciliabile l'arte medica con il suicidio assistito e qualsivoglia forma eutanassica e che non vi sono alternative!

La medicina è sempre senza eccezioni *perla vita e a favore della vita*, e questa vita deve essere sempre accompagnata, senza alcun disimpegno, senza alcun abbandono, con delicatezza, fermezza e impegno nel continuare a curare le fragilità, pur se terminali,

adempiendo sempre con sollecitudine e proporzionalità a prendersi cura (care), soprattutto quando non si può guarire. L'AMCI dunque moralmente non può accondiscendere in nessun caso a richieste eutanasiche da parte dei pazienti, ed i medici cattolici saranno sempre osservanti della propria coscienza. E questo, nell'interesse del sofferente, varrà sempre, sia ben chiaro, anche al di là delle nuove interpretazioni dell'art. 17 del codice di deontologia medica.

I medici cattolici italiani, pienamente partecipi della vita democratica del Paese, accanto a tutti gli uomini di buona volontà, sono e saranno sempre impegnati nella battaglia per i diritti umani. Per questo ad alta voce difendono e promuovono la libertà di coscienza degli operatori sanitari e riflettono sulla dimensione spirituale dell'uomo, sperando che egli possa liberamente operare con oculate scelte, anche di fede, rispettando sempre i significati autentici della vita.

Il 6 febbraio 2020 il Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini dei Medici (Fnomceo) nella sua massima autonomia, facendo seguito alla sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale, ha approvato a Roma all'unanimità il testo degli "indirizzi applicativi dell'articolo 17" del codice deontologico, qui di seguito riportato:

"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".

L'AMCI pertanto prende atto della decisione della FNOMCeO della NON modifica dell'art. 17 del codice deontologico e ritiene questo, di per sé, un fatto sostanzialmente positivo! Ma non condivide la successiva elaborazione dottrinale dell'indirizzo applicativo deciso, restando sempre nel rispetto di chi pensa diversamente.

I componenti il Consiglio di Presidenza Nazionale dei medici cattolici, proprio riflettendo su questa decisione della FNOMCeO, desiderano lasciare spazio ad una serie di interrogativi:

1. il primo attiene alla scelta dei tempi: quale urgenza c'era di provvedere con tanta celerità? La sentenza della Consulta, che di fatto aggiunge un nuovo comma all'art. 580 del codice penale, è per questo equiparabile a un intervento del Legislatore: non sarebbe stato opportuno cogliere le ricadute della nuova disposizione, pur se di creazione giurisprudenziale, sul codice deontologico prima di decidere gli "indirizzi applicativi"? L'interrogativo è tanto più concreto allorché la sentenza in questione esige il parere del Comitato etico territoriale: poiché la disciplina di quest'ultimo è ancora in via di definizione, ciò non avrebbe costituito una ragione in più per prendere tempo?
2. sia la sentenza 242 che la legge 219/2017 parlano di "coscienza del singolo medico" e di "deontologia professionale". Se il riferimento è con tutta evidenza all'attuale codice deontologico, incluso il suo art. 17, perché varare questi nuovi "indirizzi applicativi"? La Consulta non auspica nemmeno per incidens delle integrazioni;
3. a chi osserva che la stessa Corte inserisce ogni trattamento di fine vita all'interno del Servizio sanitario nazionale, parlando di "verifica in ambito medico" della richiesta di aiuto al suicidio, si può rispondere che ci si imbatte in una confusione che non spetta certamente al singolo medico, o al suo Ordine, risolvere, perché sta tutta nella sentenza 242 e nell'inserimento di essa nell'ordinamento. Si ricorda che l'art. 1 co. 2 della L. 833/78 definisce il "servizio sanitario nazionale" come "il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione". A

quale degli obiettivi propri del SSN - la promozione, il mantenimento, il recupero della salute - si ascrive l'aiuto che il medico è chiamato a dare al suicidio? La Consulta non lo spiega; prima del codice deontologico non si sarebbe forse dovuta rettificare la legge istitutiva del SSN? Ovviamente non è un auspicio: è un iter logico, che però non è stato seguito;

4. gli "indirizzi applicativi" vanno nella direzione di sovrapporre anche letteralmente il codice deontologico al dictum della Consulta. I quesiti sono: non esiste una autonomia fra norme disciplinari e norme penali? che necessità vi è delle prime se il loro confine appare coincidere con quelle delle seconde? può essere una legge dello Stato o una sentenza della Consulta a stabilire che cos'è la professione medica, prescindendo dalle norme di tradizione plurimillenaria che l'Ordine ha maturato al proprio interno?

Questi interrogativi forse resteranno senza risposta, ma il Consiglio di Presidenza AMCI ha voluto riproporli.

Roma, 11 Febbraio 2020

IL CONSIGLIO DI PRESIDENZA AMCI
ALL'UNANIMITA'
Prof. Filippo M. Boscia Presidente Nazionale

L'“etica clinica” nelle determinazioni effettive del biodiritto: quale (possibile) ruolo per i comitati etici nell'ambito del fine vita?

di Giulia Battaglia

Abstract: Clinical ethics in the concrete definition of biolaw: what (possible) role for ethics committees in the context of end of life choices? – The judgment of the Italian Constitutional Court n. 242 of 2019, which legitimizes, under certain conditions, physician assisted suicide, requires the prior opinion of “territorially competent ethical committees”. The article aims to examine the adequacy of this reference in the light, first of all, of the regulatory context in which these bodies deal mainly with clinical trials on medicinal products for human use and, secondly, with the indications of the National Bioethics Committee on the role of clinical ethics.

3429

Keywords: Clinical ethics committees; Bioethics; National Bioethics Committee; physician assisted suicide.

1. Introduzione

Tra i requisiti procedurali che la Corte costituzionale ha individuato nella sentenza n. 242 del 2019, al fine di verificare l'effettiva sussistenza delle condizioni che rendono lecita la condotta di aiuto al suicidio, vi è «l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità»¹. In attesa della disciplina legislativa, il Giudice delle leggi ha affidato tale incarico ai «comitati etici territorialmente competenti»², identificati tramite il rinvio normativo al decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (c.d. “decreto Balduzzi”)³ e al correlato decreto ministeriale 8 febbraio 2013⁴.

Il riferimento in parola, che costituisce uno degli aspetti più “creativi” della pronuncia⁵, presenta profili di criticità con riguardo tanto all'opportunità di

¹ Corte cost., sent. n. 242 del 2019, punto n. 5 del *Considerato in diritto*.

² *Ibidem*.

³ Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 («Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute»), convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

⁴ Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 («Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici»).

⁵ Cfr. M. E. Bucalo, *La “circoscritta (e puntellata) area” di incostituzionalità dell'art. 580 c.p. fra self-restraint della Corte costituzionale e perdurante inerzia del legislatore*, in *BioLaw Journal*, 2020, fasc. n. 1, 121, nota n. 95.

frapporre un aggravio procedurale dai margini incerti tra l'aspirazione e la realizzazione dell'intento suicidario, tenuto conto, tra l'altro, che il parere preventivo è configurato come obbligatorio; quanto, ancor prima, all'adeguatezza della realtà corrispondente al contesto normativo cui *medio tempore* si rimanda. Entrambi gli aspetti richiamati, come si avrà modo di osservare, rilevano nel più ampio discorso sull'integrazione del biodiritto ad opera di istanze extra-giuridiche e, segnatamente, sul ruolo che la bioetica per così dire "istituzionalizzata" può assumere in tale ambito.

2. Una premessa: l'inadeguato riferimento ai «comitati etici territorialmente competenti» nella sentenza Corte cost. n. 242 del 2019

Occorre anzitutto evidenziare che i comitati cui la Corte allude sono stati istituiti e disciplinati, a partire dagli anni '90⁶, con la funzione preminente di valutare i protocolli delle sperimentazioni cliniche dei medicinali. La preponderanza di tale attività si riflette, del resto, nei requisiti previsti per la loro composizione. L'art. 2, comma 5 decreto ministeriale 8 febbraio 2013 prevede che la formazione dei comitati etici debba garantire «le qualifiche e l'esperienza necessarie a valutare gli aspetti etici, scientifici e metodologici degli studi proposti». A tal fine, essi dovranno comprendere almeno «d) un biostatistico; [...] g) [...] il direttore scientifico della istituzione sede della sperimentazione; l) un rappresentante dell'area delle professioni sanitarie interessata alla sperimentazione».

Per vero, le coordinate normative richiamate dalla sentenza n. 242/2019 ampliano lo spettro delle potenziali attribuzioni di questi organi. A mente dell'art. 12, comma 10, lett. c decreto-legge n. 158/2012, la competenza di ciascun comitato può essere estesa a «ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo» e, ai sensi dell'art. 4 decreto ministeriale 7 settembre 2017⁷, il comitato etico territorialmente competente è investito dell'autorità di valutare le richieste di uso c.d. "compassionevole" di medicinali sottoposti a sperimentazione clinica, al di fuori della sperimentazione stessa. L'art. 1, comma 2 decreto ministeriale 8 febbraio 2013 prevede, inoltre, che, ove non già attribuite a specifici organismi, i comitati etici possano svolgere «anche *funzioni consultive* in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona» (corsi nostri), nonché «proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica». A ben vedere, tuttavia, le prime due previsioni normative riguardano funzioni affini a quella di valutazione dei protocolli di sperimentazione, la cui impostazione prevalentemente tecnica e tendenzialmente impersonale non sembra «esattamente riferibil[e] e

⁶ Si veda, su questo punto, l'accurata ricostruzione storico-normativa di C. Di Costanzo, *I comitati di bioetica per la pratica clinica: un universo da esplorare (e disciplinare)*, in *BioLaw Journal*, 2017, fasc. n. 3, spec. 305-313.

⁷ Decreto del Ministro della Salute 7 settembre 2017 («Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica»).

trasferibil[]e]»⁸ alla nuova attribuzione in tema di suicidio medicalmente assistito. La terza disposizione, invece, individua un generico ambito di competenze in cui il parere preventivo richiesto dalla Corte costituzionale pare collocarsi più coerentemente, ma che, tuttavia, rischiano di essere “adombrate”⁹ dall’attività principale dei 90 «comitati etici territoriali» attualmente esistenti. I quali, peraltro, sono distribuiti in modo a dir poco disomogeneo tra le varie regioni in rapporto ai centri clinici che vi fanno riferimento¹⁰ e avrebbero dovuto essere già stati più che dimezzati, in attuazione della legge 11 gennaio 2018, n. 3¹¹, nel contesto di una più ampia delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali.

3. Il ruolo dell’“etica clinica” nello spazio della «norma bioetica»¹² alla luce delle riflessioni del Comitato Nazionale per la Bioetica ...

3431

In questo senso, in più occasioni il Comitato Nazionale per la Bioetica (di seguito: CNB) ha evidenziato la necessità di ritagliare uno spazio autonomo per la così detta “etica nella clinica”, la cui funzione dovrebbe essere quella di supportare con competenze adeguate gli operatori sanitari nell’assunzione di decisioni in casi clinici particolarmente delicati¹³.

Il riferimento corre, anzitutto, al parere del 31 marzo 2017¹⁴. Attraverso tale documento, il CNB ha inteso promuovere l’istituzionalizzazione di «Comitati per l’etica nella clinica», quali organi «interlocutori degli operatori e dei cittadini»¹⁵ cui affidare «l’individuazione e la definizione dei problemi morali o culturali che si manifestano nell’attività assistenziale e terapeutica», «con il compito di proporre le possibili soluzioni e operare le opportune mediazioni» e di porre «*le basi per una compiuta attuazione degli ideali dell’alleanza terapeutica*»¹⁶. Nell’ambito dell’etica

⁸ P. Veronesi, *Ogni promessa è debito: la sentenza costituzionale sul “caso Cappato”*, in *Giustizia Insieme*, 11 dicembre 2019, 6.

⁹ C. Petrini, *La bussola dei Comitati etici*, in *Il Sole 24 Ore*, 23 maggio 2017, 14, (corsivi nostri) afferma che «quest’istanza di orientamento [...] sempre stata tra le finalità dei comitati [...] sin dalla nascita della bioetica, [...] è anche stata, forse sin dall’inizio, a rischio di essere oscurata da un’altra, anch’essa pressante ed eticamente rilevante: quella della valutazione dei protocolli per la sperimentazione».

¹⁰ Tale dato si ricava *ictu oculi* dall’esame del *Registro nazionale centri clinici e comitati etici*, aggiornato al 13 maggio 2019 e reperibile tramite il link: www.agenziafarmaco.gov.it/content/registro-nazionale-centri-clinici-e-comitati-etici.

¹¹ Recante una «[]delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute». È peraltro opportuno aggiungere che la disciplina dei comitati etici per la sperimentazione clinica era già stata oggetto di una riorganizzazione strutturale nel 2013, in attuazione del “decreto Balduzzi”, che ne aveva drasticamente ridotto il numero: dai 243 esistenti nel 2012 si è passati agli attuali 90.

¹² Espressione utilizzata da A. Patroni Griffi, *Le regole della bioetica tra legislatore e giudici*, Napoli, 2016, spec. 24 e 150.

¹³ Nel recente contesto pandemico, si pensi al discusso documento contenente le *Raccomandazioni di etica clinica per l’ammissione ai trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili*, adottate il 6 marzo 2020 dalla SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva).

¹⁴ CNB, parere su *I Comitati per l’etica nella clinica*, 31 marzo 2017.

¹⁵ Ivi, 5.

¹⁶ Ivi, 18 (corsivi nostri).

clinica – si legge nel parere – «è cruciale [la] consultazione, anche in considerazione del rapporto sempre più ampio e complesso che sta assumendo l’assunzione del consenso informato nel quadro di un’alleanza terapeutica che implica problemi quali le dichiarazioni anticipate di trattamento, l’attenzione per la volontà dei minori, il coinvolgimento dei familiari o delle persone affettivamente più vicine»¹⁷.

Diversamente dall’“etica della ricerca”, tale funzione si focalizza necessariamente sulla specificità del singolo caso, che assume rilevanza finanche nella stessa composizione dell’organo. Secondo le raccomandazioni espresse dal CNB, infatti, i componenti stabili del Comitato che prendono parte a tutte le deliberazioni dovrebbero essere affiancati da membri che si aggiungono solo in quelle decisioni «in cui la loro presenza appare necessaria in base alle convinzioni o alle esigenze del paziente»¹⁸. Inoltre, a differenza di quelli richiesti per la sperimentazione, che sono obbligatori e pure vincolanti, i pareri espressi dai Comitati per l’etica nella clinica, ad avviso del CNB, «dovrebbero avere di norma un carattere esclusivamente *orientativo* e dovrebbero essere solo eccezionalmente obbligatori su richiesta, in casi particolari e adeguatamente motivati, della direzione sanitaria della struttura»¹⁹.

Più recentemente, nella mozione del 30 gennaio 2020, il CNB ne ha sollecitato con urgenza la costituzione negli ospedali pediatrici con lo scopo di «favorire la valutazione della complessità» delle decisioni in tema di «accanimento clinico» sui «bambini piccoli»²⁰. A riguardo, peraltro, è il caso di sottolineare incidentalmente che il CNB utilizza l’espressione “accanimento clinico”, in luogo della più diffusa locuzione di “accanimento terapeutico”, poiché a suo avviso quest’ultima «evidenzia una sorta di contraddizione dei due termini: ‘terapia’ [che] ha una connotazione positiva», mentre “accanimento” «indica un eccesso negativo che non si accorda con la positività precedente»²¹.

Come già emergeva nel parere del 2017, anche in questa seconda sede il CNB attribuisce al Comitato per l’etica nella clinica un ruolo *formativo*, *consultivo* ed eventualmente *conciliativo*. Il Comitato deve «aiutar[e] [l’equipe medica] ad esercitare in modo responsabile la propria autonomia» nella delicata identificazione delle situazioni di accanimento clinico e «cercare una mediazione» nelle ipotesi di «controversie emergenti tra medici e genitori», favorendo la

¹⁷ Ivi, 11.

¹⁸ *Ibidem*. Ad esempio: «religiosi, mediatori culturali, psicologi, assistenti sociali».

¹⁹ Ivi, 17, (corsivi nostri).

²⁰ CNB, mozione sull’*Accanimento clinico o ostinazione irragionevole dei trattamenti sui bambini piccoli con limitate aspettative di vita*, 30 gennaio 2020, (corsivi nostri). Su questo delicatissimo tema, v. anche AA. VV., *Forum: Il caso di Alfie Evans*, in *BioLaw Journal*, 2018, fasc. n. 2, spec. il contributo di L. D’Avack, *Alfie: quando l’accanimento terapeutico diventa una pretesa di cura*, in *id.*, 27. e L. Palazzani, *Alfie: un altro “caso” drammatico essenzialmente e complesso bioeticamente*, in *id.*, 50, spec. 53, secondo la quale «ciò che è mancato è anche il parere di un comitato etico (mai menzionato nei media) che avrebbe potuto offrire un contributo di mediazione tra i medici e la famiglia, avrebbe potuto aiutare i medici e i genitori a capire alcune problematiche etiche delle scelte possibili».

²¹ CNB, mozione sull’*Accanimento clinico o ostinazione irragionevole dei trattamenti sui bambini piccoli con limitate aspettative di vita*, cit., 1.

comunicazione tra gli stessi e scongiurando per quanto possibile il ricorso al giudice²². Su questi profili ha insistito anche il Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa. In un documento intitolato *Guida al processo decisionale nell'ambito del trattamento medico nelle situazioni di fine vita*, il Comitato sovranazionale ha evidenziato come, «[i]n una situazione di incertezza, un comitato etico clinico può essere coinvolto al fine di *contribuire*, mediante l'elaborazione di pareri etici, *alle discussioni* nel quadro del processo decisionale»²³ e, inoltre, la sua consultazione «può essere rilevante al fine di un *approfondimento complementare*»²⁴.

Nel disegno tracciato dal CNB, oltre a svolgere compiti di “pedagogia” bioetica – ovvero, di formazione del personale, di sensibilizzazione culturale, nonché di emanazione di raccomandazioni e indirizzi di carattere etico – il Comitato per l'etica nella clinica dovrebbe dunque *affiancare*, senza sostituirvisi, gli operatori sanitari nell'attività di definizione concreta del biodiritto. Per utilizzare le parole di Patroni Griffi, se la «norma bioetica»²⁵ lascia «spazi *concreti* di modulazione in via interpretativa [ai] giudici»²⁶ nonché, ancor prima, «al prudente apprezzamento medico-scientifico», appare altresì «necessaria» l'«opera dei comitati»²⁷ di «*inquadramento della concreta vicenda [sul] piano etico-giuridico*»²⁸. Soprattutto con riguardo a quei concetti indeterminati che la norma bioetica presuppone, e che implicano un'operazione di integrazione con contenuti extra-giuridici che coinvolge una rete di soggetti, di competenze e di sensibilità affatto intricata. Quali, ad esempio, quello di accanimento terapeutico (*rectius*, clinico) appena richiamato, o, ancora, quello di «ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati»²⁹ o di «sofferenz[a] fisic[a] o psicologic[a] [...] intollerabil[e]»³⁰.

3.1 ... e della complicata addizione del Giudice costituzionale

Anche in questa diversa cornice – che, allo stato, consta solo di poche realtà regionali³¹ – la competenza introdotta dal Giudice costituzionale in tema di suicidio medicalmente assistito presenta, però, profili di eccentricità.

²² ... che deve essere concepito «come *extrema ratio* [...] in caso di insanabile disaccordo tra l'equipe medica e i familiari»; *ibidem*.

²³ Comitato di Bioetica del Consiglio d'Europa (DH-BIO), *Guida al processo decisionale nell'ambito del trattamento medico nelle situazioni di fine vita*, Strasburgo, dicembre 2014, 24, (corsivi nostri), accessibile tramite il link: rm.coe.int/168039e8c2.

²⁴ Ivi, 27, (corsivi nostri).

²⁵ A. Patroni Griffi, *Le regole della bioetica tra legislatore e giudici*, cit., 24.

²⁶ Ivi, 150.

²⁷ Ivi, 49.

²⁸ *Ibidem*, (corsivi nostri).

²⁹ Art. 2, comma 2 legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante «Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento».

³⁰ Corte cost., sent. n. 242 del 2019.

³¹ A partire dal 2000, alcune Regioni hanno istituito appositi Comitati per l'etica clinica, distinti da quelli per la sperimentazione. Si tratta della Regione Veneto, che con la deliberazione della Giunta regionale n. 4049 del 22 dicembre 2004 («Interventi in materia di Bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati etici per la sperimentazione») ha istituito i Comitati Etici per la Pratica Clinica; della Regione Friuli-Venezia Giulia, che ha istituito,

La Corte ha configurato il parere preventivo dell'«organo collegiale terzo» come obbligatorio e, secondo taluni commentatori³², finanche come vincolante. Dall'apparato motivazionale della pronuncia, sembra in effetti di potersi affermare che l'organo, più che concorrere alla ponderazione della complessità del caso, debba «integrare»³³ la procedura «di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto»³⁴, investendo, in primo luogo, il controllo sul carattere libero e informato della scelta espressa dal paziente e scongiurando, altresì, il rischio che essa sia determinata dall'*abbandono terapeutico* del medesimo. Il ruolo di garanzia attribuito al Comitato etico risulterebbe perciò sconfessato «ove l'assistenza al suicidio fosse attuabile *nonostante* il parere contrario del medesimo»³⁵.

Si tratta di una garanzia assai complessa, che, a ben vedere, sconfinava dal quadro di competenze sia pur orientativamente tracciato dal CNB e dal laconico ragguaglio normativo³⁶ e che, per non ridursi a mera ratifica burocratica di verifiche già svolte dai sanitari, nondimeno potrebbe finire per sovrapporsi alle valutazioni tecnico-scientifiche di questi ultimi e interferire con la stessa decisione del paziente.

A quest'ultimo proposito, non si può non aggiungere come tale previsione

presso ogni ente pubblico del Servizio sanitario regionale, un «Nucleo etico per la pratica clinica al fine di assicurare un adeguato esame delle problematiche etiche connesse alle attività cliniche ed assistenziali proprie di ciascun ente» (deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2016, n. 73, «Istituzione del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica»). Da ultima, con deliberazione della Giunta del 23 marzo 2020, n. 383, la Regione Toscana ha adottato un documento che individua gli elementi essenziali per l'organizzazione dei Comitati per l'etica clinica (ComEc), in attuazione dell'art. 99, comma 2 legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40, («Disciplina del servizio sanitario regionale»): tra le attività che il ComEc è chiamato a svolgere «prioritariamente [...] a supporto delle funzioni aziendali» vi è quella di «fornire raccomandazioni, indirizzi e consulenza all'ente, agli operatori e ai cittadini, relativamente a questioni etiche connesse con le attività assistenziali e scientifiche, anche mediante l'analisi etica di casi clinici particolarmente critici, anche ai sensi di quanto disposto dalla sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito (revisione e consulenza su questioni e casi etici critici)» (art. 4, comma 1, lett. a).

³² L. Eusebi, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supreme e salute*, 2020, fasc. 2, 193 ss.

³³ V. il punto n. 5 del *Considerato in diritto*: «[i]l riferimento a tale procedura» (quella di cui all'art. 1, comma 5, l. n. 219/2017) «con le *integrazioni* di cui si dirà in seguito – si presta a dare risposta a buona parte delle esigenze di disciplina poste in evidenza nell'ordinanza n. 207 del 2018».

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ L. Eusebi, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019*, cit., 199. Conclude l'A. affermando che «[s]e, dunque, il parere positivo non può costringere i medici a procedere nell'aiuto al suicidio, deve ritenersi che il parere negativo non permetta simile aiuto con riguardo alla situazione per la quale il parere stesso sia stato richiesto». *Ex multis*, cfr. anche M. D'Amico, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio AIC*, 2020, fasc. 1, 299, secondo la quale la richiesta del parere preventivo dei Comitati etici rischia di «trasformarsi in una pietra tombale per il riconoscimento del diritto al "suicidio" nelle condizioni riconosciute dalla Corte (o meglio per l'effettiva possibilità che le condotte che danno seguito alle volontà del paziente vengano realmente poste in essere e, di conseguenza, considerate non punibili)» e C. Casonato, *La giurisprudenza costituzionale sull'aiuto al suicidio nel prisma del biodiritto, tra conferme e novità*, in *BioLaw Journal*, 2020, fasc. n. 2, 15.

³⁶ Ci si riferisce all'art. 1, comma 2 decreto ministeriale 8 febbraio 2013; v. *supra* par. 1.

potrebbe presentare alcuni profili di criticità dal punto di vista del coordinamento con la stessa legge n. 219/2017, entro la quale la Corte ha ricondotto la questione di costituzionalità: dalla lettura del provvedimento normativo, infatti, emerge come non vi sia alcun cenno a comitati etici di qualsiasi tipo. Per cui, se è vero che alla concretizzazione dei molteplici riferimenti *extra-giuridici* ivi contenuti può senz'altro concorrere l'eventuale mediazione di organismi terzi, si deve al contrario escludere l'obbligatorietà del loro intervento, anche rispetto a quelle specifiche ipotesi di rifiuto di terapie di sostegno vitale rispetto alle quali la pronuncia della Corte ha stabilito l'equivalenza con l'assistenza medica al suicidio.

Alla luce delle considerazioni sin qui sinteticamente esposte, appare *a fortiori* non più rinviabile un ponderato intervento del legislatore, che individui anzitutto un'adeguata realtà istituzionale per lo svolgimento delle suddette funzioni e che definisca con maggiore chiarezza i confini entro cui ciascun operatore dovrà "muoversi" nello spazio della norma bioetica al fine di «concretizzare l'esigenza di adeguamento costituzionale»³⁷.

Giulia Battaglia
Dip.to di Giurisprudenza
Università di Pisa
giulia.battaglia.2910@gmail.com

3435

³⁷ C. Cupelli, *I confini di liceità dell'agevolazione al suicidio e il ruolo del legislatore. Brevi note a margine della nuova sentenza di assoluzione di Marco Cappato e Mina Welby*, in *Sistema Penale*, 3 agosto 2020, par. 4.

Aiuto medico a morire: una questione su cui riflettere a fondo

LUCIANO ORSI

Medico palliativista, Vicepresidente SICP.

Riassunto. Con la recente e innovativa sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale italiana in merito al suicidio assistito si è riavviato in Italia un vivace dibattito sul tema. È pertanto inevitabile che anche i professionisti delle cure palliative siano coinvolti in una riflessione sugli aspetti empirici, etici, deontologici e giuridici dell'aiuto medico a morire (AMM), termine che comprende sia il suicidio medicalmente assistito sia l'eutanasia. Di qui l'importanza che ogni professionista sanitario acquisisca la consapevolezza della propria posizione etica su tale complesso e controverso tema. Analizzando il Position paper dell'American College of Physicians e vari altri documenti internazionali viene condotta un'analisi delle principali argomentazioni empiriche ed etiche pro e contro l'AMM.

Parole chiave. Bioetica, eutanasia, suicidio medicalmente assistito, aiuto medico a morire, cure palliative.

Medical assistance in dying: a question about which thinking in depth.

Summary. With the recent and innovative sentence n. 242/19 of the Italian Constitutional Court with regard to assisted suicide, a lively debate on the subject has restarted in Italy. It is therefore inevitable that palliative care professionals will also be involved in a reflection on the empirical, ethical, deontological and legal aspects of medical aid to die (MAD) a term that includes both medically assisted suicide and euthanasia. Hence the importance that every health professional acquires the awareness of his own ethical position on this complex and controversial topic. Analysing the Position paper of the American College of Physicians and various other international documents, an analysis is made of the main empirical and ethical arguments for and against the MAD.

Key words. Bioethics, euthanasia, physician-assisted suicide, palliative care, medical assistance in dying.

Introduzione

In data 22 novembre 2109 la Corte costituzionale ha depositato la sentenza n. 242 emessa il 25 settembre 2019 (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/11/Sentenza-CC-n.-242.2019.pdf)¹ che, riprendendo quanto anticipato dalla Corte stessa nel comunicato stampa del 25 settembre 2019², ha individuato un'area di legittimità costituzionale nel suicidio medicalmente assistito. Infatti, la Corte ha sancito "l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della Legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) - ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione -, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente".

L'attesa sentenza della Corte segue la produzione da parte del Comitato Nazionale per la Bioetica del documento "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito" (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/11/Sentenza-CC-n.-242.2019.pdf)³ pubblicato il 18 luglio 2019 con l'intento di incentivare la discussione pubblica sull'aiuto al suicidio e offrire una consulenza alle decisioni politiche sulla scorta dell'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/10/207_18_Cappato-ordinanza.pdf)⁴. Tale ordinanza era stata emessa in merito alla questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 del Codice penale sollevata dalla Corte di Assise di Milano (ordinanza 14 febbraio 2018) in merito al caso "Fabiano Antoniani (DJ Fabo) - Marco Cappato".

Un altro importante documento che sta contribuendo ad animare il dibattito più specialistico è quello stilato da un autorevole gruppo di esperti giuristi e medici nell'ambito delle attività del gruppo di Biodiritto dell'Università di Trento intitolato "Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole" (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/10/2019AiutoMedicoaMorire-biolaw-j.pdf)⁵.

Nell'ultimo anno sono stati quindi pubblicati in Italia documenti importanti che, sull'onda di un caso giudiziario, hanno sollevato un tema importante e controverso che, peraltro, permane come un tema costantemente trattato nella letteratura scientifica inter-

nazionale che concerne il mondo delle cure palliative. Appare quindi importante intensificare anche all'interno del mondo delle cure palliative italiane una seria riflessione sulla *vexata quaestio* dell'aiuto medico a morire (AMM), termine con cui vengono ricompresi sia il suicidio medicalmente assistito (SMA) ("a physician intentionally helping a person to terminate his or her life by providing drugs for self-administration, at that person's voluntary and competent request.")⁶ che l'eutanasia (da intendere solo come eutanasia attiva secondo la definizione dell'EAPC: "a physician (or other person) intentionally killing a person by the administration of drugs, at that person's voluntary and competent request"⁶, essendo il termine eutanasia passiva ormai abbandonato da molti anni perché senza correlazioni con la pratica clinica e foriero di pericolose confusioni con la limitazione terapeutica che, se praticata in modo eticamente corretto, non è certamente definibile come atto eutanasiaco⁶⁻¹⁰.

Le argomentazioni pro e contro l'aiuto medico a morire

Per avviare un serio processo di riflessione personale sulla questione dell'AMM occorre prendere in esame le argomentazioni pro e contro tale procedura. Alcuni documenti^{1,3-6} sono molto utili per confrontarsi con tali argomentazioni, ma è importante segnalare altri due documenti che rispondono particolarmente bene a tale scopo^{7,8} perché, al di là della loro posizione nettamente contraria all'AMM, costruiscono il parere finale di inammissibilità etica dell'AMM tramite un rigoroso scrutinio delle ragioni a favore e di quelle contro, concludendo che quelle a sfavore sono prevalenti e più cogenti. Nel presente editoriale verrà pertanto principalmente utilizzato come filo conduttore il documento dell'American College of Physicians (ACP)⁷, ma verranno utilizzati anche altre fonti per poter condurre un'analisi più estensiva della controversa questione.

I PRINCIPI ETICI DELL'ETICA PRINCIPIALISTA (TABELLA 1)

Riguardo al **principio di autonomia** (che impone il rispetto delle volontà della persona malata) va subito precisato che entrambe le ottiche la concepiscono come relativa e, quindi, non assoluta sia perché vi è in essa una componente relazionale sia perché si riconosce un limite alle richieste del malato (che, infatti, non può chiedere cure clinicamente non indicate o eticamente sproporzionate o futili o contrarie alle leggi vigenti). In questa limitazione dell'autonomia si riconosce una evidente assonanza con la legge 219/17¹¹ che, pur valorizzando fortemente l'autodeterminazione, prevede rigorosi limiti alle richieste che il malato può fare all'équipe curante sia nel consenso informato (art. 1 comma 6) che nelle disposizioni anticipate di trattamento (DAT, art. 4 comma 5).

Le posizioni a favore dell'AMM interpretano l'autodeterminazione, seppur non definibile come assoluta, come la principale ragione per giustificare l'ammissibilità dell'AMM. È interessante che, pur ammettendo la relatività (non assolutezza) del principio di autonomia e quindi concependola come soggetta a limitazioni e al carattere relazionale, ad essa venga attribuita un valore pienamente giustificativo dell'AMM per perseguire il *best interest* del malato. Infatti, il rispetto della scelta individuale del malato di por termine alla propria vita, scelta che è giudicata "intensely private and therefore should not be prohibited", motiva la risposta di accoglimento di tale richiesta. Questo perché il carattere relativo dell'autonomia, pur imponendo un bilanciamento con altri principi (beneficialità e non maleficitalità), assegna un valore preminente all'autodeterminazione rispetto agli altri due suddetti principi, poiché ciò che è bene o male per il malato non può che essere deciso dal malato stesso. Questo è avvalorato, sul piano empirico, dalla constatazione che le motivazioni prevalenti della richiesta di AMM sono correlate non tanto alla sofferenza fisica quanto alla sofferenza psi-

Tabella 1. Il rapporto tra i principi etici e l'AMM.

Principi etici	Favorevoli AMM (EU-SMA)	Contrari AMM (EU-SMA)
Autonomia	Anche se l'autonomia non è assoluta la richiesta è da accettare	La richiesta di AMM è da rifiutare perché l'autonomia non è assoluta
Best interest	Può essere il decidere la propria morte	Non può essere il decidere la propria morte
Beneficialità	L'AMM rientra	L'AMM non rientra
Non maleficitalità	L'AMM non è sempre un male se è una scelta libera e consapevole	L'AMM è sempre un male
Giustizia «sociale»	Non ci sono evidenze che l'AMM metta in pericolo la cure delle fasce vulnerabili (grandi anziani, razze non bianche, poveri, soli) Presenza di pratiche illegali di AMM	Evidenze insufficienti per essere conclusive; pericolo che si diffonda il concetto di «vita non degna di essere vissuta» Difficile valutare la portata delle pratiche illegali di AMM; Le scarse risorse vanno destinate alle cure palliative

co-esistenziale per perdita dell'autonomia funzionale, alla percezione individuale di perdita di dignità, all'assenza di gioia e al venir meno del significato di vivere in quelle particolari condizioni^{7,9}. Questa perdita del controllo sulle condizioni di vita può non trovare una risposta nelle cure palliative anche perché esse sono spesso già in atto^{9,12}.

Viceversa, chi non ammette la liceità etica dell'AMM giustifica tale posizione proprio a causa del carattere non assoluto (e, quindi, intrinsecamente relativo e relazionale) dell'autonomia; proprio perché non assoluta l'autodeterminazione non esige il rispetto di tutte le volontà espresse dal malato, in primis quella dell'AMM. Inoltre, il principio di autonomia, non essendo assoluto, va bilanciato con quello di beneficiabilità e non maleficabilità, pena il mettere in pericolo l'alto valore della relazione di cura orientata al raggiungimento del miglior interesse (*best interest*) della persona malata. In tal senso i principi di beneficiabilità e non maleficabilità fanno aggio sull'autodeterminazione, negando che il *best interest* del malato possa coincidere con l'induzione della morte del malato.

È interessante notare che entrambe le posizioni, partendo da un valore non assoluto del principio di autonomia e assegnando ad esso un alto valore etico e giuridico, convergono sulla piena liceità etica e giuridica del malato di rifiutare tutti i trattamenti, compresi quelli di sostegno vitale, con l'intento di non praticare trattamenti che non siano coerenti con le volontà e le preferenze del malato. Piena convergenza si registra anche sull'attribuire alla morte che consegua a tale rifiuto un carattere "naturale" per essere diretta conseguenza della malattia sottostante. Viceversa, le due posizioni divergono sull'interpretazione del *best interest* del malato poiché i favorevoli all'AMM concepiscono un *best interest* deciso dal malato che può arrivare ad includere il decidere della propria morte, mentre i contrari all'AMM escludono che il *best interest* deciso dal malato possa coincidere con il provocare la propria morte.

Per quanto concerne il **principio di beneficiabilità** (che impone di fare il bene del malato) i favorevoli all'AMM concepiscono come rientrante nella beneficiabilità il decidere anticipatamente la propria morte, purché frutto di una decisione libera e consapevole, poiché il *best interest* è sostanzialmente deciso dal malato, non sussistendo un *best interest* che gli possa essere imposto. Al contrario i contrari all'AMM concepiscono una beneficiabilità che sussiste a priori dall'autodeterminazione e sostanzialmente coincidente con la vita biologica; pertanto non potrà mai sussistere un *best interest* che includa il darsi la morte, anche qualora fosse frutto di una decisione libera e consapevole.

Analogamente la visione del **principio di non maleficabilità** (che prescrive di non arrecare danno al malato) nell'ottica favorevole all'AMM non valuta il procurarsi la morte come un male se essa è frutto di una scelta libera e consapevole; viceversa, l'ottica contraria all'AMM considera l'AMM sempre una vio-

lazione di questo principio poiché l'atto di procurarsi la fine della vita biologica è intrinsecamente un male.

Quanto al **principio di giustizia** (che impone un'assenza di discriminazioni nell'accesso alle cure sanitarie e un'equa allocazione delle risorse disponibili- *fairness and social justice*), visto dal punto di vista della protezione dovuta alle fasce sociali deboli, è anch'esso interpretato e valutato diversamente nelle due visioni etiche. I favorevoli all'AMM affermano, infatti, che non ci siano prove che l'AMM metta in pericolo la cura delle fasce vulnerabili (grandi anziani, razze non bianche, poveri, persone che vivono in solitudine)^{6,7,9} e che esiste, invece, una pratica opaca di AMM clandestina che vada fatta emergere e resa trasparente e sicura grazie alla legalizzazione, anche ai fini di un suo monitoraggio.

Viceversa, gli oppositori all'AMM, pur ammettendo che le evidenze di pericolo per le fasce vulnerabili della società non siano conclusive, stigmatizzano il pericolo che si diffonda a livello sociale il concetto di «vita non degna di essere vissuta» che finisca per creare una pressione psicologica su tali fasce di fragilità psico-fisica ed economica. Inoltre, risulta difficile stimare la reale incidenza delle pratiche illegali di AMM e quindi valutare la portata di tale fenomeno. Peraltro, essi ritengono che le scarse risorse economiche vadano destinate allo sviluppo delle cure palliative e non all'AMM.

IL RAPPORTO TRA LA MEDICINA LA SOCIETÀ E L'AMM (TABELLA 2)

Il **dovere di alleviare la sofferenza** viene ovviamente ammesso da entrambe le posizioni ma, mentre per i favorevoli dell'AMM rappresenta uno dei motivi fondamentali per ammettere la liceità etica di tale procedura, poiché se ne dà un'estesa interpretazione che la include, fra i contrari all'AMM si assegna a tale dovere una interpretazione più ristretta che esclude l'AMM.

Analogamente, anche l'**obbligo di non abbandonare il malato e di confortarlo** viene valorizzato da entrambe le posizioni ma viene visto in un'ottica più larga da chi è favorevole all'AMM che porta ad includere tale pratica entro il confine del non abbandono e del conforto empatico¹³⁻¹⁵, mentre viene visto con un'ottica più ristretta da chi è contrario all'AMM che tende ad escludere il procurare la morte dal confine del non abbandono e del conforto; da taluni l'AMM viene addirittura visto come un drastico abbandono dal malato alla morte senza alcun contenuto di conforto.

Molto controversa risulta l'interpretazione dell'AMM alla luce della **tradizione medica ippocratica** che i favorevoli all'AMM vedono come molto poco rilevante per le mutate condizioni storiche e sociali che rendono tale tradizione superata e incapace di fondare eticamente la medicina odierna, soprattutto a fronte di bisogni emergenti come l'autodeterminazione e, per quanto riguarda l'analisi condotta in questo editoriale, le richieste di anticipazione della morte.

Tabella 2. Il rapporto tra la medicina, la società e l'AMM.

	Favorevoli all'AMM	Contrari all'AMM
Dovere di alleviare la sofferenza	Comprende l'AMM	Non comprende l'AMM
Obbligo di non abbandonare il malato e di confortarlo	Comprende l'AMM	Non comprende l'AMM
Tradizione etica (ippocratica)	Poco rilevante per le mutate condizioni storiche (sociali e sanitarie)	Molto rilevante perché alcuni orientamenti fondamentali della medicina permangono al mutare delle condizioni storiche (sociali e sanitarie)
Scopi e obiettivi della medicina	Rientra tra gli scopi e obiettivi della medicina il rimuovere tutte le sofferenze umane possibili Il controllo del tempo e modo di morte sono ormai ineludibili negli scopi e obiettivi della medicina	Non rientra tra gli scopi e obiettivi della medicina il rimuovere tutte le sofferenze umane possibili Il ruolo del guarire (<i>healer</i>) e del confortare (<i>comforter</i>) sono i soli scopi e obiettivi della medicina
Sanitario come agente morale	L'essere agente morale consente l'AMM	L'essere agente morale non consente l'AMM
Percezione sociale del sanitario/medicina	Controverso effetto negativo o accettabile rischio (iniziale) perché una parte della società chiede l'AMM; possibile bilanciamento fra crisi/guadagno di fiducia	Messa in pericolo dall'AMM con crisi di fiducia

Per converso, gli oppositori all'AMM giudicano la tradizione ippocratica ancora molto rilevante perché incardinata su alcuni orientamenti fondamentali della medicina che devono permanere al mutare delle condizioni storiche sia sotto il profilo sociale che sanitario. La proibizione ippocratica di procurare la morte contribuisce, in questa ottica, a mantenere salda la peculiare natura del rapporto medico-malato, orientandolo al perseguimento del *best interest* del malato all'interno di confini che proteggono il malato da abusi di potere da parte del medico. Tali confini creano uno spazio sicuro che garantisce un rapporto fiduciario e di intimità relazionale basato su una comunicazione aperta e sincera che preserva il malato da influenze, anche inconsapevoli, del medico, soprattutto derivanti da sue inconse paure rispetto alla morte o alla disabilità. Infine, vi sono segnalazioni di vissuti di disagio, isolamento e sacrificio da parte di medici che praticano l'AMM^{16,17}, tali da invocare da parte di taluni l'intervento di figure non mediche ad attuare il suicidio assistito¹⁷. Posizione analoghe che tendono ad escludere il ruolo del medico nel suicidio assistito sono state recentemente assunte dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)¹⁸.

Quanto agli scopi e obiettivi della medicina, chi è favorevole all'AMM reputa che il rimuovere tutte le sofferenze umane possibili rientri tra gli scopi e obiettivi della medicina e che, pertanto, le procedure di anticipazione della morte siano da attuare, dopo un'offerta o una pratica di cure palliative di alta qualità, quando non vi siano alternative terapeutiche praticabili. In questa ottica il controllo del tempo e modo di morte sono ormai ineludibili negli scopi e obiettivi

della medicina e rispondono al dovere di praticare cure empatiche (*compassionate care*).

Al contrario, chi si oppone all'AMM ritiene che il rimuovere tutte le sofferenze umane possibili non rientri tra gli scopi e obiettivi della medicina e pertanto il controllo del tempo e del modo di morire esuli dalla medicina, mentre l'implementazione di cure palliative di alta qualità rimane un dovere etico intrinseco alla medicina. In questa prospettiva si sottolinea che i ruoli del medico come guaritore (*healer*) e portatore di conforto (*comforter*) sono i soli scopi e obiettivi della medicina, supportati dalla convinzione che le richieste di procurarsi la morte probabilmente recedano con l'attuazione di cure e supporto empatico (*compassionate care*). Tali cure empatiche escludono in modo assiomatico il procurare la morte della persona malata. In sintesi, si afferma che la medicina può e deve migliorare molti dei problemi della terminalità ma alcuni di questi esulano dagli scopi e dagli obiettivi della medicina e devono essere trattati in altri modi⁷ (anche se questi ultimi non vengono precisati).

Il medico come **professionista con responsabilità morali**: essere un agente morale e non un semplice fornitore di servizi non rappresenta un ostacolo per i fautori dell'AMM poiché è proprio tale caratteristica che supporta una prassi che viene ritenuta eticamente legittima sia perché compiuta in modo libero e consapevole sia perché mira a realizzazione il *best interest* della persona malata. Viceversa, per chi si oppone all'AMM, l'essere un agente morale impedisce di aderire alla richiesta di procurare la morte, anche su richiesta del malato, poiché tale azione non possiede una legittimità etica e trasforma il medico in mero fornitore di un servizio.

Relativamente alla **percezione sociale del medico e della medicina**, questa ovviamente muterebbe con la legalizzazione dell'AMM ma tale modifica viene valutata in modo diverso fra i favorevoli e i contrari. I favorevoli all'AMM reputano che sia controversa l'ipotesi che l'AMM produca un effetto negativo sulla percezione sociale del medico o, anche, che sia accettabile correre un iniziale rischio in tal senso perché vi è una parte importante, generalmente prevalente in termini di sondaggi statistici, della società che è favorevole all'AMM. Quest'ultimo dato sociologico potrebbe determinare un possibile bilanciamento fra i due effetti opposti (crisi di fiducia vs guadagno di fiducia) nei confronti del medico e della medicina.

All'opposto, coloro che si oppongono all'AMM affermano che tale legalizzazione comprometterebbe la percezione sociale del medico e della medicina creando una non recuperabile crisi di fiducia. Infatti, il ruolo del medico dovrebbe rimanere quello tradizionale del guaritore (*healer*) e di portatore di conforto (*comforter*).

RAPPORTO TRA AMM E MODELLO DI MEDICINA, DIGNITÀ, BUONA MORTE, RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE (TABELLA 3)

Rispetto alla contrapposizione fra il modello paternalistico della medicina e quello dell'*empowerment* del malato, i fautori dell'AMM affermano che questa procedura, se attuata come scelta libera e consapevole della persona malata, realizza un *empowerment* del malato e sancisce un'ulteriore fuoriuscita dal superato modello paternalista. Viceversa, i contrari concepiscono l'AMM come una prassi che, lungi dal

realizzare l'*empowerment* del malato, realizza, paradossalmente, l'*empowerment* del medico che diventa arbitro della possibilità di realizzarlo (verifica delle indicazioni, fornitura del farmaco letale, ecc.). Si verificherebbe insomma un indesiderato indebolimento dei diritti del malato e un rafforzamento del paternalismo medico, modello di medicina considerato vetusto anche dagli oppositori dell'AMM. È interessante notare come entrambi i fronti considerino il paternalismo un modello di medicina superato e che va pertanto abbandonato ma poi interpretano la prassi dell'AMM con effetti opposti su tale modello.

Un altro punto cruciale che differenzia le posizioni sull'AMM è la declinazione del fondamentale concetto di **dignità del malato**; fondamentale perché la dignità è un argomento forte che viene utilizzato da entrambe le posizioni, ovviamente con significati ed esiti opposti.

Infatti, i fautori dell'AMM sostengono con forza che decidere dei tempi e dei modi della propria morte rispetta in pieno la dignità della persona malata perché la dignità è soprattutto da intendersi come dignità di autodeterminazione e, come tale, prevale sulla dimensione intrinseca (ontologica) della persona umana.

Al contrario, coloro che si oppongono all'AMM sostengono convintamente che sia la dignità intrinseca (ontologica) della persona umana a prevalere sempre su quella autonomistica; pertanto, essendo la dignità intrinseca strettamente correlata alla vita (biologica e biografica), ogni atto che interrompe volontariamente tale vita minaccia irreparabilmente la dignità umana.

Anche il complesso rapporto tra la **buona morte** (*dying well*) e la **medicalizzazione del morire** viene interpretato in modo differente fra i due schiera-

Tabella 3. Il rapporto tra AMM e modello di medicina, dignità, buona morte, ruolo delle cure palliative.

	Favorevoli all'AMM	Contrari all'AMM
Modello di medicina (paternalismo vs. <i>empowerment</i> del malato)	L'AMM se attuato come scelta libera e consapevole realizza un <i>empowerment</i> del malato	L'AMM non realizza l' <i>empowerment</i> del malato ma del medico che diventa arbitro della possibilità di realizzarlo (verifica indicazioni, ecc.)
Dignità del malato	Dignità di autodeterminazione prevale su quella intrinseca (ontologica) della persona umana	Dignità intrinseca (ontologica) della persona umana prevale su quella autonomistica
Buona morte (<i>dying well</i>) va ottenuta medicalizzando o demedicalizzando?	Medicalizzazione per quanto utile: cure palliative (da potenziare) se sufficienti AMM se cure palliative rifiutate o insufficienti	L'AMM è una medicalizzazione da evitare, le cure palliative sono invece da potenziare
Ruolo delle cure palliative	Sempre da offrire e, se accettate, da praticare prima di optare per l'AMM Però spesso sono già in atto o sono rifiutate perché i principali motivi di ricorso all'AMM sono: <ul style="list-style-type: none"> ⊗ paura di perdere l'autonomia ⊗ perdita della dignità ⊗ aver completato il proprio ciclo biografico (ma non quello biologico) 	Sempre da offrire e, se accettate, da praticare perché sono in grado di annullare le richieste causate dal mancato controllo delle sofferenze psicofisiche, dal vissuto di solitudine, da sofferenze spirituali

menti poiché i favorevoli all'AMM ritengono che per rendere buono (con meno sofferenza) il processo del morire esso vada medicalizzato per quanto utile, sia potenziando le cure palliative sia permettendo l'AMM qualora queste ultime fossero rifiutate dal malato o si rivelassero insufficienti a gestire la sofferenza del malato.

Al contrario, gli oppositori all'AMM, pur sostenendo che le cure palliative siano da potenziare, giudicandole una medicalizzazione funzionale a realizzare un buon processo del morire, giudicano invece l'AMM una medicalizzazione da evitare perché priva il processo del morire della "naturalità".

La "naturalità" del processo del morire è auspicata da entrambe le parti, ma i fautori dell'AMM la declinano nel senso di rispettare il diritto dei malati a difendersi da un eccesso di trattamenti, soprattutto se intensivi ed invasivi, anche con il ricorso all'AMM. Per gli avversari dell'AMM ciò che invece occorre realizzare nelle ultime fasi della vita è un potenziamento del *caring* (cure palliative rivolte alla sofferenza globale) rispetto al *curing* (terapie mirate ad aumentare la sopravvivenza), una umanizzazione delle istituzioni sanitarie ed un privilegiare il setting di cura domiciliare con il supporto della comunità (*changing the focus from life-prolonging technology to life-enriching community*). Infine, per questi l'AMM non può essere classificato come un trattamento terapeutico⁷.

Il ruolo delle cure palliative viene quindi valutato come cruciale in entrambe le ottiche che convergono sulla necessità di offrirle a tutti i malati che fanno richiesta di AMM e di praticarle se da loro accettate. Però le posizioni divergono su cosa fare qualora le cure palliative siano rifiutate o si rivelino insufficienti o incapaci di controllare le sofferenze del malato^{6,7,9}. I fautori dell'AMM sottolineano, infatti, che questo può accadere perché i principali motivi di ricorso all'AMM non sono le sofferenze fisiche (generalmente ben controllate dalle cure palliative) ma quelle psico-esistenziali come la paura di perdere l'autonomia funzionale, la dignità o il senso di aver compiuto il proprio ciclo biografico (ma non quello biologico), il non voler essere di peso ai famigliari, non voler terminare la vita in residenze per anziani o con supporti delle funzioni vitali ed altre forme di distress psico-esistenziale^{7,9,10,12}.

I contrari all'AMM credono invece che le cure palliative, soprattutto se focalizzate anche ai bisogni psicologici, sociali e spirituali, siano in grado di annullare le richieste dei malati di porre fine alla vita causate dal mancato controllo delle sofferenze psicofisiche, dal vissuto di solitudine e da sofferenze spirituali⁶. Inoltre, si stigmatizza che tali richieste sono instabili nel tempo e possono nascondere una richiesta di aiuto e supporto^{19,20}. Altri ostacoli vengono individuati nella difficoltà di stimare la prognosi o di accertare la reale capacità mentale in condizioni di malattia grave e di sofferenza; anche la presenza di ansia e depressione può giocare un ruolo importante nell'influenzare indebitamente la volontà della persona richiedente l'AMM. Un altro fattore visto come

problematico è la durata del rapporto tra il malato e il medico che esegue fornisce o somministra la sostanza letale poiché tale rapporto potrebbe essere molto breve e sollevare dubbi sulla sua consistenza e qualità. Per i contrari all'AMM anche qualora si verificasse un insuccesso delle cure palliative nel controllare la sofferenza, l'atteggiamento del medico dovrebbe limitarsi a continuare la ricerca condivisa di risposte alle sfide che la terminalità pone ("Physicians and patients must continue to search together for answers to the challenges posed by living with serious illness before death")⁷. Anche la EAPC ha un atteggiamento analogo: "Palliative care is based on the view that even in a patient's most miserable moments, sensitive communication, based on trust and partnership, can improve the situation and change views that his or her life is worth living."⁶.

IL RAPPORTO TRA AMM E LE RELAZIONI DEL MALATO CON LA SUA RETE AFFETTIVA, LA LEGALIZZAZIONE E IL TIPO DI AMM, L'OBIEZIONE DI COSCIENZA (TABELLA 4)

Un altro aspetto controverso riguarda il rapporto tra AMM e le **relazioni del malato con la sua rete affettiva** che viene valutato diversamente nelle due visioni poiché i fautori dell'AMM, pur valorizzando il ruolo della rete di relazioni affettive che circonda il malato, ritiene che tale valore sia soprattutto assegnato dal malato stesso e, pertanto, qualora vi fossero divergenze di opinioni, le volontà e i vissuti della rete affettiva non risultano vincolanti rispetto all'autodeterminazione del malato. Inoltre, si fa presente che sia un errore presupporre che via sia costantemente una divergenza di opinioni e che la rete affettiva sia di principio contraria all'AMM; anzi si registra spesso una convergenza di opinioni e un ruolo di sostegno dei familiari alla scelta del malato¹⁰.

I contrari all'AMM sostengono, invece, che il valore della rete affettiva sia «a priori» superiore a quello assegnabile da parte del malato alla rete stessa e che pertanto faccia aggio sull'autodeterminazione del malato. Le volontà del malato devono quindi cedere il passo, e deve prevalere il rispetto, da parte del malato, degli obblighi affettivi e morali verso le relazioni di prossimità, familiari e amicali. La decisione del malato di porre fine alla propria vita viene pertanto vista come un *vulnus* arrecato alla comunità prossima; questo deve pertanto condurre il malato a recedere dal suo proposito.

Di conseguenza, anche il problema del **danno arrecato alla rete effettiva** dall'AMM viene giudicato in modo differente fra gli schieramenti: i fautori dell'AMM lo reputano assente (in caso di unanimità di opinioni fra il malato e i suoi cari) o (nel raro caso di divergenze di opinione) di entità tale da non soverchiare l'autodeterminazione del malato, mentre i contrari all'AMM che lo considerano evento grave, probabile e tale da prevalere sulla volontà del malato.

La opportunità o necessità di **legalizzazione dell'AMM** è uno dei punti che vede la maggiore di-

Tabella 4. Il rapporto tra AMM e le relazioni del malato con la sua rete affettiva, la legalizzazione e il tipo di AMM, l'obiezione di coscienza.

	Favorevoli all'AMM	Contrari all'AMM
Dimensione relazionale del malato - Rapporto con la sua rete affettiva	Il valore della rete affettiva è assegnato dal malato e non risulta vincolante rispetto all'autodeterminazione Si presuppone erroneamente che la rete affettiva sia contraria all'AMM	Il valore della rete affettiva è «a priori» superiore a quello assegnabile da parte del malato alla rete stessa
Danno alla rete affettiva	Non c'è (se c'è accordo con il malato sull'AMM) o è tale da non prevalere sulla volontà/bene del malato	È prevalente sulla volontà del malato e tale da doverlo indurre a recedere dal ricorrere all'AMM
Legalizzazione dell'AMM	Necessaria per prevenire le pratiche illegali e per standardizzare le procedure attuative, renderle trasparenti e monitorarle	Non necessariamente la legalizzazione annulla le pratiche illegali
Suicidio assistito (SA) o suicidio medicalmente assistito (SMA)?	SMA per assicurare la correttezza delle indicazioni, prescrizioni, somministrazioni, il controllo degli eventi avversi, supporto dal malato/familiari, la certificazione decesso	SA perché è un problema sociale e non della Medicina; almeno la prescrizione e la somministrazione non devono essere a carico dei sanitari. CSPCP e PCA escludono anche il «gatekeeping»
Obiezione di coscienza	Necessaria e sufficiente per assicurare il pluralismo etico dei professionisti sanitari	Necessaria ma non sufficiente per superare le obiezioni etiche all'AMM

stanza fra i fautori dell'AMM che la ritengono necessaria per prevenire o ridurre le pratiche illegali, per standardizzare le procedure attuative, renderle trasparenti e monitorarle nel tempo, e gli oppositori che la vivono come un gravissimo danno sociale da evitare di per sé e anche perché non necessariamente annulla le pratiche illegali.

Suicidio assistito o medicalmente assistito? Per i fautori dell'AMM esso deve essere, per l'appunto, medicalmente assistito al fine di assicurare la correttezza delle indicazioni, prescrizioni e somministrazioni di farmaci, per garantire il controllo degli eventi avversi, per esercitare un'azione di supporto al malato ed ai suoi cari e, infine, per redigere la certificazione di decesso.

Gli avversari dell'AMM sostengono, invece, che si deve parlare di aiuto a morire (ad es. di suicidio assistito e non di SMA) perché esso è più correttamente inquadrabile in un problema sociale e non in un problema che riguardi la medicina. La stragrande maggioranza delle società scientifiche di cure palliative^{6,7,21-22} afferma che l'AMM esula dagli obiettivi e dalle prassi tipiche delle cure palliative. L'ACP afferma che almeno la prescrizione e la somministrazione non devono essere a carico dei sanitari, mentre l'International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)⁸, la Canadian Society of Palliative Care Physicians (CSPCP)²¹ e Palliative Care Australia (PCA - 2011)²³ escludono anche che le cure palliative possano rivestire il ruolo di verifica dei requisiti (*gatekeeper*) per accedere all'AMM o di supervisione (*overseeing*) nella sua effettuazione. Tali ruoli dovrebbero essere assegnati ad organizzazioni da istituire ad hoc.

L'EAPC⁶, in sintonia con il WHO²⁴, esclude che l'AMM possa rientrare nelle cure palliative, fondate sull'assunto definitorio che esse non prolungano né abbreviano il processo del morire, anche se il punto 14 del documento ha ricevuto un moderato accordo nel panel di esperti e non ha raggiunto un consenso unanime del board della EAPC.

L'obiezione di coscienza dei medici viene reputata necessaria e sufficiente per assicurare il pluralismo etico fra i professionisti sanitari dai fautori dell'AMM, mentre gli oppositori ritengono che essa sia necessaria ma non sufficiente per superare le obiezioni etiche a tali procedure che procurano intenzionalmente la morte.

IL RAPPORTO TRA AMM E LO SLIPPERY SLOPE, LE SEGNALAZIONI CARENTI, L'ASPETTO PRIVATO/SOCIALE, LE RICHIESTE NON PORTATE A TERMINE, LA CERTIFICAZIONE, LA DISTINZIONE CON LA LIMITAZIONE TERAPEUTICA (TABELLA 5)

Il problema dello **slippery slope** (china o pendio scivoloso) è da sempre uno dei sotto temi più caldi nel dibattito internazionale poiché i fautori dell'AMM tendono a minimizzare il pericolo di una estensione delle indicazioni all'AMM che si potrebbe verificare con la legalizzazione della procedura, prevedendo maggiori controlli e ritenendo tale estensione comunque preferibile alle pratiche clandestine.

Al contrario gli oppositori sono profondamente convinti che il pendio scivoloso sia un trend inevitabile nel tempo con progressiva estensione dell'AMM

Tabella 5. Il rapporto tra AMM e lo *slippery slope*, le segnalazioni carenti, l'aspetto privato/sociale, le richieste non portate a termine, la certificazione, la distinzione con la limitazione terapeutica.

	Favorevoli all'AMM	Contrari all'AMM
China scivolosa (<i>slippery slope</i>) e incompleta segnalazione (<i>underreporting</i>)	Problema minore controllabile con maggiori controlli e comunque preferibile a pratiche nascoste di AMM	Problema maggiore che conferma la pericolosità etica dell'AMM
AMM atto privato o atto sociale?	Atto privato (autodeterminazione) più che atto sociale (medicina) anche se il coinvolgimento della medicina è necessario	Atto sociale più che privato (anche se l'autodeterminazione è importante e i malati hanno «ultimate authority over their lives») ma medicina non deve essere coinvolta
Una quota di malati richiedono ma non attuano l'AMM	La possibilità di accedere all'AMM tranquillizza i malati	È la prova che tali richieste sono fluttuanti e vanno decodificate come richieste di aiuto
Causa di morte (certificazione)	Morte naturale (patologia sottostante)	Nuova voce patologica causata dalla somministrazione di una o più sostanze letali
Distinzione tra AMM e non applicazione dei mezzi di sostegno vitale (per sproporzione terapeutica o per rifiuto del malato)	Distinzione fondata (sono fattispecie diverse anche se entrambe lecite)	Distinzione fondata (sono fattispecie diverse anche se solo la seconda è lecita)

legalizzato a categorie inizialmente non previste (minori di età, patologie psichiatriche, fragilità sociali, ecc.) senza che i controlli riescano ad arginare tale indesiderato trend.

Analogamente il problema delle **segnalazioni incomplete** (*underreporting*) dei casi di AMM è un problema dominabile attraverso maggiori controlli per i fautori, mentre gli oppositori sono convinti del contrario.

La natura dell'AMM: atto privato o atto sociale?
Per i favorevoli all'AMM esso va inquadrato come un atto sostanzialmente privato facente riferimento all'autodeterminazione individuale (*privacy*) anche se ha un aspetto sociale poiché si avvale della medicina per poter essere attuato. Chi invece si oppone all'AMM lo classifica come un atto sociale più che privato sia perché se ne auspica la legalizzazione sia perché si richiede il coinvolgimento della medicina. Un'altra giustificazione della posizione contraria all'AMM sostiene poi che, pur riconoscendo la grande importanza dell'autodeterminazione tanto da dichiarare che esplicitamente che i malati hanno «ultimate authority over their lives»), ciononostante la medicina non deve essere coinvolta in questa procedura.

Il dato empirico riferito alla quota di malati che richiede ma poi non attua l'AMM non viene considerato problematico dai fautori dell'AMM perché la possibilità di accedere all'AMM produce un effetto tranquillizzante nei malati e questo è visto come benefico. Viceversa, il fatto che una parte di malati che ha fatto richiesta di AMM non porti poi a conclusione il proposito viene interpretato dagli oppositori dell'AMM come la dimostrazione che queste richieste vanno decodificate come richieste di aiuto e che sono fluttuanti nel tempo rivelando perciò la pericolosità della legalizzazione di tali procedure.

Sul come **certificare la causa di morte** le posizioni divergono poiché i favorevoli all'AMM classificano il decesso come morte naturale legata alla patologia sottostante, mentre chi si oppone all'AMM ritiene che occorra introdurre una nuova voce nosografica che faccia riferimento alla somministrazione di una o più sostanze letali. Questa differenziazione non è semplicemente di tipo amministrativo ma riflette direttamente la visione etica che si ha della procedura di AMM.

Per ciò che riguarda la distinzione tra AMM e limitazione terapeutica si registra una sostanziale convergenza delle due ottiche poiché entrambe condividono che esista una radicale differenza etica fra le procedure che provocano la morte del malato su sua richiesta e la limitazione terapeutica ossia la non applicazione di trattamenti, soprattutto di sostegno vitale, perché rifiutati dal malato o perché ritenuti sproporzionati o futili. Sia i favorevoli che i contrari all'AMM affermano la piena liceità etica della limitazione terapeutica giustificata dal fatto che essa rimuove un trattamento che impedisce alla malattia di fare il suo inevitabile corso verso la morte; pertanto l'obiettivo e intenzione sono quelli di permettere alla morte di avvenire in un modo "naturale" e non sono quelli di determinare intenzionalmente la morte. Le due ottiche divergono però perché i fautori dell'AMM considerano le due fattispecie (AMM e limitazione terapeutica), entrambe lecite pur se eticamente differenti, mentre gli oppositori dell'AMM considerano eticamente lecita solo la seconda e considerano non eticamente lecito l'AMM.

In merito a tale distinzione il Position Statement dell'ACP⁷ cita una terza posizione secondo cui la distinzione tra AMM e la limitazione terapeutica di mezzi di supporto delle funzioni vitali (non ini-

zio o sospensione di trattamenti rifiutati dal malato o ritenuti sproporzionati) non sarebbe eticamente fondata in quanto l'esito finale di entrambe le fattispecie è identico e coincidente con la morte del malato, anche se per cause diverse (somministrazione di farmaci letali nell'AMM e limitazione terapeutica nel secondo caso). Questa terza posizione conclude che, essendo largamente accettata dal punto di vista etico la limitazione terapeutica, anche l'AMM deve essere considerato tale. Va segnalato che questa posizione va contro quanto tradizionalmente sostenuto da vari documenti internazionali anche nell'ambito delle cure palliative^{6-8,22} che sostengono invece la netta distinzione fra le due fattispecie, analogamente rispetto ai principali codici deontologici^{25,26} e anche rispetto alla legge 219/17¹¹.

La terza posizione pare invece essere contemplata nella sentenza n. 242/19 della Corte costituzionale¹ al punto 2.3 ove recita "... Nelle ipotesi configurate nel dettaglio all'inizio di questo punto 2.3. vengono messe in discussione, d'altronde, le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio. Se, infatti, il fondamentale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari - anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) - non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale. Quanto, poi, all'esigenza di proteggere le persone più vulnerabili, è ben vero che i malati irreversibili esposti a gravi sofferenze appartengono solitamente a tale categoria di soggetti. Ma è anche agevole osservare che, se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non si vede la ragione per la quale la stessa persona, a determinate condizioni, non possa ugualmente decidere di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri".

Rispetto ai **codici deontologici** si segnala che il Codice delle professioni infermieristiche²⁶ non contempla più il divieto di partecipare ad attività finalizzate a procurare la morte del malato, mentre è recentissima la presa di posizione del Presidente della FNOMCeO che, a seguito della pubblicazione della sentenza n. 242 della Corte costituzionale, ha affermato che il Consiglio nazionale modificherà il Codice deontologico per uniformarlo al dispositivo della Corte, limitatamente ai casi previsti dalla stessa²⁷.

Conclusioni

La disanima fin qui condotta, pur nella sua sinteticità, può consentire al lettore di considerare i pro e i contro dell'AMM, soppesando le argomentazioni soggiacenti alle varie posizioni. Acquisire i dati empirici forniti dalla letteratura specifica e far sedimentare dentro di sé le argomentazioni etico-deontologiche e giuridiche è, infatti, fondamentale per chiarire a sé stessi qual è la propria posizione etica rispetto alla *vexata quaestio*. Ma probabilmente occorre un ulteriore sforzo di approfondimento per arrivare ad una profonda consapevolezza della propria posizione. Personalmente ritengo che tale ulteriore sforzo sia strettamente connesso al cercare di rispondere ad una semplice, anche se coinvolgente domanda: "Cosa vorrei per me se fossi in quelle condizioni?". Usare questa domanda per esplorare più a fondo le nostre convinzioni morali non significa far prevalere l'aspetto emozionale su quello razionale; significa invece creare uno spazio interiore per "valutare sentendo sé stessi", per giungere ad una consapevolezza che tenga conto della globalità dei vissuti, nostri, dei malati e dei familiari con cui veniamo a contatto nei percorsi di cura o nelle esperienze personali.

Per quanto concerne la posizione della SICP si può fare riferimento ai vari comunicati stampa²⁸⁻³⁰ che sono stati stilati in modo congiunto con la Federazione delle Cure Palliative (FCP), segnalando il valore della emissione congiunta da parte di SICP e di FCP come riprova dell'unitarietà di visione.

Conflicto di interessi: l'autore dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Corte costituzionale. Sentenza n. 242 del 25 settembre 2019 (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/11/Sentenza-CC-n.-242.2019.pdf).
2. Corte costituzionale. Comunicato stampa del 25 settembre 2019 "In attesa del parlamento la Consulta si pronuncia sul fine vita" (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/10/Comunicato-stampa-Corte-Costituzionale-25-sett-2019.pdf).
3. Comitato Nazionale per la Bioetica. Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito. il 18 luglio 2019 (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/11/CNB_parere-180719_SMA-1.pdf).
4. Corte costituzionale. Ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018 (www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/10/207_18_Cappato-ordinanza.pdf).
5. Gruppo di lavoro in materia di aiuto medico a morire. Aiuto medico a morire e diritto: per la costruzione di un dibattito pubblico plurale e consapevole. <http://rivista.biodiritto.org/ojs/index.php?journal=biolaw&page=article&op=view&path%5B%5D=446> e *Recenti Prog Med* 2019; 110: 1-10.
6. Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al. European Association for Palliative Care (EAPC): Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliat Med* 2016; 30: 104-16.

7. Sulmasy LS, Mueller PS. For Ethics, professionalism and human right committee of the ethics and the legalization of physician-assisted suicide: an American College of Physicians Position Paper *Ann Intern Med* 2017; 167: 576-8.
8. De Lima L, Woodruff R, Pettus K, et al. International Association for Hospice and Palliative Care Position Statement: Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. *J Palliat Med* 2017; 20: 8-14.
9. Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada and Europe. *JAMA* 2016; 316: 79-90.
10. Gamondi C, Pott M, Preston N, et al. Family caregivers' reflections on experiences of assisted suicide in Switzerland: a qualitative interview study. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55: 1085-94.
11. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (18G00006) (GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018) (www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg).
12. Hizo-Abes P, Siegel L, Schreier G. Exploring attitudes toward physician-assisted death in patients with life-limiting illness with varying experiences of palliative care: a pilot study. *BMC Palliative Care* 2018; 17: 56.
13. Bernheim JL, Denshepper R, Distelmans W, et al. Development of palliative care and legalisation of euthanasia: antagonism or synergy? *BMJ* 2008; 336: 864-7.
14. Venden Bergh P, Mullie A, Desmet M, et al. Assisted dying - the current situation in Flanders: euthanasia embedded in palliative care. *European Journal of Palliative Care* 2013; 20: 266-72. (www.palliatief.be).
15. Dierickx S, Deliens L, Cohen J, et al. Involvement of palliative care in euthanasia practice in a context of legalized euthanasia: a population-based mortality follow-back study. *Palliat Med* 2018; 32: 114-22.
16. Prokopetz JJ, Lehmann LS. Redefining physicians' role in assisted dying. *N Engl J Med* 2012; 367: 97-9.
17. Lavoie M, Godin G, Vézina-Im LA, et al. Psychosocial determinants of physicians' intention to practice euthanasia in palliative care. *BMC Med Ethics* 2015; 16: 6.
18. quotidianosanita.it giovedì 26 settembre 2019. Suicidio assistito. La Fnomceo dopo la sentenza della Corte: "Rispettiamo la libertà di scelta dei pazienti. Ma i medici non vogliono essere coinvolti". Intervista al presidente Filippo Anelli (www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=77227).
19. Chochinov HM, Tataryn D, Clinch JJ, Dudgeon D. Will to live in the terminally ill. *Lancet* 1999; 354: 816-9.
20. Rosenfeld B, Pessin H, Marziliano A, et al. Does desire for hastened death change in terminally ill cancer patients? *Soc Sci Med*. 2014; 111: 35-40.
21. Canadian Society of Palliative Care Physicians. Key messages re physician-hastened death (October 2015) (www.cspcp.ca/wp-content/uploads/2014/10/CSP-CP-Position-on-Euthanasia-and-Assisted-Suicide-Feb-6-2015.pdf).
22. Palliative Care Australia. Palliative Care and Voluntary Assisted Dying. Position statement (http://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2019/09/2019-VAD-position-statement-Final.pdf).
23. Palliative Care Australia: Euthanasia and physician assisted suicide. Position statement, 2011 (https://palliativecare.org.au/wp-content/uploads/dlm_uploads/2015/08/20160823-Euthanasia-and-Physician-Assisted-Suicide-Final.pdf).
24. Sepulveda C, Marlin A, Yoshida T, et al. Palliative care: the World Health Organisation's global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-6.
25. FNOmCeO Codice di deontologia medica. 2014 (<https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico/>).
26. FNOPI Codice deontologico delle professioni infermieristiche 2019 (www.fnopi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm).
27. [quotidianosanità](http://quotidianosanita.it) 24 novembre 2019 Sentenza suicidio assistito. Gli Ordini dei medici pronti a valutare modifiche al Codice Deontologico. (www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=79069&fr=n).
28. Comunicato stampa SICP-FCP 26 novembre 2019. Deposito della sentenza 242/19 della Corte costituzionale su aiuto al suicidio. (www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/11/comunicato-stampa-sicp-fcp-3/).
29. Comunicato stampa SICP-FCP 4 ottobre 2019. Sentenza della Corte costituzionale su aiuto al suicidio. (www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/10/comunicato-stampa-sicp-fcp-2/).
30. Comunicato stampa SICP-FCP 27 maggio 2019. Le Cure Palliative non sono terapie alternative o cure miracolose. (www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/05/comunicato-stampa-sicp-fcp/).

Indirizzo per la corrispondenza:
Dott. Luciano Orsi
Società Italiana di Cure Palliative
Via Galileo Galilei 7
20120 Milano
E-mail: orsiluciano@gmail.com

EDITORIAL

After the Italian Constitutional Court's ruling on the absence of criminal liability for assisted suicide: the role of ethics committees and clinical ethics

Carlo Petrini

Unità di Bioetica, Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy

“Medically-assisted suicide” continues to be a subject of analysis and debate in terms of its ethical, legal, medical and anthropological aspects.

In Italy, events are ensuring that this focus remains, and two rulings from the Constitutional Court [1, 2] and the parliamentary debate associated with examination of various bills are particularly important in this regard.

This article is not intended to add personal reflections to the already considerable volume of comment on this issue, or to enter into a detailed discussion of the possible classifications of “euthanasia” and differentiations of the concept of “medically-assisted suicide”.

As we know, the Constitutional Court handed down a judgment [1] on 25 September 2019 following on from that Court's Order No 207 of 24 October 2018 [2]. The issue of constitutionality of Article 580 of the Criminal Code, in the part about the punishment of the aid to suicide, was raised by the Court of Milan, in an Order of 14 February 2018 [3], in relation to the case of Marco Cappato, who accompanied Fabiano Antoniani (a forty-year-old who had been a tetraplegic since 2014 because of a traffic accident) to the Dignitas clinic in Forch, some ten kilometres from Zurich, to commit suicide. In its Order of 24 October 2018, the Court observed that Article 580 of the Penal Code is “functional to the protection of interests worthy of protection by the legal system”, and therefore that “the indictment of assisted suicide cannot be considered incompatible with the Constitution” [2]. To enable Parliament to enact appropriate provisions on the issue, that Order deferred until 24 September 2019 any treatment of the question of the constitutionality of Article 580 of the Criminal Code (whereby “Any person who causes the suicide of another or strengthens the resolve of another to commit suicide or facilitates the suicide of another in any manner shall be punished, if that suicide occurs, with imprisonment for a period of five to twelve years”).

Because the parliamentary debate in progress has not

resulted in any legislative intervention, on 25 September 2019 the Court has held that “under certain conditions, a person who facilitates the execution of the suicide intention, autonomously and freely formed, of a patient kept alive by life support treatments and affected by an irreversible pathology, source of physical or psychological suffering that he considers intolerable but fully capable of making free and conscious decisions” is not punishable under Article 580 of the Criminal Code [1]. “Pending an indispensable intervention of the legislator, the Court holds exclusion from criminal liability to be subject to compliance with the conditions laid down by the legislation on informed consent, palliative care and continuous deep sedation (Articles 1 and 2 of Law No 219/2017) and verification of the conditions required and of the procedures for performance of the act by a public structure within the Italian national health service, following consultation with the relevant local ethics committee” [1].

Among the many implications of this intervention by the Court, some have a considerable impact on the functions of the national health service (SSN). Indeed, on the basis of Article 1 of Law No 833 of 28 December 1978, the SSN “shall be made up of the series of functions, structures, services and activities intended to promote, maintain and restore the physical and mental health of the entire population (...)” [4]. Questions will need to be asked about the compatibility between “medically-assisted suicide”, which the Court deems to fall within the practices provided by the SSN, and the three functions (promotion, maintenance and restoration of health) that the law attributes to that Service.

A further implication for healthcare institutions concerns the involvement of local ethics committees (ECs), which, according to the Court's decision, must provide an opinion in all cases involving a request for “medically-assisted suicide”.

Law No 3 of 11 January 2018 provides for (Article 2(7)) the creation of 40 “local ethics committees” by

means of a ministerial decree to be issued within 60 days following the entry into force of that Law. On the basis of that Law (Article 2(10)), the local ECs “shall have jurisdiction and authority to assess clinical trials on medical devices and on medicinal products for human use”. However, the ministerial decree has not been issued, and 90 ECs have been created on the basis of the Decree of 8 February 2013 [6]. According to that Decree, the ethics committees’ “responsibility it is to protect the rights, safety and wellbeing of human subjects involved in a trial and to provide public assurance of that protection. Where they are not attributed to specific bodies, ethics committees may also undertake consultative functions in relation to ethical issues associated with scientific and care activities, in order to protect and promote the dignity of the person”. It is clear that the current legislative framework assigns functions to ECs that are crucial for approving clinical trials. It is also clear, as has been noted by the Italian Committee for Bioethics [7], that there is a lack of an appropriate legislative framework for ECs in terms of clinical ethics and of initiatives to promote clinical ethics [8]. Indeed, Italy does not currently have national regulations or initiatives, making do only with certain regional measures (and in particular those applicable in Veneto, which created ECs for clinical aspects in 2004 [9, 10], and in Friuli Venezia Giulia [11]).

This lacuna must now be addressed: the decision by the Constitutional Court imposes a requirement for an opinion from a local EC for requests for “medically-assisted suicide”.

In the current situation, three possible scenarios have been identified in particular:

A first option is that the 40 local ECs required to be created on the basis of the Law of 11 January 2018 (Article 2(7)) [5] also deal with clinical cases (including requests for “medically-assisted suicide”).

A second possibility is that appropriate national (and subsequently regional where necessary) measures be enacted to create ECs specifically responsible for assessing clinical cases.

The third possibility falls within the new framework provided by the Law of 11 January 2018 [5], which, as we have already noted, requires a reduction in the num-

ber of committees from 90 to 40. Assuming that the 40 ECs created on the basis of the implementing decree for that Law coincide with the 40 existing committees (excluding variations in composition), 50 committees would be destined for elimination.

The existing committees not covered by the future decree creating the 40 local ECs responsible for assessing clinical trials could be authorised for assessment of studies other than clinical trials (such as observational studies, studies on biological samples, etc.).

The first option seems difficult to implement, specifically because the imminent implementation of Regulation (EU) No 536/2014 [12] means that the workload of local ethics committees responsible for assessing clinical trials is going to increase. Consequently, it will be difficult for these committees to cover clinical cases as well.

The second possibility is a desirable outcome: in Italy, the promotion of committees and services for clinical ethics has hitherto been lacking and the lacuna must be addressed. However, this process inevitably requires a lengthy period of time, while the Constitutional Court’s decision requires that these systems be operational in the short term.

The third option is seen as potentially being particularly effective, because it is immediately operational (among other reasons). This would make it possible to avoid a dispersal of the expertise accumulated by ECs, which is often of significant value. However, this could also involve work along the same lines as for the second option in order to promote ECs and services dedicated to clinical ethics at national level.

The procedures applied by ECs to rule on cases of “medically-assisted suicide” must be appropriately regulated. In any case, it is hoped that opinions from ECs will be mandatory and non-binding, a view also recommended by the Italian Committee for Bioethics [7].

Acknowledgement

At the time of publication of this article, the text of the ruling of the Constitutional Court has not yet been deposited. Therefore, the article is based on the press release issued by the Constitutional Court on 25 September 2019.

REFERENCES

1. Italia. Corte Costituzionale. Sentenza 25 settembre 2019. Comunicato stampa.
2. Italia. Corte Costituzionale. Ordinanza 24 ottobre 2018.
3. Italia. Corte d’Appello di Milano. Ordinanza nella causa penale a carico di Cappato Marco. 14 febbraio 2018.
4. Italia. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale* n. 360, 28 dicembre 1978.
5. Italia. Legge 11 gennaio 2018, n. 3. Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale* n. 25, 21 gennaio 2018.
6. Italia. Ministero della Salute. Decreto 8 febbraio 2013. Criteri per la composizione ed il funzionamento dei comitati etici. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale* n. 96, 24 aprile 2013.
7. Italia. Comitato Nazionale per la Bioetica. (Italian Committee for Bioethics). Clinical ethics committees 31 March 2017.
8. Petrini C. Towards clinical bioethics (or a return to clinical ethics?). *Clin Ter*. 2013;164(6): e523-e527.
9. Italia. Regione Veneto. Deliberazione della Giunta della Regione Veneto n. 4049 del 22 dicembre 2004. Interventi in materia di bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato Regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati Etici per la sperimentazione. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati Etici per la pratica clinica. Bollet-

- tino Ufficiale della Regione Veneto n. 9 del 25 gennaio 2005. p. 234-52.
10. Italia. Regione Veneto. Deliberazione della Giunta Regionale n. 983 del 17 giugno 2014. Disciplina della rete dei Comitati etici: riordino delle disposizioni relative al Comitato Regionale per la Bioetica e ai Comitati Etici per la Pratica Clinica. Modifica DGR n. 4049 del 22.12.2004, DGR n. 2870 del 4.10.2005, DGR n. 4155 del 18.12.2007, DGR n. 2520 del 4.8.2009, DGR n. 519 del 2.3.2010 e DGR n. 1081 del 26.7.2011. Bollettino Ufficiale della Regione Veneto n. 66 del 8 luglio 2014. p. 469-80.
 11. Italia. Regione Friuli Venezia Giulia. Deliberazione della Giunta Regionale 22 gennaio 2016, n. 73. Istituzione del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica. Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia n. 6 del 10 febbraio 2016. p. 224-9.
 12. European Parliament, Council of the European Union. Regulation (EU) No 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. Official Journal of the European Union, 27 May 2014; L158: 1-76.

Will medically-assisted suicide mean the rebirth of (clinical) ethics committees in Italy?

Medico-Legal Journal
2020, Vol. 88(1S) 26–30
© The Author(s) 2020
Article reuse guidelines:
sagepub.com/journals-permissions
DOI: 10.1177/0025817220923650
journals.sagepub.com/home/mlj


Carlo Petrini**Abstract**

The Italian Constitutional Court has held that, in certain specific circumstances, prosecution for assisted suicide, regulated by Article 580 of the Criminal Code, is not compatible with the Constitution. The circumstances in question relate to individuals who are being kept alive by life-sustaining treatments, who are fully capable of taking free, informed decisions and are suffering from irreversible conditions that are a source of intolerable physical or mental suffering. The Court has held that the Ethics Committees must assess a request for assisted suicide made by an individual meeting these conditions. The decision requires the identification of the Ethics Committee authorised to issue authorisation in such cases and a guarantee that these Ethics Committees are able to deal with this type of issue. The Court's decision is an important opportunity to establish and promote clinical Ethics Committees, which are not nationally regulated in Italy and exist in very small numbers in only a few parts of the country.

Keywords

Ethics committees, legislation, medically-assisted suicide

How many ethics committees are there in Italy?

The debate on the system and structure of Ethics Committees (ECs) in Italy has been active for some years.

There was still much discussion about the reduction in the number of ECs enacted by means of the Decree of 8 February 2013¹ (which implemented Law No. 189 of 8 November 2012² and imposed a reduction in the number of ECs in Italy from 265 in 2012 to 91 in 2014), and Regulation (EU) No. 536/2014³ gave further impetus to the debate. Indeed, because the Regulation states that '(e)ach Member State concerned shall notify the sponsor through the EU portal as to whether the clinical trial is authorised, whether it is authorised subject to conditions, or whether authorisation is refused' and that the '(n)otification shall be done by way of one single decision' for each of the participating nations (Article 8), a range of possible solutions were proposed. Some proposed the creation of a single national EC responsible for all requests for authorisation of new trials. This suggestion was supported for some time in particular by the then Director-General of the Agenzia Italiana del Farmaco (Italian Medicines

Agency, AIFA).⁴ The many possible alternatives⁵ also included the creation of ECs (or sections of one EC) with jurisdiction based not on geographical location but, rather, on therapeutic area (for example, oncology, neurology, metabolic diseases, etc.).⁶

The debate continued with the draft law presented by the then Minister for Health Beatrice Lorenzin and the parliamentary process resulting in the adoption of Law No. 3 of 11 January 2018,⁷ the first two articles of which relate to clinical trials on medicinal products and ECs. The system imposed for ECs by that law has certain similarities to the system implemented in Spain through the Decree of 4 December 2015 by the Ministry of Health, Social Services and Equality, adopted to bring the Spanish legislation⁸ into line with Regulation (EU) No. 536/2014.³ During the

Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health),
Rome, Italy

Corresponding author:

Carlo Petrini, Istituto Superiore di Sanità (Italian National Institute of Health), Via Gianio della Bella 34, I-00162 Rome, Italy.
Email: carlo.petrini@iss.it

passage of the draft law through the Italian Parliament, various proposals were made (or reiterated), including the establishment of 10 ECs (subsequently rejected in particular because it would have resulted in the creation of one EC for approximately every two regions, triggering an inevitable rivalry as to where those ECs would be located) and the creation of one EC per region (subsequently rejected in particular because there are substantial differences between regions in terms of size, population, number of clinical trial centres, and number of approved trials). This process led, ultimately, to the criterion stated in Article 2(7) of the abovementioned Law No. 3 of 11 January 2018:

Within sixty days following the date of effect of this law, a decree enacted by the Minister for Health, by agreement with the Permanent Conference on Relations between the State, the Regions and the Autonomous Provinces of Trento and Bolzano, shall identify a maximum of forty local ethics committees. The following criteria must be taken into account in identifying local ethics committees: a) the presence of at least one ethics committee for each region; b) the completed restructuring of the existing ethics committees, envisaged ... by Law No. 189 of 8 November 2012, according to the terms ... laid down in the abovementioned legislation; c) the number of trials evaluated as a coordinating centre in 2016.⁷

The implementing decree for the law establishing the local ECs has still not been adopted for various reasons, many related to the three criteria (a, b, c) indicated in the law. For example, 'the number of trials evaluated as a coordinating centre' (criterion 'c') is not an effective indicator of the quality and efficiency of the series of activities undertaken by ECs, which perform many other tasks in addition to evaluating clinical trials as coordinating centre (such as observational studies, studies on biological samples, etc.). The difficulties have probably also been exacerbated by the fact that attempts to adopt the implementing decree to enable the creation of the forty local committees have applied the three criteria as the sole binding reference: in actual fact, the expression 'The following criteria must be taken into account' (Article 2(7) of Law No. 3 of 11 January 2018) does not preclude situations where the three criteria are 'taken into account' and additional criteria are also considered to identify the 40 local ECs. Aside from this, it is criterion 'a', combined with the maximum number of 40 ECs, that has generated the greatest disagreement. In fact, considering that there are 21 regions and autonomous provinces, there are only 19 ECs still to be distributed: this, inevitably, creates a rivalry, above all between the largest regions active in clinical trials.

The constitutional court intervenes on assisted suicide

While the controversy surrounding the creation of local ECs in Italy on the basis of Law No. 3 of 11 January 2018 has still not been resolved, a very important event has raised a new issue that must be considered in relation to how ECs are organised. This event relates to an area different from clinical trials, which does, however, involve ECs to a very significant extent. The Italian Constitutional Court has in fact issued Decision No. 242 of 25 September 2019,⁹ intervening on the issue of assisted suicide and assigning a crucial role to the ECs. The case addressed by the measures imposed by the Court relates to Marco Cappato, treasurer of the Associazione Luca Coscioni (the Luca Coscioni Association for the Freedom of Scientific Research). On 26 February 2017, Cappato drove Fabiano Antoniani, who intended to commit suicide by means of a medically-assisted procedure, from Italy to a facility of the association Dignitas in Switzerland. The suicide took place the following day. Assisted suicide is punishable in Italy under Article 580 of the Criminal Code, whereby

Any person who causes the suicide of another or strengthens the resolve of another to commit suicide or facilitates the suicide of another in any manner shall be punished, if that suicide occurs, with imprisonment for a period of five to twelve years. If suicide does not occur, that person shall be punished with imprisonment for a period of one to five years, provided that the attempted suicide results in serious or very serious personal injury ...¹⁰

Fabiano Antoniani, who was born on 9 February 1979, was blind and tetraplegic as a result of a road accident occurring on 13 June 2014. After several unsuccessful attempts at experimental therapies, he made numerous appeals to various institutions requesting the adoption of a law that would permit euthanasia and, finally, asked to undergo medically-assisted suicide in Switzerland, where the procedure is not banned. Cappato reported himself to the police for having assisted Antoniani in his suicide attempt by accompanying him to Switzerland. The trial concluded in part on 14 February 2018, with Cappato being acquitted of the charge of inciting suicide. In relation to the charge of assisting suicide, however, the Court of Milan issued an order referring the case to the Constitutional Court to determine the constitutionality of Article 580 of the Criminal Code.¹¹ The Constitutional Court first issued Order No. 207 of 24 October 2018, filed on 16 November 2018.¹² In that order, the Constitutional Court has determined that the current legal framework governing end of life does not provide adequate

protection for certain situations that are constitutionally deserving of protection and should be balanced against other constitutionally significant needs. To enable, firstly, Parliament to enact appropriate provisions on the issue, the Court has decided to defer any treatment of the question of the constitutionality of Article 580 of the Criminal Code until the hearing on 24 September 2019.¹³

Thus, the Constitutional Court gave the Parliament 11 months to legislate the issue: if no action were taken by legislators by the deadline of 24 September 2019, the order indicated that the Court would intervene further. In the months following this order, numerous hearings were held by the Social Affairs Committee of the Chamber of Deputies in the Italian Parliament to discuss various draft laws on medically-assisted suicide and euthanasia, although these hearings did not result in parliamentary debate or the adoption of a law.¹⁴ On 25 September 2019, therefore, the Constitutional Court acted once again by means of Decision No. 242.⁹ The decision confirms, on a preliminary basis, the conclusions reached in Order No. 207. First, the Court has reiterated that prosecution of assisted suicide is not, per se, in conflict with the Constitution but is justified by requirements associated with protection of the right to life, especially for the weakest and most vulnerable individuals, which the law intends to protect by avoiding external interference in an extreme and irreparable choice, such as that of suicide. However, the Court has identified a specific area in which prosecution is not in accordance with the Constitution. This concerns cases in which the assistance relates to an individual who is being kept alive by life-sustaining treatments (such as artificial feeding and hydration) and is suffering from an irreversible condition that is a source of intolerable physical or mental suffering but who is fully capable of taking free and informed decisions. Furthermore, the Constitutional Court has determined that verification of the conditions under which assisted suicide is lawful and the corresponding implementation procedures must be entrusted, while we await legislative intervention, to public entities within the national health service. This is in line with the precedents established in previous rulings relating to similar situations.¹⁵

In that judgment, the Court also asserts that The sensitivity of the issue concerned also requires the involvement of a third-party collegiate body, with the appropriate expertise, which is able to guarantee the protection of particularly vulnerable situations. While we await action from the legislators, this task is entrusted to the ethics committees with geographical jurisdiction. As consultation and reference bodies for ethical problems that may arise in the practice of healthcare, these committees are vested with consultative functions intended to guarantee the protection of the rights and values of individuals in clinical trials on

medicines or, further, the use of medicines and medical devices (Article 12(10)(c) of Decree-Law No. 158/2012, Article 1 of the Decree of the Minister for Health of 8 February 2013, laying down 'Criteria for the composition and operation of ethics committees'): functions that specifically involve the safeguarding of vulnerable individuals and that also extend to the so-called compassionate use of medicines for patients suffering from conditions for which no valid therapeutic alternatives are available (Articles 1 and 4 of the Decree of the Minister for Health of 7 September 2017, laying down 'Provisions governing the therapeutic use of medicines undergoing clinical trials').¹⁶

The Constitutional Court therefore envisages that the evaluation of requests for medically-assisted suicide will also include opinions from the ECs 'with geographical jurisdiction'.

Which are the ethics committees 'with geographical jurisdiction' that are required to intervene?

In the Italian legislation, the expression 'local' in reference to ECs appears for the first time in Article 2 of Law No. 3 of 11 January 2018.⁷ As stated above, however, the decree implementing Article 2(7), which provides for the creation of 40 'local' ECs, has still not been adopted. Currently, therefore, the ECs established by the regions under the previous Decree of 8 February 2013¹ cited by the Constitutional Court in Decision No. 242⁹ are operational.

These ECs primarily have the 'responsibility of protecting the rights, safety and wellbeing of human subjects involved in a trial and of providing public assurance of that protection' (Article 1(1)).¹ Moreover,

(w)here they are not attributed to specific bodies, ethics committees may also undertake consultative functions in relation to ethical issues associated with scientific and care activities, in order to protect and promote the dignity of the person. Ethics committees may also propose training initiatives for healthcare professionals on issues relating to bioethics (Article 1(2)).¹

These functions are explained in more detail in the subsequent Decree of 7 September 2017¹⁶ cited in Decision No. 242/2019.⁹

Irrespective of the opinions that we all may have about medically-assisted suicide, which are not being analysed in this article, the Constitutional Court's ruling is unavoidable. If the Parliament wishes to legislate, it will not be able to ignore the Court's decision. If the Parliament will not intervene in legislating the

issue, the criteria established by the Court will nonetheless need to be considered.

The involvement of ECs in cases involving requests for assisted suicide is therefore now a fact of life.

So which ECs will be authorised to provide an opinion? Three possible scenarios are proposed here.

- (i) The first possibility is that requests for medically-assisted suicide could be evaluated by clinical ECs. The Constitutional Court's ruling is an opportunity to promote and optimise clinical ECs. In Italy, no legislation has yet been adopted and no initiatives have been undertaken nationally in relation to the creation and operation of clinical ECs: some regions (Friuli, Tuscany, Veneto) and autonomous provinces (Bolzano) have adopted local measures, but clinical ECs do not currently exist throughout the bulk of Italian territory. The creation of clinical ECs has been sought, *inter alia*, by the Italian Committee for Bioethics in a document dedicated entirely to this type of EC.¹⁷

Some differences between ECs for clinical trials and clinical ECs are particularly significant.

An initial difference concerns the type of opinions issued: unlike ECs for trials, which provide deliberative evaluations, clinical ECs have an advisory function and provide opinions that are mandatory but not binding.

A second difference concerns geographical distribution. ECs for clinical trials are often far away from the institutions where the trials are being performed.

This characteristic will become more marked if the reduction in the number of ECs for trials envisaged by Article 2(7) of Law No. 3 of 11 January 2018⁷ is implemented. Conversely, by their very nature, clinical ECs would need to be distributed throughout the country and close to patients' bedsides. They can therefore have direct knowledge of the cases being examined.

- (ii) The second possibility is that requests for medically-assisted suicide could be evaluated by the 40 local ECs envisaged by Article 2(7) of Law No. 3 of 11 January 2018.⁷ In referring to 'ECs with geographical jurisdiction' and the applicable legislation,¹ the Constitutional Court's judgment seems to allude to this scenario. However, this situation presents certain critical factors. The amount of work falling to these ECs for evaluation of clinical trials is in fact substantial and could be increased, and some ECs could have difficulty managing this. A further increase in the tasks of these ECs would probably force them to rush their work, which would have a negative impact on the quality and depth of the

evaluations. Furthermore, Law No. 3 of 11 January 2018 regulates ECs 'for clinical trials of medicines and medical devices for human use' and does not envisage that these ECs will deal with clinical cases. If the legislators intend to assign these ECs the role of evaluating clinical cases, it would therefore be necessary to adopt measures to significantly strengthen the ECs (in terms of resources, expertise, organisation).

- (iii) A third possible scenario is that the 40 ECs envisaged by Article 2(7) of Law No. 3 of 11 January 2018 (which were supposed to be created within 60 days following the entry into force of the law, and therefore by 15 April 2018) are not created and the 91 ECs currently operating on the basis of the Decree of 8 February 2013¹ are maintained. This scenario is subject to considerations (in terms of workload, resources and expertise) similar to those stated in relation to the 40 ECs in case (ii).

Legislative action must be taken

The Constitutional Court's ruling, which requires an opinion from an EC for evaluation of a request for medically-assisted suicide, makes it necessary to ensure adequate consideration of the problem of how ECs are organised.

Many parties have long been highlighting a need to create clinical ECs in Italy.

The Court's decision is therefore an important opportunity.

Whichever solution is adopted by the legislators and administrative authorities, it is clear that the current regulations governing ECs focused (almost) exclusively on clinical trials of medicinal products (and, secondly, on clinical investigations of medical devices) is insufficient. We need an appropriate regulatory framework to regulate the activities of ECs, including in the evaluation of other types of research (as already noted elsewhere) and in the evaluation of clinical cases. We also need a system in which the ECs responsible for evaluating cases of assisted suicide have the appropriate expertise and organisation to address highly complex problems such as assisted suicide.

The Constitutional Court's ruling is an opportunity to promote clinical ECs in Italy, incorporating them within a suitable legislative framework that governs membership, leadership, bylaws, location, access to consultation, evaluation process and issue of opinions.

Declaration of conflicting interests

The author(s) declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and/or publication of this article.

Funding

The author(s) received no financial support for the research, authorship, and/or publication of this article.

References

1. Ministry of Health. Decree of 8 February 2013. Criteria for the composition and operation of ethics committees [in Italian]. *Official Gazette of the Italian Republic – General Series (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale)* 2013; 96: 12–21.
2. Italian Parliament. Law No. 189 of 8 November 2012. Conversion into law, with modifications, of Decree-Law No 158 of 13 September 2012, laying down urgent provisions to promote the development of the country by means of a higher level of health protection. *Official Gazette of the Italian Republic – General Series (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale)* 2012; 263(Ordinary Supplement no 201): 1–64.
3. European Parliament, Council of the European Union. Regulation (EU) No. 536/2014 of the European Parliament and of the Council of 16 April 2014 on clinical trials on medicinal products for human use, and repealing Directive 2001/20/EC. *Official Journal of the European Union* 2014; L158: 1–76.
4. Pani L. Ethics committees? One but good [in Italian]. *Il sole 24 ore sanità* 2015; 127: 29.
5. Petrini C. What is the role of ethics committees after Regulation (EU) No 536/2014? *J Med Ethics* 2016; 42: 186–188.
6. Petrini C and Garattini S. Trials, regulation and tribulation. *Eur J Clin Pharmacol* 2016; 72: 503–505.
7. Italian Parliament. Law No 3 of 11 January 2018. Delegation of power to the Government in matters of clinical trials on medicinal products and provisions to restructure the healthcare professions and to regulate the medical management of the Ministry of Health [in Italian]. *Official Gazette of the Italian Republic – General Series (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale)* 2018; 25: 10–39.
8. Ministry of Health, Social Services and Equality. Royal Decree No 1090/2015 of 4 December 2015, regulating clinical trials with medicines, ethics committees for research with medicines, and the Spanish Clinical Studies Register [in Spanish]. *Official Gazette (Boletín Oficial del Estado)* 2015; 307: 121923–121924.
9. Constitutional Court. Decision no 242 of 25 September 2019 filed on 22 November 2019 [in Italian]. *Official Gazette of the Italian Republic – 1st Special Series – Constitutional Court (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – 1^a serie speciale – Corte Costituzionale)* 2019; 48: 32–45.
10. Criminal Code. Royal Decree no 1398 of 18 October 1930 [in Italian].
11. Court of Milan. Judgment in the criminal case against Marco Cappato [in Italian]. 14 February 2018.
12. Constitutional Court. Order no 207 of 24 October 2018 filed on 16 November 2018 [in Italian] *Official Gazette of the Italian Republic – 1st Special Series – Constitutional Court (Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – 1^a serie speciale – Corte Costituzionale)* 2018; 46: 118–127.
13. Constitutional Court. Order no 207 of 24 October 2018 [in Italian], Press release, www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20181116113754.pdf (accessed 15 February 2020).
14. Petrini C. Hearing at the Italian Parliament as part of the examination of two draft laws, citizens' initiative, C. 1586 Ceconi and C. 1655 Rostan, on "Refusal of medical treatment and lawfulness of euthanasia. Chamber of Deputies, Social Affairs and Justice Committees" [in Italian], www.camera.it/application/xmanager/projects/leg18/attachments/upload_file_doc_acquisiti/pdfs/000/001/775/Istituto_superiore_di_sanit%C3%A0_4.6.2019.pdf (2019, accessed 15 February 2020).
15. Constitutional Court. Decision no 242 of 25 September 2019 [in Italian]. Press release, www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20191123100805.pdf (accessed 15 February 2020).
16. Ministry of Health. Decree of 7 September 2017 [in Italian]. Provisions on the therapeutic use of medicines undergoing clinical trials. *Official Gazette of the Italian Republic – General Series* 2017; 256: 23–26.
17. Italian National Committee for Bioethics. Clinical ethics committees, <http://bioetica.governo.it/en/opinions/opinions-responses/clinical-ethics-committees/> (2019, accessed 15 February 2020).

Suicidio assistito. Dopo la sentenza della Consulta, quattro scenari per i comitati etici abilitati ad esprimersi su eventuali richieste

La prima possibilità è che le richieste di assistenza medica al suicidio siano valutate dai quaranta comitati etici territoriali previsti dalla legge Lorenzin. Una seconda possibilità è che si affidino i casi clinici a quei comitati che, a causa della riduzione dagli attuali 91 a 40, non sopravvivessero alla selezione. Un terzo scenario è che i 40 non vengano istituiti proprio per il lavoro in più che i comitati sono chiamati a svolgere. Infine, c'è la possibilità che questi casi siano valutati da comitati specificamente dedicati alla clinica

Come è noto, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 242 del 25 settembre 2019 [1], si è espressa sulla legittimità costituzionale dell'art. 580 del Codice Penale, nella parte riguardante l'assistenza al suicidio.

Il caso all'origine della sentenza è altrettanto noto: il 26 febbraio 2017 **Marco Cappato**, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, accompagnò in automobile Fabiano Antoniani, intenzionato a suicidarsi mediante procedura medicalmente assistita dall'Italia in Svizzera, presso una struttura dell'Associazione Dignitas. Il suicidio avvenne il giorno successivo. Cappato si auto-denunciò per aver assistito Antoniani nel suo intento suicidario accompagnandolo in Svizzera. Il 14 febbraio 2018 il processo si concluse parzialmente con l'assoluzione per la parte che vedeva Cappato imputato di istigazione al suicidio. Per quanto riguarda l'aiuto al suicidio, invece, la Corte di Assise di Milano emise un'ordinanza di remissione alla Corte Costituzionale [2] per il giudizio di costituzionalità dell'art. 580 del Codice Penale.

La sentenza è oggetto, anche in questa testata giornalistica, di numerosi commenti e approfondimenti. Non si intende qui aggiungere commenti sulla sentenza e sull'area in cui, secondo la Consulta, l'incriminazione per aiuto al suicidio prevista dall'art. 580 del codice Penale non è conforme alla Costituzione (e cioè i casi nei quali l'aiuto riguarda una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche, ma che resta pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli).

Ci si vuole, invece, qui soffermare sul fatto che nella sentenza 242/2019 si prevede anche un coinvolgimento dei comitati etici nella valutazione di eventuali richieste di assistenza medica al suicidio. Infatti, si afferma: «La delicatezza del valore in gioco richiede, inoltre, l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti.

Tali comitati – quali organismi di consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possano presentarsi nella pratica sanitaria – sono, infatti, investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, amplius, all'uso di questi ultimi e dei dispositivi medici (art. 12, comma 10, lettera c, del decreto legge n. 158 del 2012; art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, recante «Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici»): funzioni che coinvolgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso

compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante «Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica») [1].

Quali sono i comitati etici “territorialmente competenti” che devono intervenire?

Nella normativa italiana l'espressione “territoriali” riferita ai comitati etici compare per la prima volta nell'art. 2 della legge 11 gennaio 2018 n. 3 [3]. Al comma 7 dell'art. 2 di tale legge, si stabilisce: “Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del 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 di Bolzano, sono individuati i comitati etici territoriali fino a un numero massimo di quaranta”. Ad oggi, però, il decreto istitutivo dei quaranta comitati etici territoriali, che si sarebbe dovuto adottare entro il 15 aprile 2018, non è ancora stato emanato. Attualmente, quindi, sono operativi i comitati etici istituiti dalle Regioni ai sensi del precedente decreto 8 febbraio 2013 [4], citato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 242/2019 [1].

Tali comitati hanno in primo luogo la “la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone in sperimentazione e di fornire pubblica garanzia di tale tutela” (art.1. comma 1) [4]. Inoltre “(o)ve non già attribuita a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona. I comitati etici, inoltre, possono proporre iniziative di formazione di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica” (art. 1, comma 2) [4]. Le funzioni dei comitati sono ulteriormente esplicitate nel successivo decreto 7 settembre 2017 [5] citato nella sentenza n. 242/2019 [1].

Indipendentemente dalle opinioni che ciascuno può avere sull'assistenza medica al suicidio, il pronunciamento della Corte Costituzionale è ineludibile: se il Parlamento vorrà legiferare, non potrà ignorare quanto disposto dalla Corte. Se il Parlamento non interverrà nel normare la materia, si dovranno comunque considerare i criteri stabiliti dalla Corte. Pertanto, il coinvolgimento dei comitati etici nei casi di richiesta di assistenza al suicidio è, ormai, un fatto. Quali comitati etici, dunque, sono abilitati ad esprimersi? [6].

Si propongono qui quattro possibili scenari.

Quattro possibili scenari

I) La prima possibilità è che le richieste di assistenza medica al suicidio siano valutate dai quaranta comitati etici territoriali previsti dal comma 7, art. 2 della legge 11 gennaio 2018 n. 3 [3]. Il pronunciamento della Corte Costituzionale, utilizzando l'espressione “comitati etici territorialmente competenti”, pare fare riferimento a tale legge, sebbene nella sentenza vi siano richiami anche ad altre normative attualmente vigenti riguardanti i comitati etici [4, 5]. Tuttavia, questa eventualità presenta alcune criticità. Infatti, la mole di lavoro per la valutazione delle sperimentazioni cliniche che ricadrebbe su tali comitati, se istituiti, è ingente: alcuni comitati etici potrebbero essere in difficoltà a gestirla. Un ulteriore aggravio di compiti, aggiungendo anche casi clinici quali la richiesta di assistenza medica al suicidio, probabilmente costringerebbe a lavorare in modo frettoloso, a danno della qualità e profondità delle valutazioni. Inoltre la legge 11 gennaio n. 3 disciplina i comitati etici “per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici” e non prevede che tali comitati si occupino di casi clinici. Pertanto, qualora il legislatore intendesse attribuire a tali comitati etici anche il ruolo di valutare casi clinici, necessariamente si dovrebbero adottare misure per rafforzare fortemente (in termini di risorse, competenze, organizzazione) i comitati etici.

II) Una seconda possibilità, nel caso che si istituiscano i comitati previsti dal comma 7 dell'art. 2 della legge 11 gennaio 2018 n. 3, è che si affidino i casi clinici (incluse le richieste di suicidio assistito) a quei comitati che, a causa della riduzione del numero dei comitati dai novantuno attuali [7] a quaranta, non sopravvivessero alla selezione. Tali comitati potrebbero occuparsi non solo dei casi clinici, ma anche delle molteplici tipologie di studi che non ricadono sotto la definizione di “sperimentazione clinica” stabilita al comma 2 dell'art. 2 del Regolamento (UE) 536/2014 (“studio clinico che soddisfa una delle seguenti condizioni: a) l'assegnazione del soggetto a una determinata strategia terapeutica è decisa anticipatamente e non rientra nella normale pratica clinica dello Stato membro interessato; b) la decisione di prescrivere i medicinali sperimentali e la decisione di includere il soggetto nello studio

clinico sono prese nello stesso momento; c) sono applicate ai soggetti procedure diagnostiche o di monitoraggio aggiuntive rispetto alla normale pratica clinica” [8]). Le tipologie di studi che non ricadono sotto la definizione di “sperimentazione clinica” sono molto numerose (si pensi, per esempio, agli studi osservazionali e “real world”, con campioni biologici, diagnostici, epidemiologici, etc.). Se esaminate dai comitati abilitati alla valutazione di sperimentazioni cliniche come da Regolamento (UE) 536/2014 (i quali avranno un carico di lavoro notevole anche a causa della necessità di rispettare scadenze spesso assai impegnative), vi è il rischio che tali tipologie di studi non ottengano adeguata attenzione.

Un assetto simile (con una rete di comitati etici, tra i quali solo alcuni sono abilitati a valutare sperimentazioni cliniche) è stato adottato in Spagna con il Regio Decreto 4 dicembre 2015 n. 1090 [9], con il quale, già l’anno successivo l’entrata in vigore del Regolamento (UE) 536/2014 (avvenuta il 16 giugno 2014), si è stabilito un nuovo assetto normativo per le sperimentazioni cliniche e i comitati etici conforme alle nuove disposizioni comunitarie. In Spagna attualmente sono operativi novanta comitati, ventidue dei quali sono accreditati per le sperimentazioni cliniche. Gli accreditamenti per la sperimentazione vengono rinnovati periodicamente, e quindi il numero subisce nel tempo variazioni.

III) Un terzo possibile scenario è che i quaranta comitati etici previsti dal comma 7 dell’art. 2 della legge 11 gennaio 2018 n. 3 [3] non vengano istituiti e che si mantengano i novantuno comitati etici attualmente operativi [7] sulla base del decreto 8 febbraio 2013 [4]. Tale scenario può trovare una giustificazione nel fatto che i comitati etici istituiti ai sensi del decreto sono legittimati ad esprimersi non solo sulle sperimentazioni cliniche. Infatti, come si è già evidenziato sopra, al comma 2 dell’art 1, infatti, si afferma: “Ove non già attribuita a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona”.

A questo scenario si possono applicare considerazioni analoghe (per quanto riguarda mole di lavoro, risorse e competenze) a quelle già espresse con riferimento ai quaranta comitati etici di cui al caso I: occorrerebbero provvedimenti per adeguare i comitati all’impegnativo compito.

IV) La quarta possibilità è che i casi di richiesta di assistenza medica al suicidio siano valutati da comitati di etica specificamente dedicati alla clinica. La sentenza della Corte Costituzionale può essere un’occasione da non trascurare per istituire, regolamentare e promuovere in Italia comitati per l’etica nella clinica. Finora, in Italia, non è stata adottata alcuna normativa, né sono state intraprese iniziative, a livello nazionale per l’istituzione e il funzionamento di comitati di etica per la clinica. Alcune Regioni (Friuli [10], Toscana, Veneto [11, 12]) e Province autonome (Bolzano [13]) hanno adottato provvedimenti locali, ma nella maggior parte del territorio italiano non esistono, al momento, comitati di etica per la clinica. L’istituzione dei comitati etici per la clinica è stata sollecitata, tra l’altro, dal Comitato Nazionale per la Bioetica nel parere “I comitati per l’etica nella clinica” del 31 marzo 2017 [14], interamente dedicato a tale argomento, nonché in una delle raccomandazioni contenute nella mozione “Accanimento clinico o ostinazione irragionevole dei trattamenti sui bambini piccoli con limitate aspettative di vita” del 30 gennaio 2020 [15].

Alcune differenze tra comitati etici per la sperimentazione clinica e comitati di etica per la clinica sono particolarmente rilevanti.

Una prima differenza riguarda il tipo di pronunciamenti: a differenza dei comitati etici per la sperimentazione, che esprimono valutazioni deliberative, i comitati di etica per la clinica hanno funzione consultiva ed esprimono pareri obbligatori, ma non vincolanti.

Una seconda differenza rilevante riguarda la distribuzione territoriale. I comitati etici per la sperimentazione clinica spesso sono distanti dalle istituzioni dove le sperimentazioni stesse vengono effettuate. Tale caratteristica sarà ulteriormente accentuata nel caso che si attui la riduzione del numero dei Comitati etici per la sperimentazione prevista dal comma 7, art. 2 della legge 11 gennaio 2018 n. 3 [3]. Al contrario, i comitati di etica per la clinica dovrebbero essere distribuiti nel territorio, vicini al letto del malato e con possibilità di conoscere direttamente i casi in esame.

Carlo Petrini

Direttore dell’Unità di Bioetica e Presidente del Comitato Etico dell’Istituto Superiore di Sanità. ¹_{SEP} Vicepresidente del Centro di Coordinamento Nazionale dei Comitati Etici Territoriali

Bibliografia

1. Corte Costituzionale. Sentenza n. 242 del 25 ottobre 2019 depositata il 22 novembre 2019. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - 1a serie speciale - Corte Costituzionale 27 novembre 2019*; 160 (48): 32-45.
2. Corte d'Assise di Milano. Ordinanza nella causa penale a carico di Cappato Marco. 14 febbraio 2018.
3. Parlamento Italiano. Legge 11 gennaio 2018 n. 3. Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale 31 gennaio 2018*; 159 (25):10-39.
4. Ministero della Salute. Decreto 8 febbraio 2013. Criteri per la composizione ed il funzionamento dei comitati etici. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana – Serie generale 24 aprile 2013*; 154 (96): 12-21.
5. Ministero della Salute. Decreto 7 settembre 2017. Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie generale 2 novembre 2017*; 158 (256): 23-26.
6. Petrini C. After the Italian Constitutional Court's ruling on the absence of criminal liability for assisted suicide: the role of ethics committees and clinical ethics. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 2019*; 55 (4): 311-313.
7. Agenzia Italiana del Farmaco. Registro nazionale centri clinici e comitati etici. 19 settembre 2019.
8. Parlamento Europeo, Consiglio dell'Unione Europea. Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento Europeo e del Consiglio, del 16 aprile 2014, sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano e che abroga la direttiva 2001/20/CE. *Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea 27 maggio 2014*; L-158: 1-76.
9. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Real Decreto 1090/2015, de 4 de diciembre, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos, los Comités de Ética de la Investigación con medicamentos y el Registro Español de Estudios Clínicos. *Boletín Oficial del Estado 24 diciembre 2015*; 307: 121923-121964.
10. Regione Friuli Venezia Giulia. Deliberazione della Giunta regionale 22 gennaio 2016, n. 73. Istituzione del Comitato etico regionale per la sperimentazione clinica. *Bollettino Ufficiale della Regione Friuli Venezia Giulia 10 febbraio 2016*; 6: 224-229.
11. Regione Veneto. Deliberazione della Giunta della Regione Veneto n. 4049 del 22 dicembre 2004. Interventi in materia di bioetica. Istituzionalizzazione del Comitato Regionale per la Bioetica. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati Etici per la sperimentazione. Linee-guida per la costituzione ed il funzionamento dei Comitati Etici per la pratica clinica. *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto 25 gennaio 2005*; 9: 234-252.
12. Regione Veneto. Deliberazione della Giunta Regionale n. 983 del 17 giugno 2014. Disciplina della rete dei Comitati etici: riordino delle disposizioni relative al Comitato Regionale per la Bioetica e ai Comitati Etici per la Pratica Clinica. Modifica DGR n. 4049 del 22.12.2004, DGR n. 2870 del 4.10.2005, DGR n. 4155 del 18.12.2007, DGR n. 2520 del 4.8.2009, DGR n. 519 del 2.3.2010 e DGR n. 1081 del 26.7.2011. *Bollettino Ufficiale della Regione Veneto 8 luglio 2014*; 66: 469-480.
13. Provincia Autonoma di Bolzano. Legge provinciale 5 marzo 2001, n. 7. Riordinamento del servizio sanitario provinciale. *Bollettino Ufficiale della Provincia Autonoma di Bolzano 20 marzo 2001*; 12 (supplemento 2).
14. Comitato Nazionale per la Bioetica. I comitati per l'etica nella clinica. 31 marzo 2017.
15. Comitato Nazionale per la Bioetica. Accanimento clinico o ostinazione irragionevole dei trattamenti sui bambini piccoli con limitate aspettative di vita. 30 gennaio 2020.

COMMENTO ALLA SENTENZA 242/2019 della CORTE COSTITUZIONALE sull'art. 580 CP.

Sergio Trentanovi (*), Gio Batta Gottardi (**)

(*) *Ex magistrato, membro del Comitato di Etica per la Pratica Clinica Azienda ULSS 7 Pedemontana del Veneto*

(**) *Medico, presidente del Comitato di Etica per la Pratica Clinica Azienda ULSS 7 Pedemontana del Veneto*

(Questa nota di commento, pur sviluppata nell'ambito delle attività formative del Comitato Etico sulla L.219/2017 – oggetto di più ampia riflessione - è frutto di approfondimenti personali degli autori e non esprime indicazioni o valutazioni dello stesso Comitato)

La ricostruzione storica dell'intervento della Corte

Dopo quasi due mesi dalla pubblicazione del comunicato 25/9/2019 con cui l'ufficio stampa della Corte Costituzionale rendeva nota una sintesi della decisione presa dalla Corte all'udienza 24-25/9/2019 sui limiti della perseguibilità penale dell'aiuto materiale all'esecuzione del suicidio (una delle ipotesi previste dall'art. 580 CP), il 22/11/2019 è stata pubblicata la sentenza 242/2019 cui il comunicato faceva riferimento.

La sentenza fa seguito all'ordinanza 207/2018 emessa dalla stessa Corte il 24/9/2018 con cui, riservandosi di decidere il merito dell'eccezione di legittimità costituzionale sollevata dall'Assise di Milano per un caso specifico di aiuto materiale nell'esecuzione del suicidio, la Corte aveva rinviato la relativa trattazione all'udienza, di un anno successiva, del 25/9/2019, auspicando che nel frattempo intervenisse il Parlamento 'in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale'. Ad esso forniva linee direttive e limiti per l'intervento in sede penale sull'art. 580 CP, anticipando la necessità costituzionale di prevedere una circoscritta ipotesi di non punibilità dell'agevolatore materiale dell'altrui suicidio (che è stata formalizzata con la sentenza 242/2019). Nella stessa ordinanza la Corte aggiungeva la previsione della possibilità (che poteva esser letta come auspicio, seppur estraneo alla competenza della Corte e privo di qualsiasi carattere vincolante) che il legislatore, nella sua discrezionalità politica, introducesse l'ipotizzata esimente penale 'inserendo la disciplina stessa nel contesto della legge 219/2017 e del suo spirito, in modo da iscrivere questa opzione nel quadro della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima'.

Nella sentenza commentata la Corte ha preso atto che il Parlamento non è nel frattempo intervenuto: 'deve però ora prendersi atto di come nessuna normativa in materia sia sopravvenuta. Né, d'altra parte, l'intervento del legislatore risulta imminente'. Pertanto, 'in assenza di ogni determinazione del Parlamento', ha ritenuto di non poter 'ulteriormente astenersi dal pronunciare sul merito delle questioni, in guisa da rimuovere il vulnus costituzionale già riscontrato con l'ordinanza n. 207 del 2018'.

Ha così pronunciato la sentenza 242/2019 con cui, come risulta dal relativo dispositivo trascritto al termine di queste considerazioni di inquadramento, ha creato una limitata 'causa di esclusione della punibilità' per 'chi ... agevola l'esecuzione del proposito di suicidio' di chi versi in condizioni di gravissima ed irreversibile patologia e di intollerabile sofferenza personale ma resti pienamente in grado 'di prendere decisioni libere e consapevoli'. Ha, però, collegato strettamente tale non punibilità all'accertamento di queste condizioni, al

presupposto dell'espletamento da parte del paziente di un effettivo percorso di sostegno e di cure palliative nonché alla verifica di questi 'requisiti per la non punibilità'.

Nel fare ciò la Corte si è correttamente mossa nei confini della sua competenza istituzionale, limitando il suo intervento alla sede penale relativa all'art.580 CP, cui si riferiva il circoscritto profilo di incostituzionalità evidenziato con l'ordinanza 207/2018.

Per comprendere la problematica sottesa alla decisione è utile riportare la sintesi, operata dalla Corte nell'ordinanza 207/2018, della vicenda umana definita 'paradigmatica', per cui è stata sollevata eccezione di legittimità costituzionale dell'art. 580 CP nei limiti in cui sanziona(va) penalmente il comportamento di chi ne ha materialmente agevolato (attraverso il trasporto in Svizzera in una clinica dove il fatto è avvenuto) il suicidio:

'Vicenda... relativa a persona che, a seguito di grave incidente stradale, era rimasta tetraplegica, non più autonoma nella respirazione (necessitando dell'ausilio, pur periodico, di un respiratore inserito in un foro della trachea), nell'alimentazione (essendo nutrita in via intraparietale) e nell'evacuazione: conservando però, intatte, le capacità intellettive e la sensibilità al dolore. Alle sofferenze psicologiche indotte dalla drammatica condizione di cecità e di totale immobilità si accompagnavano quelle fisiche, particolarmente acute, prodotte dagli spasmi e dalle contrazioni da cui il soggetto era quotidianamente percorso. Condizione questa, risultata refrattaria ad ogni tentativo di cura, anche sperimentale ed effettuata perfino fuori dai confini nazionali'.

I principi costituzionali e il bilanciamento operato dalla Corte

La Corte rinvia per gran parte, nella motivazione della sentenza (paragrafo 5 delle 'considerazioni in diritto'), all'analisi sviluppata dall'ordinanza 207/2018 per descrivere 'le situazioni in rapporto alle quali l'indiscriminata repressione dell'aiuto al suicidio, prefigurata dall'art. 580 CP, entra in frizione con i precetti costituzionali evocati'.

I valori fondamentali su cui la sentenza si fonda, con il relativo 'bilanciamento' che ispira le ragioni della decisione ed i suoi precisi confini emergono pienamente in base ad una ragionata lettura complessiva dei due provvedimenti, integrata dalla citazione testuale di passi essenziali delle motivazioni.

- Il primo diritto/valore/ principio fondamentale valorizzato dalla Corte Costituzionale è il *diritto alla vita*, di cui la Corte afferma l'assoluta centralità tra i diritti inviolabili dell'uomo: esso è 'riconosciuto implicitamente come primo dei diritti inviolabili dell'uomo, in quanto presupposto per l'esercizio di tutti gli altri dall'art. 2 Cost., nonché, in modo esplicito, dall'art.2 CEDU.' L'art. 1 della Convenzione ONU per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali impone a sua volta la protezione giuridica del diritto alla vita: 'il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge'.
- Prosegue la Corte che 'dall'art.2 Cost. - non diversamente che dall'art. 2 CEDU - discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello - diametralmente opposto - di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire'. Si tratta dell'obbligo solidaristico di garanzia che consegue al riconoscimento dei diritti inviolabili dell'uomo, secondo le disposizioni degli artt. 2 e 3 della Costituzione ('la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo'). In parallelo, la Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo aggiunge che 'nessuno può essere intenzionalmente privato della vita...'. E' pertanto costituzionalmente legittimo - ed anche necessario - che il legislatore protegga anche attraverso il

diritto penale la vita della persona. Infatti *‘il legislatore penale intende... proteggere il soggetto da decisioni in suo danno: non ritenendo, tuttavia, di poter colpire direttamente l’interessato, gli crea intorno una “cintura protettiva”, inibendo ai terzi di cooperare in qualsiasi modo con lui’.*

- La Corte sviluppa la motivazione della sentenza evidenziando che il richiamo al pur fondamentale *diritto all’autodeterminazione della persona* non è, in linea generale, idoneo e sufficiente per far ritenere illegittime, dal punto di vista costituzionale, le disposizioni penali dell’art. 580 CP. Tali considerazioni valgono non solo per chi ‘istiga’ al suicidio (si tratta della condotta piu’ grave, costituita dal comportamento di chi ‘determina altri al suicidio o rafforza l’altrui proposito di suicidio’ – concorso morale-); ma anche per chi, senza aver in alcun modo rafforzato l’intento suicida, aiuti/agevoli materialmente, ‘in qualsiasi modo’, l’altrui suicidio (si tratta della condotta qualificata dall’art.580 CP come ‘agevolazione’ all’esecuzione del suicidio altrui). Secondo la Corte, infatti, ‘neppure ... è possibile desumere la generale inoffensività dell’aiuto al suicidio da un generico diritto all’autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita, che il remittente (la Corte di Assise di Milano, che ha sollevato l’eccezione di legittimità costituzionale, N.d.R.) fa discendere dagli artt. 2 e 13, primo comma della Costituzione’ (Il primo comma dell’art.13 Cost. dispone che ‘la libertà personale è inviolabile’, N.d.R.). Prosegue la Corte sul punto affermando che ‘In senso contrario va infatti rilevato come non possa dubitarsi che l’art.580 CP – anche nella parte in cui sottopone a pena la cooperazione materiale al suicidio - sia funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell’ordinamento’. Rafforza ancora queste considerazioni, ‘bilanciando’ sul piano costituzionale le apparentemente contrapposte esigenze di protezione del diritto alla vita e del diritto all’autonomia decisionale. Il bilanciamento è reso esplicito nella frase conclusiva del par.6, secondo cui *‘al legislatore penale non può ritenersi inibito ... vietare condotte che spianino la strada a scelte suicide, in nome di una concezione astratta dell’autonomia individuale che ignora condizioni concrete di disagio o di abbandono nelle quali, spesso, simili decisioni (quelle suicidarie – N.d.R.) vengono concepite. Anzi, è compito della Repubblica porre in essere politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in simili situazioni di fragilità, rimuovendo, in tal modo, gli ostacoli che impediscono il pieno sviluppo della persona umana (art.3, sec. comma Cost.)’.*
- La Corte , a proposito *dell’obbligo di garanzia che grava sullo Stato di assicurare l’effettiva tutela del diritto alla vita soprattutto delle persone fragili che si trovano in una posizione di grave sofferenza personale* (che potrebbe ‘spingerli’ a chiedere di esser aiutati nell’esecuzione del gesto suicida) sottolinea insistentemente la piena correttezza costituzionale (in linea generale) del divieto anche penale di aiuto al suicidio da parte di terzi, ~~pure~~ quando esso sia specificamente e coscientemente richiesto da persona in gravi condizioni di sofferenza personale. La Corte ricorda che *l’incriminazione dell’aiuto al suicidio ‘è ...funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone piu’ deboli e vulnerabili, che l’ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, quale quella del suicidio.* Essa assolve allo scopo... di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere’. Aggiunge la Corte che *‘la circostanza, del tutto comprensibile e rispondente ad una opzione da tempo universalmente radicata, che l’ordinamento non sanziona chi abbia tentato di porre fine alla propria vita, non rende affatto incoerente la scelta di punire chi cooperi materialmente alla dissoluzione della vita altrui, coadiuvando il suicida nell’attuazione del suo proposito. Condotta, questa, che – diversamente dalla prima – fuoriesce dalla sfera personale di chi la compie,*

innescando una “relatio ad alteros” di fronte alla quale viene in rilievo, nella sua pienezza, l’esigenza del rispetto del bene della vita. Il divieto in parola conserva una propria ragion d’essere anche, se non soprattutto, nei confronti delle persone malate, depresse, psicologicamente fragili, ovvero anziane e in solitudine, le quali potrebbero esser facilmente indotte a congedarsi prematuramente dalla vita, qualora l’ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all’esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto’.

- La Corte, ancora, esclude che in linea generale la norma che sanziona penalmente l’aiuto materiale all’esecuzione del suicidio contrasti con l’art.8 CEDU, che sancisce il *‘diritto di ogni individuo al rispetto della propria vita privata’*, operando un bilanciamento di questo diritto con il diritto/dovere di protezione della vita. Infatti, come stabilisce il secondo paragrafo dello stesso art.8, *l’interferenza della pubblica autorità (e pertanto dello Stato) nell’esercizio del diritto alla vita privata può esser prevista dalla legge (come la prevede l’art. 580 CP attraverso il divieto penale) e risultare anche ‘necessaria in una società democratica’ quando, come in questo caso, l’incriminazione abbia ‘la finalità...di protezione delle persone deboli e vulnerabili’.*
- Questa *interferenza, però, deve anche essere ‘proporzionata al legittimo scopo perseguito’*– Su questo piano e su quello dell’art.3 della Costituzione è delineata dalla Corte l’ipotesi della parziale e limitata incostituzionalità della sanzione penale dell’agevolazione materiale all’esecuzione del suicidio di cui alla sentenza commentata. Infatti, secondo la Corte sarebbe sproporzionato ed irragionevole (con conseguente ‘lesione...dei principi di ragionevolezza e di eguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive’) il mantenimento di una sanzione penale, quale quella prevista dall’art. 580 CP per chi, senza esser in alcun modo concorso nella sua ideazione, agevoli materialmente l’esecuzione del suicidio di una persona pienamente in grado di autodeterminarsi che si trovi nelle gravissime condizioni di sofferenza descritte nel dispositivo della sentenza (sotto integralmente riportato); ma solo quando, non riuscendo ad eseguirlo da solo, chiedi (dopo aver seguito un percorso medicalizzato di sostegno e terapie del dolore secondo ‘le modalità previste dagli artt.1 e 2 della legge 22/12/2017,n.219’) ad altra persona un aiuto materiale nella esecuzione del suicidio.
- Sul punto la Corte (al terz’ultimo capoverso del par.9 dell’ordinanza 207/2018) istituisce un parallelismo con il legittimo rifiuto da parte della ‘persona capace di agire’ (prime parole del quinto comma dell’art.1 l.219/2017 in relazione al quarto periodo dello stesso comma) di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza; ciò, però, limitatamente agli effetti penali di casi connotati dalle gravissime condizioni di sofferenza del paziente e dalle condizioni previste dal dispositivo della sentenza . Sostiene , in questo senso, che ‘se il cardinale rilievo del valore della vita non esclude l’obbligo di rispettare la decisione del malato di por fine alla propria esistenza tramite l’interruzione dei trattamenti sanitari... non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all’accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso piu’ lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa- conseguente all’anzidetta interruzione di presidi di sostegno vitale’.

In sostanza la Corte, con la sentenza 242/2019, opera un bilanciamento-contemperamento tra il dovere costituzionale di garanzia che grava sullo Stato e che rende legittimo e proporzionato, in linea generale, il ricorso alla sanzione penale per la protezione nei confronti dei terzi del diritto alla vita, ed il diritto all’autodeterminazione individuale della persona dotata di piena autonomia decisionale che, in condizioni di gravissima sofferenza, richiama il loro intervento/aiuto nella sua esecuzione non riuscendo a realizzare

autonomamente (e cioè senza l'aiuto materiale di terzi) la decisione di suicidarsi. Applicando il principio costituzionale di eguaglianza/proporzionalità, ritiene però che tale contemperamento possa 'giustificare' soltanto, a fronte dell'aiuto materiale effettivamente fornito dal terzo, una limitatissima area, oggetto di specifici accertamenti e verifiche, di sottrazione alla perseguibilità penale dell'aiuto al suicidio prevista in generale dall'art. 580 CP.

La non punibilità e l'inesistenza del diritto all'aiuto al suicidio- L'inesistenza di ogni obbligo di intervento nell'aiuto al suicidio

La Corte ritiene dunque che in queste particolari situazioni, applicandosi il principio di proporzionalità adeguata rispetto al fatto commesso - che, al di là di ogni valutazione etica, resta e può restare qualificabile come illecito deontologico e/o disciplinare-, 'vengono messe in discussione...le esigenze di tutela che negli altri casi giustificano la repressione penale dell'aiuto al suicidio'.

Si sottolinea che la capacità di dissuasione contro gli attacchi al bene della vita costituita dal timore della pena è solo una (la piu' grave ma non necessariamente la piu' efficace) delle possibilità e delle forme di 'prevenzione generale' dell'aiuto al suicidio ; ma vi sono – e non sono poste neanche in discussione dalla sentenza – altre modalità e forme di prevenzione generale (ad esempio quella disciplinare e quella deontologica) poste a tutela del bene/valore/diritto in questione (quello alla vita) . Oltre ad esse vanno valorizzate quelle forme e modalità di 'prevenzione speciale' (la 'cura', il sostegno, la disponibilità effettiva e la prospettazione efficace di alternative appropriate per eliminare e/o ridurre il dolore e la sofferenza) che la stessa Corte pretende , attraverso il richiamo condizionante agli artt.1 e 2 della legge 219/2017, che vengano preventivamente ed effettivamente poste in essere perché possa esser dichiarato non punibile l'aiuto materiale prestato nell'esecuzione di un suicidio.

Pertanto, è escluso che possa parlarsi, a seguito di tale sentenza, della creazione di un diritto soggettivo ad ottenere un aiuto al suicidio; così come è escluso, a qualunque titolo, ogni obbligo in tal senso a carico di medici, personale sanitario, strutture e servizi socio-sanitari, pubblici o privati o comunque a carico di chicchessia.

A ciò si collega il tema dell'obiezione di coscienza che, nel caso specifico, non può neanche porsi in mancanza di qualsiasi obbligo in tal senso; in particolare, ma non soltanto, a carico delle strutture del servizio sanitario nazionale (pur indicate dalla sentenza per compiti di accertamento e verifica).

La sentenza 242/2019, al paragrafo 6, esclude espressamente ed univocamente ogni obbligo specifico: *'quanto infine al tema dell'obiezione di coscienza del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita ad escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, ad esaudire la richiesta del malato'.*

I vuoti normativi e le ragioni di una sentenza additiva – Sentenza auto-applicativa e norme integrative

La sentenza 242/2019 ha dovuto e voluto evitare che una pur limitata ‘sottrazione pura di tale condotta (quella depenalizzata di agevolazione materiale all’esecuzione del suicidio: N.d.R.) alla sfera di operatività della norma incriminatrice (quella dell’art. 580 CP: N.d.R.) dia luogo a intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti, generando il pericolo di abusi per la vita di persone in situazioni di vulnerabilità’; tanto più intollerabili quando ‘vuoti di disciplina, pure in sé variamente colmabili, rischino di risolversi a loro volta – come nel caso di specie - in una menomata protezione di diritti fondamentali’ (nel caso di specie si tratta del diritto alla vita , definito nell’ordinanza 207/2018 ‘primo dei diritti inviolabili dell’uomo, in quanto presupposto per l’esercizio di tutti gli altri’). Pertanto, la Corte ha ritenuto di dover ‘farsi carico dell’esigenza di evitarli, non limitandosi a un ‘annullamento “secco” della norma incostituzionale, ma ricavando dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato, fin tanto che sulla materia non intervenga il Parlamento’, cui spetta la discrezionalità normativa. Tale discrezionalità ‘politica’ non è vincolata nelle modalità attuative dalla decisione della Corte, ma deve pur sempre esser ‘costituzionalmente orientata’ dalle specifiche esigenze di protezione, di valore costituzionale, evidenziate dalla sentenza e dai conseguenti argini “costituzionalizzati” della disciplina.

Per realizzare questo “scopo necessario” la Corte ha fatto ricorso (come in diverse altre sentenze espressamente citate, quali la sent. 27/1975 sull’art.546 CP -in relazione all’interruzione volontaria della gravidanza - e le sentenze 96 e 229/2015 sulla procreazione medicalmente assistita) ad una *sentenza parzialmente additiva sulla base di ‘integrazioni’ ricavabili dal sistema* e, in particolare, ‘dalla disciplina racchiusa negli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017’, idonee a fornire ‘risposta a buona parte delle esigenze di disciplina poste in evidenza nell’ordinanza n. 2017 del 2018’. Queste integrazioni normative devono essere direttamente applicate dal giudice nell’eventuale procedimento penale per il reato di aiuto/agevolazione materiale al suicidio (art.580 CP) per poter riconoscere, al suo autore, la causa di non punibilità prevista dalla sentenza.

Si è visto sopra, nel capitolo dedicato ai principi e valori fondamentali che vengono in questione in una materia come questa (in particolare l’obbligo di garanzia dello Stato rispetto al diritto alla vita), come non fosse “costituzionalmente” corretto lasciare che, a seguito di un eventuale annullamento ‘secco’, seppur limitato, di una norma penale ritenuta incostituzionale, si creassero ‘intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti, generando il pericolo di abusi per la vita di persone in situazione di vulnerabilità’ . Pertanto, la Corte ha fatto ricorso ad una lettura sistematica delle normative già presenti nell’ordinamento – e, in particolare, degli artt.1 e 2 della legge 219/2017 -, subordinando alla loro effettiva applicazione (che può avere indubbiamente un valore di “prevenzione speciale” e dissuasione rispetto all’intento suicida) la stessa possibilità di prosciogliere dal reato previsto dall’art.580 CP la persona che, senza aver concorso alla sua ideazione o al suo rafforzamento, abbia agevolato materialmente l’esecuzione del suicidio di chi si trovi nelle particolari, accertate condizioni di gravissima sofferenza.

La sentenza, così integrata, è immediatamente e direttamente applicabile (‘autoapplicativa’) in ogni suo aspetto. Essa deve esser pertanto applicata senza attendere alcuna integrazione legislativa o regolamentare; anche se la Corte, a conclusione della motivazione (capitolo 9), ‘non può fare a meno ... di ribadire con vigore

l'auspicio che la materia formi oggetto di sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi enunciati'.

In relazione all'auspicio dell'intervento del legislatore per le integrazioni normative richieste per l'applicazione della causa di non punibilità, formulato dalla Corte nel par. 9 della sentenza, si da' atto che esso si riferisce soltanto (a differenza di quanto poteva intendersi dall'ultima parte della motivazione dell'ordinanza 207/2018) alla ulteriore precisazione (e/o integrazione) delle condizioni e dei limiti necessari per 'escludere la punibilità' di chi agevoli materialmente l'esecuzione del proposito di suicidio, ed alle relative modalità di accertamento, 'conformemente ai principi precedentemente enunciati' .

Sul punto, ad esempio, la Corte prevede espressamente uno specifico intervento del legislatore per individuare, ai fini del riconoscimento della causa di non punibilità da parte del giudice, il piu' appropriato 'organo collegiale terzo, munito di adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela di situazioni di particolare vulnerabilità' esprimendo il proprio parere sul rispetto delle condizioni sostanziali e formali relative all'aiuto materiale prestato nell'esecuzione del suicidio. Questo organo viene, 'nelle more dell'intervento del legislatore', identificato (forse con qualche improprietà) nel Comitato Etico per la sperimentazione farmacologica.

Altro esempio di carattere generale riguarda gli accertamenti e le verifiche delle condizioni che rendono non punibile l'aiuto al suicidio, affidati "a strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale ... in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore".

Ancora, in tal senso, può esser valorizzato il riferimento all'esigenza di 'scongiurare...abusi per la vita di persone in situazioni di vulnerabilità, ... subordinando la non punibilità dei fatti... al rispetto di specifiche cautele volte a garantire – *nelle more dell'intervento del legislatore* – un controllo preventivo sull'effettiva esistenza delle condizioni che rendono lecita la condotta' (la Corte limita il giudizio di liceità alla non punibilità penale).

Ulteriore esempio relativo all'auspicato intervento di 'sollecita e compiuta disciplina da parte del legislatore, conformemente ai principi precedentemente enunciati', è costituito da quello relativo ai fatti commessi prima della sentenza della Corte Costituzionale 242/2019, per i quali la Corte ha potuto e dovuto necessariamente limitarsi ad indicare genericamente 'requisiti'/'modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione' perchè ne sia 'verificata dal giudice nel caso concreto...la sussistenza' ai fini dell'eventuale applicazione della causa di non punibilità dell'agevolazione all'esecuzione del suicidio.

Riflessioni etiche.

Chi governa la biomedicina che sta rivoluzionando il mondo? “Ci si aspetterebbe che fossero i medici a capire dove sta portando l’onda (della biomedicina, N.d.R.) che essi hanno creato”. E’ ad essa che dobbiamo la novità di situazioni “oltre il limite” che spesso minano le certezze decisorie dei curanti. Questioni inedite si pongono, nelle società multiculturali, creando “un nuovo spazio, percepito come necessario dai più, per l’inquadramento normativo delle pratiche mediche”; una sorta di “stampella” per decisioni critiche, non più recintate dai limiti autoimposti, sin dai tempi antichi, dai medici stessi, nei loro codici valoriali di pratica. Un esempio per tutti, la legge n. 219/17 sul consenso informato e sulle disposizioni anticipate di trattamento.

Ciò non frena, tuttavia, la necessità di riflettere se sia questa, quella normativa, l’unica strada per sciogliere nodi etici profondi. E’ il caso, confinante con il primo citato, che si ascrive al rispetto dell’autonomia della persona, quando si affacciano richieste disperate, ben “oltre il limite”, che giungono ai curanti da persone sofferenti in modo umanamente “intollerabile”, attraverso la loro drammatica domanda di essere aiutati a porre fine alla propria esistenza. Una tale richiesta, impensabile nell’ambito della relazione di cura, scuote sin dalle fondamenta la coscienza dei curanti.

Qualsiasi discussione sul tema dell’aiuto al suicidio deve fare riferimento ad una premessa “quadro” circa la pertinenza al campo dell’etica di tale dibattito.

Lo sviluppo tecnologico ha profondamente segnato la sopravvivenza degli esseri umani, fino a rendere la medicina capace di influenzare, anche socialmente, il perimetro del fine vita. La conclusione inevitabile circa la “non naturalezza” del vissuto dell’evento morte appare quindi legata principalmente alla possibilità di prendere decisioni a contenuto scientifico (esse possono incidere grandemente sui corsi naturali dell’esistenza, giungendo sino alla “sospensione della morte”). Da ciò consegue la necessità di disporre di riflessioni etiche a supporto delle scelte, assistenziali, da farsi in uno scenario di fondo, orientato a garantire, il più possibile, il rispetto della inviolabile dignità dell’essere umano anche di fronte al termine biologico della vita. Le scelte più ardue appaiono essere quelle da operare allorché l’uomo viene mantenuto in vita grazie, per lo più, a supporti tecnologici, in situazioni di grandissima sofferenza.

Le richieste di assistenza ed accompagnamento sono assolutamente personali e quindi uniche, così come sono non categorizzabili le condizioni di contesto che realizzano l’esperienza di cura. Tuttavia, rifacendosi ad uno scenario generale, lungo la strada esperienziale dell’intima sofferenza, il singolo può giungere, consapevolmente, a chiedere dapprima la sospensione dei sostegni vitali, sino, al termine di ogni speranza, di essere aiutato a porre fine alla propria esistenza.

Nel dibattito etico che va, dunque, a legittimarsi, in tema di assistenza al morente, giusta enfasi va mantenuta, preliminarmente, nei riguardi della tematica di astensione da trattamenti di sostegno vitale. La logica riflessiva, tuttavia, circa la loro natura di pratica appropriata o inappropriata e, quindi, sproporzionata, può aiutare a superare o ridurre le divergenze etiche fra diverse posizioni che appaiono ancora oggi distanti, mentre il piano giuridico, al contrario, ne ha determinato con sicurezza la divisione certa dalla pratica eutanasica.

Ben più complesso il dibattito in tema di suicidio assistito, soprattutto se si cerca di trovare un bilanciamento fra diritti, come è il caso del “riconoscimento del valore da attribuire all’espressione di volontà della persona”, espressione di autonomia del capace, e quello della salvaguardia della vita umana.

L’analisi approfondita delle riflessioni bioetiche sul tema presentate nel rapporto del 18 luglio 2019 a cura del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), va ritenuta illuminante ed esaustiva nella descrizione che fa delle diverse posizioni espresse dagli esperti presenti al suo interno. Essa appare densa di sfaccettature sui concetti elaborati nel merito. Ad essa si rimanda, in particolare, per la presentazione delle diverse argomentazioni morali, istanze sociali ed inquadramento etico-giuridico. In sintesi vengono delineate tre posizioni, lontane fra di loro: la prima, centrata sulla difesa dell’essenzialità del principio di difesa della vita – non bilanciabile con altri; – la seconda, che accetta il bilanciamento tra rispetto della vita e autodeterminazione, contestualizzabile secondo rigorosi parametri di condizioni e procedure; la terza, che pone l’enfasi sui rischi del “pendio scivoloso” che una realizzazione normativa percorrerebbe nella nostra realtà.

Una riflessione centrale pare porsi quando la Corte Costituzionale, nella sua sentenza, constata, in tema al ruolo dei medici, che non sussiste “alcun obbligo di procedere a tale aiuto (*di assistenza al suicidio*, N.d.R.) ... Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato”. Ma così, lasciatecelo dire, non si farà che affidarsi, ancora una volta, alla mano, beneficente, proprio di quei professionisti cui si vorrebbe ridefinire il perimetro “paternalistico”, oggi ritenuto sovradimensionato dallo strapotere della tecnologia, inducendolo, questa volta, ad un ruolo umanizzato, di testimone attivo dell’accompagnamento finale: il medico e l’équipe di cure palliative, posti di fronte a ciò che non è nemmeno immaginabile.

Qui ci limitiamo a sottolineare l’irricevibilità, sul piano etico medico, quindi deontologico, di qualsiasi coinvolgimento attivo nell’aiuto al suicidio, “medicalizzato” o meno, in qualsivoglia determinazione di contesto cui si faccia riferimento, di medici che rispondono al loro codice deontologico. L’astensione da tale partecipazione, ispirandosi la prassi medica a principi di beneficenza e tutt’al più non maleficenza, non può essere, nemmeno qui, ritenuta, riduttivamente, baluardo difensivo di un paternalismo medico posto sotto costante critica, in contraltare con il rispetto dell’autonomia espressa dalla persona malata e/o sofferente, difesa sistematicamente dalla pratica del consenso informato. I “giochi” sono molto più complessi e non basta l’auspicio di costruire un efficace incontro fra le diverse autonomie, quella del tecnico, il medico, che propone e quella della persona, che, nel consapevole e libero consenso alla proposta, contribuisce alla realizzazione di una relazione di cura; spirito, questo, che illumina, invece, la legge 219, già menzionata. Forse l’aiuto a dipanare una situazione così articolata non può arrivare nemmeno dal contributo di una definizione di dettaglio, ancorché ineccepibile e condiviso, di presenza simultanea di condizioni contestuali che traccino i confini di liceità, come si scorge in alcune interpretazioni biogiuridiche. Ma nemmeno “la più ampia partecipazione dei cittadini alla discussione etica e giuridica”, come auspicata dal CNB, sembra poter aspirare a strumento definitorio delle condizioni, socialmente accettabili, di un buon fine vita, viatico alla definizione “pacificata” di accettazione della richiesta drammatica cui si fa riferimento.

Infine, la salvaguardia della dignità umana, minacciata da sofferenze intrattabili, ci deve interrogare tutti, se la definizione di appropriatezza dell'impianto organizzativo, degli strumenti a disposizione delle équipes impegnate, dei livelli di formazione degli operatori, della correttezza di risposta ai bisogni presentati, della loro "giusta" ed equilibrata distribuzione territoriale, che sono appannaggio del sistema delle cure palliative erogabili ed erogate a quanti si trovano attanagliati dalla sofferenza, siano condizioni oggi equamente garantite a tutti.

Il dispositivo della sentenza

Si riporta di seguito il testo della decisione, provvisoriamente sottraendone, per facilitarne la lettura, la parte incidentale relativa 'ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza' che verrà ripresa subito dopo lo sviluppo schematico delle indicazioni generali della Corte:

'La Corte Costituzionale

Dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale , nella parte in cui non esclude la punibilità di chi , con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) -.....- agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi , di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano verificate da una struttura del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente'.

Deve essere nuovamente ricordato che la Corte ha creato una specifica e limitata causa/~~condizione~~ di non punibilità (o una circoscritta area di non perseguibilità- legittimità/liceità penale) che riguarda solo una delle ipotesi previste dall'art.580 CP, e cioè quella di chi 'agevola' materialmente ('in qualsiasi modo') il suicidio, senza aver in alcun modo concorso nella sua ideazione o nel rafforzamento del proposito suicidiario.

Questa ipotesi è alternativa a quella, piu' grave ma punita con la stessa pena, che riguarda chi 'determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito suicidiario' (condotta qualificabile come 'concorso morale'), la cui totale ed incondizionata rilevanza penale rimane pienamente confermata dalla Corte. Anzi, in motivazione, la Corte rafforza sul piano costituzionale le ragioni della necessità della perseguibilità penale non solo dell'istigazione al suicidio ma, in linea generale, dello stesso aiuto o agevolazione materiale al suicidio. Esse sono connesse, in particolare, alla garanzia di effettività della protezione del diritto alla vita, in particolare delle persone che si trovano in situazioni di particolare fragilità (obblighi solidaristici di cui agli artt.2 e 3 della Costituzione).

Le ragioni dei limiti e delle cautele

La ragione fondamentale delle cautele e delle condizioni restrittive pretese dalla sentenza per la non perseguibilità penale dell'agevolazione materiale all'esecuzione del suicidio (pur 'limitata' unicamente a casi di eccezionali condizioni di sofferenza del paziente) , è costituita dall'esigenza di non ridurre ed anzi per quanto possibile rafforzare la 'cintura protettiva' creata dal legislatore attorno a chi, 'pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, abbia autonomamente deciso di suicidarsi'. Questo intento è stato realizzato rintracciando nell'ordinamento e valorizzando l'applicabilità condizionante di disposizioni normative orientate innanzitutto dal valore costituzionale della tutela del diritto alla vita; tra di esse, in particolare ma non soltanto, quelle dettate dagli artt. 1 e 2 della l.219/2017.

La Corte, in relazione alla necessaria effettività dell'offerta delle cure palliative e della terapia del dolore, ha anche valorizzato (a conclusione del punto 2.4 della motivazione) il parere sul punto unanime espresso dal Comitato nazionale per la bioetica il 18/7/2019, secondo il quale deve essere evitato il 'paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza avere prima assicurato l'effettività dell'offerta di cure palliative'.

Da questa esigenza , collegata agli obblighi di garanzia e di effettività della protezione dei diritti inviolabili dell'uomo, ragionevolmente nasce la preoccupazione della Corte di prevedere, anche a fronte di una limitata

causa di non punibilità, come 'prerequisito' necessario della stessa, un percorso di 'cura' impegnativo e solidaristico in cui siano effettivamente proposte, coordinate ed attuate, a favore della persona sofferente, tutte le risorse (previste in particolare dagli artt.1 e 2 della l. 219/2017) utili a scoraggiare e prevenire per quanto possibile il ricorso ad una estrema e comunque oggettivamente 'disperata' richiesta di aiuto nell'esecuzione del suicidio.

Da questa stessa esigenza, parallelamente, è mossa la necessità costituzionale del restringimento della causa di non punibilità a casi, sostanzialmente eccezionali, in cui la 'scelta' di aiuto nell'esecuzione del suicidio di una persona in grado di autodeterminarsi ma non di eseguire da sola il suicidio concorra con le condizioni previste per la rinuncia a trattamenti di sostegno vitale, nonché di oggettiva prossimità alla morte e di sofferenze refrattarie ad ogni trattamento sanitario diverso dalla sedazione profonda continua .

Nonostante questo oggettivo restringimento sostanziale della causa di non punibilità, lo scrupolo della Corte di 'evitare che la sottrazione pura e semplice di tale condotta (quella di aiuto materiale nell'esecuzione del suicidio : N.d.R.) alla sfera di operatività della norma incriminatrice dia luogo ad intollerabili vuoti di tutela per i valori protetti, generando il pericolo di abusi per la vita di persone in situazioni di vulnerabilità', ha indotto la Corte a prevedere anche la necessità di accertamenti e verifiche (ragionevolmente in tempi diversificati) sulle condizioni che possono escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio e ad affidare il controllo relativo, esteso alle modalità di esecuzione dell'agevolazione al suicidio, a 'strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale'. Tali strutture dovranno verificare in concreto da un lato la sussistenza delle 'condizioni legittimanti' la richiesta; e dall'altro che le 'relative modalità di esecuzione' siano 'evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze' penultimo capoverso del paragrafo 5 della motivazione in diritto della sentenza).

La deroga al principio generale di tutela necessaria del diritto alla vita anche attraverso la sanzione penale, confermato e valorizzato dalla Corte, e l'eccezionalità delle condizioni previste dalla sentenza per l'applicazione della non punibilità dell'aiuto al suicidio, suggeriscono una 'stretta interpretazione' delle stesse ; in particolare, inducono ad escludere la possibilità di qualsiasi 'applicazione analogica' ad altre situazioni della specifica causa di non perseguibilità penale creata, articolata, delimitata e ristretta con la sentenza 242/2019 ; pertanto deve considerarsi vietata l'applicazione di questa esimente per situazioni ritenute analoghe (art. 14 preleggi).

Va sottolineato che la Corte, avendo all'evidenza abbandonato l'ipotesi (che poteva esser interpretata come auspicio in base all'ultima parte della motivazione dell'ordinanza 207/2018) che il legislatore potesse intervenire con norme civilistiche, creative di un diritto soggettivo all'aiuto al suicidio (seppur limitato e condizionato), ha evitato di far ricorso, nel dispositivo della sentenza, a formulazioni eguali o analoghe a quelle adottate, per esempio, con la sentenza (n. 27/1975) di parziale illegittimità costituzionale del reato previsto dall'abrogato art. 546 CP (aborto di donna consenziente). In esso infatti si censurava l'impossibilità, in circostanze particolari, di ricorrere all' interruzione della gravidanza, dichiarando l'illegittimità della disposizione penale 'nella parte in cui non prevede che la gravidanza *possa venir interrotta* quando...'; tale formulazione è ben piu' ampia di quella, espressamente limitata al campo penale, della sentenza 242/2019, in cui si dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 CP 'nella parte in cui *non esclude la punibilità di chi...agevola* l'esecuzione del proposito di suicidio'. E' evidente che nella sentenza sull'aborto il *possa* apre chiaramente all'eventualità della formulazione, da parte del legislatore, di un vero e proprio diritto, seppur condizionato, all' IVG ; invece la limitazione testuale del dispositivo della sentenza alla *non punibilità dell'agevolatore* relega chiaramente la stessa possibilità di regolamentazione attuativa della sentenza da parte del legislatore al solo aspetto penale del fatto. Va pertanto escluso, anche attraverso

una valutazione comparata dei provvedimenti della Corte, che la sentenza 242/2019 abbia aperto al legislatore il campo per una formulazione di un diritto soggettivo ad ottenere (dallo Stato o dalle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale , così come da strutture private o comunque da terzi) un aiuto nell'esecuzione del suicidio.

Le condizioni per l'applicazione della non punibilità dell'aiuto al suicidio

Tornando all' analisi del testo della decisione, sono previste espressamente, in base alla stessa disposizione penale dell'art.580 CP necessariamente collegata alla sentenza 242/2019 , alcune **condizioni 'sostanziali' essenziali per poter giudicare non punibile**, applicando l'esimente creata dalla Corte Costituzionale, l'agevolatore dell'altrui suicidio : esse riguardano da un lato l'agevolatore (trattate di seguito **sub I**) e dall'altro la stessa persona del suicida (trattate **sub II**): queste ultime possono esser definite, seguendo espressioni usate dalla Corte in alcuni passi della motivazione, 'condizioni-presupposto (o 'prerequisiti') perché devono preesistere all'esecuzione del proposito suicida o –come nel caso del percorso di cura - esser state effettuati 'prima' dell'attuazione, attraverso l'aiuto del terzo, del proposito suicida.

Altro requisito condizionante l'applicazione della causa di non punibilità dell'aiuto esecutivo al suicidio è il rispetto delle '**modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge 22/12/2019 n.217**'; queste 'modalità' costituiscono oggettivamente anche limiti e possono esser fatte rientrare tra le condizioni sostanziali, anche se intrinsecamente connesse a caratteristiche e tempistiche procedurali (esse sono trattate **sub III**, anche se 'illuminano' le diverse condizioni soggettive necessarie per la non punibilità e vengono richiamate anche nella trattazione delle stesse).

Oltre a queste condizioni sostanziali devono concorrere, per la non punibilità dell'agevolazione, alcune **condizioni 'procedimentali' (o formali o modali)** - sinteticamente illustrate **sub V**- che sono espressamente indicate dal dispositivo (e 'spiegate' nella motivazione dalla sentenza). Esse sono collegate a quelle sostanziali dalla una locuzione condizionante 'sempre che': 'sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente'.

Dalla lettura del dispositivo in necessario collegamento alla motivazione emerge però che , seppur inserita tra le condizioni procedurali o modali connesse alle necessarie 'verifiche', è necessario che l'**attuazione ('modalità di esecuzione') dell'aiuto al suicidio ed il suicidio stesso** siano avvenuti con **modalità sostanziali** 'evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze'(secondo quanto testualmente previsto dal penultimo capoverso, ultima frase del paragrafo 5 della motivazione). Queste ultime condizioni sostanziali verranno schematicamente esaminate **sub IV**.

1) Condizioni che riguardano l'agevolatore

1) divieto concorso morale - Chi *'agevola in qualsiasi modo l'esecuzione...dell'altrui proposito di suicidio'* non deve aver concorso in nessun modo alla formazione/permanenza/rafforzamento del proposito suicida né alla decisione della sua attuazione ; qualora invece questo fosse avvenuto, sarebbe oggettivamente inapplicabile la condizione di punibilità perché il fatto realizzerebbe la diversa ipotesi criminosa dell'istigazione al suicidio prevista dalla prima parte della disposizione del primo comma dell'art.580 CP, per la quale la Corte esclude la configurabilità dell'esimente (in questa sede , non modificandosi nella sostanza gli effetti sostanziali dell'interpretazione, appare fuori luogo affrontare la ulteriore problematica strettamente giuridica della configurabilità del cd. reato complesso o del concorso di norme penali). Discende evidente da questo presupposto *che l'aiuto al suicidio non potrà mai far parte della 'pianificazione condivisa delle cure tra il paziente e il medico' di cui al primo comma dell'art.5 legge 219/2017*, poiché la condivisione da parte del medico di una programmazione suicidiaria o l'adesione programmata all' aiuto al suicidio stesso costituirebbe di per sé concorso morale, rafforzativo della decisione suicidiaria .

2) divieto sofferenze - *Le modalità di esecuzione del suicidio agevolato 'dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze'* (penultimo capoverso del punto 5 della motivazione in diritto della sentenza) . Questa espressa previsione della sentenza impone allo stesso agevolatore materiale dell'esecuzione del suicidio una verifica *ex ante* ed una *in itinere* delle modalità esecutive, che devono esser comunque tali da garantire la dignità del paziente, evitandogli sofferenze (tale 'valutazione' può comportare anche l'assunzione di uno specifico 'rischio di risultato' a carico di chi invochi l'applicazione della causa di non punibilità) .

3) aiuto materiale necessario ma non sufficiente - *comportamento dell'agevolatore deve esser assolutamente 'necessario' per la materiale esecuzione del suicidio da parte di persona che, pur restando 'pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli', non riuscirebbe però, a causa del proprio impedimento fisico, a realizzarlo da solo . L'aiuto materiale prestato nell'esecuzione del suicidio altrui, però, non può esser tale da rendere superfluo o ininfluenza il 'gesto finale e definitivo' che deve esser comunque realizzato dal suicida; diversamente verrebbe realizzato il diverso e piu' grave reato di 'omicidio del consenziente' (art. 579 CP).*

4) accertamento condizioni - *L'agevolatore, per esser giudicato non punibile, deve essersi accertato che il paziente abbia assunto la decisione suicidiaria in presenza di tutte le condizioni, sostanziali e formali, richieste dalla sentenza della Corte* (ad esse è dedicata la sintetica analisi successiva, sub II).

5) controllo attualità decisione - L'agevolatore può essere dichiarato non punibile, per il suo aiuto nell'esecuzione del suicidio, solo se la relativa *'decisione finale'* del paziente (pienamente dotato di autonomia decisionale) sia *'attuale'* e perciò sia confermata dallo stesso quando l'aiuto esecutivo viene posto in essere e nel momento immediatamente antecedente all'esecuzione del suicidio . Pertanto, è punibile per il reato di cui all'art.580 CP, senza possibilità di applicazione dell'esimente, chi intervenga attivamente nell'esecuzione solo in base ad una volontà espressa precedentemente dal paziente e non confermabile attualmente perchè, al momento dell'aiuto esecutivo o dell'esecuzione *'venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità'* (comma 1 dell'art. 5 l. 219/2017). In questo senso diviene evidente la necessità che, per il riconoscimento della condizione di non punibilità, l'agevolatore *'controlli'*- sotto la sua personale responsabilità- anche *'dopo'* l'eventuale *'verifica'* positiva da

parte della struttura socio-sanitaria delle condizioni di piena autonomia decisionale del paziente e del percorso di cura effettuato, che la persona stessa sia effettivamente posta in grado di revocare il suo proposito suicida fino al successivo momento dell'esecuzione del suicidio assistito ; e, parallelamente, che il percorso di cura sia 'proseguito e prosegua effettivamente fino al momento dell'esecuzione materiale dello stesso suicidio assistito. Anche questo profilo permette di sottolineare che *l'aiuto al suicidio non potrà mai far parte di 'pianificazione condivisa delle cure'* (va sottolineato comunque che l'aiuto al suicidio non può neanche esser qualificato come 'cura'). Parallelamente è evidente che *le DAT (art.4 della legge) non potranno mai legittimare la non punibilità di chi aiuti l'esecuzione del proposito suicida*, perché riguardano espressioni di 'volontà , in materia di trattamenti sanitari' dichiarate 'ora per allora' e , per loro stessa natura, non attuali (esse sono redatte proprio 'in previsione di una propria futura incapacità di autodeterminarsi'- c.1 art.4) ; esse infatti sono 'utilizzabili' solo quando l'impossibilità di autonomia decisionale sopravvenga (va sottolineato peraltro che l'aiuto al suicidio non può neanche esser qualificato come 'trattamento sanitario').

II) Condizioni che riguardano il suicida (condizioni-presupposto)

a) ***Il proposito di suicidio, 'autonomamente e liberamente formatosi', deve provenire da persona 'pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli'.***

a.1) **capacità e piena autonomia** - La necessità della condizione/ presupposto *dell'autonomia valutativa e decisionale del paziente* e quindi il riferimento al *prerequisito della 'capacità di agire'* (vd. art 1, c.1 e 5 e art. 4, c.1 l.219/2017, in contrapposizione con art. 4,c.1, riguardante minori e 'incapaci', che non hanno autonomia decisionale) *esclude la possibilità che la richiesta di aiuto al suicidio possa esser avanzata, con effetti scriminanti della responsabilità penale del terzo agevolatore, da minori o incapaci o da loro rappresentanti.* Va sottolineato il parallelismo, richiamato costantemente nella motivazione della sentenza, con le persone che possono rifiutare trattamenti sanitari, che sono solo quelle 'capaci di agire'- comma 5 dell'art.1 l. 219/2017. Pertanto, il paziente che richiede l'aiuto al suicidio deve essere dotato di effettiva *'autonomia decisionale'* (c.2 dell'art.1), nonostante le gravissime condizioni di sofferenza personale. Il dispositivo infatti specifica che tale *autonomia decisionale* deve essere *'piena'*, nonostante le *'sofferenze fisiche o psicologiche che ella (N.d.R.: la persona) reputa intollerabili'*.

a.2) **piena consapevolezza** - La *consapevolezza della persona non deve esser ridotta dalle sue condizioni di sofferenza* : la persona deve, fino al momento dell'intervento del terzo e poi fino all'effettiva esecuzione del suicidio, essere *'pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli'* nonostante sia *'affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili'*. La *consapevolezza* riguarda, in particolare, sia la possibilità di comprendere le informazioni ricevute, sia l'effettiva concreta comprensione delle stesse (c.3 dell'art.1) ; e quindi non solo la conoscenza delle sue attuali condizioni di salute ma anche delle *'prospettive'* assistenziali, delle possibilità di *'sostegno'* e delle *'alternative'* alla decisione suicidaria (comprese quelle collegate al ricorso alla sedazione palliativa profonda anche unita alla rinuncia a trattamenti di sostegno vitale-artt. 1, c.5, quarto periodo in relazione all'art. 2, c.2) . La *consapevolezza* riguarda anche la *'possibilità/capacità di valutare'* autonomamente le diverse opzioni nel contesto delle sue condizioni di sofferenza personale, operando una *'scelta'*. Solo attraverso questa *consapevolezza* necessaria, che può esser acquisita anche durante il percorso di informazioni e proposte alternative e *'dissuasive'* delineato

dalla Corte, il paziente dotato di *attuale effettiva autonomia decisionale* potrà esser ritenuto in grado ('capace') di *prendere 'decisioni libere' oltrechè 'consapevoli'*, come richiesto dalla Corte.

a.3) **piena libertà decisionale** - Solo l'effettiva, concreta ed *attuale 'capacità decisionale'* potrà render *libera* la decisione del paziente (che non deve subire suggerimenti o pressioni per attuare il suicidio), eventualmente anche confermando anche quella estrema di aiuto al suicidio. Dallo sviluppo del ragionamento della Corte emerge univocamente che solo una effettiva autonomia decisionale ed una volontà consapevole, *libera, permanente ed attuale* del paziente fino al momento dell'attuazione del suicidio (attraverso l'aiuto esecutivo del terzo) può integrare la condizione/presupposto per la non punibilità di chi abbia aiutato materialmente la persona nell'esecuzione del suicidio.

a.4) **attualità-modificabilità-revocabilità** - L'esigenza del requisito della piena libertà decisionale è rafforzata dall'espresso richiamo (peraltro già rientrante nelle 'condizioni generali' del dispositivo della sentenza, attraverso l'indicazione del necessario concorso di tutte 'le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della l. 219/2017') operato dalla Corte in motivazione alla necessità, costituzionalmente rilevante, della *permanente modificabilità/revocabilità della decisione suicida*. Anche dalla garanzia che il paziente possa modificare/revocare la decisione suicidaria fino all'attuazione della stessa (ultimo periodo del c.5 dell'art. 1) deriva che tale 'scelta' deve essere '*attuale*' e permanere immutata ed '*attuale*' fino al termine del percorso/procedimento 'dissuasivo rafforzato' previsto dalla Corte (mutuato dal c.5, quarto periodo dell'art.1) e poi *fino al momento dell'esecuzione del suicidio*. La motivazione della sentenza dedica al punto specifico un passaggio esplicito nell'ambito del paragrafo 5 , sottolineando che *deve restar 'ferma la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà : il che, peraltro, nel caso dell'aiuto al suicidio, è insito nel fatto stesso che l'interessato conserva, per definizione, il dominio dell'atto finale che innesca il processo letale'*.

a.5) **attualità e disposizioni anticipate di trattamento** - Da quanto evidenziato ai punti precedenti emerge univocamente la conferma che è inammissibile (e perciò privo di qualsiasi efficacia esimente del comportamento dell'agevolatore) l'inserimento nelle DAT (art.4 l. 219/2017) di una qualsiasi richiesta di aiuto nell'esecuzione del suicidio . Si sottolinea nuovamente che la decisione suicidaria deve provenire da persona sempre dotata (dal momento del proposito fino al momento dell'effettiva esecuzione del suicidio 'assistito') di 'piena autonomia decisionale attuale' (condizione necessaria anche per la concreta revocabilità della volontà suicida). Invece le disposizioni anticipate di trattamento sono destinate fisiologicamente ad esser efficaci solo quando , in epoca successiva (avendo il paziente ormai perso la sua autonomia decisionale) potranno esser '*attualizzate*' nel momento del trattamento terapeutico consentito o rinunciato 'ora per allora' ; esse infatti vengono redatte proprio 'in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi' al momento del trattamento sanitario (c. 1). In mancanza del requisito dell'attualità, *il proposito suicidario con richiesta di aiuto alla sua esecuzione, espresso con le DAT, sarebbe totalmente inammissibile e del tutto inefficace; e perciò la richiesta stessa non avrebbe nessun valore scriminante* dell'eventuale agevolazione al suicidio e non potrebbe essere invocata la condizione di non punibilità dell'art. 580 C.P. frutto della decisione della Corte Costituzionale.

a.6) **formazione autonoma** - Il *proposito di suicidio deve essersi formato autonomamente* : la disposizione della sentenza esige, per la non punibilità dell'aiuto al suicidio, che il proposito suicidario sia stato ideato soltanto dal paziente, senza alcuna istigazione o pressione di terzi e senza che nessun altro lo abbia determinato o indotto o suggerito o rafforzato anche indirettamente; o comunque, direttamente o indirettamente, abbia concorso nella sua elaborazione. Il concetto di 'formazione' ricomprende necessariamente, anche in base ai punti sopra evidenziati, quello di permanenza del

proposito/decisione suicida fino al momento dell'esecuzione. Quindi, durante tutto il percorso antecedente alla attuazione del suicidio, la persona sofferente non deve esser stata raggiunta da alcun 'messaggio' esterno, diretto o indiretto, che avrebbe potuto rafforzare tale proposito. L'intervento di terzi nella formazione e nello sviluppo del proposito suicida fino alla decisione 'finale' con l'attuazione del suicidio, è ammissibile (ed auspicabile, non solo ai fini dell'applicazione dell'esimente), solo con 'funzione dissuasoria' e/o di sostegno (c.5, quarto periodo dell'art.1 l. 219/2017).

a.7) **formazione libera** - *Il proposito di suicidio deve essersi formato liberamente*: in sostanza la volontà suicida non deve esser stata condizionata o influenzata non solo da espressioni o atteggiamenti di altre persone, ma neanche dalla mancata o insufficiente prospettazione e/o dalla effettiva mancanza (o dalla insufficienza) di 'alternative' terapeutiche, palliative e/o di sostegno. La sentenza sottolinea che la disposizione dell'art.2 della l. 219/2017 sulle cure palliative 'risulta estensibile anch'essa all'ipotesi che qui interessa: l'accesso alle cure palliative, ove idonee ad eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita'. Solo attraverso la loro effettiva messa a disposizione, nell'ambito della 'relazione di cura e di fiducia' tra paziente e medico (c.1 dell'art.1), si può almeno tentar di assicurare quella 'formazione libera' del proposito suicidario e della sua elaborazione fino alla irreparabile 'scelta' ed attuazione definitiva, che può render non penalmente perseguibile, in limitatissimi casi, la condotta di chi agevoli esecutivamente l'attuazione del suicidio. Queste indicazioni sono basate sul dovere costituzionale inderogabile di solidarietà, cui consegue quello di rimuovere gli ostacoli che limitano di fatto la libertà e l'eguaglianza sostanziale dei cittadini (artt.2 e 3 della Costituzione). Se così non avvenisse, sottolinea la sentenza citando il Comitato Nazionale di bioetica, 'si cadrebbe...nel paradosso di non punire l'aiuto al suicidio senza aver prima assicurato l'effettività del diritto alle cure palliative'. La libertà della persona nella decisione implica, come sottolineato dalla motivazione della sentenza, la permanente 'possibilità per il paziente di modificare la propria volontà' fino alla concreta esecuzione del suicidio assistito. Di conseguenza, *a garanzia di questa possibilità di ripensamento e della 'lucidità' del paziente in ogni momento antecedente l'esecuzione del suicidio, ai fini dell'applicazione dell'esimente non può essere utilizzato nessuno strumento (in particolare farmacologico) che riduca in qualsiasi modo la coscienza e la libertà della persona prima dell'attuazione del gesto fatale; la riduzione della lucidità del paziente rischia infatti di impedire o di compromettere gravemente la stessa possibilità concreta di revocare la propria precedente decisione suicidaria.*

b) il proposito di suicidio deve provenire da persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili

Questa condizione esistenziale della persona (dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e gravissima sofferenza causata dalla patologia irreversibile) che esprima il proposito suicidario costituisce, nella sua unitarietà sostanziale, un ulteriore requisito fondamentale per poter giudicare non punibile, in base alla sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale, l'intervento di aiuto del terzo nell'esecuzione del suicidio.

Essa è collegata al requisito del proposito suicida (analizzato sub a nei suoi elementi costitutivi) attraverso la preposizione avversativa 'ma' ('...fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli...') perché le gravissime sofferenze rappresentate rischiano di interferire pesantemente sulla stessa coscienza e libertà del paziente e quindi

sulla sua effettiva *'autonomia decisionale'*; che invece, per render non punibile l'intervento agevolativo del terzo nell'esecuzione del suicidio, deve mantenersi piena ed incondizionata, come richiesto espressamente dal dispositivo della sentenza.

La condizione esistenziale indicata in questa lettera b è scomponibile, per una sintetica analisi, nei tre elementi essenziali che la costituiscono :

b.1) il proposito suicida deve provenire da persona 'tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale';

b.2) il proposito suicida deve provenire da persona 'affetta da patologia irreversibile' ;

b.3) tale patologia deve esser per la persona 'fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili' .

b.1) La sentenza esige in sostanza che la persona (che deve esser ancora dotata di autonomia valutativa e decisionale attuale) si trovi nelle condizioni di *'dipendere', per la sua stessa sopravvivenza, da 'trattamenti sanitari artificiali essenziali'*. Essi sono quelli previsti dal quarto periodo del c. 5 dell'art.1 (sono *'considerati'* tali, in base alla previsione del precedente periodo dello stesso comma, anche la *'nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale'*). La rinuncia e/o il rifiuto di essi (possibile solo *'ad ogni persona capace di agire'*) richiedono necessariamente e specificamente, prima di essere efficaci (quarto periodo del c. 5 dell'art.1) la *'prospettazione' al paziente delle 'possibili alternative'* (tra di esse la terapia del dolore con sedazione profonda continua, qualora ne sussistano le condizioni) e la *'promozione' di 'ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica'*. Tali *'prerequisiti'* vengono richiamati espressamente dalla prima parte del dispositivo (*'...con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della l. 22/12/2017 n. 219...'*) e vengono specificatamente sottolineate in diversi in passaggi della motivazione. La ragione su cui si basa la necessaria limitazione della non punibilità del comportamento di aiuto al suicidio a persone tenute in vita da trattamenti di sostegno vitale realizzabili solo con l'utilizzazione di strumenti *'artificiali'*, è collegata al fatto che *'attraverso gli sviluppi della scienza medica e della medicina'* è oggi possibile ritardare in questo modo la morte di *'pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali'*. In questi stessi casi la rinuncia ad essi, legittima per la persona capace di agire (c.5,terzo e quarto periodo dell'art.1 l. 219/2017) , è comunque efficace solo dopo il fallimento di adeguate azioni di cura; tra di esse rientrano la *prospettazione di concrete alternative e trattamenti sanitari e psicologici utili ad 'alleviare le sofferenze'* (c. 1 art.2) nonché tutte le azioni di sostegno concretamente possibili. Ed è conseguente che, dal punto di vista costituzionale, possa esser ritenuta non punibile l'azione di agevolazione materiale al suicidio solo quando lo stesso mantenimento in vita *'dipenda'* da un trattamento sanitario o strumento non naturale e/o artificiale e/o da un dispositivo esterno ed estraneo al corpo umano. Infatti con l'attuazione del suicidio reso possibile dall'aiuto esecutivo altrui, viene *'superata'* la stessa possibilità di rinuncia o rifiuto di questi trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza, perché il suicidio del paziente implica il fallimento definitivo, con effetto immediato, di ogni azione di cura (il caso definito *'paradigmatico'* dalla Corte, per cui è stata sollevata l'eccezione di legittimità costituzionale parzialmente accolta con la sentenza 242/2019, presentava proprio questi aspetti di non autonomia e dipendenza da strumenti artificiali per respirazione, alimentazione ed evacuazione) .

b.2) per rendere non punibile il comportamento di aiuto materiale al suicidio, esso deve essere relativo *a persona 'affetta da patologia irreversibile'*; e pertanto oggettivamente ed inevitabilmente destinata a causare, in tempi piu' o meno brevi, la morte del paziente . E' evidente che questa condizione è, per sua natura, essenziale per render costituzionalmente 'giustificabile' , sotto il profilo penale, l'azione di aiuto al suicidio . Ogni piu' ampia estensione della non punibilità avrebbe infatti reso sottilissimo, se non annullato, l'ambito di protezione penale del diritto alla vita, riconosciuto dalla Corte come il fondamento di tutti gli altri diritti inviolabili dell'uomo ; e pertanto necessariamente destinatario di una garanzia/tutela rafforzata, comprensiva anche dell'aspetto penale (artt. 2-3 Cost.).

b.3) questa patologia deve causare alla persona *'sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili'*. Questo metro inevitabilmente soggettivo della sofferenza umana (in particolare sotto l'aspetto della 'intollerabilità') deve esser collegato all'effettivo ed oggettivo adempimento dell'obbligo di alleviare le sofferenze del paziente, in ogni caso gravante sul medico in base alla disposizione dell'art.2 , primo comma della l.219/2017. Si sottolinea ancora che il dispositivo della sentenza subordina espressamente la non punibilità dell'aiuto all'esecuzione del suicidio al 'prerequisito' costituito dall'attuazione delle 'modalità' previste dagli artt. 1 e 2 della legge' ; e la motivazione della stessa insiste specificatamente, in quest'ambito, sulla 'esigenza di coinvolgimento dell'interessato in un percorso di cure palliative' che siano 'idonee ad eliminare la sofferenza' e perciò anche ' spesso... a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita'. In questo contesto, la motivazione della sentenza rinvia, al primo periodo del par.5, 'per quanto attiene ai contenuti della presente decisione' in relazione alle 'situazioni in rapporto alle quali l'indiscriminata repressione penale dell'aiuto al suicidio, prefigurata dall'art. 580 CP, entra in frizione con i precetti costituzionali', all'individuazione avvenuta con la motivazione dell'ordinanza 207/2018. In essa veniva precisato che la soluzione/scelta di richiesta di aiuto al suicidio poteva legittimare la non perseguibilità penale dell'aiuto al suicidio in quanto 'alternativa' alla 'soluzione dell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale con contestuale sottoposizione a sedazione profonda' continua e terapia del dolore, attraverso la quale la morte 'sarebbe sopravvenuta solo dopo un periodo di apprezzabile durata' (si vedano in tal senso gli ultimi 5 paragrafi del punto 9 della motivazione). Valorizzando queste indicazioni nell'ambito del riferimento, operato dal dispositivo della sentenza alle modalità previste dagli artt. 1 e 2 della l. 219/2017 , si ritiene corretto sottolineare che l'art. 2 secondo comma della legge prevede, quali condizioni per il ricorso alla sedazione profonda continua , anche il fatto che si tratti di 'paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte' e che si sia 'in presenza di sofferenze refrattarie agli (altri : n.d.e.) trattamenti sanitari'. Queste condizioni appaiono pertanto a loro volta limitare anche la possibilità di applicazione dell'esimente prevista dalla Corte Costituzionale ai casi in cui sia previsto il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore.

III) Le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017 n. 219 – la valorizzazione del percorso di cura

La sentenza prevede espressamente, nel dispositivo, la necessità del concorrere, ai fini della non punibilità di chi 'agevola l'esecuzione del proposito del suicidio', anche delle modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 219/2017.

Nell'analisi delle condizioni necessarie per l'applicazione della non punibilità dal punto di vista dell'agevolatore e da quello del suicida, si è già sottolineata la necessità di circoscrivere l'esimente penale

nell'ambito di una 'scelta finale' della persona che 'viva' come intollerabile la sua sofferenza, nonostante il 'percorso di cura' effettuato e prospettato anche valorizzando gli artt.1 e 2 della legge. L'esecuzione di questa scelta fa cessare irrimediabilmente e definitivamente ogni possibilità di cura, di cui costituisce antitesi 'scoraggiata' dall'ordinamento, che pur l'accetta parzialmente depenalizzando, con la sentenza della Corte 242/2019, il comportamento di chi agevola materialmente l'esecuzione del suicidio nelle particolari e circoscritte condizioni previste.

Su questa base, rinviando ai punti precedenti in cui si sono richiamati i passaggi più rilevanti per una corretta lettura logico-sistematica della sentenza, non appare necessario ripercorrere le disposizioni dei due articoli (artt. 1 e 2 della legge 219/2017) che tratteggiano, dal punto di vista normativo, l'essenziale 'relazione di cura e di fiducia' che deve intercorrere tra paziente e medico (con équipe sanitaria e singoli componenti) e che invece l'esecuzione del suicidio (anche attraverso l'aiuto materiale dell'agevolatore) fa cessare irrimediabilmente. —

Il 'proposito di suicidio' e la esecuzione dello stesso con l'aiuto di un terzo non possono, dal punto di vista costituzionale, rientrare in nessuna relazione di cura, non solo perché ne cagionano direttamente e volontariamente la fisica impossibilità, ma soprattutto perché la 'cura' è il tentativo di togliere la persona dalla disperazione del dolore e della sofferenza, mantenendo comunque e non sopprimendo una relazionalità solidaristica possibile solo finché la persona resta in vita. L'agevolazione al suicidio, anche se realizzata farmacologicamente, non può neanche essere qualificata trattamento sanitario, perché il trattamento sanitario (consentito o rifiutato) può essere solo uno strumento della cura ed è frutto di una proposta/prospettazione del medico funzionale alla vita ed alla salute del paziente (principio di beneficenza) e non alla sua morte.

In sintesi occorre, per l'applicazione della non punibilità, che la decisione suicida e l'esecuzione del suicidio 'agevolato' siano avvenuti 'dopo' e nonostante un percorso di cura (art. 1 l. 219/2017) in cui si siano valorizzati fino in fondo la prospettazione ed il ricorso agli strumenti terapeutici e palliativi più 'appropriati allo stato del paziente' (art. 2, primo comma della legge); sempre ricercando il coinvolgimento solidale non solo delle 'strutture' e delle 'persone competenti' (fondamentale il principio del c.8 dell'art.1, che dispone che 'il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura'), ma anche della famiglia e del volontariato nell'essere accanto alla persona che soffre.

Va sottolineato che il percorso di cura non si deve interrompere con l'eventuale rilascio da parte della struttura sanitaria al paziente del documento di verifica che attesti l'esistenza delle 'precondizioni' richieste per l'eventuale giudizio di non punibilità dell'agevolazione al suicidio, ma deve comunque proseguire, con le intrinseche potenzialità dissuasive, fino alla morte della persona; pertanto l'aiuto al suicidio potrà essere giudicato non punibile solo se il suicidio sia avvenuto 'nonostante' il protrarsi del percorso di cura, sino alla sua esecuzione. E' corretto anticipare, a tal proposito, che la struttura sanitaria pubblica incaricata, dopo l'evento-morte, della verifica delle modalità di esecuzione del suicidio assistito al fine di permettere al giudice l'eventuale applicazione della causa di non punibilità, dovrà ricomprendere innanzitutto, nella relazione di verifica, l'accertamento della sussistenza fino alla morte delle condizioni soggettive di autonomia e libertà decisionale del paziente e della appropriata prosecuzione della cura.

IV) Modalità di esecuzione

Come sottolineato parlando delle condizioni sostanziali previste dalla Corte per la non punibilità dell'aiuto all'esecuzione del suicidio, fra di esse devono farsi rientrare le 'modalità di esecuzione' dell'aiuto al suicidio e del suicidio stesso, che dovranno a loro volta essere oggetto di accertamenti e verifiche.

E' preliminare ad ogni altra considerazione la constatazione che la sentenza, abbandonando l'ipotesi (ricompresa nell'ordinanza 207/2018) che l'esecuzione dell'aiuto al suicidio ed il suicidio stesso fossero disciplinati come 'processo medicalizzato' con 'riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale', non ha potuto né voluto regolamentare logistica, tempistica e caratteristiche tecniche di realizzazione del suicidio assistito, di cui ha escluso la configurabilità come diritto soggettivo riconosciuto dall'ordinamento. Ha però, anche per questo, previsto alcune condizioni generali 'di garanzia' che devono essere rispettate nella esecuzione dell'aiuto al suicidio e nel suicidio stesso per escludere la punibilità dell'agevolatore, richiedendo a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale un controllo/verifica pure di questi aspetti.

Queste 'modalità esecutive' dovranno rispettare tre condizioni :

1) *'essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili'* – si tratta di una indicazione generale ad ampio spettro, ma che impone che sia rigorosa e trasparente la modalità con cui viene realizzato l'aiuto al suicidio e, conseguentemente, il suicidio stesso. In questo senso, ad esempio, l'aiuto non potrà essere connotato da modalità 'insidiose' o che possano compromettere l'autodeterminazione piena e libera della persona, che, nonostante le sue condizioni di 'intollerabile' sofferenza (e quindi di oggettiva debolezza e vulnerabilità), deve essere sempre in grado di modificare e revocare liberamente il proposito suicida fino alla sua concreta attuazione. Non potrà neppure, in nessun modo e per nessun motivo, venirsi a creare una 'subalternità' o 'soggezione' del suicida rispetto all'agevolatore, che potrebbe 'abusare' del suo ruolo essenziale per l'esecuzione del suicidio stesso (un abuso potrebbe essere configurato, ad esempio, con la prospettazione - comunque civilisticamente illecita e perciò nulla - di danni e/o rimborsi e/o risarcimenti per l'ipotesi di 'revoca', magari all'ultimo istante, della decisione suicida e/o comunque di mancata esecuzione del suicidio).

Molto importante in questo contesto appare la sottolineatura operata dalla Corte attraverso l'uso delle parole 'dovranno essere evidentemente tali'; esse enfatizzano, ai fini del riconoscimento della condizione di non punibilità, la *"necessità dell'evidenza" nella constatazione dell'assenza di 'abusi in danno di persone vulnerabili'*. Si sottolinea che questa qualificazione di necessaria 'evidenza' riguarda anche gli altri aspetti delle modalità esecutive, anche se viene trattata, per tutti, a proposito di questa prima condizione esecutiva. Questa non usuale precisazione sulla necessità di 'evidenza' di circostanze che renderebbero non punibile un fatto di per sé illecito, costituisce un implicito monito alle strutture del servizio sanitario nazionale (cui è affidata la responsabilità della verifica) nonché, successivamente, agli organi inquirenti ed allo stesso giudice del procedimento penale (per il reato dell'art. 580 CP), ad effettuare un controllo serio e sostanzialmente 'restrittivo' (dovendo basarsi sull'evidenza) sull'esistenza di questi requisiti condizionanti la non punibilità. Parallelamente costituisce anche un invito al Comitato etico (e/o 'all'organo collegiale terzo' indicato dal legislatore) incaricato del parere consultivo--presupposto per l'eventuale giudizio di non punibilità, a valutare in maniera approfondita l'intero percorso conclusosi con il suicidio assistito.

2) *'garantire la dignità del paziente'* – il requisito riguarda lo strumento e, più in generale, le modalità individuate ed utilizzate per l'aiuto materiale al suicidio, che non devono, di per se stesse e nella loro concreta e specifica applicazione, contrastare con la dignità inviolabile della persona sofferente.

3) *'evitare al medesimo sofferenze'* - il requisito costituisce sostanzialmente la ragione stessa della 'scelta' del suicidio e della richiesta di aiuto altrui per la sua concreta realizzazione. La valutazione sotto tale profilo del comportamento di aiuto/agevolazione al suicidio nonché delle modalità e degli strumenti con cui viene realizzato e infine dell'attuazione concreta del suicidio stesso, è possibile, per la loro stessa natura e per gli effetti concreti sul suicida, non solo e non tanto *ex ante* ma soprattutto, se non esclusivamente, *ex post*. Questa inevitabile constatazione temporale costituisce un elemento utile a collocare nel tempo (necessariamente dopo il suicidio assistito) le 'verifiche' e gli accertamenti, particolarmente delicati, richiesti su questo punto alle strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale, nonché lo stesso parere richiesto al Comitato etico territorialmente competente (ad essi è dedicato il capitolo successivo).

V) Le verifiche sulle condizioni-presupposto e sulle modalità di esecuzione del suicidio assistito ai fini del riconoscimento della non punibilità. La successione temporale delle verifiche.

Il dispositivo della sentenza, in relazione alle condizioni ed alle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio necessarie per poter giudicare non punibile l'aiuto materiale al suicidio prevede testualmente: *'... sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale...'*

'La delicatezza del valore in gioco' (quello della vita : N.d.R.) – ultimo capoverso del par.5 della sentenza- e la necessità di 'evitare... scenari gravidi di pericoli per la vita di persone in situazione di vulnerabilità' – paragrafo 10 dell'ordinanza 207/2018 – (preoccupazioni conseguenti alla pur limitata depenalizzazione dell'agevolazione) , hanno indotto la Corte a ritenere necessario, per l'eventuale riconoscimento della non punibilità dell'agevolatore, un 'controllo pubblico' sul percorso di cura nonché sulle condizioni e sulle modalità esecutive del fatto. Al fine di garantire la serietà e la competenza del controllo sui diversi momenti in cui il fatto si sviluppa, la sentenza ha affidato tali compiti di verifica a soggetti qualificati e competenti, individuandoli nell'ambito di 'strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale'.

In relazione a queste verifiche è pienamente condivisibile l'auspicio, formulato nella sentenza, di un intervento del legislatore per specificare meglio e più efficacemente tali accertamenti/verifiche e le modalità relative, prima e dopo la realizzazione del suicidio assistito. Infatti la sentenza non avrebbe potuto entrare in ulteriori precisazioni, riservate al legislatore; va tenuto conto che la Corte ha potuto fare ampio uso dei suoi 'poteri addittivi' solo 'ricavando dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato' (ultimo periodo del paragrafo 4 della motivazione)-. E' pertanto corretto il limite che la sentenza si autoimpone nello stesso esercizio dei 'poteri di riempimento costituzionale', chiarendo che 'la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio (il giudizio di legittimità è qui limitato al campo penale : N.d.R.) deve restare ... affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore - a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale'. Analoghe considerazioni valgono per le verifiche

circa 'le modalità di esecuzione' del suicidio assistito, anch'esse genericamente riservate, senza ulteriori specificazioni, a 'strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale'.

Può aggiungersi, come sottolineato dalla sentenza in specifica relazione al carattere irreversibile della patologia ed alla realizzazione di adeguate azioni di sostegno al paziente, che la presenza o l'assenza di molte delle condizioni che possono legittimare o escludere la non punibilità, sono ricavabili direttamente dalla cartella clinica.

La sentenza manca di espresse indicazioni anche sulla successione temporale delle verifiche e sulla relativa tempistica, ma è possibile e corretto, in linea con i principi espressi dalla Corte ed attraverso un'interpretazione logico-sistematica costituzionalmente orientata, indicare una successione temporale delle verifiche e degli accertamenti da parte delle strutture sanitarie pubbliche incaricate (e del parere del Comitato etico) sulle condizioni personali, sul contesto di cura e sulle modalità esecutive del suicidio assistito. Così, a fronte della 'delicatezza del valore in gioco' (il diritto alla vita) l'intervento pubblico di verifica deve da un lato 'garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità', anche eventualmente escludendo anticipatamente la sussistenza di condizioni oggettive e/o oggettive tali da legittimare l'applicazione dell'esimente a chi agevoli il suicidio del paziente ; e dall'altro lato evitare che l'eventuale constatazione 'anticipata' dell'esistenza astratta di prerequisiti di per sé ritenuti idonei a legittimare (nel procedimento penale per il reato di cui all'art. 580 CP) l'applicazione della condizione di non punibilità, possa esser letta da paziente come un'adesione della struttura pubblica al proposito di suicidio assistito, oggettivamente seppur indirettamente rafforzandolo. Questa conseguenza sarebbe inammissibile dal punto di vista delle garanzie costituzionali e contrasterebbe con l'esplicita volontà della sentenza di evitare, nella misura massima ritenuta costituzionalmente possibile (anche rendendo proporzionate le sanzioni al fatto) che il paziente 'scelga' il suicidio assistito por fine alle proprie sofferenze, ritenute intollerabili (anziché ricorrere , in particolare, alle appropriate terapie del dolore fino alla sedazione palliativa profonda continua).

Sulla base di queste esigenze, di natura costituzionale, appare corretta ed immediatamente applicabile questa scansione temporale:

a) In linea generale può ritenersi che (in diverse situazioni, ragionevolmente, anche con effetti di prevenzione del suicidio assistito che, in linea di principio e nella grandissima maggioranza dei casi, resta comunque vietato anche penalmente) l'esistenza o l'inesistenza delle 'condizioni che rendono legittimo (solo penalmente : N.d.R.) l'aiuto al suicidio' (le cosiddette condizioni-presupposto o condizioni preliminari, comprensive del percorso di cura di cui agli artt. 1 e 2 l. 219/2017, tra cui 'il coinvolgimento dell'interessato nelle cure palliative'), debba esser constatata , una prima volta, da struttura pubblica del servizio sanitario nazionale 'prima' dell'attuazione del percorso del suicidio assistito . La richiesta deve esser avanzata personalmente dall'interessato che, restando pienamente dotato di autonomia decisionale, deve considerarsi in grado di formulare personalmente ed autonomamente tale richiesta (eventualmente con la collaborazione di un suo rappresentante/fiduciario).

A seguito di questa richiesta la struttura pubblica competente (o comunque incaricata) del servizio sanitario nazionale, basandosi sulla cartella clinica e sulla documentazione sanitaria disponibile ma disponendo d'ufficio anche tutti gli ulteriori accertamenti necessari ed opportuni, potrà/dovrà 'constatare' in una prima relazione le condizioni oggettive e soggettive riguardanti il paziente ed il percorso di cura fino a quel momento effettuato.

b) L'interpretazione logica e sistematica, costituzionalmente orientata, delle previsioni della sentenza induce a ritenere invece che *le verifiche sulle 'modalità di esecuzione' possano e debbano necessariamente*

avvenire solo 'dopo' la realizzazione dell'aiuto e dello stesso suicidio. Questa interpretazione evita un indiretto 'effetto di concorso morale/rafforzamento' del proposito suicida attraverso l'eventuale conferma anticipata della 'correttezza' delle modalità esecutive dell'aiuto ipotizzato; effetto che certamente contrasterebbe, come già sottolineato, con lo spirito comunque 'dissuasivo' e limitante dell'intervento della Corte.

Inoltre, è certamente più corretto, rispetto al senso stesso di una seria 'verifica delle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio', ritenere che tale verifica possa in concreto ritenersi adeguata solo se basata sulla constatazione delle modalità con cui l'evento è effettivamente avvenuto e perciò 'dopo' l'attuazione di tale aiuto con il conseguente suicidio.

Del resto, si è già sottolineato, trattando della condizione costituita dalle 'modalità dell'esecuzione', che esse devono essere comunque tali da 'evitare al medesimo (paziente: N.d.R.) sofferenze'; questo requisito in particolare, essenziale per il riconoscimento della non punibilità, non può essere seriamente valutato, per la sua stessa natura, in astratto ed *ex ante*. Esso può e deve essere controllato/verificato, e quindi valutato, solo nel caso concreto ed *ex post*, in base alla constatazione dell'effettivo accadimento dei fatti; solo così infatti si potrà accertare se 'le modalità di esecuzione' siano e siano state, nel caso specifico, davvero tali 'da evitare...sofferenze' al suicida. Va aggiunto che anche gli altri due requisiti (necessari per il riconoscimento della non punibilità dell'agevolatore) previsti per le modalità di esecuzione del suicidio assistito (l'evitare abusi ed il rispetto della dignità del paziente) sono sostanzialmente verificabili solo dopo l'evento e non certo sulla base di una mera prospettazione di un agire futuro, mai del tutto 'programmabile' se deve essere mantenuta fino all'ultimo istante dal paziente, prima dell'attuazione della decisione suicida, la possibilità di revocare o modificare il suo proposito.

Va aggiunto che in sede di verifica delle modalità d'esecuzione del suicidio assistito, la struttura sanitaria potrà e dovrà estendere il suo accertamento alla permanenza delle 'precondizioni' soggettive ed oggettive oggetto della verifica 'preliminare' sub a, per il periodo ricompreso tra il termine della prima verifica ed il momento della effettiva esecuzione del suicidio assistito, evitando così che vi sia un periodo di tempo, più o meno prolungato, che sfugge al controllo pubblico; le relative risultanze dovranno poi essere anch'esse riferite al giudice del procedimento per il reato di cui all'art. 580 CP nei confronti dell'agevolatore.

A queste conclusioni non è certamente d'ostacolo la sostanziale unitarietà della previsione, nel dispositivo, della verifica dei requisiti relativi alle 'condizioni' ed alle 'modalità di esecuzione' (nulla viene precisato in ordine alla loro scansione temporale): '...sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica...'

c) Neppure la previsione, nella sintesi caratteristica del dispositivo, della necessità del 'parere preventivo del comitato etico' (che è collegata soltanto al riconoscimento della non punibilità dell'agevolatore nel procedimento penale - possibile solo 'previo parere del comitato etico territorialmente competente'), costituisce ragionevole ostacolo a questa interpretazione che consegue invece proprio dallo spirito delle previsioni della sentenza; anzi essa è confermata proprio dalle caratteristiche essenziali di tale parere, necessario ma non vincolante per il giudice.

Il parere del Comitato etico infatti è sicuramente e necessariamente posteriore all'evento ed è rivolto, come verrà sottolineato nel capitolo successivo, a fornire al giudice una sorta di consulenza multidimensionale, 'da parte di un organo collegiale terzo, munito di adeguate competenze', sulla dinamica complessiva del fatto nei suoi risvolti etico-giuridici e socio-sanitari. Tale parere (le cui valutazioni, ovviamente, il giudice potrà motivatamente disattendere, come può avvenire per ogni consulenza anche d'ufficio) potrà adeguatamente esser formulato solo sulla base delle verifiche e degli accertamenti sui fatti riferiti, secondo le tempistiche indicate sub a) e sub b), dalle strutture sanitarie pubbliche.

Il parere del Comitato etico competente

Va preliminarmente chiarito che la previsione della necessità del parere del comitato etico territorialmente competente è sicuramente collegata alla stessa possibilità di definizione (da parte del giudice) del procedimento penale per il reato di cui all'art. 580 CP (nell'ipotesi di agevolazione materiale all'esecuzione del suicidio) con il riconoscimento (o il disconoscimento) dell'esimente-causa di non punibilità prevista dalla Corte. Infatti la frase principale che 'regge' l'intero dispositivo che dichiara l'illegittimità costituzionale parziale dell'art. 580 CP (astraendo dalle diverse parentetiche che prevedono le condizioni e le modalità di cui si è sopra trattato), così dispone : ' dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 CP, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi... agevola l'esecuzione del proposito di suicidio ... previo parere del comitato etico territorialmente competente '.

In sostanza, conformemente al senso della previsione della necessità di questo parere, la dichiarazione di non punibilità dell'aiuto al suicidio da parte del giudice (e, ovviamente, anche l'esclusione della non punibilità) presuppone, al momento della decisione del procedimento, che sia stato acquisito il parere del Comitato su tutti gli estremi della vicenda specifica, in relazione alle sue caratteristiche/condizioni , in base alle risultanze degli accertamenti e delle verifiche sugli antefatti e sul fatto (su cui devono, come sopra sottolineato, relazionare le strutture pubbliche competenti del servizio sanitario nazionale). Secondo il disposto della Corte è dunque necessaria, per il giudizio sui fatti, anche l'acquisizione del parere 'di un organo collegiale terzo, munito di adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità' (si ripete il carattere necessario dell'acquisizione del parere, le cui valutazioni però non vincolano il giudice che potrà eventualmente disattenderle, naturalmente con adeguata motivazione).

Nel caso di specie la 'tutela' indiretta (perché necessariamente *ex post*) di queste situazioni, che hanno coinvolto la vita stessa di una persona sofferente, può avvenire solo dopo il suicidio ed è valorizzabile nell'ambito del procedimento penale, fornendo nel caso concreto agli organi d'indagine ed al giudice , nel rispetto del quadro normativo, anche un parere corredato da una valutazione bioetica *ex post* sulla cura, sulla sofferenza, sulle alternative, sul sostegno, sulle modalità concrete dell'attuazione del suicidio assistito nonché sugli accertamenti e verifiche da parte delle 'strutture del servizio sanitario nazionale'.

E' evidente che non avrebbe alcun senso prevedere che la valutazione del Comitato etico possa avvenire '*in itinere*', prima dell'evento suicidio-assistito, quasi fosse un consiglio sull'opportunità di ricorrere a cure palliative o al suicidio assistito o , peggio, un'approvazione anticipata, anche, delle modalità di esecuzione dell'aiuto al suicidio, senza poter conoscere se esse siano state davvero 'evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze' . Addirittura, l'approvazione o un giudizio positivo 'anticipato' rischierebbe di esser vissuto, contro l'espressa

volontà della sentenza, come un rafforzamento morale del proposito suicida, compromettendo in qualche modo la stessa libertà del paziente di revocare tale proposito; proposito che comunque l'ordinamento – anche attraverso la parte propositiva di questa sentenza e le cautele/limiti posti alla causa di non punibilità – intende scoraggiare, pur nel rispetto dell'autodeterminazione della persona sofferente ma pienamente in grado di decidere.

L'individuazione, sulla base della legislazione attualmente vigente (i Comitati etici per la pratica clinica non sono normati a livello nazionale e sono operativi solo in poche Regioni) ed 'in attesa dell'intervento del legislatore', dei Comitati etici per la sperimentazione' come 'organi collegiali terzi muniti di adeguate competenze' per 'situazioni di particolare vulnerabilità' è collegata dalla motivazione della sentenza alla possibilità di esser organo di consulenza per problematiche etiche connesse alla pratica sanitaria. Secondo il dettato della sentenza, pertanto, l'acquisizione del loro 'parere' è obbligatoria (seppur non vincolante) per la definizione di un procedimento penale in questa materia perché può costituire così strumento di 'garanzia indiretta' per la 'tutela' anche giudiziaria di queste specifiche condizioni di grande vulnerabilità.

In questa veste l'intervento-parere del Comitato etico potrebbe ragionevolmente avvenire, sempre e necessariamente 'dopo' il suicidio assistito, a richiesta della struttura pubblica sanitaria 'competente' per 'la verifica delle...modalità di esecuzione'; ancorchè dopo (o durante) il controllo della struttura stessa su queste modalità, che hanno tutte, necessariamente, connotazioni etiche (così è per l'esigenza di evitare abusi, per quella di garantire la dignità e per quella di evitare sofferenze).

Al di là di ogni possibile critica all'individuazione da parte della Corte, in base allo stato attuale della legislazione, dei Comitati etici per la sperimentazione clinica dei medicinali come l'unico 'organo collegiale terzo, munito di adeguate competenze, in grado di garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità', è necessario ancora una volta sottolineare la volontà di estrema cautela costituzionale della Corte nell'abbandonare la protezione anche penale della vita umana pur in ipotesi molto limitate e tratteggiate dalla stessa sentenza in maniera dettagliatissima; in sostanza rendendo in fatto ed in diritto eccezionale l'applicabilità della causa di non punibilità che la stessa Corte ha ritagliato sotto il profilo della proporzionalità sanzionatoria.

Riflessioni etico-giuridiche sul ruolo del Comitato Etico.

Va dato atto che, in base all'inquadramento giuridico-costituzionale delle motivazioni della sentenza, la collocazione temporale del parere ("previo") che un giudice va a richiedere (divenendo quindi il committente dello stesso) al "comitato etico territorialmente competente" al fine di emettere il proprio giudizio, è necessariamente "dopo i fatti". Con un'altra modalità d'espressione, a noi più consona, possiamo affermare che si tratterà di una consulenza etica "retrospettiva", che ha, nella pratica consolidata funzione eminentemente didattica e formativa, condotta attraverso l'applicazione di adeguati modelli procedurali. In questo caso va intesa, invece, come ausilio al giudice di un giudizio complessivo sui fatti, anche ai fini della ricerca di eventuali responsabilità.

Questa nostra prima osservazione punta a specificare che i processi di giustificazione del giudizio etico, che costituiscono il "core" di ogni "*ethical expertise*" di un comitato, possono avvenire anche in chiave prospettica, cioè "lungo il decorrere dei fatti", anzi, di norma, la maggioranza dei casi clinici che giungono all'osservazione dei Comitati di Etica, rispondono a questa caratteristica cronologica.

Fatta questa premessa che, come vedremo, assumerà dei significati di non secondaria importanza nelle nostre osservazioni, cercheremo di concentrarci su alcune particolarità, legate alle scelte operate dalla Suprema Corte, nei confronti dell'attività dei Comitati di Etica.

E' noto che l'analisi etica dei casi clinici costituisce la fondamentale funzione complessa attribuita al gruppo multiprofessionale che forma un Comitato di Etica, analisi che si rende necessaria nel momento nel quale si debba dare corso a scelte complesse e onerose dal punto di vista morale per gli operatori e per la cui gestione decisionale pratica non siano sufficienti le norme giuridiche o le discipline deontologiche. Per la realizzazione compiuta di essa, viene utilizzata la metodologia deliberativa, ragionamento che ha orientamento su di un processo decisionale. Frutto della sua stessa pratica, (i membri del cui gruppo si autoformano ed autoeducano continuamente praticandola) essa richiede un approccio fondato sul dialogo moderato e prudente. La deliberazione, costruita di norma grazie a protocolli operativi rigorosamente applicati, è espressione di sensibilità culturali articolate nei vari ambiti professionali espressi nel gruppo e frutto di percorsi formativi ad hoc, cui i membri si applicano con convinzione e metodo.

A questa prima, fondamentale, funzione vanno aggiunte altre due che comunemente vanno a sommarsi, quello di sviluppo e redazione di linee di indirizzo etico e quella di sensibilizzazione e formazione in campo etico, attività, queste ultime, da rivolgere sia agli operatori del territorio di riferimento che alla popolazione residente nell'ambito territoriale. Le linee di indirizzo, giova ricordarlo, non sono protocolli operativi, né percorsi assistenziali consigliati e nemmeno linee guida "tout court", ma riflessioni morali di comportamento, frutto di discernimento del comitato, che si applicano a tematiche etiche che abbiano, nel territorio di riferimento, carattere di ricorrenza e/o di esemplarità e che siano meritevoli di ricevere, nell'avverarsi, di un supporto a sostegno degli operatori che ne dovessero ritenere l'utilità nelle loro decisioni.

E' utile richiamare il fatto che l'architettura organizzativa dei comitati non è omogenea sul territorio nazionale. Mentre, infatti, sono ubiquitari i **Comitati Etici per le Sperimentazioni cliniche**, espressamente indicati dalla Corte Costituzionale per il parere al giudice, non sono altrettanto diffusi sul territorio i Comitati Etici per la Pratica Clinica (di fatto operanti solo in alcune regioni, in particolare Veneto, Toscana e Friuli). E' prevalente, quindi, la strutturazione in un modello unico polifunzionale. Essa conferisce ai comitati sia le funzioni suesposte (di etica della pratica assistenziale) sia quella, fondamentale, di realizzare la valutazione etica e scientifica, obbligatoria e vincolante per il ricercatore, di un protocollo sperimentale, prima della sua applicazione sul campo (sperimentazione farmacologica e non sull'uomo).

Tale sovrapposizione è stata oggetto di ampio dibattito, in particolare, per il sommarsi di compiti, complessi e articolati, che possono fungere da ostacolo alla facilitazione delle funzioni esperte di consulenza etica nella pratica clinica ed assistenziale. Si rimanda al testo nel quale il Comitato Nazionale per la Bioetica, ancora nel 2001, negli "Orientamenti per i comitati etici in Italia", ha così sostenuto: "... Il CNB auspica che il legislatore, a fronte dell'ormai considerevole numero di normative nazionali ed internazionali che riguardano la materia, possa fornire una base giuridica organica e coerente per l'attività dei Comitati Etici. Si raccomanda anche di definire una distinzione tra i settori di lavoro dei Comitati Etici che preveda, da un lato, la valutazione e il monitoraggio della ricerca farmacologica e biomedica, da realizzare attraverso l'approvazione di pareri obbligatori e vincolanti; dall'altro, le questioni concernenti la pratica clinica, l'erogazione dell'assistenza sanitaria e gli interventi formativi, da realizzare attraverso una consulenza etica a carattere non direttivo e non vincolante...". Nonostante ciò, il legislatore non ne ha tenuto conto, se è vero che al comma 2, art. 1, D.M. 8 febbraio 2013 del Ministero della Salute si legge, anche in questo caso senza suddivisione alcuna ed utilizzando la formula generica di "comitati etici": "Ove non già attribuita a specifici organismi, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e *assistenziali*, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona. " (il corsivo è degli autori)

La Corte, nella motivazione della sentenza, "nelle more dell'intervento del legislatore" affida il compito di espressione del parere ai comitati indicati dall'art. 12 comma 10, lettera C del D.L. 158 del 2012 convertito nella legge 189 del 2012, ritenendo che abbiano competenze che "involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili".

Una volta definita la situazione operativa attuale dei vari "comitati etici territorialmente competenti" cui fa riferimento la sentenza più volte citata, vale la pena ritornare al ruolo che va delineandosi, operativamente, alla luce dell'articolato della sentenza, per un comitato di etica, limitatamente all'incarico di committenza d'analisi di un caso clinico, che, questa volta, non giunge né da un operatore della salute, né da un paziente e/o parente, ma da un giudice.

Se, di regola, il sistema di argomentazione etica clinica è volto alla realizzazione di un pensiero operativo di scelta fra alternative diverse, dopo avere ordinato i fini della pratica e contestualizzandola alla biografia della persona, qui, invece, la finalità di utilizzo del suo parere, che è naturalmente consultivo, è del tutto diversa. Esso consiste nel riconoscimento della corrispondenza, o meno, all'interno di un percorso clinico assistenziale compiuto di una persona "fragilissima", di una serie di "parametri", il cui rispetto è elemento a sostegno di un giudizio terzo, esterno ai responsabili del percorso clinico. Tali elementi vanno quindi riconosciuti come essere stati presenti e, tutt'al più, se la loro presenza ha sortito un effetto, se ne dovrà trovare traccia postuma, documentale o in qualsivoglia altra forma se ne cerchi la presenza.

Ecco, dunque, qui di seguito, gli elementi (“condizioni”) che il comitato di etica dovrà complessivamente considerare, riferibili alla loro presenza nella persona ed alle modalità concrete di “aiuto al suicidio” da sottoporre, successivamente, a giudizio di “legittimità”:

- richiesta di assistenza al suicidio da parte del soggetto;
- evidenza di una patologia con la caratteristica di irreversibilità;
- presenza di sofferenze fisiche o psicologiche, da ascriversi, soggettivamente, al carattere di non tollerabilità;
- presenza, nella persona, di capacità piena di espressione di volontà;
- piena coscienza delle proprie decisioni;
- assenza di vincoli ed ostacoli diretti o indiretti all’espressione di volontà;
- esecuzione di verifiche di tutte le precedenti condizioni condotte da una struttura pubblica afferente al SSN, prima e dopo i fatti;
- verifica (evidentemente dopo il suicidio assistito) delle modalità di esecuzione del suicidio, le quali dovranno essere “evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze”

L’articolato della sentenza costringe a fare propria la visione giuridica da tradurre in prassi da parte di un comitato etico che non è solito utilizzare la stessa visione (anche la Corte sembra rendersene conto laddove afferma che questo compito è attribuito ai comitati etici “nelle more dell’intervento del legislatore”).

In particolare, i comitati utilizzano protocolli di analisi per la giustificazione dei corsi operativi più rispettosi della dignità della persona, condotti dopo avere individuato e criticato le alternative possibili. Basta pensare, ma solo per fare una specificazione, che le ponderazioni, di fronte al fine vita ed all’imminenza di morte, in campo sanitario, sono rivolte a dare risposta ad un solo obiettivo: quello di fornire un accompagnamento ottimale al morente. Questo consiste, di norma, nella “semplificazione del processo del morire”, fino a tralasciare progressivamente le misure di sostegno vitale quando esse interferiscono significativamente con la qualità di vita residua. Se ciascuno di questi passaggi è attivato secondo un processo di condivisione sistematica con il paziente, si può rispondere pienamente al principio di rispetto della sua autonomia.

Fatti anteriori alla pubblicazione della sentenza della Corte

Riprendendo il testo della sentenza n. 242/2019 (pretermesso dal testo del dispositivo 'generale' riportato nel relativo capitolo) relativamente al trattamento dei fatti avvenuti prima della pubblicazione della stessa (tra cui quello per cui era stata promossa questione di legittimità costituzionale dell'art. 580 CP), si riportano di seguito le disposizioni relative, 'estraendole' dal dispositivo stesso:

'dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 CP, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 l. 219/2017 - ...ovvero, quanto ai fatti anteriori la pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione – agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, ...'; il dispositivo prosegue dettando in maniera unitaria per questi 'fatti antecedenti' e per i successivi, su cui si è concentrata l'analisi dei capitoli precedenti, le limitazioni, le condizioni e gli accertamenti indispensabili per la verifica della causa di non punibilità delineata dalla sentenza.

Non si ritiene in questa sede di esaminare o ipotizzare puntualmente, per i fatti già avvenuti prima della sentenza, possibili condizioni, limitazioni, accertamenti e verifiche sulle condizioni e le modalità della cura e dell'esecuzione del suicidio assistito, ai fini della dichiarazione di non punibilità dell'agevolatore.

Il testo della motivazione sul punto recita: ' Riguardo ai fatti anteriori la non punibilità dell'aiuto al suicidio rimarrà subordinata, in specie, al fatto che l'agevolazione sia stata prestata con modalità anche diverse da quelle indicate, ma idonee comunque sia a offrire garanzie sostanzialmente equivalenti'.

In sintesi i limiti, le condizioni e gli accertamenti/verifiche previsti testualmente e dettagliatamente per i fatti successivi alla sentenza, ovviamente, non possono essere di per sé direttamente applicabili a fatti antecedenti; in questi casi, il giudice del procedimento o del processo, potrà ritenere applicabile la nuova esimente, prosciogliendo l'indagato o l'imputato del reato di cui all'art. 580 CP (ovviamente se il fatto sia ritenuto sussistente nella sua materialità e se effettivamente attribuibile all'indagato o all'imputato) con la formula 'perché il fatto non è più previsto dalla legge come reato a seguito della sentenza 242/20190 della Corte Costituzionale' o con altra simile.

Sulle caratteristiche della situazione di sofferenza, di autonomia comportamentale e decisionale nonché di cura e di sostegno del paziente, che devono aver formato 'oggetto di verifica in ambito medico' e che sono necessariamente collegate anche al comportamento dell'agevolatore, si fa rinvio integrale all'ultimo capoverso del par. 7 della motivazione della sentenza; sottolineando nuovamente che solo se esse siano ritenute 'sostanzialmente equivalenti' a quelle tratteggiate analiticamente dalla sentenza per i fatti successivi alla sua pubblicazione, il giudice potrà emettere una sentenza di proscioglimento dell'agevolatore dal reato di cui all'art. 580 CP applicando la causa di non punibilità delineata dalla Corte.

Quadro di sintesi

L'analisi della sentenza permette di affermare alcuni elementi essenziali che devono costituire la base di ogni corretta valutazione della stessa sotto tutti i profili, in campo giuridico, etico e socio-sanitario.

La sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019:

- conferma e ribadisce che il diritto alla vita è il primo diritto inviolabile dell'uomo, riconosciuto e garantito dalla Costituzione e dall'ordinamento (in particolare, in relazione alle problematiche mediche ed ai trattamenti sanitari, dalla l. 219/2017);
- conferma, dal punto di vista costituzionale, l'esigenza generale della tutela anche penale del diritto alla vita e ribadisce l'inesistenza di un 'diritto alla morte' della persona; pertanto non esiste un diritto soggettivo all'aiuto al suicidio;
- prevede, sotto il profilo della proporzionalità sanzionatoria, una ristretta ipotesi, condizionata e limitata, di depenalizzazione dell'aiuto materiale all'esecuzione del suicidio di una persona che, trovandosi in una situazione di gravissima sofferenza da patologia incurabile, resti dotata di piena autonomia decisionale (autodeterminazione);
- dispone che il riconoscimento, in riferimento all'art. 580 CP, di questa causa di non punibilità dell'agevolatore, sia subordinato all'esistenza di particolari e ristrette condizioni della persona, al contesto di cura ed all'esaurimento dei possibili tentativi di sostegno, nonché a modalità esecutive del suicidio assistito che devono essere e risultare 'evidentemente tali da evitare abusi a danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze';
- dispone, ai fini del riconoscimento da parte del giudice della non punibilità, che la sussistenza di queste condizioni sia stata oggetto di verifica da parte di strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale; e che sia stato acquisito il parere del Comitato etico territorialmente competente su tutte le circostanze e sulla dinamica del fatto;
- sottolinea l'inesistenza di qualsiasi obbligo dello Stato, dei servizi socio-sanitari pubblici e privati e di qualsiasi ente o persona, qualificata o meno da un rapporto di cura con il paziente, di 'procedere' a realizzare una qualsiasi forma di aiuto all'esecuzione del suicidio, assecondando la richiesta dal paziente; pertanto, come espressamente sottolineato nel primo periodo del par.6 della motivazione della sentenza, mancando qualsiasi obbligo in tal senso, è del tutto fuori luogo, in questo contesto, ogni problematica relativa all'obiezione di coscienza;
- mantiene e non impedisce la responsabilità deontologica e/o disciplinare per chi agevoli l'esecuzione del suicidio;
- valorizza, anche ai fini di prevenzione di ogni proposito suicida, come momento fondamentale dell'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà sociale (artt.2-3 Cost.), l'essenzialità della 'cura' della persona sofferente; e, in particolare, assieme alla promozione di ogni azione di sostegno, l'esigenza della messa a disposizione e della prospettazione di ogni appropriata terapia del dolore, fino alla sedazione palliativa profonda continua;
- esclude l'applicabilità della causa di non punibilità per l'aiuto al suicidio nei confronti di persone non dotate di 'autonomia decisionale' e perciò prive, in fatto e/o in diritto, della capacità/possibilità di autodeterminazione (in particolare nei confronti di minori e 'incapaci');
- non permette la configurabilità e comunque l'efficacia dell'inserimento della richiesta di aiuto al suicidio nelle 'disposizioni anticipate di trattamento' (DAT);

- non permette l'inserimento dell'aiuto al suicidio nell'ambito della 'pianificazione condivisa delle cure';
- si è fatta carico dell'esigenza costituzionale che l'introduzione di una pur limitata e circoscritta ipotesi di non punibilità dell'aiuto materiale all'esecuzione del suicidio non crei 'vuoti di disciplina' che 'rischino di risolversi in una menomata protezione dei diritti fondamentali'. A questo fine ha rintracciato nell'ordinamento e realizzato direttamente 'criteri di riempimento costituzionalmente necessari', utilizzando, allo scopo, la l. 219/2017, di cui ha valorizzato i fondamentali aspetti di 'cura' anche ai fini di prevenzione dei propositi suicidi e della loro esecuzione con l'aiuto di terzi.