

**Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati**

**Audizione dell'8 aprile 2019**

**Memoria relativa alle proposte di legge n. 2 d'iniziativa popolare e n. 1586 Cecconi, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia**

**Considerazioni generali**

L'avvio, in data 30 gennaio 2019, dell'esame delle proposte di legge n. 2 d'iniziativa popolare e n. 1586 Cecconi, in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia, da parte delle Commissioni riunite II (Giustizia) e XII (Affari Sociali) della Camera dei deputati, appare, a parere di chi scrive, meritevole di vivo apprezzamento. Vi si può scorgere, infatti, una concreta testimonianza dell'acquisita consapevolezza, in ambito politico, della necessità di avviare un serio e approfondito confronto su un tema rimasto troppo a lungo estraneo al dibattito pubblico, quale quello dell'eutanasia, in vista dell'introduzione, per via legislativa, di una disciplina che, a muovere dai punti fermi fissati dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", ma andando oltre le situazioni da essa contemplate, possa completare un quadro normativo che rafforza per ogni individuo la garanzia di una morte dignitosa e senza sofferenza, grazie alla previsione di interventi diretti di aiuto a morire, oltre a quelli volti a eliminare le sofferenze, di cui già la legge n. 219/2017 ha sancito non solo la legittimità, ma la doverosità.

La strada intrapresa è quella che la Corte costituzionale ha auspicato nell'ordinanza del 23 ottobre 2018, n. 207, pronunciata nel giudizio di costituzionalità dell'art. 580 (Istigazione e aiuto al suicidio) del codice penale, promosso dalla Corte di assise di Milano nel procedimento penale a carico di Marco Cappato, in relazione all'ipotizzato aiuto al suicidio di Fabiano Antoniani (noto come D.J. Fabo).

In tale ordinanza la Corte ha, infatti, disposto il rinvio del giudizio e ha fissato per il 24 settembre 2019 una nuova discussione delle questioni di legittimità proposte, con l'aspettativa che, entro quel termine, il Parlamento, raccogliendo il monito della Corte stessa, sia intervenuto a disciplinare la delicata e controversa materia dell'aiuto a morire.

Ma quale dovrebbe essere la disciplina che la Corte costituzionale sollecita il Parlamento a realizzare?

Al fine di delimitare l'ideale perimetro entro cui collocare una buona legge in materia, ritengo che torni utile rivolgere attenzione ai tutt'altro che irrilevanti profili di merito sui quali la Corte non ha

mancato di intervenire, nonostante il carattere interlocutorio della sua decisione, ferma restando l'opportunità di porre l'accento su alcuni elementi in essa non sufficientemente considerati.

Va, in primo luogo, sottolineato come, nell'affrontare la questione della liceità dell'aiuto a morire all'interno della cornice dei valori costituzionali, la Corte, per un verso, abbia assunto una tutt'altro che velata posizione a favore della tesi che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può, in un'ampia casistica di situazioni, essere considerata compatibile con la Costituzione, ma, per altro verso, abbia preso le distanze dalla tesi, prospettata nell'ordinanza di rimessione della Corte di assise di Milano, che le situazioni in questione possano essere tutte quelle in cui, a prescindere da ogni riferimento alle condizioni personali del soggetto passivo e alle ragioni del suo gesto, vi sia stata un'agevolazione dell'altrui suicidio che non abbia inciso sulla decisione di colui che è stato aiutato a morire.

Pur in presenza di un quadro costituzionale che guarda alla valorizzazione della libertà di ogni persona come valore in sé, vi sono, infatti, secondo la Corte, buone ragioni per continuare a considerare la criminalizzazione non solo dell'istigazione, ma anche della cooperazione materiale al suicidio, funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela e, in particolare, funzionale alla tutela delle persone che, peraltro senza fornirne una precisa caratterizzazione, essa qualifica come "deboli e vulnerabili".

L'esigenza di protezione che supporterebbe il riconoscimento della rilevanza penale dell'aiuto al suicidio non vale, tuttavia, secondo la Corte, per i soggetti le cui condizioni di salute (da intendersi in una comprensiva accezione psico-fisica) sono strettamente legate alle aumentate possibilità di intervento della medicina, che hanno comportato una radicale trasformazione degli scenari di protrazione dell'esistenza, facendo della morte un evento modulabile nei tempi e nei modi e, in forza della controllabilità, non più, in senso stretto "naturale".

Proprio nella contestualizzazione della questione della liceità dell'aiuto al suicidio, così come dell'eutanasia, agli scenari del morire trasformati dalla moderna medicina tecnologica può essere individuato il primo elemento di cui tener conto o, addirittura il primo presupposto di una disciplina legislativa in materia. Si tratta, del resto, degli stessi scenari sul cui sfondo si è collocata la disciplina delle relazioni di cura introdotta dalla legge n. 219/2017, e, in particolare, le disposizioni che, come l'ordinanza della Corte ha cura di sottolineare, ne fanno una tappa fondamentale nel percorso verso la difficile meta dell'assicurare a ogni individuo una morte dignitosa.

Le disposizioni in questione sono, innanzitutto, quelle, affidate all'art. 1, comma 5, nelle quali viene affermato il diritto di ogni persona di rifiutare «qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso», senza

esclusione dei trattamenti di idratazione e di nutrizione artificiali, così come «il diritto di revocare in qualsiasi momento ... il consenso prestato, anche quando la revoca comporta l'interruzione del trattamento» e nelle quali, all'art. 1, comma 6, viene, altresì, sancita, contestualmente al dovere del medico di «rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo», la sua esenzione da responsabilità civile o penale. Ma, di particolare rilievo anche le disposizioni, assai opportunamente richiamate nell'ordinanza, che destituiscono di fondamento l'assimilazione all'abbandono terapeutico dell'astensione, da parte del curante, dal praticare i trattamenti rifiutati dal paziente, là dove prevedono che, di fronte alla rinuncia o al rifiuto di trattamenti necessari alla sopravvivenza, il medico ha il dovere di prospettare al paziente, oltre alle conseguenze di tale decisione, eventuali trattamenti alternativi rispetto a quelli rifiutati e, comunque, di promuovere ogni azione di sostegno, proseguendo l'assistenza.

Si tratta di disposizioni che, se per un verso delegittimano le ancora diffuse attitudini interventistiche motivate, talora, da preoccupazioni difensive e, comunque, dalla convinzione, perdurante in molti medici, di essere tenuti a preservare, a qualunque costo, la sopravvivenza del paziente, per altro verso, convergono nel delineare il modello secondo cui il mandato di cura, esistente in capo agli operatori sanitari, si estende ben oltre la messa in atto di trattamenti funzionali al mantenimento in vita dei malati. Un paradigma assistenziale, questo, nel quale l'attenzione per la sofferenza del malato occupa un posto centrale, che la legge rafforza e completa con le previsioni dell'art. 2, "Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita", nelle quali, in linea e ad integrazione delle previsioni della legge 15 marzo 2010, n. 38 "Disposizioni per l'accesso alla terapia del dolore e alle cure palliative", non solo si pone l'accento sul dovere del medico di attivarsi per alleviare le sofferenze del malato, specificando che questo vale anche nel caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico, ma si contempla anche il ricorso, previo consenso del paziente, «alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore» come "ultima frontiera" di trattamento, rimesso alla valutazione di appropriatezza del medico, quando vi siano sofferenze refrattarie agli altri trattamenti sanitari disponibili.

Pur riconosciute nel loro rapporto di piena congruenza e di continuità con i principi sanciti nella Costituzione (artt. 2, 13, 32), così come con gli orientamenti della giurisprudenza ordinaria e costituzionale, le sopra richiamate disposizioni della legge n. 219/2017 vengono, nell'ordinanza n. 207/2018, investite della valenza di fondamentale e tutt'altro che pleonastico strumento normativo di riferimento, grazie al quale non si possono avere più dubbi e incertezze circa il ruolo spettante alla volontà dei pazienti nelle relazioni di cura, così come non se ne possono avere riguardo al fatto che rientra nella disponibilità di ogni individuo malato sottrarsi alla protrazione di una

sopravvivenza in condizioni gravemente compromesse e divenute per lui insostenibili o, come si legge nell'ordinanza, "lasciarsi morire", chiedendo l'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e la contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua.

Una volta che si sia dato adeguato rilievo alla portata e al possibile positivo impatto che la legge n. 219/2017 potrà avere, sempre che non se ne ostacoli l'attuazione, sul miglioramento dell'assistenza non meno che sulla dignità del morire, va però prestata attenzione alla presenza di scenari di malattia o di situazioni irrimediabilmente invalidanti nei quali le strade in essa contemplate, vale a dire, la desistenza dai trattamenti rifiutati dal malato e la messa in atto dell'ultima frontiera dei trattamenti palliativi rappresentata dalla sedazione profonda, non risultano essere quelle appropriatamente percorribili e in relazione ai quali si si può ritenere giuridicamente (nella cornice costituzionale) oltre che eticamente giustificato l'accoglimento della richiesta di aiuto a morire.

Ma quali sono questi scenari?

Dopo aver sgombrato il campo dalle fuorvianti letture in chiave "proeutanasica" della legge n. 219/2017, ed aver affermato con chiarezza che la legislazione oggi vigente non consente al medico, che ne sia richiesto dal paziente, di mettere a disposizione «trattamenti diretti non già a eliminare le sofferenze, ma a determinarne la morte», la Corte costituzionale ha identificato i soggetti per i quali la legge dovrebbe prevedere l'opzione di essere aiutati a morire con coloro che, destinatari di trattamenti, rientranti nell'ampia categoria dei presidi di sostegno vitale, avrebbero già a disposizione, in forza della legge n. 210/2017, la strada dell'interruzione di tali trattamenti, con contestuale sottoposizione a sedazione profonda, ma, come sarebbe avvenuto nel caso di D.J. Fabo, data la sua dipendenza solo intermittente dal respiratore artificiale, non potrebbero avere una morte rapida, né evitare un forte stress emotivo alle persone a loro vicine.

Sarebbe dunque il parametro temporale, rapidità della morte *versus* periodo di "apprezzabile" durata per giungervi, a fornire una buona ragione per far cadere le preclusioni nei confronti dell'assistenza al suicidio. Ma è davvero solo questione di rapidità/lentezza? E sono davvero solo i soggetti, per i quali la rinuncia a trattamenti di sostegno vitale e il ricorso all'ultima frontiera di trattamento palliativo, la sedazione palliativa profonda, rappresentano le già percorribili strade appropriate per liberarli da una sofferenza non più esistenzialmente sostenibile, quelli per i quali è giustificato l'aiuto a morire?

Ritengo che si possa fondatamente prendere le distanze dal primo così come dal secondo assunto.

Se è oramai tempo di far cadere i tabù, i rifiuti pregiudiziali, le resistenze alimentate da paure sovente ingiustificate nei confronti non solo del suicidio assistito, ma anche dell'eutanasia, data l'impossibilità per molti individui di compiere da soli, a causa delle loro condizioni, quell'unico atto finalizzato ad attivare la somministrazione del farmaco, che D. J. Fabo è stato ancora in grado di

compiere, è perché ci sono situazioni nelle quali, in un contesto di patologia irreversibile e irrimediabilmente invalidante, v'è una sofferenza psico-fisica che rende insostenibile per la persona che ne è affetta la protrazione della sopravvivenza, ma non ci sono necessariamente trattamenti salvavita la cui mancata attivazione o la cui sospensione produce la morte, né, d'altra parte, la risposta adeguata può essere offerta dalle cure palliative, che pur rappresentano in molti casi un'opzione terapeutica, importante, e da rendere sempre disponibile, per raggiungere l'obiettivo di una morte dignitosa. Va, a quest'ultimo proposito, sottolineato che, come afferma anche l'art. 3 della n. 219/2017, la sedazione profonda è un trattamento che spetta ai sanitari proporre e, se vi è il consenso del paziente, attuare, ove se ne ravvisi l'appropriatezza, ma sono proprio le condizioni di appropriatezza a mancare, secondo l'opinione ampiamente condivisa all'interno della comunità scientifica di chi opera nel campo delle cure palliative<sup>1</sup>, nel caso di malati che non sono in imminenza di morte e che, nella pur devastante condizione in cui versano, potrebbero, come avrebbe potuto avvenire anche per D.J. Fabo, vivere anche a lungo. Questo vale anche nel caso di quadri clinici nei quali ai sintomi fisici si aggiungono, o sui sintomi fisici prevalgono, sofferenze psicologiche intrattabili, il cosiddetto distress esistenziale (da distinguersi da patologie psichiatriche trattabili) sempre più frequentemente all'attenzione degli operatori sanitari nell'ambito delle cure palliative e ugualmente bisognose di risposte di cura.

Da quanto precede discende che la disciplina legislativa dell'aiuto a morire, di cui vi sono i presupposti negli artt. 2, 3, 13 e 32 della Costituzione, non è quella volta a riconoscere in via generale un "diritto a morire" simmetrico e contrario rispetto al "dovere di sopravvivere a tutti i costi", in cui si traduce la rivendicazione della vita come valore assoluto e indisponibile, bensì quella che, superando la contrapposizione tra affermazione e negazione del valore assoluto della vita, garantisca il diritto alla dignità nel morire anche agli individui per i quali un'azione volta a causare direttamente la morte rappresenta l'unica strada per liberarsi dalla prigionia della propria insostenibile condizione.

V'è dunque da auspicare che il Parlamento riesca a compiere, seguendo il monito della Corte costituzionale, ulteriori passi nel percorso di regolazione delle situazioni di fine vita già intrapreso dalla legge n. 219/2017, ma che, nel farlo, non perda di vista soprattutto l'art. 3 della Costituzione, che, nel delegittimare disuguali trattamenti riservati ai cittadini (e a tutti gli individui) sulla base delle "condizioni personali", tra le quali sono in primo piano le condizioni di salute, offre la prima forte ragione giuridica, oltre che etica, per garantire il diritto a una morte dignitosa anche a coloro

---

che, proprio per le condizioni cliniche in cui versano, dal riconoscimento di quel diritto sono, di fatto, finora rimasti esclusi.

### **Osservazioni specifiche sulle proposte di legge**

Riguardo alla tipologia dell'intervento normativo da realizzare, la sopra menzionata ordinanza n. 207 /2018 della Corte costituzionale ha prospettato, se pur solo in via di ipotesi, l'inserimento «di una disciplina delle condizioni di attuazione delle decisioni di taluni pazienti di liberarsi dalle proprie sofferenze ... attraverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte» nel contesto della stessa legge n. 219/2017, anziché mediante la mera modifica dell'art. 580 del codice penale. Alla Corte non è, d'altra parte, sfuggito che, sia per sancire la non punibilità, nelle ipotesi considerate, dell'aiuto a morire, sia per realizzare una rigorosa definizione delle procedure e delle cautele alla cui adozione collegare la non punibilità, potrebbe sorgere l'esigenza di una specifica disciplina, necessariamente comprensiva della modifica della norma penalistica, così come di misure volte a garantire al meglio il rispetto della volontà del malato, ma anche a preservarlo dal rischio della mancata offerta, da parte delle strutture sanitarie, di altre strategie volte a eliminare la sofferenza, quali quelle rese disponibili dalle cure palliative, di cui spetterebbe al malato stesso valutare, in ultima istanza, l'utilità per sé.

Delle due proposte di legge all'esame delle Commissioni Giustizia e Affari Sociali della Camera dei deputati, la n. 1586, seguendo la prima strada ipotizzata dalla Corte costituzionale come percorribile, prefigura l'innesto della disciplina dell'aiuto a morire richiesto da un "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" nell'ambito della legge 219/2017. La proposta di legge n. 2 di iniziativa popolare, già presentata nella XVII legislatura nel settembre del 2013, si presenta, invece, come un sintetico testo normativo nel quale la disciplina dell'eutanasia, affrontata esclusivamente sul versante penalistico, è affidata a due norme che sanciscono la non applicabilità degli articoli (575, 579, 580 e 593) del codice penale al medico e al personale sanitario che abbiano praticato trattamenti volti a provocare la morte del paziente alle condizioni dagli articoli stessi definite, sia in caso di richiesta attuale, sia in caso di richiesta anticipatamente affidata a un atto scritto, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza o domicilio.

Premesso che di entrambe le proposte di legge va apprezzato il riferimento all'eutanasia, e non al solo suicidio assistito (vale a dire alla fattispecie in cui il malato è nella condizione di compiere

l'ultimo atto del processo che conduce alla morte) su cui vertono le considerazioni dell'ordinanza della Corte costituzionale, e premesso, altresì, che va apprezzata la prospettata collocazione dell'aiuto a morire all'interno della relazione di cura, non investendone soggetti diversi dal medico, come avviene, ad esempio, nella realtà della Svizzera, va, in primo luogo, sottolineato che la scarsa disciplina prevista nella Proposta di legge n. 2 non soddisfa l'esigenza di delimitare con chiarezza la stessa nozione di eutanasia (e di suicidio assistito), così come di circostanziare più puntualmente gli scenari di sofferenza in relazione ai quali viene prevista la non punibilità dell'aiuto a morire. Rimangono, altresì, estranee alla disciplina previsioni relative alle modalità con cui accertare la volontà del paziente e con cui garantirne il rispetto, nonché misure volte ad assicurare, come auspicato anche dalla Corte costituzionale, che sia stata effettivamente messa a disposizione del paziente la possibilità di accedere alle cure palliative e di valutarne, all'interno della relazione con i sanitari, l'eventuale idoneità a rappresentare una risposta alla loro sofferenza.

Se si passa a considerare la Proposta di legge n. 1586, che ha, peraltro, assorbito nel suo secondo e terzo articolo le disposizioni presenti nell'altra Proposta di legge, si possono rilevare le stesse carenze sopra rilevate quanto ai contenuti, anche se va riconosciuta la maggiore appropriatezza dell'individuazione, come destinatario del trattamento eutanasi, del "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".

Ma, a ben guardare, il principale rilievo critico al quale si espone la Proposta n. 1586 investe proprio la scelta di collocare la disciplina dell'aiuto a morire all'interno della legge 219/2017, inserendo forzatamente, nel disegno di una legge che ha avuto il merito di definire con chiarezza i confini della relazione e del mandato di cura, valorizzando l'incontro tra l'autonomia decisionale del medico e l'autonomia professionale del medico, previsioni che, per un verso, incidono negativamente sulla compattezza e la limpidezza del quadro normativo che dalla legge 219/2017 esce oggi delineato, mentre, per altro verso, non soddisfano l'esigenza di realizzare, nella delicata materia dell'aiuto a morire attuato mediante assistenza al suicidio o eutanasia, una regolazione organica che, grazie all'introduzione di un accurato sistema di procedure e di controlli, possa garantire al più alto grado possibile il rispetto della volontà dei malati e il loro diritto a morire con dignità, ma, che, al tempo stesso, possa fornire anche ai medici e, in generale, agli operatori sanitari, sicuri criteri di orientamento non meno che adeguate garanzie. Non solo la garanzia di non incorrere nelle sanzioni penali, ma anche quella di poter sollevare obiezione di coscienza. Un diritto, questo, che non è stato né poteva, senza intaccare l'impianto della legge, essere previsto dalla legge 219/2017 in relazione al rifiuto del trattamento salvavita, ma che, in presenza di una normativa che legalizzi l'eutanasia e il suicidio assistito, va riconosciuto, a salvaguardia dei convincimenti morali

dei medici e/o degli infermieri che lo coadiuvino, in considerazione del rapporto specifico e diretto tra gli atti, che, in attuazione della volontà del paziente, sarebbero chiamati a porre in essere, e l'evento morte, che ne costituirebbe l'effetto, fermi restando i limiti e le condizioni al cui rispetto l'esercizio dell'obiezione di coscienza si deve considerare subordinato in uno Stato democratico.

Il legislatore si trova di fronte all'impegnativo, ma indifferibile compito di arricchire, fornendone un'accurata disciplina, il quadro delle strategie di intervento alla fine della vita disponendo delle quali si può rendere meno remoto e difficile da raggiungere l'obiettivo di garantire a ognuno di noi di concludere dignitosamente la nostra esistenza, ed è un compito che, in accoglimento della sollecitazione della Corte costituzionale è chiamato ad assolvere in breve tempo.

La ristrettezza dei tempi non deve però pregiudicare la realizzazione di una buona legge in materia da affidare non a commi aggiuntivi o articoli "bis" inseriti nella legge n. 219/2017, bensì a un autonomo testo normativo organico, chiaro e ben strutturato, che, senza omettere gli opportuni rinvii alla legge 219/2017, muova da chiare definizioni, espliciti i principi di riferimento, preveda, senza lasciare zone d'ombra, procedure, controlli e garanzie.

Questa è la strada che, a titolo personale e in qualità di presidente del Comitato per l'etica di fine vita, auspico possa essere ancora intrapresa e percorsa, traendo utili spunti anche da esperienze legislative già da tempo consolidate, come, in particolare, quelle realizzate in Olanda e in Belgio.

Prof.ssa Patrizia Borsellino

Ordinario di Filosofia del diritto

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Presidente del Comitato per l'etica di fine vita (CEF)

[patrizia.borsellino@unimib.it](mailto:patrizia.borsellino@unimib.it)