

**COMMISSIONI RIUNITE GIUSTIZIA - AFFARI SOCIALI
CAMERA DEI DEPUTATI**

Ciclo di audizioni informali - esame in sede referente delle proposte C. 2
(rifiuto dei trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia) e abbinate

* * *

audizione del 25 giugno 2019

Marco Naddeo

Avvocato
Ricercatore di Diritto Penale
Università degli Studi *Link Campus University* di Roma
Professore Incaricato di Diritto Penale dell'Economia
Università degli Studi di Salerno

Illustri Presidenti, Onorevoli Deputati,

desidero innanzitutto ringraziarVi per l'invito a dare un contributo su di un tema di particolare delicatezza e complessità nell'ambito di un consesso altamente qualificato come quello in cui ci troviamo. Intervengo in qualità di penalista, ma non posso trascurare che la questione del “*fine vita*” è profondamente legata ai diritti fondamentali del malato, in un contesto giuridico dove si confrontano “etica del suicidio” e punibilità (dell'aiuto al suicidio o dell'omicidio del consenziente, integrati nei confronti di un soggetto passivo caratterizzato da un quadro patologico che i testi di legge descrivono in maniera più o meno tassativa).

È dunque corretto partire da una prospettiva di tipo positivo che impegna il potere legislativo a consacrare il diritto fondamentale generale a una vita *umana e dignitosa* “lungo il cammino” della morte, eventualmente spingendosi fino al riconoscimento di un diritto fondamentale di morire, senza ipocrisie che troppo spesso confondono i concetti distinti di mezzo (il rifiuto del paziente) e fine (il morire). In seconda battuta, e solo di riflesso, verranno disegnati i necessari confini del diritto penale.

1.

La fase avanzata del ciclo di audizioni informali che le Commissioni integrate stanno svolgendo mi consente una metodologia d'indagine per macro-aree, senza scendere – salvo qualche eccezione – nel dettaglio dei singoli progetti.

L'analisi delle proposte di legge A.C. 2 d'iniziativa popolare (*Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia*) e abbinata¹ è dogmaticamente agevolata dalla traccia logica dettata dalla

¹ Segnatamente, **A.C. 1586** d'iniziativa del deputato Ceccone (*Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia*), **A.C. 1655** 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 sanitari e di eutanasia*), **A.C. 1875** d'iniziativa dei deputati Sarli, Trizzino, Sportiello, Perantoni, Palmisano, Di Sarno, Lorefice, Nesci, Lapia, Sapia, M. E. Baroni, Mammì, Zolezzi, Sarti, Piera, Aiello, Penna, Misiti (*Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasiaco*) e **A.C. 1888** d'iniziativa dei deputati A. Pagano, Turri, Panizzut, Bisa, Boldi, Boniardi, De Martini, Cantalamessa, Foscolo, Di Muro, Lazzarini, Marchetti, Locatelli,

nota ordinanza n. 207 del 16 novembre 2018, con cui la Corte Costituzionale – tenuto conto delle peculiari caratteristiche e della rilevanza dei valori coinvolti dal quesito di legittimità costituzionale – ha compiuto una originale scelta processuale e rimesso al Parlamento il delicato bilanciamento della tutela del diritto alla *vita*, alla *salute*, alla *dignità* e all'*autodeterminazione* della persona, nel rispetto dei principi di cui agli artt. 2, 13 e 32 Cost., nonché degli artt. 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea.

In uno spirito collaborativo e dialogico, attento al rispetto delle prerogative costituzionali e ai rapporti fra i poteri dello stato, la Corte ha delineato le coordinate ermeneutiche del futuro intervento, indicandone i parametri che il legislatore potrà declinare secondo la propria sensibilità ideologicamente orientata. In tal modo, il contropotere critico del *sapere giuridico* ha preceduto la *voluntas* dell'organo espressione della democrazia politica, rafforzandone il potere decisionale con il ruolo della *ratio* che deve presiedere alle scelte politiche, soprattutto allorquando esse riguardano costanti di lunga durata, svincolate dal contingente.

L'ampio orizzonte di un ordinamento pienamente secolarizzato viene illuminato dai canoni costituzionali della *dignità umana* e della *ragionevolezza* che il legislatore potrà utilizzare come razionalità assiologica nella costruzione delle premesse giuridiche ovvero dei criteri che la norma penale assume come determinanti per il significato del fatto, e quindi per la sua verifica. Tenendo conto dell'offesa all'interesse protetto e di eventuali controinteressi, il legislatore dovrà operare per sottrazione, scorporando dal comparto penalistico (il riferimento è all'art. 580 c.p. e non solo) la porzione di ciò che penale non è (e non può essere).

Le brevi considerazioni sulle proposte di legge in esame prenderanno dunque spunto proprio dalla griglia dei valori costituzionali, confrontando la prospettiva *de lege ferenda* con le linee-guida elaborate dai giudici costituzionali.

2.

Fermo restando il potere del legislatore di andare oltre l'invito della Corte Costituzionale, è opportuno considerare che la richiesta del giudice delle leggi è tesa a risolvere il *vulnus* alla libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, attualmente rappresentato dal divieto assoluto di aiuto al suicidio. L'assenza di temperamenti al precetto dell'art. 580 c.p. consente alla 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] la sola scelta di interrompere (o rifiutare) il trattamento sanitario (in atto) con contestuale sottoposizione a sedazione profonda continua. Tale decisione, vincolante nei confronti dei terzi in forza della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (*norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*), è l'unica modalità consentita al malato per congedarsi dalla vita con conseguente lesione del principio della *dignità umana*, oltre che dei principi di *ragionevolezza* e di *uguaglianza* in rapporto alle diverse condizioni soggettive (art. 3 Cost.).

A corredo delle indicazioni fornite, la Corte pone due paletti di segno negativo: *i*) il diritto all'autodeterminazione individuale previsto dall'art. 32 Cost. – già valorizzato con l'obbligo di rispettare le decisioni del paziente, finanche quando ne possa derivare la morte – non può trasformare il *diritto alla vita* tutelato dalla fattispecie penale nella "*libertà e consapevolezza della decisione del soggetto passivo di porvi fine, evitando influssi che alterino la sua scelta*";

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*).

conseguentemente *ii*) la soluzione del problema *non* può contemplare 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 appena descritte*”. D’altra parte, la “cintura protettiva” garantita all’interessato, inibendo ai terzi di cooperare in qualsiasi modo con lui, risulta funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell’ordinamento.

In altri termini, i Giudici costituzionali mettono in luce l’evidente ragion d’essere del divieto di cui all’art. 580 c.p. proprio a tutela del *diritto alla vita delle persone più deboli e vulnerabili*, per le quali si auspicano politiche pubbliche volte a sostenere chi versa in situazioni di fragilità, anziché ‘spianare’ la strada a scelte suicide ovvero lasciare un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale aperto a possibili abusi.

3.

Da questo punto di vista, i progetti di legge – superato l’approccio minimalista – sembrano andare tutti nella direzione di liceizzare i trattamenti eutanasi, seguendo l’alternativa liberal che equipara la condotta attiva di aiuto al suicidio alla eutanasia attiva, facendo i conti con la realtà del paziente (senza pretendere che quest’ultimo sia mantenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno artificiale, come sembra fare l’ordinanza della Corte costituzionale alla lettera *c*) della citata descrizione delle condizioni del richiedente)².

In presenza di precise circostanze, condotta attiva nell’interruzione di un decorso causale immediatamente salvifico (interruzione di cure) e condotta attiva di causazione immediata della morte (aiuto al suicidio o eutanasia attiva condizionata) trovano il loro *massimo comun divisore* nel diritto del malato, che trasferisce la questione dalla *tipicità* alla *giustificazione*. Come autorevolmente sostenuto in dottrina, “sarebbe infatti ingiusto esaudire una vera richiesta terminale di chi ha la sorte di poter morire subito, perché tenuto in vita artificialmente da un qualche apparecchio, e non chi versi in condizioni di sofferenza anche maggiore, ma abbia bisogno, per farla cessare, di un intervento diretto e non interrottivo”.

I testi di legge – escluso la **proposta A.C. 1888** – fanno espresso riferimento “*al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente*” (art. 1, **proposta di legge A.C. 1655**) o, indistintamente, a “*tecniche di eutanasia*” (art. 4, comma 4, **proposta di legge A.C. 2**). Le definizioni di *trattamento eutanasi* sono presenti nei progetti di legge **A.C. 1586** (*somministrazione, da parte di personale medico qualificato, di farmaci aventi lo scopo di provocare la morte immediata del paziente senza dolore o sofferenze*) e **A.C. 1865** (*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 sostanzialmente replicano l’opzione della *somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente* fornita dai Giudici costituzionali nella citata ordinanza. Altra soluzione (es. quella prospettata dalla **proposta di legge A.C. 1655**) è quella di rimettere la specificazione della tecnica eutanasi alla competenza del singolo medico che potrà individuare la scelta più adeguata al caso di specie, nei limiti delle pre-condizioni normativamente date – nonché casisticamente verificate e attestate –³ e del

² Si tratta di una scelta che non si contrappone alle motivazioni dei giudici costituzionali, ma ne valorizza il processo logico argomentativo, rispondendo al principio di *ragionevolezza* in maniera ancora più pregnante. D’altronde, tanto la condotta di agevolazione al suicidio – a seguito della richiesta del malato di essere sottratto al decorso più lento, conseguente alla interruzione di presidi di sostegno vitale – quanto il percorso di eutanasia attiva – avviato in presenza di una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, per il malato assolutamente intollerabili – determinano la morte mediante un decorso causale creato *ex novo*.

³ Il **progetto di legge A.C. 1655**, come altri, prevede all’art. 1, comma 1, lett. g) “*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 locale competente, nel caso di struttura accreditata presso la quale sarà praticato il trattamento eutanasi*”.

rispetto della *dignità del paziente*, cui non dovrà provocare *sofferenze fisiche* (art. 1, comma 1, lett. g).

Le contrapposte esigenze indurrebbero a preferire la soluzione mediana, prediligendo una nozione più lata del ‘trattamento’, in modo da evitare la *reductio ad unum* delle possibilità a disposizione del personale medico o sanitario, che dovrà (e potrà) selezionare la tecnica più idonea all’obiettivo perseguito (in base al contesto in cui si troverà a intervenire).

3.2.

Per le ragioni sopra illustrate, la Corte sembra favorire la cosiddetta *alleanza terapeutica* tra paziente e medico innervando la regolamentazione del caso sulla disciplina della legge n. 219 del 2017, in modo da inscrivere anche la nuova opzione nel quadro della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico, valorizzata dall’art. 1 della legge medesima.

Fatta eccezione per l’**A.C. 2, di iniziativa popolare**, che risente di una elaborazione antecedente all’ordinanza della Corte costituzionale e della stessa legge n. 219 del 2017, **i testi di legge** soddisfano tale indicazione, limitando (di riflesso) l’ambito applicativo delle fattispecie di cui agli artt. 575 (*omicidio*), 579 (*omicidio del consenziente*), 580 (*istigazione o aiuto al suicidio*) e 593 (*omissione di soccorso*) del codice penale.

Stranamente, nonostante la collocazione extra-codicistica della nuova disciplina, essa rivolge i suoi effetti precipuamente alle fattispecie del codice penale che assumono rilievo in casi del genere, anziché prevedere in maniera *tranchant* la esenzione da responsabilità civile o penale, come previsto dalla legge ‘contenitore’ in caso di richiesta di non iniziare o sospendere un trattamento sanitario anche salvavita (art. 1, comma 6, legge 219 del 2017).

Al riguardo, sarebbe opportuno optare per la formula (di esenzione da responsabilità) più generica anche in termini di omogeneizzazione della nuova regolamentazione al contesto disciplinare di riferimento.

3.3.

Vista la collocazione topografica dell’intervento normativo, le proposte fanno riferimento esclusivamente al personale medico (in alcuni casi definito “*qualificato*”) e sanitario, cui non potranno essere applicate le disposizioni degli articoli summenzionati, al ricorrere delle condizioni indicate successivamente.

La scelta legislativa segue una logica stringente, scaturente dalla *ratio* giustificativa sottesa alla non punibilità di soggetti giuridicamente qualificati, sui quali grava l’adempimento di un dovere sinergicamente intrecciato al diritto del paziente. Tale scelta neutralizza implicitamente anche la rilevanza penale delle attività dei partecipi che arrechino un contributo (materiale) alla realizzazione del fatto principale, sul quale opera la causa (oggettiva) di esclusione dell’antigiuridicità, ai sensi dell’art. 119, comma 2, c.p.

Il problema di una indebita sterilizzazione delle condotte atte a incidere sul processo deliberativo del paziente non dovrebbe porsi, restando l’attività di determinazione o rafforzamento del proposito di suicidio sussumibili nello spettro applicativo dell’art. 580 c.p. Per tale ragione, laddove si scelga la strada di estendere espressamente la non punibilità (oltre al personale medico, sanitario e amministrativo che abbia partecipato al trattamento eutanasi) anche “*a coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo il paziente nell’accesso alle predette procedure*” (art. 7, **proposta di legge A.C. 1875**) sarebbe opportuno precisare la connotazione esclusivamente ‘materiale’ dell’apporto agevolativo che si intende estromettere dal cono della penale rilevanza.

4.

La **proposta di legge A.C. 1888** all'art. 1 prevede anche la *modifica dell'art. 580 del codice penale* con l'aggiunta di un ultimo comma a tenore del quale “*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*”. La previsione sembra introdurre una autonoma fattispecie di reato (immune alle aggravanti dell'art. 580 cpv. c.p.)⁴, la cui dosimetria sanzionatoria (diminuita) risponde alle condizioni patologiche del soggetto passivo e al conseguente stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza dello stesso sull'autore del reato, che concentra la sua focale applicativa nei confronti di colui che “convive stabilmente con il malato”.

Così formulata, la fattispecie rischia di replicare – seppure in forma attenuata – la *irragionevolezza* dell'art. 580 c.p. nella misura in cui non distingue tra le condotte di mera agevolazione e quelle alternative che presentano ricadute sul processo di formazione della volontà dell'aspirante suicida. Qualche perplessità è data anche dalla rilevanza assunta all'interno del precetto dalla figura del *convivente stabile*, nonché dalla assenza di criteri determinati che possano consentire un vaglio critico del suo stato di grave turbamento e, soprattutto, delle condizioni patologiche del malato (elementi che sbilanciano la struttura del tipo su profili di natura soggettiva, in grado di compromettere l'auspicabile conservazione di un *diritto penale del fatto*).

5.

La espansione dei diritti del malato fa sorgere un *nuovo* obbligo, un dovere cui i garanti del paziente (medici e personale paramedico) devono adempiere, salvo il rifiuto cosciente, rivelatore della natura *attiva* di una *condotta tipica giustificata* (giustificazione che sarebbe certamente incompatibile con una condotta omissiva caratterizzata dal rifiuto di un atto doveroso di astensione dalle cure).

Ecco perché la Corte collega la non punibilità al rispetto di una determinata procedura (c.d. scriminante procedurale), promuovendone la regolamentazione dei profili fondamentali:

- a) *modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l'aiuto;*
- b) *disciplina del relativo “processo medicalizzato”;*
- c) *eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale;*
- d) *possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura.*

Al riguardo, i progetti di legge sembrano convergere su soluzioni omogenee (ancora una volta, più o meno dettagliate) non immuni da criticità.

In ordine alle condizioni legittimanti la richiesta del paziente al trattamento eutanasi, i testi normativi ritengono sufficiente una “*patologia a prognosi infausta (...) tale da procurargli sofferenze evidenti, insostenibili e irreversibili?*” (art. 3, **proposta di legge A.C. 1875**), mentre risultano alternativamente strutturati su “*sofferenze fisiche o psichiche insopportabili e irreversibili, o (...) patologia caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta*” la **proposta di legge, A.C. 1586** (art. 1) e su “*malattia produttiva di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi*” la **A.C. 1655** e la **A.C. 2**, finendo in sostanza con il legittimare slabbramenti ermeneutici

⁴ Circostanze che, è bene ricordarlo, in caso di istigazione rivolta a minore degli anni quattordici (oppure del tutto incapace di intendere e di volere) implicano un rinvio *ad substantiam* all'omicidio (anche per quel che riguarda la forma di manifestazione del *tentativo*).

orientati a letture minimaliste che renderebbero plausibile l'attivazione del processo eutanasi in presenza di patologie croniche ma non letali (ovvero con prognosi infausta, senza che se ne indichi la durata).

Doveroso, quindi, un correttivo che renda i vincoli legittimanti il processo di eutanasia *oggettivi* (preferibile il concetto di “insostenibilità” a quelli di “insopportabilità” o “sofferenza grave”) e stabilizzati dal richiamo cumulativo alle condizioni indicate. Quanto precede anche nell'ottica di assecondare il modello (proposto dai giudici costituzionali e) riprodotto dai progetti di legge, che giustificano l'agevolazione al suicidio prestata dal personale medico e sanitario coinvolto nella procedura medicalizzata, che ne ha attestato e confermato la sussistenza delle (pre)condizioni.

I testi di legge pongono attenzione allo **stato psicologico del paziente**, che – oltre ad essere maggiorenne – non deve essere affetto da incapacità di intendere e di volere (neppure temporanea), offrendogli inoltre la possibilità di redigere un atto scritto con il quale chiede anticipatamente l'applicazione dell'eutanasia, nominando un *fiduciario* perché confermi la sua richiesta ricorrendone le condizioni

Sul punto, mi preme solo precisare che l'autonomia della persona che diventa incapace di intendere e di volere modifica la situazione scriminante; come autorevolmente sostenuto “chi muore è una persona diversa a cui viene negato il diritto di proseguire la terapia e la vita” sulla scorta di una decisione posticipata di un terzo. Ecco perché è indispensabile disciplinare in maniera rigorosa i limiti dell'autonomia della decisione anticipata.

6.

Laddove la scelta del legislatore si traduca effettivamente nel “*collegamento della non punibilità al rispetto di una determinata procedura*” risulta indispensabile prevedere una disciplina *ad hoc* per le vicende pregresse (come quella del giudizio *a quo*), che di tale (forma di) non punibilità non potrebbero altrimenti beneficiare.

7.

La Corte segnala l'opportunità di contenere il rischio di una prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua.

Il percorso di cure palliative viene infatti considerato un *pre-requisito* della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente.

Irrobustire tali percorsi diventa fondamentale soprattutto laddove si oltrepassi l'argine di un suicidio medicalmente assistito (prudentemente circoscritto dalla Corte a ben determinate ipotesi), aprendo a vere e proprie ipotesi di eutanasia attiva.

8.

Qualcuno li ha definiti “diritti infelici”, e lo sono, ma sono proprio questi diritti necessari a imporre la persona come *limite* al diritto penale (e a un'infelicità ancora maggiore). Si tratta evidentemente di *materiale da maneggiare con cura*, qui la inesistenza di un piano morale indiscutibilmente condiviso rende inadeguate decisioni a maggioranza, pretendendo uno sforzo trasversale che abbandoni logiche meramente *politiche* a favore di un approccio spiccatamente *umanistico*.