



Eutanasia e rifiuto dei trattamenti sanitari

A.C. 2

Dossier n° 90 - Schede di lettura
29 gennaio 2019

Informazioni sugli atti di riferimento

A.C.	2
Titolo:	Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia
Iniziativa:	Popolare
Numero di articoli:	4
Date:	
presentazione:	13 settembre 2013
assegnazione:	26 giugno 2018
Commissioni competenti:	II Giustizia, XII Affari sociali
Sede:	referente
Pareri previsti:	I Affari Costituzionali e V Bilancio e Tesoro

L'A.C. 2, di iniziativa popolare, in tema di rifiuto dei trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia, riproduce il contenuto di una proposta di legge (A.C. 1582), di iniziativa popolare, il cui esame, insieme a quello di diverse proposte abbinata, era iniziato presso le Commissioni riunite II e XII, nel corso della XVII legislatura, ma non era giunto a conclusione.

Tuttavia, con riguardo al tema del rifiuto dei trattamenti sanitari, sempre nella scorsa legislatura la XII Commissione affari sociali della Camera ha avviato l'iter, poi concluso al Senato, delle proposte di legge A.C. 1142 ed abb. recanti norme in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari, confluite nella legge n. 219/2017. Il contenuto del primo articolo della proposta di legge in esame corrisponde, in larga parte a quanto previsto dalla citata legge 219/2017 (*vedi infra*).

Con riguardo invece al tema dell'eutanasia - in relazione alla fattispecie dell'aiuto al suicidio di cui all'articolo 580 del codice penale - come è noto la Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 207 del 23 ottobre 2018 ha disposto il rinvio del giudizio di costituzionalità dell'art. 580 c.p. a data fissa (24 settembre 2019), per dare al legislatore la possibilità di intervenire con una apposita disciplina «che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela» (*vedi infra*).

La Corte, nella citata ordinanza 207 del 2018 conclude che quando «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», la Corte reputa «doveroso» consentire al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa, «in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale».

Contenuto della proposta di legge

A.C. 2, d'iniziativa popolare

La proposta di legge [A.C. 2](#) (d'iniziativa popolare) è composta da 4 articoli.

L'**articolo 1** attribuisce ad ogni cittadino la facoltà di rifiutare l'inizio o la prosecuzione di trattamenti sanitari, nonché ogni tipo di trattamento vitale o terapia nutrizionale. Il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente purché:

- provenga da un soggetto maggiorenne e che non si trovi, anche temporaneamente, in uno stato di incapacità di intendere e di volere;
- sia manifestata dall'interessato in modo inequivocabile, o, in caso di incapacità sopravvenuta, anche temporanea dello stesso, da persona nominata in precedenza, fiduciario per la manifestazione della volontà di cura, con atto scritto con sottoscrizione autenticata.

Va osservato che le disposizioni di cui all'articolo 1 sono già contenute - sia pure con qualche differenza di formulazione - nell'articolo 1, commi 5 e 6 della citata legge n.

L'**articolo 2** dispone che **il personale medico e sanitario che non rispetti la volontà manifestata** nei modi di cui all'articolo 1, è tenuto al **risarcimento del danno morale e materiale** conseguente, in aggiunta ad ogni altra conseguenza civile o penale ravvisabile nei fatti.

Andrebbe valutata l'eventualità di trasformare tali disposizioni in modifiche alla citata legge n.219 del 2017 che, come si è detto, all'articolo 1, commi 5 e 6, disciplina le condotte il cui mancato rispetto genera le conseguenze previste nell'articolo 2 della proposta di legge in esame.

L'**articolo 3** stabilisce che le disposizioni di cui agli articoli 575 (*Omicidio*), 579 (*Omicidio del consenziente*), 580 (*Istigazione aiuto al suicidio*) e 593 (*Omissione di soccorso*) del codice penale non si applicano al medico e al personale sanitario che hanno praticato trattamenti eutanasi, provocando la morte del paziente, purché ricorrano alcune condizioni, il cui rispetto deve essere attestato per iscritto dal medico e confermato dal responsabile della struttura sanitaria ove sarà praticato l'intervento:

Esclusione di punibilità: presupposti

- la richiesta, attuale ed accertata in modo inequivocabile, provenga dal paziente maggiorenne, che non si trovi, sia pure temporaneamente, in uno stato di incapacità di intendere e di volere;
- la richiesta sia motivata dal fatto che il paziente è affetto da una malattia portatrice di gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi;
- siano stati informati della richiesta anche i parenti entro il secondo grado ed il coniuge, messi nella possibilità di colloquiare con il paziente;
- il paziente sia stato congruamente ed adeguatamente informato delle sue condizioni e di tutte le possibili alternative terapeutiche e dei possibili sviluppi clinici e ne abbia discusso con il medico;
- il trattamento eutanasi rispetti la dignità del paziente e non provochi allo stesso sofferenze fisiche.

L'**articolo 4** attribuisce ad ogni soggetto la facoltà di **redigere un atto scritto**, con firma autenticata dall'ufficiale di anagrafe del comune di residenza, con il quale chiede l'applicazione dell'eutanasia nell'ipotesi in cui sia affetto da una malattia che comporta gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi, sia incapace di intendere e di volere ovvero di manifestare la propria volontà e con il quale nomina contemporaneamente un fiduciario ricorrendone le condizioni. Viene poi disposto che la richiesta di applicazione dell'eutanasia sia chiara e inequivoca, non sia sottoposta a condizioni e sia accompagnata da una dichiarazione con la quale il richiedente attesta di essersi documentato in ordine ai profili sanitari, etici ed umani. Anche la conferma della richiesta da parte del fiduciario deve essere chiara, inequivoca ed espressa per iscritto. In presenza delle indicate condizioni e del rispetto della dignità del paziente, al medico ed al personale sanitario che hanno attuato pratiche di eutanasia provocando la morte del paziente non si applicano le disposizioni degli articoli 575 (*Omicidio*), 579 (*Omicidio del consenziente*), 580 (*Istigazione e aiuto al suicidio*) e 593 (*Omissione di soccorso*) del codice penale.

Testamento biologico

Va osservato che la disposizione in commento non richiede quale requisito di validità dell'atto la maggiore età del soggetto che compila la richiesta di applicazione dell'eutanasia. Tale requisito è invece espressamente indicato agli articoli 1 e 3.

Quadro normativo

Il rilievo penale dell'eutanasia

Nel nostro ordinamento la vita è un bene non disponibile. L'indisponibilità risulta, a livello costituzionale, dall'**art. 2 Cost.** e, a livello di legge ordinaria - oltre che dall'**art. 5 del codice civile**, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo «quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume» - dalle **disposizioni penali** che puniscono l'omicidio del consenziente e l'istigazione o l'aiuto al suicidio (v. *ultra*), nonché, indirettamente, dall'art. 50, sull'efficacia scriminante del consenso della persona offesa, con esclusivo riferimento alla lesione dei beni disponibili. Il principio dell'indisponibilità della vita va considerato peraltro congiuntamente ai principi costituzionali di cui all'**articolo 13 Cost.** (inviolabilità

La vita come bene indisponibile

della libertà personale) e di cui all'**art. 32 Cost.** (secondo il quale "*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana*").

Con il termine **eutanasia** si indica convenzionalmente la **morte cagionata per motivi di pietà** nei confronti di una persona affetta da malattia probabilmente o certamente incurabile, allo scopo di sottrarla alle sofferenze inerenti al processo patologico terminale (Mantovani, *Eutanasia*, in Digesto pen., IV, Torino, 1990, 422). Peraltro, se una condotta consiste nel provocare la morte con un diretto intervento di un terzo acceleratore dell'evento, altra e diversa condotta è lasciare che la malattia si manifesti nei suoi effetti fino alla morte.

Nel nostro ordinamento, soltanto nel primo caso (*c.d. eutanasia attiva*) si è in presenza di una **condotta punibile** (ai sensi degli articoli 579 c.p., *Omicidio del consenziente* e 580 c.p., *Istigazione o aiuto al suicidio*) in quanto intrinsecamente omicidiaria.

Nel secondo caso (*c.d. eutanasia passiva*) in tanto la condotta è punibile in quanto sussista in capo al medico o all'assistente il malato un obbligo di cura, ovvero un obbligo di compiere azioni positive idonee a impedire o ritardare l'evento. E il fatto primario che condiziona l'obbligo di cura è il **consenso del paziente**, senza e contro il quale non è giuridicamente lecito l'intervento terapeutico. Se, dunque, il paziente rifiuta la cura, non sorge l'obbligo del medico o di qualsivoglia terzo di ritardare o impedire l'evento mortale e la vicenda che conduce alla morte non può definirsi eutanasia, non essendo provocata volontariamente la morte di alcuno. Ove, pertanto, consentendo alla propria morte, il paziente, maggiore di età e in condizioni di capacità di intendere e di volere, rifiuti determinati interventi terapeutici o le cure che potrebbero probabilmente impedire o ritardare la morte, la mancata azione curativa del medico o di qualsivoglia terzo **non integra una condotta illecita**. E proprio la difficoltà di poter esprimere una decisione del genere nella fase finale della malattia hanno favorito l'introduzione in vari Paesi dell'istituto delle **dichiarazioni anticipate di trattamento**, destinate a sopperire alla mancanza di una manifestazione attuale di volontà del paziente (v. *infra*).

Eutanasia attiva
e passiva

Come detto, **l'eutanasia attiva è attualmente punita nel nostro ordinamento attraverso gli artt. 579 e 580 del codice penale**, dei quali di seguito si riportano gli elementi principali.

L'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.)

«Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso:

1. contro una persona minore degli anni diciotto;
2. contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti;
3. contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno».

Art. 579 c.p.,
Omicidio del
consenziente

L'omicidio del consenziente è figura autonoma di delitto, introdotta per la prima volta nell'ordinamento italiano dal codice del 1930, in affermazione del principio di indisponibilità della vita. La pena prevista, assai più lieve rispetto all'omicidio doloso comune, esprime l'attenuata riprovevolezza dell'autore e la minore gravità del delitto, cui manca, a differenza che all'omicidio comune, la nota dell'ingiusta aggressione alla libertà altrui.

La relazione del Guardasigilli al Codice Rocco del 1930 menzionò espressamente il problema dell'eutanasia, sottolineando la posizione di equilibrio del legislatore, che «non ha voluto disciplinare una causa di esclusione del reato per il caso della cosiddetta eutanasia, ma ha riconosciuto, in una autonoma **ipotesi di reato con pena sensibilmente attenuata**, la indiscutibile influenza minoratrice del consenso dell'ucciso sulla gravità del delitto di omicidio, sotto il profilo dell'elemento psicologico». La disciplina del consenso è ricavabile in parte dai principi generali e dalla ratio della disciplina e in parte dall'art. 579, terzo comma, che statuisce il ritorno alla disciplina dell'omicidio comune, con l'applicabilità delle circostanze inerenti a tale delitto, tanto nei casi in cui sia viziata la genesi del consenso, quanto nei casi in cui lo stesso provenga da una persona che si ha motivo di ritenere non in grado di assumere la decisione in modo pienamente libero e responsabile (analogamente, se il consenso all'eutanasia non sia stato dato). Si tratta comunque di omicidio doloso e come tale punito con la pena della reclusione fino a 21 anni. Il consenso deve anzitutto essere espresso personalmente, con esclusione di qualsiasi sostituzione o delega, nonché in modo spontaneo e serio, senza alcuna pressione indebita da parte di terzi.

In **giurisprudenza**, le non molte pronunce ruotano intorno alla problematica del **consenso**, con

soluzioni spesso influenzate in modo determinante dalle situazioni di fatto prese in esame.

La giurisprudenza si è espressa in modo assolutamente chiaro sul principio circa la necessità di una prova univoca, chiara e convincente della volontà di morire manifestata dalla vittima (si veda C., Sez. I, 17.11.2010, n. 43954, che ha ritenuto configurabile l'omicidio volontario, e non l'omicidio del consenziente, nel caso manchi una prova di tal genere, dovendo in tal caso riconoscersi assoluta prevalenza al diritto alla vita, quale diritto personalissimo che non attribuisce a terzi il potere di disporre, anche in base alla propria percezione della qualità della vita, dell'integrità fisica altrui. La prova della volontà di morire non può essere tratta dalle generiche invocazioni della vittima affinché cessi la propria sofferenza ovvero dall'auspicio, dalla stessa espresso in precedenza, di adozioni di modelli eutanasi propri di altri paesi).

Il consenso deve essere «serio, esplicito e non equivoco», nonché «perdurante... sino al momento in cui il colpevole commette il fatto» (C., Sez. I, 6.5.2008, n. 32851; C., Sez. I, 13.11.1970, che sembra escludere l'apprezzabilità del consenso tacito e postulare l'attualità di esso; C., Sez. I, 27.6.1991, che ribadisce l'inaccettabilità di valutazioni presuntive da parte dell'autore, che sostituiscano il suo apprezzamento a quello della vittima).

In un caso molto controverso (**caso Welby**), il Gup del *Tribunale di Roma (23 luglio 2007)*, ha dichiarato il non luogo a procedere ex art. 51 del codice penale nei confronti del medico, imputato ai sensi dell'art. 579 c.p. per omicidio del consenziente (aveva - previa sedazione - interrotto la ventilazione meccanica che teneva in vita Piergiorgio Welby). Il giudice dell'udienza preliminare di Roma ha prosciolto il medico anestesista dall'accusa perché il fatto non costituisce reato dichiarando, in sostanza, che Welby aveva il diritto di chiedere l'interruzione della ventilazione meccanica e che il medico, assecondando la sua richiesta, ha diritto all'esimente dell'*adempimento di un dovere*. L'importanza della decisione consiste, in particolare, nel fatto che il paziente potrebbe, quindi, avvalersi del "diritto" di interrompere la cura, cui corrisponderebbe, nel medico, il dovere di farla cessare, tenendo comportamenti non solo omissivi, ma anche commissivi.

Altra sentenza di particolare rilievo in materia è quella relativa al **caso Eluana Englaro** (una giovane donna in stato vegetativo irreversibile, tenuta da anni artificialmente in vita) nel quale la *Corte di Cassazione, sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007* ha autorizzato la richiesta del padre, in quanto tutore della paziente, di interrompere la nutrizione e la ventilazione mediante sondino nasogastrico. La Corte di appello di Milano aveva negato al tutore l'autorizzazione, in quanto l'interruzione del trattamento avrebbe comportato una forma di eutanasia indiretta omissiva. Di parere diverso la Cassazione che – pur non ritenendo detto trattamento una forma di accanimento terapeutico – ha autorizzato la richiesta del tutore, ritenendo sussistenti due imprescindibili condizioni (entrambe rispettate nel caso Englaro):

- che il soggetto sia dichiarato in uno stato patologico di coma irreversibile, senza alcuna possibilità con i mezzi e le conoscenze medico-scientifici, universalmente riconosciuti, di migliorare e/o recuperare lo stato di coscienza e percezione, inteso in senso lato;
- che il paziente, in vita, abbia espresso la sua volontà in tal senso, o che la stessa sia desumibile in base alla cultura, religione, sue esperienze di vita e sue convinzioni sociali, psichiche e filosofiche.

L'istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.)

«Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, 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. Le pene sono aumentate se la persona istigata o eccitata o aiutata si trova in una delle condizioni indicate nei numeri 1 e 2 dell'articolo precedente. Nondimeno, se la persona suddetta è minore degli anni quattordici o comunque è priva della capacità d'intendere o di volere, si applicano le disposizioni relative all'omicidio».

Art. 580 c.p.,
Istigazione o
aiuto al suicidio

Sulla premessa che il suicidio, pur non punibile, è contrario al diritto, l'art. 580 tutela la vita sia contro i comportamenti che facciano insorgere un proposito suicidiario prima inesistente ovvero ne rafforzino uno già esistente, sia contro il semplice ausilio all'esecuzione, mercé un'attività, accessoria alla condotta dell'agente, strumentale alla realizzazione di un proposito suicidiario compiutamente deliberato.

Per la **giurisprudenza**, l'agevolazione può essere tanto attiva che omissiva e si realizza «fornendo i mezzi per il suicidio, offrendo istruzioni sull'uso degli stessi, rimuovendo ostacoli o difficoltà che si frappongono alla realizzazione del proposito o anche omettendo di intervenire, qualora si abbia l'obbligo di impedire la realizzazione dell'evento» (così *Cass., Sez. I, sentenza 6 febbraio 1998, n. 3147*). La condotta di agevolazione al suicidio altrui è contigua all'uccisione della persona consenziente, soprattutto nei casi di "aiuto a morire" praticati in situazioni terminali di vita. La giurisprudenza individua esattamente il discrimine tra le due fattispecie «nel modo in cui viene ad atteggiarsi la condotta e la volontà della vittima in rapporto alla condotta del soggetto agente. Si avrà omicidio del consenziente nel caso in cui colui che provoca la morte si sostituisca in pratica all'aspirante suicida, pur se con il consenso di questi, assumendone in proprio l'iniziativa, oltre che sul piano della causazione materiale, anche su quello della generica determinazione volitiva; mentre si avrà istigazione o agevolazione al suicidio tutte le volte in cui la

vittima abbia conservato il dominio della propria azione, nonostante la presenza di una condotta estranea di determinazione o di aiuto alla realizzazione del suo proposito, e lo abbia realizzato, anche materialmente, di mano propria» (Cass., sent. cit.). Successivamente, la giurisprudenza ha ritenuto che, ai fini della configurabilità del reato di cui all'art. 580 c. p., sotto il profilo del rafforzamento dell'altrui proposito suicida, occorre sia la dimostrazione dell'obiettivo contribuito all'azione altrui di suicidio, sia la prefigurazione dell'evento come dipendente dalla propria condotta. In applicazione di tale principio ha censurato la decisione con cui il giudice di merito ha affermato la responsabilità dell'imputato, in ordine al reato di cui all'art. 580 c.p., presumendo una speculare intelligenza del rapporto reciproco dell'autore del reato e del suicida in termini di azione-reazione così assorbendo la prova del dolo in quella della causalità (Cass. Sez. V, sentenza 28 aprile 2010, n. 22782).

Più recentemente, va segnalata in materia la vicenda relativa al procedimento penale a carico dell'ex parlamentare europeo radicale **Marco Cappato**, inquisito dalla Procura di Milano per **istigazione e aiuto al suicidio** di Fabiano Antoniani (in arte **DJ Fabo**), vicenda che ha avuto un seguito presso la Corte costituzionale. Fabiano Antoniani, a causa di un incidente stradale, era dal giugno 2014 affetto da tetraplegia e cecità bilaterale corticale e, pur perfettamente autonomo intellettualmente, era tracheotomizzato e soggetto ad idratazione per via enterale risultando del tutto dipendente da dispositivi medici per l'alimentazione e la respirazione. Anche a causa di contrazioni muscolari che gli provocavano dolori non lenibili per via farmacologica nonché per le inevitabili sofferenze psichiche, arrivò alla irremovibile determinazione, pubblicamente manifestata, di voler porre fine alla sua vita - che non riteneva più dignitosa - presso l'associazione Dignitas, in Svizzera. A tale scopo contattava Marco Cappato, il quale accettò di accompagnarlo prospettandogli la possibilità di riportarlo in Italia, ove avesse cambiato opinione. DJ Fabo pose fine alla sua vita il 27 febbraio 2017 azionando egli stesso (con la bocca) un pulsante che liberava l'iniezione del farmaco letale. Al rientro in Italia Cappato si autodenunciava a Milano avviando un iter processuale che ipotizzava il delitto di cui all'art. 580 c.p. (Istigazione e aiuto al suicidio) che, come accennato, prevede la pena della reclusione da 5 a 12 anni.

La **Corte d'Assise di Milano**, dopo aver escluso per Cappato l'ipotesi di istigazione, ha sospeso il procedimento penale facendo ricorso alla Consulta (**Ordinanza 14 febbraio 2018**) per valutare, in relazione agli [artt. 3, 13, comma 2°, 25, comma 2 e 27, comma 3, Cost.](#) (che individuano la ragionevolezza della sanzione penale in relazione dell'offensività della condotta accertata) la legittimità costituzionale dell'**aiuto al suicidio** di cui all'articolo 580 del codice penale. I rilievi alla norma hanno riguardato un duplice profilo: a) il campo di applicazione, in quanto l'art. 580 sanziona anche "le condotte di aiuto al suicidio che non abbiano contribuito a determinare o a rafforzare il proposito della vittima"; b) il fatto che si puniscano tali condotte con la medesima, severa pena riservata alla più grave fattispecie di istigazione al suicidio. Con l'ordinanza di rinvio alla Consulta, viene quindi chiesta una valutazione di costituzionalità di una norma che punisce l'agevolazione al suicidio *con meri atti materiali, senza influenza sulla volontà dell'altra persona*. Il giudice a quo ha, inoltre, ritenuto che l'art. 580 fosse in contrasto con i principi sanciti dagli articoli 2 e 13 della Costituzione, dai quali discenderebbe la libertà della persona di scegliere quando e come porre termine alla propria vita; conclusione avvalorata – secondo i giudici milanesi – anche dalla giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo. La **Corte costituzionale**, con l'**ordinanza n. 207 del 23 ottobre 2018** non ha condiviso totalmente le tesi della Corte milanese, osservando come in particolare il divieto di aiuto al suicidio, anche nell'odierno assetto costituzionale, ha una sua «*ragion d'essere*» soprattutto nei confronti delle persone vulnerabili, che potrebbero essere facilmente indotte a concludere prematuramente la loro vita, «*qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto*». Nonostante non sia, di per sé, contrario alla Costituzione il divieto sanzionato penalmente di aiuto al suicidio – si legge nell'ordinanza – non considera tuttavia, specifiche 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 non ha ritenuto, però, di poter porre rimedio a questo vulnus con una semplice cancellazione del reato di aiuto al suicidio di chi si trova in una situazione del genere. «*Una simile soluzione lascerebbe, infatti, del tutto priva di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale ai pazienti in tali condizioni, in un ambito ad altissima sensibilità etico-sociale e rispetto al quale vanno con fermezza preclusi tutti i possibili abusi*». Una regolazione della materia volta ad evitare abusi nei confronti di persone vulnerabili implica una serie di scelte discrezionali e quindi l'intervento del legislatore. In presenza di una pluralità di scelte discrezionali, finora la Corte aveva dichiarato l'inammissibilità della questione sollevata, con un monito al legislatore affinché approvasse la disciplina necessaria. Se il monito rimaneva senza riscontro, seguiva, di norma, una pronuncia di illegittimità costituzionale. Ora, però, la Consulta osserva che questa tecnica decisoria ha «*l'effetto di lasciare in vita – e dunque esposta a ulteriori applicazioni, per un periodo di tempo non preventivabile – la normativa non conforme a Costituzione*». E «*un simile effetto – si legge ancora nell'ordinanza – non può considerarsi consentito nel caso in esame, per le sue peculiari caratteristiche e per la rilevanza dei valori da esso coinvolti*». Di qui il **rinvio del giudizio di costituzionalità dell'art. 580 c.p. a data fissa (24 settembre 2019)**, per dare al legislatore la possibilità di intervenire con una apposita disciplina «che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela». Questa la conclusione dell'ordinanza: quando «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», **la Corte reputa «doveroso» consentire al Parlamento ogni opportuna**

riflessione e iniziativa, «in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale». Ciò al fine di «evitare, per un verso, che, nei termini innanzi illustrati, 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».

La legge n. 219 del 2017: consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento

Nel nostro Paese, da diversi anni, è in atto un dibattito dottrinario il cui elemento fondante è il riconoscimento dell'autodeterminazione del paziente nella consapevole adesione ai trattamenti medici a lui proposti dal personale medico e sanitario.

L'evoluzione dottrina e giurisprudenziale ha infatti riconosciuto che **il diritto alla salute contempla una generale libertà di autodeterminazione nelle scelte terapeutiche**, attribuendo al singolo il diritto ad una piena conoscenza dei trattamenti sanitari, al fine di poter scegliere consapevolmente quale cura adottare o addirittura se ricorrere o meno ad una cura. E' da tempo, infatti, che si riconosce l'esistenza di un **principio consensualistico nei trattamenti sanitari**. La stessa Corte costituzionale (cfr. [sentenza n. 438/2008](#)), ha statuito che *"il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente, che «la libertà personale è inviolabile», e che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».*

Connessa al tema del consenso è quello dell'ammissibilità del "testamento biologico" - o, in senso più ampio di una dichiarazione anticipata di trattamento - con cui si fa riferimento all'**espressione di volontà, mediante un documento scritto**, da parte di un soggetto, fornita in condizioni di lucidità mentale, con il quale vengono dettate **indicazioni anticipate di trattamento circa le terapie che intende o non intende seguire** nell'eventualità in cui dovesse trovarsi nella condizione di incapacità ad esercitare il proprio diritto ad acconsentire o meno alle cure proposte per malattie o lesioni traumatiche cerebrali irreversibili o invalidanti, malattie che costringano a trattamenti permanenti con macchine o sistemi artificiali che impediscano una normale vita di relazione.

Recentemente, la Corte costituzionale, con la [sentenza 262/2016](#) (riferita alle leggi n. 4 e n. 16 del 2015 della Regione Friuli Venezia Giulia in materia di DAT e donazioni organi e tessuti) ha sottolineato che la normativa in tema di disposizioni di volontà relative ai trattamenti sanitari nella fase terminale della vita, al pari di quella che regola la donazione di organi e tessuti, necessita di uniformità di trattamento sul territorio nazionale, per ragioni imperative di eguaglianza (qui [maggiori informazioni](#) sulla sentenza della Consulta).

La [legge 219/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento](#) (qui [l'iter parlamentare](#)) ha disciplinato le modalità di espressione e di revoca del consenso informato, la legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo, l'ambito e le condizioni, e ha regolamentato le disposizioni anticipate di trattamento (DAT), con le quali il dichiarante enuncia, in linea di massima, i propri orientamenti sul "fine vita" nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere. La legge affronta anche il tema della terapia del dolore, del divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e della dignità nella fase finale della vita.

La redazione delle DAT può avvenire in diverse forme: atto pubblico; scrittura privata autenticata; scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del proprio Comune di residenza, che provvede all'annotazione in un apposito registro, ove istituito. Le DAT potranno inoltre essere consegnate personalmente presso le strutture sanitarie, nel caso in cui le Regioni che adottano modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Ssn abbiano, con proprio atto, regolamentato la raccolta di copia delle DAT, compresa l'indicazione del fiduciario, e il loro inserimento nella Banca dati.

Il provvedimento è entrato in vigore il 31 gennaio 2018, ma non è stato ancora completamente attuato, in quanto non è ancora operativa la banca dati, presso il Ministero della salute, destinata alla registrazione delle DAT. Per l'attuazione della banca dati, la legge di bilancio 2018 aveva autorizzato, per il 2018, la spesa di 2 milioni di euro, demandando ad un decreto, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore della stessa legge di bilancio 2018, le modalità di registrazione delle DAT. Il decreto non è stato ancora emanato in quanto il Ministero della salute ha preventivamente richiesto un parere al Consiglio di Stato, che si è espresso sulla materia il 31 luglio 2018.

In ultimo, la legge di bilancio 2019 (art. 1, comma 573, della legge 145/2018) ha autorizzato, a decorrere dal 2019, la spesa di 400 mila euro annui per l'istituzione presso il Ministero della salute di una banca dati destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento sanitario (DAT).

Per un esame più approfondito del contenuto della legge si veda il [tema di approfondimento](#)

La giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo

(a cura dell'Avvocatura)

L'ordinamento del Consiglio d'Europa e la giurisprudenza della Corte europea dei diritti dell'uomo si sono cimentate più di una volta con il tema del *fine vita*.

Il primo e più noto caso è *Pretty c. Regno Unito* del 2002.

Diane Pretty era affetta da una grave malattia degenerativa e voleva essere aiutata dal marito a morire, onde ottenere la fine delle sue pene.

Il suicidio ha cessato di essere un reato in Inghilterra e nel Galles con l'entrata in vigore della legge del 1961 sul suicidio. L'articolo 2 § 1 di quest'ultima, tuttavia, punisce chiunque "facilita, incoraggia, raccomanda o organizza il suicidio o un tentativo di suicidio di un terzo". Adita quindi l'autorità giudiziaria per ottenere l'immunità giudiziale dalle eventuali conseguenze penali a carico del marito, i coniugi si videro rigettate le istanze in tutti i gradi di giudizio.

Innanzi alla Corte EDU essi sostennero che il diritto alla vita, di cui all'articolo 2 della Convenzione, dovesse essere inteso anche come diritto a una vita dignitosa e alle decisioni attinenti a essa, tra le quali anche quella di continuare o cessare di vivere. Pertanto, secondo i ricorrenti, le disposizioni dell'ordinamento britannico nonché il rifiuto opposto dalle autorità di concedere l'immunità giudiziale dovevano ritenersi lesive di quel diritto, nonché del diritto alla vita privata e familiare, di cui all'articolo 8.

La Corte EDU respinse tali argomenti, ritenendo, da un lato, che il diritto alla vita non possa ricomprendere il diritto al suicidio; dall'altro, che l'articolo 8 – pur concedendo un ampio spazio individuale alle decisioni sulla propria vita e sulla propria salute – non sia violato nei casi in cui gli Stati sottoscrittori prevedano la sanzione penale per l'assistenza al suicidio.

Successivamente, la Corte si è pronunciata nel caso *Haas c. Svizzera* del 2011.

Ernst Haas era affetto da una grave sindrome depressiva e aveva tentato due volte il suicidio. Nel 2005, aveva iniziato la ricerca di un medico che gli prescrivesse barbiturici con cui iniziare un percorso di suicidio assistito. Tutti i medici interpellati glieli rifiutarono. Adite le vie amministrative e giudiziarie per ottenere la somministrazione dei farmaci, si vide respingere tutte le istanze.

La Corte europea dei diritti dell'uomo ha ribadito i principi della sentenza *Pretty* in ordine all'articolo 8 della Convenzione sul diritto alle proprie decisioni personali sulla salute e sulla vita, affermando che non costituisce violazione di tale disposizione l'aver subordinato il rilascio del farmaco potenzialmente letale ad una prescrizione medica sottoscritta solo dopo una perizia psichiatrica completa e approfondita, necessaria per verificare che la decisione di porre fine alla propria vita sia frutto di una scelta libera e consapevole.

Più di recente, si sono avuti altri casi, il principale dei quali è *Lambert c. Francia* del 2015, su cui si è pronunciata la *Grande Chambre*.

Vincent Lambert ebbe un grave incidente stradale, a seguito del quale era entrato in uno stato vegetativo permanente. Il medico curante – anche sulla base della legislazione francese (la cosiddetta legge Leonetti del 2005) che consente la possibilità di interrompere le cure se queste si traducano in una "ostinazione irragionevole" – aveva interpellato circa una dozzina di congiunti del Lambert e, dalla maggioranza di questi, aveva ottenuto sia l'informazione che un accanimento terapeutico sarebbe stato contrario alle volontà del paziente, sia il consenso di costoro all'interruzione delle cure.

Alcuni parenti avevano fatto ricorso alla prima istanza giurisdizionale amministrativa francese per ottenere l'ingiunzione al medico di proseguire le cure. Mentre in primo grado era stato accolto il ricorso di tali parenti, il *Conseil d'État*, viceversa e su ricorso della moglie, aveva dato ragione al medico, aprendogli la possibilità di interrompere le cure.

I parenti hanno quindi adito la Corte EDU lamentando la mancanza di precisione e di chiarezza della legislazione francese, in quanto essa non specificerebbe la nozione di "ostinazione irragionevole" e di "cure" che potrebbero essere interrotte.

La Corte europea dei diritti dell'uomo, considerato che non esiste consenso tra gli Stati membri del Consiglio d'Europa a favore dell'interruzione del trattamento salva-vita e che in tema di fine vita gli Stati devono poter godere di un margine di discrezionalità, ha ritenuto che non vi è stata violazione dell'articolo 2 in quanto sia l'assetto normativo sia le procedure seguite dal medico e dalla struttura sanitaria nel caso specifico non sono irragionevoli e in contrasto con il diritto alla vita.

Relazioni allegare o richieste

Si tratta di una proposta di legge di iniziativa popolare, corredata, pertanto, della sola relazione illustrativa.



Necessità dell'intervento con legge

La proposta di legge in esame disciplina il tema dell'eutanasia praticata da un medico nei confronti di un paziente in presenza di determinate condizioni, prevedendo anche cause di non punibilità del personale medico e sanitario. Si rende necessario, pertanto, il ricorso allo strumento legislativo.

Rispetto delle competenze legislative costituzionalmente definite

I temi trattati dal provvedimento in esame investono diversi ambiti di competenza. Per la parte relativa all'eutanasia praticata dal personale medico e sanitario in presenza di certe condizioni e alla non punibilità dello stesso viene in rilievo la materia "ordinamento civile e penale", di cui all'articolo 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione, oggetto di competenza legislativa esclusiva statale.

La parte riguardante la disciplina del consenso informato e delle dichiarazioni anticipate di trattamento investe invece sia la materia "tutela della salute", oggetto di competenza legislativa concorrente ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, sia la materia "ordinamento civile", riconducibile alla potestà legislativa esclusiva dello Stato, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione

gi0050	Servizio Studi Dipartimento Giustizia	st_giustizia@camera.it - 066760-9148	 CD_giustizia
	Servizio Studi Dipartimento Affari Sociali	st_affarisociali@camera.it - 066760-3266	 CD_sociale