



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

## **Università degli Studi di Padova**

Dipartimento di Studi Linguistici e Letterari

Corso di Laurea Triennale Interclasse in  
Lingue, Letterature e Mediazione culturale (LTLLM)  
Classe LT-12

Tesina di Laurea

# *Eutanasia: ordinamenti italiano e spagnolo a confronto*

Relatore  
Prof.ssa Maddalena Cinque

Laureanda  
Marta Valler  
n° matr. 2039665 / LTLLM

Anno Accademico 2023 / 2024

## INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>1. PROSPETTIVA DELL’EUTANASIA NEL CONTESTO EUROPEO.....</b>	<b>7</b>
1.1 ORIGINI DEL TERMINE: DA SVETONIO AL LESSICO DEL XXI SECOLO.....	7
1.2 EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO.....	8
1.3 UNO SGUARDO ALL’EUROPA.....	9
1.4 IL “TURISMO DELLA MORTE”: LA SITUAZIONE IN SVIZZERA.....	10
<b>2. IL FINE VITA IN ITALIA.....</b>	<b>13</b>
2.1 LA COSTITUZIONE E LA LEGGE N. 219/2017.....	13
2.2 PIERGIORGIO WELBY E L’ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI.....	16
2.3 DJ FABO E IL CASO CAPPATO.....	20
2.4 SENTENZE SIGNIFICATIVE E PROPOSTE DI LEGGE PIÙ RECENTI.....	27
<b>3. EL TEMA DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA.....</b>	<b>34</b>
3.1 INTRODUCCIÓN A LA MUERTE ASISTIDA.....	34
3.2 LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN A LA EUTANASIA.....	37
3.3 ANTES DE LA LEY 3/2021.....	42
<b>CONCLUSIONI.....</b>	<b>48</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA.....</b>	<b>50</b>

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni, il delicato tema dell'eutanasia ha suscitato un ampio dibattito sociale, etico e legale a livello globale, ponendo complessi interrogativi sia sulla dignità della vita che sul diritto all'autodeterminazione. Diversi Paesi europei si stanno avvicinando alla tematica in modo diverso, riflettendo i differenti valori culturali e religiosi, oltre che giuridici, propri di ciascuno Stato.

Alla base della presente tesi vi è l'esplorazione e l'analisi del fenomeno dell'eutanasia all'interno del contesto europeo, con una breve panoramica sui vari Paesi. Uno sguardo particolare sarà dato a Paesi Bassi, Belgio, primi Paesi ad aver legalizzato sia l'eutanasia che il suicidio assistito, nel caso belga consentiti anche su minore, e Svizzera, uno dei Paesi più avanzati al mondo in materia di eutanasia. Quest'ultima, infatti, grazie ad una norma che legittima l'assistenza al suicidio, è la meta più preferita da coloro che vogliono mettere fine alla propria vita ma che, per motivi legali, non possono farlo nel loro Paese.

Nel seguente elaborato si pone, in particolar modo, l'attenzione sul confronto tra la situazione in Italia e quella in Spagna, nazioni in cui il dibattito sul tema ha assunto evoluzioni e sviluppi molto diversi. L'Italia, maggiormente tradizionalista e conservatrice, oltre che con profonde e solide radici cattoliche, ha visto crescente interesse e attenzione verso la regolamentazione della sofferenza terminale. Tuttavia la legislazione italiana, specialmente in materia di eutanasia, è ancora caratterizzata da indeterminatezza, ambiguità e limitazioni, spesso cause o alla base di dispute etiche pubbliche e politiche. Al contrario, la Spagna, negli ultimi anni, ha compiuto passi decisamente importanti verso la legalizzazione dell'eutanasia, con una legge apposita entrata in vigore nel 2021, la quale ha rappresentato una svolta storica significativa nel panorama europeo.

L'obiettivo principale di questa ricerca è quello di fornire una visione critica e dettagliata sull'eutanasia in Europa, dandone dapprima una definizione e veduta generale, e mettendo poi in luce le differenti situazioni in Italia e in Spagna, allo scopo di stimolare e contribuire ad una riflessione profonda su un tema delicato e al tempo stesso di fondamentale importanza come quello dell'eutanasia, che riguarda le fondamenta e la natura più intima di ogni essere umano.

Attraverso un'attenta analisi comparativa, lo studio si propone di esaminare i vari contesti giuridici e socio-culturali dell'eutanasia, considerando le principali normative nazionali ed internazionali, oltre alle specifiche sentenze e leggi che hanno contribuito e contribuiscono tutt'ora a determinarne lo sviluppo.

La trattazione si sviluppa a partire dal primo capitolo con una definizione del tema, spiegando l'etimologia del termine e le diverse tipologie di eutanasia, evidenziando anche le sostanziali differenze con il suicidio assistito, che spesso viene reputato erroneamente come sinonimo. Si parlerà, dunque, in primo luogo della distinzione tra *eutanasia attiva diretta*, in cui è un medico o un terzo colui che, intenzionalmente, somministra al paziente un'iniezione che conduce alla morte, ed *eutanasia passiva*, che consiste nel rinunciare ad avviare o nel sospendere terapie di sostentamento vitale, come ad esempio potrebbe essere un respiratore ad ossigeno. La prima tipologia, ovvero l'eutanasia attiva, può essere anche indiretta, quando prevede l'impiego di mezzi per alleviare le sofferenze di un individuo con l'effetto conseguente di una possibile abbreviazione della vita, basti pensare, ad esempio, all'utilizzo della morfina in un malato terminale.

Di fondamentale importanza è distinguere l'eutanasia dal suicidio assistito. Mentre l'eutanasia è, per definizione, “l'atto di procurare intenzionalmente e in modo indolore la morte di una persona cosciente e in grado di capire le conseguenze delle proprie azioni e che ne fa esplicita richiesta<sup>1</sup>”, il suicidio assistito consiste nel porre fine alla propria esistenza consapevolmente mediante l'auto somministrazione di dosi letali di determinati farmaci, con l'assistenza di un medico o di un'ulteriore figura che rende disponibili le sostanze necessarie. Quest'ultimo, solitamente, avviene in luoghi protetti, in cui soggetti terzi si impegnano ad assistere la persona per tutti gli aspetti correlati all'evento morte.

Seguirà un'analisi di come la concezione di eutanasia e suicidio assistito cambia nei diversi Paesi europei: all'anno corrente, sono tredici i paesi dell'Unione Europea che hanno legalizzato forme di assistenza alla morte, ognuno di essi con normative specifiche e requisiti diversi. I primi ad aver reso possibile interrompere la propria vita sono stati i Paesi Bassi, considerati antesignani in seguito, oltre all'emanazione nel 2002 di una legge che legalizza eutanasia diretta e suicidio assistito, anche all'approvazione,

---

<sup>1</sup> Associazione Luca Coscioni, “*Eutanasia*”, in [www.associazionelucacoscioni.it](http://www.associazionelucacoscioni.it)

pochi anni dopo, del protocollo di Groningen<sup>2</sup>, che stabilisce i criteri da rispettare per effettuare l'eutanasia infantile. Il Belgio è stato il primo Paese a seguire l'esempio dell'Olanda, legalizzando l'eutanasia solamente un anno dopo ed estendendola ai minori nel 2015<sup>3</sup>.

Una volta chiariti tali aspetti preliminari, il secondo capitolo avrà il *focus* sulla situazione attuale e sulla normativa che disciplina il fine vita in Italia.

Nel dettaglio sarà esaminato il percorso legislativo italiano dell'eutanasia, partendo dal principale riferimento normativo nazionale in materia, dato dalla L. 219/2017, che tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione. Oggetto attento di studio saranno poi i due casi italiani più emblematici in materia: prima quello di Piergiorgio Welby, attivista e co-presidente dell'Associazione Coscioni, nonché il primo ad aver posto il tema dell'autodeterminazione e della scelta sul fine vita, e in seguito l'episodio risalente al 2017 di Fabiano Antoniani, meglio conosciuto come DJ Fabo, con il conseguente caso Cappato, ex eurodeputato imputato di istigazione al suicidio per aver aiutato il dj a raggiungere la Svizzera, dove aveva ottenuto il suicidio assistito.

Mentre tanto l'istigazione al suicidio quanto l'eutanasia in senso stretto rappresentano in Italia delle condotte punite penalmente, ben diversa è la situazione odierna nel Paese iberico, intorno a cui verterà il terzo e ultimo capitolo: con la *Ley Orgánica de regulación de la eutanasia*, approvata nel 2021, viene regolamentata e legalizzata sia l'eutanasia attiva che il suicidio medicalmente assistito.

Desiderare e conseguire l'ausilio necessario a morire diventa così un vero e proprio diritto, interamente garantito dal sistema sanitario nazionale; ciò nasce dall'esigenza di assicurare “una risposta giuridica, sistematica, equilibrata e garantista a una domanda, qual è l'eutanasia, sollecitata dall'attuale società” (Punto I del *Preámbulo* della *Ley orgánica*). Le fondamenta su cui poggia la recente decisione, e la conseguenziale modifica dell'articolo del codice penale che punisce la condotta dell'eutanasia attiva, sono costituite dall'art. 15 della Costituzione Spagnola, il quale tutela il diritto alla vita e all'integrità fisica e morale.

---

<sup>2</sup> Verhagen E., Sauer P.J.J., “*The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely Ill Newborns*”, *New England Journal of Medicine*, 2005, VOL.352 NO.10

<sup>3</sup> Pulice E., “*Belgio - Cour constitutionnelle - sent. 153/2015: decisione della Corte costituzionale sulla legge che estende l'eutanasia ai minori*”, 2015, in *Biolaw-pedia*, in <https://www.biodiritto.org>

Prima della sua legalizzazione nel 2021, diverse persone hanno combattuto per il diritto all'eutanasia: i casi più eclatanti su cui si soffermerà il mio studio sono quelli di María José Carrasco, affetta da sclerosi multipla, e di Ramòn Sampedro, scrittore spagnolo che, a causa di un incidente, è rimasto tetraplegico e ha concluso la sua vita avvelenandosi con del cianuro di potassio, dopo una lunga campagna volta a porre attenzione al suo caso.

Il confronto tra la vigente disciplina italiana e la legge spagnola è la dimostrazione del fatto che nel nostro Paese, in termini di regolamentazione del fenomeno, sarebbe possibile fare molto di più; rappresenta, inoltre, un'ennesima avvisaglia, più o meno indiretta, indirizzata al soggetto istituzionale competente alla disciplina della materia, ovvero il Parlamento.

Per l'approfondimento dei citati argomenti, la tesi si avvale dei principali materiali di carattere normativo e giurisprudenziale quali leggi, convenzioni, sentenze, progetti di riforme in materia riferiti a Italia e Spagna, ma relativi anche al più ampio contesto europeo. In aggiunta a ciò, sono inseriti anche diversi spunti di tipo medico, bioetico ma anche di bio-diritto e di attualità, rinvenuti specialmente da riviste, libri e siti appositi attentamente selezionati. Inoltre, al fine di dar conto delle più recenti modifiche e aggiornamenti, si è fatto riferimento a quotidiani e fonti giornalistiche.

Le principali motivazioni per cui il tema scelto è quello dell'eutanasia sono i meri interesse e curiosità personali, scaturiti dall'annuncio della richiesta di Referendum, risalente al 21 aprile 2021, volto all'abrogazione parziale della norma penale che impedisce l'introduzione dell'eutanasia legale in Italia. Da qui l'esigenza e il desiderio di approfondire una tematica tanto delicata quanto significativa, le cui fondamenta sono la tutela dei diritti alla vita e all'autodeterminazione, inviolabili e di cui ogni individuo dovrebbe disporre liberamente.

L'intento finale è quello di offrire al lettore una visione quanto più ampia, completa e dettagliata possibile del tema, al giorno d'oggi sempre più attuale e dibattuto, tenendo conto della sua importanza, pesantezza e al contempo fragilità, oltre alla sua continua evoluzione e mutevolezza.

## CAPITOLO 1: PROSPETTIVA DELL’EUTANASIA NEL CONTESTO EUROPEO

Lo scopo principale del capitolo iniziale è quello di dare una definizione introduttiva del tema, partendo dalle origini e sfaccettature del termine “eutanasia” e fornendo poi un quadro generale della situazione riguardante l’argomento nei vari paesi europei. Nello specifico, saranno il *focus* di questo primo capitolo Paesi Bassi, Lussemburgo e Belgio, i quali possono essere ritenuti gli antesignani della dolce morte, e Svizzera, Paese in cui il turismo della morte è in crescita e in cui il suicidio assistito, consentito anche alle persone provenienti dall’estero, è considerato un’opzione lecita.

### 1.1 Origini del termine: da Svetonio al Lessico del XXI secolo

Prima di tutto, è bene definire il significato del termine “eutanasia”: dal greco *eu*, cioè bene, e *thanatos*, cioè morte, significa letteralmente “dolce morte”; usato per la prima volta dallo scrittore latino Svetonio e più volte ripreso nel pensiero filosofico antico, indicava originariamente una morte naturale e non preceduta da dolore o sofferenza, accettata serenamente come compimento della vita<sup>4</sup>. Solo recentemente, nel lessico del XXI secolo, l’accezione del termine cambia: l’eutanasia non è più intesa come morte naturale, ma al contrario viene definita come “morte non dolorosa, procurata o facilitata mediante l’uso dei farmaci atti ad alleviare le sofferenze di un malato in agonia, oppure mediante la sospensione del trattamento terapeutico [...] attuata dal medico dietro richiesta del paziente”<sup>5</sup>.

Sono compresi nel termine determinati interventi medici che prevedono la somministrazione diretta di un farmaco letale a pazienti che ne possono fare richiesta se in possesso di requisiti specifici e imprescindibili, quali per esempio l’irreversibilità di una patologia e la capacità di intendere e di volere.<sup>6</sup>

---

<sup>4</sup> Neri D., *Eutanasia, enciclopedia Treccani*. [https://www.treccani.it/enciclopedia/eutanasia\\_res-828e7c3f-98f9-11e1-9b2f-d5ce3506d72e\\_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/eutanasia_res-828e7c3f-98f9-11e1-9b2f-d5ce3506d72e_(Dizionario-di-Medicina)/)

<sup>5</sup> Eutanasia in *enciclopedia Treccani*, Istituto della Enciclopedia Italiana, 2007, [https://www.treccani.it/enciclopedia/eutanasia\\_\(Lessico-del-XXI-Secolo\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/eutanasia_(Lessico-del-XXI-Secolo)/)

<sup>6</sup> Coscioni L., “*Eutanasia in Italia: cos’è e come è vista in Parlamento*”, 2024, in [www.associazionelucacoscioni.it](http://www.associazionelucacoscioni.it)

## 1.2 Eutanasia e suicidio assistito

Di fondamentale importanza è analizzare l'argomento in tutte le sue sfaccettature: l'eutanasia, infatti, si presenta sotto diverse forme, che è necessario, al fine di fornire un quadro completo del tema, saper riconoscere. La prima differenziazione riguarda l'*eutanasia attiva diretta* e l'*eutanasia attiva indiretta*<sup>7</sup>: la prima tipologia prevede la somministrazione intenzionale da parte di un medico o un soggetto terzo al paziente di un'iniezione che causa immediatamente la morte; la seconda, invece, comporta l'uso di particolari mezzi, come ad esempio potrebbe essere la morfina, i quali permettono di mitigare le sofferenze con l'effetto secondario di abbreviare notevolmente la vita.

Oltre ad essere attiva, l'*eutanasia* può essere anche *passiva*: è il caso di un paziente che rinuncia ad avviare o decide di sospendere volontariamente i trattamenti di sostegno vitali, definiti non tanto come l'uso di un singolo apparecchio o presidio o farmaco, quanto piuttosto "l'insieme integrato di trattamenti sanitari medico-infermieristici che mantengono in vita pazienti cronicamente critici"<sup>8</sup>, quali defibrillatori automatici, *pacemaker*, ventilatori, ma anche la semplice ossigenoterapia o dispositivi esterni per l'erogazione di farmaci.

Il termine "eutanasia", come è possibile osservare, ha molti significati diversi; tuttavia è da intendere principalmente come l'azione di un medico o di un terzo soggetto che somministra farmaci a un individuo consapevole e informato su sua richiesta, con l'intenzione di causare la sua morte immediata. Obiettivo primo è, dunque, quello di anticipare la morte su richiesta per alleviare la sofferenza di un paziente affetto da gravi patologie inguaribili che provocano sofferenza.

Non è da confondere con il suicidio assistito, che si distingue dalla prima fattispecie soprattutto perché, in questo caso, chi compie l'atto ultimo che determina la morte è direttamente l'individuo interessato nel porre fine alla propria vita. Ciò è reso possibile dalla fondamentale collaborazione e assistenza, da cui l'aggettivo "assistito", di un

---

<sup>7</sup> Schöll M., Ufficio federale di giustizia della Confederazione Svizzera, 2023, "*Le diverse forme di eutanasia e il suo disciplinamento giuridico*".

<sup>8</sup> Mazzon D., "*Sul fine vita va chiarito il concetto di trattamenti di sostegno vitali*", 2023, in [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it)

soggetto esterno, solitamente medico, infermiere o farmacista, all'interno di apposite strutture di cura.<sup>9</sup>

### 1.3 Uno sguardo all'Europa

Ora è possibile concentrarsi sull'evoluzione dell'eutanasia nei vari ordinamenti giuridici europei. Ad oggi sono tredici i Paesi dell'Unione Europea che hanno legalizzato forme di assistenza alla morte e che, consentendo l'eutanasia e/o il suicidio assistito, hanno attuato una spaccatura nel solido muro dell'indisponibilità della vita umana.<sup>10</sup>

La posizione più avanzata è occupata dalla Spagna e dalla Germania: esse riconoscono sia nell'eutanasia che nel suicidio assistito un vero e proprio diritto dell'individuo, garantendo al paziente la naturale importanza che merita. Ciò non accade in altri Paesi meno all'avanguardia, come per esempio in Italia o in Austria, le quali considerano il solo suicidio assistito una condotta legittima in determinate e rigorose circostanze e vietano fermamente, invece, l'eutanasia in senso stretto<sup>11</sup>.

Paesi Bassi, Belgio e Lussemburgo sono state le prime nazioni ad aver legalizzato, rispettivamente nel 2001, nel 2002 e nel 2009, sia l'eutanasia che il suicidio assistito. La questione eutanasi in Olanda è andata evolvendosi con il tempo: inizialmente prevista solo per pazienti terminali o con gravi disabilità, estesa in un secondo momento anche a persone affette da sofferenza psicologica e psichica, per arrivare poi anche, con l'approvazione del protocollo di Groningen<sup>12</sup> da parte di Eduard Verhagen, direttore di una clinica pediatrica, ai più giovani: con l'eutanasia infantile anche i ragazzi tra i sedici e i diciotto anni, gli adolescenti, i bambini e neonati da zero a dodici anni, rappresentati dai genitori, con malattie incurabili e dolore intenso possono richiedere la morte<sup>13</sup>. Questo rappresenta un notevole passo avanti nell'evoluzione europea dell'eutanasia,

---

<sup>9</sup> Canestrari S., Casonato C., Da Re A., D'Avack L., Palazzani L.; Comitato Nazionale per la Bioetica (2019). "Parere sul suicidio medicalmente assistito.", 2019, pp.9-10

<sup>10</sup> D'Andrea R., "Alcune osservazioni sullo stato di avanzamento degli ordinamenti giuridici europei che prevedono l'eutanasia e/o il suicidio assistito", in BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto, n.4/2022, pp. 302 - 309

<sup>11</sup> Ibidem.

<sup>12</sup> Verhagen E., Sauer P., "The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely Ill Newborns", New England Journal of Medicine, 2005, VOL.352 NO.10

<sup>13</sup> Redazione - Ability Channel, "Eutanasia infantile e Protocollo di Groningen, decidere per chi non può farlo", 2017 in <https://www.abilitychannel.tv>

poiché nel resto del mondo la pratica dell'eutanasia infantile è considerata illegale, in quanto dal punto di vista legale viene trattata alla stregua del reato di infanticidio<sup>14</sup>.

Anche nel caso belga la legge estende dal 2014 la possibilità di praticare l'eutanasia ai minori di età, con l'accordo di entrambi i genitori, in presenza di determinate condizioni: essi devono essere coscienti e dimostrare capacità di discernimento, valutata da uno psicologo o psichiatra infantile, oltre a doversi trovare in una situazione medica di "costante e insopportabile sofferenza fisica" che causi la morte a breve termine.<sup>15</sup>

Negli Stati del Benelux, dunque, grazie a normative omogenee, una persona, di qualsiasi età, affetta da patologie laceranti e incurabili può non solo decidere di rinunciare alle cure e richiedere l'eutanasia indiretta, ma ha la possibilità di ricorrere sia al suicidio assistito che all'eutanasia attiva<sup>16</sup>.

Tuttavia, nonostante siano i precursori dell'eutanasia e del suicidio assistito, questi ultimi Paesi occupano, all'interno degli ordinamenti giuridici europei in materia, una posizione intermedia: da una parte accordano la liceità di esercitare entrambe le pratiche, dall'altra, però, non individuano in esse un diritto autentico del paziente, quanto piuttosto una facoltà del medico, sulla cui figura si concentra la maggiore tutela<sup>17</sup>.

#### **1.4 Il "turismo della morte": la situazione in Svizzera**

Parlando di eutanasia nel contesto europeo, è inevitabile fare riferimento alla Svizzera. L'impostazione legislativa e l'interpretazione giurisprudenziale della Svizzera sono da sempre incentrate sul riconoscimento di un diritto individuale al rispetto della volontà di morire, il che contraddistingue storicamente il rapporto tra tutela della vita e garanzia all'autodeterminazione.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Ibidem.

<sup>15</sup> Dentamaro B., "Il Belgio: caso più unico che raro" in *Giurisprudenza Penale Web*, 2019,1-BIS-"Questioni di fine vita", p. 10

<sup>16</sup> Potenzano R., "La morte medicalmente assistita tra regolamentazioni nazionali europee e prospettive legislative italiane", in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, n.3/2021, pp. 253 - 254

<sup>17</sup> D'Andrea R., "Alcune osservazioni sullo stato di avanzamento degli ordinamenti giuridici europei che prevedono l'eutanasia e/o il suicidio assistito", in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, n.4/2022, p. 302

<sup>18</sup> Nosedà J., "La legislazione svizzera sull'assistenza al suicidio" in "Autodeterminazione e aiuto al suicidio", a cura di Fornasari G., Picotti L., Vinciguerra S., Verona, 2019, p. 71

Nonostante il divieto di uccidere sia assoluto, pertanto comprendente anche l'eutanasia attiva diretta, nella Confederazione elvetica l'eutanasia attiva indiretta e quella passiva non sono espressamente disciplinate nella legge, perciò non sono condotte perseguibili e sono in linea di massima ammissibili e consentite<sup>19</sup>. Per quanto riguarda il suicidio assistito, secondo l'art. 115 del Codice Penale svizzero soltanto chi, per motivi egoistici, aiuta una persona al suicidio è punito con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria<sup>20</sup>. Nel caso dell'aiuto al suicidio si tratta solamente di fornire il farmaco letale al paziente, che lo ingerisce senza aiuto di terzi, perciò non solo si tratta di una pratica non punibile, ma è considerato un'opzione legittima alla fine della vita, sempre più accettata, tanto da essere diventato una vera e propria professione<sup>21</sup>. Con la nascita di apposite associazioni come Exit, fondata nel 1982, *Lifecircle* e *Dignitas*, la più nota organizzazione internazionale che permette anche alle persone che provengono dall'estero di richiedere il suicidio assistito, la Svizzera è diventata la meta preferita da coloro che vogliono porre fine alla propria vita, ma non possono farlo nel loro Paese di origine, motivo per cui si è sviluppato il cosiddetto "turismo della morte". Infatti, ciò che rende la Confederazione elvetica unica in materia di eutanasia e suicidio assistito è la disponibilità, da parte di queste associazioni, ad accettare e accogliere persone straniere<sup>22</sup>.

Nonostante l'aiuto al suicidio sia legale, i criteri per praticarlo sono rigidi e severi: solamente i pazienti con piena facoltà di giudizio, con una malattia grave ed incurabile e che soffrono dolori fisici intollerabili hanno la possibilità di richiederlo. In aggiunta, è necessaria l'opinione di uno specialista, senza la quale è possibile incorrere in cause penali; ne è un esempio il caso di Erika Preisig, presidente dell'associazione *Lifecircle*, accusata nel 2016 di omicidio intenzionale e di violazione della legge federale sui medicinali e i dispositivi medici in seguito ad aver prestato, senza il precedente parere di un esperto, assistenza al suicidio ad una donna che soffriva di disturbi mentali<sup>23</sup>.

Solitamente tra le malattie da cui sono affetti gli individui, stranieri e non, che richiedono il suicidio assistito, quelle che prevalgono sono le malattie neoplastiche di

---

<sup>19</sup> Eutanasia in Ufficio federale di giustizia della Confederazione Svizzera, 2011

<sup>20</sup> art. 115 Codice Penale svizzero

<sup>21</sup> Bondolfi S., "Perché l'aiuto al suicidio è normale in Svizzera", in SWI swissinfo.ch, 2024

<sup>22</sup> Kaoru U. "Record di iscrizioni alle organizzazioni di assistenza al suicidio", in SWI swissinfo.ch, 2023

<sup>23</sup> Ibidem.

varia natura, ovvero condizioni che provocano lo sviluppo di tumori, e quelle neurologiche disabilitanti, come la sclerosi laterale amiotrofica o multipla.<sup>24</sup> Un'ulteriore condizione che viene reputata morbosa e sufficiente per garantire l'accettazione della richiesta è la depressione: dopo un'accurata valutazione dei criteri di ammissibilità, il paziente, considerato capace di intendere e volere, deve esprimere il suo consenso, a cui segue il ricovero in cliniche appropriate dove gli viene fornito il necessario<sup>25</sup>. Tuttavia, ciò è oggetto di dibattito e sconcerto, poiché la depressione è concordemente riconosciuta come una malattia curabile ed è risaputo che essa, nelle sue forme più gravi, può compromettere la lucidità del paziente, che non è, di conseguenza, nelle piene facoltà di esprimere un consenso valido a qualunque atto medico, suicidio assistito incluso. Secondo alcuni studiosi, questo costituisce “una contraddizione clinica ed etica gravissima che, se non attentamente focalizzata, potrebbe condurre ad una progressiva riduzione della considerazione del rischio di suicidio come manifestazione estrema della depressione, così da attenuare il livello di attenzione e di strategie preventive, con tutte le possibili conseguenze drammatiche di tale cambiamento”<sup>26</sup>. Riassumendo, la Svizzera è l'unico paese in cui, dal 1942, sono ammessi al suicidio assistito anche coloro che non fanno parte del sistema sanitario nazionale, ovvero stranieri provenienti da Paesi in cui l'eutanasia e/o il suicidio assistito sono pratiche illegali. Il numero più elevato tra i richiedenti non elvetici proviene dalla Germania ma, negli ultimi anni, è stato coinvolto anche un considerevole numero di cittadini residenti in Italia, Paese in cui il tema dell'eutanasia è oggi più che mai oggetto di un acceso e controverso dibattito.

---

<sup>24</sup> Bersani G., Rinaldi R., Iannitelli A., “*Il suicidio assistito degli italiani in Svizzera e il silenzio della psichiatria*”, in Rivista di psichiatria, Vol.53, N.4, 2018

<sup>25</sup> Ibidem.

<sup>26</sup> Blikshavn T., Husum T.L., Magelssen M., “*Four Reasons why assisted dying should not be offered for depression*” in Journal of bioethical inquiry, 2017; 14:151-157.

## **CAPITOLO 2: IL FINE VITA IN ITALIA**

Il tema dell'eutanasia, fortemente legato al diritto alla vita, alla dignità umana e alla libertà individuale, è controverso e molto delicato in tutto il mondo. La situazione non è diversa in Italia, dove è resa ancora più delicata e complessa dalla forte influenza esercitata dalla religione cattolica, che tradizionalmente si oppone sia all'eutanasia, attualmente penalmente punita e illegale, che al suicidio assistito, entrambe viste come pratiche che violano l'indiscutibile volere di Dio.

È argomento che ha sempre diviso il Parlamento italiano e, nonostante i diversi tentativi di legalizzare l'eutanasia, il processo legislativo è sempre più complicato, rallentato da posizioni politiche contrastanti e mai considerato come necessario. Maggiori sviluppi giuridici, invece, riguardano l'eutanasia passiva e il suicidio assistito, sui quali si è pronunciata nel 2019 la Corte costituzionale con un'apposita sentenza, emessa in seguito alla discussa vicenda sul suicidio assistito di Fabiano Antoniani, meglio conosciuto come DJ Fabo, e il conseguente caso Cappato.

Obiettivo del secondo capitolo, dunque, sarà quello di illustrare la situazione riguardante eutanasia e suicidio assistito in Italia, partendo dalle origini con l'esperienza di Piergiorgio Welby, primo ad aver sollevato il tema dell'autodeterminazione e della scelta sul fine vita, e passando successivamente in rassegna le principali sentenze che hanno plasmato l'argomento dell'eutanasia e segnato la sua evoluzione.

### **2.1 LA COSTITUZIONE E LA LEGGE N. 219/2017**

Come è stato più volte sottolineato, il diritto alla salute, alla vita e all'autodeterminazione costituiscono le fondamenta dell'eutanasia. Per quanto riguarda il diritto alla salute, esso rappresenta un diritto inviolabile dell'individuo, riconosciuto e garantito dalla Costituzione; in particolare, è tutelato dall'art. 32 che recita:

“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.”<sup>27</sup>

Ciò che emerge da questo articolo sono alcuni importanti diritti: in primo luogo, il diritto di esercitare una libertà di scelta, sia tra il curarsi o meno che tra le diverse cure alternative; in secondo luogo, l’intrasgredibile diritto all’integrità fisica e psichica, repute indispensabili per il pieno sviluppo della persona umana<sup>28</sup>. È importante sottolineare come il diritto alla salute comprenda numerose prerogative, non limitandosi soltanto alla salute fisica ma integrando in sé anche uno stato di benessere mentale e spirituale.

Sancisce, inoltre, la libera autodeterminazione del malato in merito al trattamento sanitario, che non può essere imposto, e dunque alla consequenziale possibilità di rifiutare le terapie. Altro aspetto importante risiede nella parte conclusiva dell’articolo: in nessun caso la legge può contravvenire alla libertà di un individuo, il cui rispetto deve essere sempre garantito, poiché è in essa che si radica la dignità umana.<sup>29</sup> Dunque, l’atto di rifiuto della cura diventa strumento di protezione dell’integrità personale, indissolubilmente legata ai diritti all’identità e alla dignità<sup>30</sup>.

Il diritto alla salute e all’autodeterminazione sono, quindi, diritti costituzionalmente riconosciuti; lo stesso non si può dire del diritto alla vita, che non è, infatti, esplicitamente previsto dalla Costituzione. Tuttavia, è considerazione comune che esso sia un diritto implicito a cui si ispira l’intera Carta costituzionale e presupposto per poter esercitare l’insieme di tutti i diritti costituzionali.<sup>31</sup> È opinione condivisa che il diritto alla vita sia da ricondurre all’art. 2 della Costituzione, quale categoria aperta dei diritti inviolabili dell’individuo; è, in aggiunta, considerato “il diritto umano per eccellenza, assoluto e non sacrificabile”<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> Art. 32 della Costituzione Italiana, in <https://www.governo.it>

<sup>28</sup> “Spiegazione dell’articolo 32 Costituzione” in <https://www.brocardi.it>

<sup>29</sup> Meccarelli M., Palchetti P., Satis C., “*Il lato oscuro dei Diritti Umani - Esigenze emancipatorie e logiche di dominio nella tutela giuridica dell’individuo*”, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, 2014, p. 31.

<sup>30</sup> Azzalini M., “*Il rifiuto di cure. Riflessioni a margine del caso Welby*”, in *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, 7-8/2007, 2, p. 316

<sup>31</sup> Balduzzi R., “*Diritto alla vita e diritto alla salute: convergenze parallele?*”, p.1, in [www.meic.net](http://www.meic.net)

<sup>32</sup> Miceli R. F., “*La coincidenza del diritto alla salute e fine vita*”, 2020, in [www.diritto.it](http://www.diritto.it)

Il tema dell'eutanasia è, come è possibile intendere, strettamente legato al concetto di dignità, che la giurisprudenza ha distinto in due forme: da una parte la dignità soggettiva, fondata sull'autodeterminazione della persona, e dall'altra la dignità oggettiva, che si rimette al legislatore<sup>33</sup>, il quale, rappresentando la volontà popolare, è in grado di cogliere i valori, misurati in termini di adeguatezza al buon costume e alla morale pubblica, in un certo periodo storico.<sup>34</sup> Come si può intuire, se si accoglie la soggettività della dignità, l'eutanasia trova l'approvazione; al contrario, se si accetta l'oggettività, l'eutanasia è esclusa perché il diritto, attualmente, è influenzato da valori etici e diverse filosofie di vita. Ciò è rilevante ai fini dello studio poiché permette di comprendere il motivo della controversia sull'argomento.

Oltre alla Costituzione, altro principale riferimento normativo nazionale in materia di eutanasia è rappresentato sicuramente dalla L.219/2017. Tale testo di legge, recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"<sup>35</sup>, unifica 16 proposte di legge in materia e consta di otto articoli: di particolare importanza è l'art.1, il cui obiettivo è quello, ancora una volta, di tutelare "il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo di consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge."<sup>36</sup>, nel rispetto dei principi della Costituzione e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea<sup>37</sup>.

Una delle principali novità della legge è costituita dalle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), indicate più comunemente come testamento biologico, regolamentate dall'art. 4: esso introduce la possibilità per un individuo, maggiorenne e capace di intendere e volere, di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, come pure il consenso o rifiuto su accertamenti diagnostici e scelte terapeutiche, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi<sup>38</sup>.

---

<sup>33</sup> Ibidem.

<sup>34</sup> Bin R., "La libertà sessuale e prostituzione (in margine alla sent.141/2019)", Forum di Quaderni Costituzionali in Rassegna, 2019, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it)

<sup>35</sup> Legge 22 dicembre 2017, n. 219, in [www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it)

<sup>36</sup> Ibidem.

<sup>37</sup> Signorella R., "L.219/2017: norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", 2017, in Biolaw-pedia in [www.biodiritto.org](http://www.biodiritto.org)

<sup>38</sup> "Disposizioni anticipate di trattamento", Portale del Ministero della Salute, in [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)

Nonostante la Legge 219/2017 costituisca una pagina estremamente significativa nell'intricata trama delle vicende bio-giuridiche e sia riuscita a dare risposta a molti interrogativi in materia, allo stesso tempo essa si limita a disciplinare uno specifico aspetto, ovvero quello della scelta dei trattamenti sanitari e degli accertamenti diagnostici a cui essere o meno sottoposti nel caso di una futura eventuale incapacità. Tuttavia rimane inesplorato l'ambito concernente la possibilità di scegliere riguardo all'anticipazione della fine della propria vita, tra le diverse opzioni eutanasiche costituite da eutanasia e suicidio assistito, nel caso di una malattia disabilitante e di un suo progressivo peggioramento che vanno contro il principio di dignità individuale garantito dalla Costituzione<sup>39</sup>.

## **2.2 PIERGIORGIO WELBY E L'ASSOCIAZIONE COSCIONI**

Una volta tratteggiati i profili fondamentali su cui poggia il tema dell'eutanasia, cioè diritto alla salute, all'autodeterminazione e alla vita, e introdotto il principale riferimento normativo in materia, non è possibile non richiamare la storia di Piergiorgio Welby: affetto da una particolare malattia neuromuscolare degenerativa, nota come distrofia fascioscapolomerale, Welby è stato il pioniere della lotta per l'eutanasia legale e per il diritto al rifiuto dell'accanimento terapeutico in Italia.

Costretto a dipendere totalmente, dal 1997, da un respiratore automatico e in seguito all'inefficacia dei trattamenti sanitari nell'arrestare il decorso della malattia, in fase irreversibilmente terminale, Welby chiede al medico da cui è professionalmente assistito, "di non essere ulteriormente sottoposto alle terapie di sostentamento in atto e di ricevere assistenza solamente per lenire le sofferenze fisiche"<sup>40</sup>. Terapie che, oltre a risultare intollerabili a livello psicologico, Welby considera "indebite ed illecite intrusioni nella propria sfera personale [...] e profondamente lesive della propria dignità in quanto non utili a perseguire benefici in termini di qualità della vita"<sup>41</sup>.

---

<sup>39</sup> Baldini G., "*Prime riflessioni a margine della legge n.219/17*" in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, n.2/2018, pp. 100 e 152

<sup>40</sup> "*Il caso giuridico di Piergiorgio Welby*" in [www.associazionelucacoscioni.it](http://www.associazionelucacoscioni.it)

<sup>41</sup> Azzalini M., "*Il rifiuto di cure. Riflessioni a margine del caso Welby*", op.cit., p. 325

In particolare, la sua richiesta consiste nel procedere al distacco dell'apparecchio di ventilazione, sotto sedazione, la quale, però, viene prontamente rifiutata, poiché reputata contraria alle norme di legge vigenti.

Dopo aver aperto, nel 2002, un dibattito sull'eutanasia e un blog personale, è il primo, nel 2006, a chiedere ufficialmente la propria morte con una lunga lettera aperta inviata all'allora Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, con l'esplicita richiesta di poter ottenere l'eutanasia. Si vede costretto, poi, a rivolgersi alla magistratura attraverso un ricorso d'urgenza, nel quale i legali di Welby chiedono di porre fine all'accanimento terapeutico<sup>42</sup>, facendo leva sui già citati diritti contenuti negli artt. 32 e 13 della Carta costituzionale. È necessario sottolineare alcuni aspetti: da una parte, è vero che l'apparecchio terapeutico artificiale consente la sopravvivenza del soggetto, permettendone anche una certa capacità comunicativa; dall'altra, però, è utile ricordare che c'è una notevole differenza tra la mera sopravvivenza organica e la vita pienamente intesa<sup>43</sup>. Infatti, quella in cui è costretto a stare Welby, viene definita da egli stesso come “una condizione in cui l'intelligenza e l'autocoscienza - in un organismo devastato dalla malattia ed incapace di sviluppare autonomamente le proprie funzioni vitali - potrebbero servire al soggetto solo per misurare, in uno spazio vuoto di affetti, il peso divenuto ormai insostenibile di un'esistenza la cui fine appare, del resto, irrevocabilmente segnata”<sup>44</sup>.

La richiesta viene però respinta dal Tribunale di Roma, che la dichiara inammissibile a causa del vuoto normativo in materia: nonostante il diritto di chiedere l'interruzione della respirazione assistita previa sedazione esista, per il giudice in questione si tratta di un “diritto non concretamente tutelato dall'ordinamento”<sup>45</sup>.

In seguito a questo ulteriore rifiuto, tramite l'Associazione Luca Coscioni di cui viene eletto poi co-presidente, Piergiorgio Welby entra in contatto con un medico anestesista,

---

<sup>42</sup> Ibidem. Si tratta di accanimento terapeutico in quanto risulta evidente come l'applicazione coattiva del respiratore al paziente ne determini sì l'attività polmonare e la sopravvivenza, ma allo stesso tempo costituisca un'intrusione rispetto al diritto dell'individuo all'autodeterminazione con riguardo al trattamento medico.

<sup>43</sup> Ivi, p. 326.

<sup>44</sup> Nannini U. G., “*Il consenso del trattamento medico*”, Giuffrè, 1989, 501.

<sup>45</sup> “*Piergiorgio Welby - Il 20 dicembre 2006 morì P.W., dopo 88 giorni di lotta per poter morire senza soffrire*” in [www.associazionelucacoscioni.it](http://www.associazionelucacoscioni.it)

il dottor Mario Riccio, che accetta di aiutarlo nella realizzazione della sua richiesta<sup>46</sup>. È grazie a lui, infatti, se Welby ha la possibilità di esaudire i propri desideri: dopo aver ottenuto l'ennesima conferma della sua volontà, il dottor Riccio procede alla sedazione del paziente e al distacco del respiratore automatico, determinandone, dopo mezz'ora, la morte per arresto cardiocircolatorio.

Quanto succede successivamente è, dal punto di vista giuridico, il profilo più rilevante ai fini dello studio: in seguito alla morte di Welby, il dottor Mario Riccio subisce due diversi procedimenti, dando così avvio al “caso Welby”, considerato come una sorta di *leading case* in materia.

Il primo procedimento riguarda la sua condotta e proviene dall'Ordine dei medici di Cremona, il quale esamina due specifici elementi: anzitutto la volontà “chiara, decisa e inequivocabile del paziente, perfettamente in grado di intendere e volere e di esprimersi” e poi il fatto che il medico “non ha somministrato farmaci o altre sostanze atte a determinare la morte”<sup>47</sup>. Tali aspetti permettono alla Commissione disciplinare dell'Ordine dei medici di Cremona di archiviare il caso, tramite apposito provvedimento.

Anche nel secondo procedimento, che è invece in sede penale, la Procura della Repubblica di Roma giunge ad un esito analogo al precedente, in seguito ad una consulenza medico legale, la quale indica l'insufficienza respiratoria dovuta alla malattia quale sola causa del decesso.

Ciononostante, l'archiviazione proposta dalla procura non viene accettata dal giudice per le indagini preliminari di Roma che chiede il rinvio a giudizio per l'anestesista Riccio, accusato di omicidio del consenziente, reato previsto dall'art. 579 del codice penale.<sup>48</sup>

Il processo si conclude mesi dopo con una sentenza di non luogo a procedere: il giudice per l'udienza preliminare evidenzia che nell'ordinamento italiano “nessuno può essere obbligato ad un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”<sup>49</sup> e sottolineando l'inviolabilità, fisica e individuale, della libertà personale prevista dall'art.

---

<sup>46</sup> Scalcon E., “Tribunale di Roma - Caso Welby: non luogo a procedere nei confronti del medico che ha interrotto il trattamento di sostegno vitale”, 2007, n.2049, BioLaw-pedia in [www.biodiritto.org](http://www.biodiritto.org)

<sup>47</sup> “Il caso giuridico di Piergiorgio Welby”, cit.

<sup>48</sup> Ibidem.

<sup>49</sup> Art. 32 della Cost.

13 della Costituzione, desumendo da esso anche il diritto individuale all'autodeterminazione. Infatti, essendo quest'ultima universalmente riconosciuta come il principale criterio nella scelta e nell'esecuzione dei trattamenti sanitari, non si comprende "come un soggetto possa essere libero - di decidere, di agire, di esprimersi, in sostanza di vivere compiutamente - qualora non gli fosse garantita la basilare prerogativa di non vedere violata la propria fisicità e individualità"<sup>50</sup>.

In aggiunta, vengono messe in luce e avanzate a supporto dell'assoluzione alcune pronunce della giurisprudenza della Consulta, nelle quali si ritiene il diritto al rifiuto delle cure come un "diritto inviolabile della persona, immediatamente percettivo ed efficace nel nostro ordinamento, rientrante tra i valori supremi tutelati a favore dell'individuo"<sup>51</sup>.

Alla luce di ciò, il giudice conviene che la condotta del medico rientra nel precedentemente citato art. 579 del codice penale, tuttavia riconosce anche che essa si è realizzata nella circostanza di un rapporto terapeutico e sotto la protezione costituzionale del diritto di rifiutare trattamenti sanitari non voluti, facendo risultare il dottor Riccio, che ha solamente assolto un suo dovere, non perseguibile.<sup>52</sup>

Per concludere, il caso di Piergiorgio Welby assume notevole importanza in materia, non solo perché rappresenta uno dei primi episodi mediatici più discussi in Italia,

---

<sup>50</sup> Azzalini M., *"Il rifiuto di cure. Riflessioni a margine del caso Welby"*, in *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, 7-8/2007, 2, p. 314

<sup>51</sup> Salvino T., *"Il diritto a rifiutare le cure mediche nell'ordinamento italiano con particolare riferimento ai casi Welby ed Englaro: un tacito riconoscimento?"*, 2013, in [www.diritticomparati.it](http://www.diritticomparati.it)

<sup>52</sup> Ibidem.

assieme al caso di Eluana Englaro<sup>53</sup>, di rifiuto alle cure e all'accanimento terapeutico, ma anche perché mette in risalto degli elementi fondamentali: in primo luogo, nell'*iter* giudiziario del caso si osserva come un magistrato abbia posto l'accento su un incontestabile vuoto normativo nell'ordinamento italiano; in secondo luogo, la sentenza di assoluzione del dottor Riccio sottolinea l'esistenza del diritto a rifiutare le cure mediche, che non necessita di norma alcuna ma è, anzi, direttamente riconducibile ai precetti costituzionali<sup>54</sup>.

### 2.3 DJ FABO E IL CASO CAPPATO

Un secondo caso che permette di comprendere e approfondire il quadro generale in materia di eutanasia e suicidio assistito in Italia è sicuramente quello che vede come protagonista l'ex eurodeputato e tesoriere dell'Associazione Coscioni Marco Cappato.

Per introdurre tale questione, è necessario fare riferimento alla storia da cui essa trae origine, ovvero la discussa vicenda riguardante Fabiano Antoniani, comunemente noto come DJ Fabo. Dopo un grave incidente stradale avvenuto nel 2014, egli viene colpito da una tipologia di cecità permanente e rimane tetraplegico; questa irreversibile condizione lo rende non sufficientemente autonomo sia nella respirazione, per cui

---

<sup>53</sup> Eluana Englaro (1970 - 2009) è stata una donna italiana che, in seguito ad un grave incidente stradale nel 1992, entrò in uno stato vegetativo permanente: nutrita con un sondino nasogastrico, respirava in maniera autonoma, tuttavia non era capace di intendere e di volere. Dopo un anno dall'incidente, parte del cervello di Eluana va incontro ad una degenerazione definitiva e, dopo circa quattro anni, viene dichiarata interdetta per assoluta incapacità, senza alcuna speranza di ripresa. Viene nominato tutore il padre, Beppino Englaro, il quale intraprese una lunga battaglia legale al fine di ottenere il diritto di interrompere l'alimentazione artificiale, sostenendo che tale scelta rispettava la volontà, nonostante essa non avesse possibilità di esprimerla, della figlia, che non avrebbe voluto vivere in quello stato. Il non poter esprimere la propria volontà e l'incapacità di intendere rendono impraticabile l'applicazione dell'art. 32 Cost., che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo, e rende il caso molto più complesso del precedente caso Welby. A differenza di quest'ultimo, per Eluana la mera nutrizione artificiale non viene vista come una cura medica, il che induce il Tribunale di Lecco a respingere la richiesta di Beppino Englaro. L'uomo, tuttavia, continuando a sostenere che il coma irreversibile è lesivo della dignità della figlia, impugna la sentenza davanti la Corte di Cassazione. Dopo anni di dibattiti giuridici, sociali ed etici, la Corte di Cassazione concesse, nel 2008, l'autorizzazione a Beppino e l'alimentazione fu sospesa nel febbraio dell'anno successivo, provocando la morte di Eluana pochi giorni dopo. Ciò che è necessario sottolineare è la scelta del Governo, nel febbraio 2009, di approvare con urgenza un decreto legge per evitare la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione in pazienti in stato vegetativo; il Presidente della Repubblica, tuttavia, rifiuta di firmare il decreto definendolo "palesamente incostituzionale". In seguito alla morte di Eluana, il Governo ritira il disegno di legge e si propone di ridiscutere in maniera più dettagliata di disposizioni in materia di fine vita e testamento biologico. Il caso suscitò un ampio e ancora attuale dibattito in Italia sul delicato tema del fine vita e del diritto a una morte dignitosa.

<sup>54</sup> Salvino T., cit.

necessita di un respiratore e di periodiche asportazioni di muco, così come nell'alimentazione e nell'evacuazione, per cui necessita assistenza continua. In aggiunta, Fabiano Antoniani è percorso da frequenti spasmi e contrazioni che gli provocano intense sofferenze, attenuabili solamente tramite una sedazione profonda<sup>55</sup>. Tuttavia, le sue facoltà intellettive rimangono inalterate e, dopo numerosi ricoveri ospedalieri e altrettanti tentativi senza risultati di cura, decide di porre fine alla sua esistenza, rifiutando per alcuni giorni di essere nutrito e di parlare.

Pochi anni dopo, nel 2016, Fabiano entra in contatto prima con apposite organizzazioni svizzere, in cui è possibile praticare il suicidio assistito, e poi con l'ex eurodeputato Marco Cappato, il quale propone inizialmente al dj di sottoporsi, in Italia, a sedazione palliativa profonda, interrompendo poi i trattamenti *life saving* di alimentazione e ventilazione, proprio come aveva deciso di fare dieci anni prima Piergiorgio Welby; dopo aver ricevuto, a tale proposta, un netto rifiuto da parte di Antoniani, che la ritiene una via "non dignitosa e non conforme alla propria idea di integrità personale"<sup>56</sup>, Cappato acconsente ad accompagnarlo, a febbraio del 2017, da Milano in Svizzera. In seguito alla verifica delle condizioni di salute, del consenso, della capacità di intendere e di volere e di poter assumere autonomamente il farmaco letale, dunque azionando uno stantuffo con la bocca, il paziente ha, infine, la possibilità di ottenere il suicidio assistito.

Nel viaggio di ritorno, Cappato si autodenuncia alle forze dell'ordine e viene portato a giudizio davanti alla Corte per il reato di cui all'art. 580 del codice penale, che recita così:

"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"<sup>57</sup>.

Dunque, l'uomo viene accusato di aver rafforzato il proposito suicidario di Fabiano Antoniani e di averne agevolato l'esecuzione.

---

<sup>55</sup> Corte Costituzionale, ordinanza n. 207/2018, in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it)

<sup>56</sup> Azzalini M., "Prigionieri del noto? La consulta chiude il caso Cappato ma rischia di perdersi nel 'labirinto' del fine vita", in *La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata*, 2/2020, p. 357.

<sup>57</sup> Codice penale - art. 580 - "Istigazione o aiuto al suicidio".

A questo punto della vicenda e ai fini dello studio, è di fondamentale importanza introdurre e fare riferimento ad un particolare passaggio dell'ordinanza del 14 febbraio 2018, con la quale la Corte d'assise di Milano ravvisa "una *defaillance* di tutela nell'ordinamento italiano in relazione alla mancanza di una previsione che consenta alla persona gravemente malata di richiedere ai sanitari [...] un aiuto attivo nel porre fine ad una esistenza percepita come non più corrispondente alla propria concezione della dignità e del sé"<sup>58</sup>. solleva, all'interno del procedimento penale a carico di Cappato, questioni in merito alla legittimità costituzionale del sopraindicato art. 580 del codice penale.

Da una parte, come fa notare il giudice *a quo*, la disposizione presuppone che il suicidio sia un atto intriso di elementi di disvalore, poiché contrario al principio di sacralità e indisponibilità della vita in correlazione agli obblighi sociali dell'individuo; dall'altra, però, la norma dovrebbe essere letta tenendo conto della Costituzione, in particolar modo del principio personalistico dell'art. 2, il quale pone al centro della vita sociale l'uomo, e dell'art. 13, che sottolinea l'assoluta inviolabilità della libertà personale, e dunque anche della libertà di scegliere quando e in che modo porre fine alla propria vita, affermando anche l'inammissibilità di "qualsiasi forma di detenzione, ispezione o perquisizione personale, e di qualsiasi altra forma di restrizione della libertà personale"<sup>59</sup>. Inoltre è bene tenere conto anche dell'art. 32 Cost. che tutela il diritto all'autodeterminazione individuale, il quale è stato notevolmente valorizzato sia dalla giurisprudenza, che dal legislatore, con la già esaminata legge n. 219/2017, la quale stabilisce l'obbligo di rispettare le decisioni di ciascun individuo, anche quando ne possa derivare la morte<sup>60</sup>.

Tutto ciò è avvalorato, in aggiunta, anche dalla giurisprudenza della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, la quale riconosce esplicitamente, sulla base degli artt. 2 e 8 della CEDU, che riconoscono e garantiscono il diritto alla vita e al rispetto della vita privata, il diritto di ogni individuo di decidere con quali mezzi e a che punto la propria vita finirà.

---

<sup>58</sup> Azzalini M., "Prigionieri del noto?", op.cit., p. 358.

<sup>59</sup> Art. 13 Cost.

<sup>60</sup> Corte costituzionale, ord. n. 207/2018, cit.

Secondo la Corte d'assise milanese, quindi, “la punizione delle condotte di aiuto al suicidio che non abbiano inciso sul percorso deliberativo della vittima risulterebbe ingiustificata e lesiva degli artt. 2, 13 e 32 Cost.”<sup>61</sup>.

Con l'art. 580 del codice penale, il legislatore intende proteggere un soggetto da decisioni in suo danno, creando attorno ad esso una sorta di cintura protettiva, impedendo a terzi di collaborare in qualsiasi modo con lui. Ciò è comprensibile, soprattutto se si pensa ai soggetti più vulnerabili, i quali potrebbero essere facilmente persuasi a concludere la loro esistenza in modo prematuro qualora l'ordinamento permettesse a chiunque di partecipare e collaborare al compimento di una loro scelta suicida<sup>62</sup>.

Ciononostante, è inevitabile considerare specifiche situazioni, inimmaginabili all'epoca in cui la norma in questione è stata introdotta. Secondo la Corte il riferimento è alle ipotesi in cui l'individuo agevolato si identifichi in un soggetto affetto da patologia irreversibile che provoca sofferenze fisiche o psicologiche insopportabili, tenuto in vita mediante trattamenti di sostegno vitale, ma ancora in grado di prendere decisioni consapevoli. In questi casi l'assistenza di un soggetto terzo nel porre fine alla sua esistenza può essere considerato l'unico modo per evitare un mantenimento in vita artificiale non più voluto, che va contro il concetto di dignità della persona e che il malato ha diritto di rifiutare<sup>63</sup>.

Ciò significa che, in casi specifici come questi, l'assoluta proibizione di aiuto al suicidio finisce per limitare la libertà di un individuo, in particolare della libertà di autodeterminazione nella scelta delle terapie volte a liberarlo dalle sofferenze da cui è afflitto, senza che “tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile”, costringendo il paziente a subire, per concludere la propria vita, un processo più lento, che consiste nell'interruzione dei trattamenti di sostegno vitale e successiva sedazione che lo rende incosciente fino al momento della morte, e maggiormente sofferto dalle persone ad egli care.<sup>64</sup> Il medesimo divieto viola, inoltre, sotto molteplici profili, il principio costituzionalmente garantito

---

<sup>61</sup> Ibidem.

<sup>62</sup> Ufficio Stampa della Corte costituzionale, “*Punibilità dell'aiuto al suicidio: al legislatore la disciplina dei limiti. Le indicazioni della Corte*”, comunicato del 16 novembre 2018, p.2

<sup>63</sup> Ivi, p.3.

<sup>64</sup> Ivi, p.4.

dell'eguaglianza, discriminando chi è fisicamente impossibilitato, a causa delle proprie condizioni patologiche, a porre fine alla propria esistenza.

Tuttavia, eliminare *in toto* il reato di aiuto al suicidio avrebbe voluto dire lasciare totalmente manchevole di disciplina legale la prestazione di aiuto materiale agli individui in condizioni di particolare vulnerabilità e sensibilità etico-sociale, rispetto ai quali vanno impediti tutti i possibili abusi; essi potrebbero infatti, senza nessuna disciplina in materia, essere facili “vittime” di soprusi da parte di qualsiasi soggetto, non necessariamente esercente di professione sanitaria, che può lecitamente offrire loro assistenza al suicidio. Per questo motivo, si decide di rinviare il giudizio per dare al legislatore la possibilità di intervenire con una disciplina opportuna, “che regoli la materia in conformità alle segnalate esigenze di tutela”<sup>65</sup>.

Con la successiva sentenza n. 242 del 2019, pervasa da un ambiguo e ambivalente *leitmotiv*<sup>66</sup>, la Corte costituzionale intende creare uno strumento legittimo consistente in “un aiuto attivo nel morire che pur tra molte cautele, accorci e depuri per quanto possibile da nuove e mortificanti insidie e ulteriori *vulnera* un percorso comunque segnato”<sup>67</sup>. Spiega, inoltre, le motivazioni della decisione in materia di fine vita: anzitutto, conferma che l'incriminazione dell'assistenza al suicidio non è in contrasto con la Costituzione ma è, anzi, giustificata da esigenze di tutela del fondamentale diritto alla vita, in particolar modo degli individui più fragili e vulnerabili, che l'ordinamento ha obiettivo di proteggere ostacolando eventuali interventi di soggetti terzi in scelte di estrema importanza, delicatezza e irreversibili, come è quella del suicidio.<sup>68</sup> Individua, però, un'area circoscritta nella quale l'incriminazione non è concorde con la Costituzione: l'assistenza al suicidio non è reato nei specifici casi in cui l'aiuto è fornito ad una persona “tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale (quali, ad esempio,

---

<sup>65</sup> Ivi, p.5

<sup>66</sup> Azzalini M., “*Prigionieri del noto?*”, op.cit., p. 358. La sentenza appare pervasa da un duplice motivo conduttore: da una parte, si rimarca la negazione dell'esistenza di un vero e proprio diritto a morire, in omaggio a ripetute esigenze sistematiche di protezione alla vita; dall'altra, si riconosce la presenza di una lacuna nel sistema di tutela della persona, quando dignità e integrità risultano compromesse nel percorso del morire.

<sup>67</sup> Ibidem. L'aiuto attivo nel morire si allontana notevolmente dall'aiuto al suicidio e dall'omicidio del consenziente; si avvicina invece ad una moderna idea dell'avere cura delle persone e non solo dei pazienti. L'aiuto al morire, dunque, può essere definito come una “liberazione con effetti letali” e non rappresenta altro se non un'ulteriore legittima possibilità di affrancamento da una condizione inaccettabile.

<sup>68</sup> Ufficio Stampa della Corte costituzionale, “*Fine vita: quando non è punibile l'aiuto al suicidio*”, comunicato del 22 novembre 2019, p. 1

l'idratazione e l'alimentazione artificiale) e affetta da una patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche, ma che resta pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli”<sup>69</sup>.

Per quanto riguarda la violazione costituzionale del diritto all'autodeterminazione nella scelta dei trattamenti riscontrata nella precedentemente citata ordinanza 207/2018, la Corte, poiché nessuna normativa è stata approvata, individua nella disciplina della legge n. 219/2017 già esaminata, in materia di “consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”<sup>70</sup>, uno specifico punto di riferimento: le disposizioni relative alla rinuncia alle cure necessarie alla sopravvivenza e alla garanzia dell'adeguata fornitura di terapie del dolore e cure palliative<sup>71</sup> prevedono una procedura medicalizzata soddisfacente.

Inoltre, la sentenza affida ad apposite strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale la verifica, previo parere del comitato etico competente, delle condizioni che legittimano l'aiuto al suicidio e delle corrispondenti modalità di esecuzione.<sup>72</sup>

Riassumendo, l'art. 580 del Codice Penale è dichiarato costituzionalmente illegittimo solamente nella parte in cui esso “non esclude la punibilità di chi agevola il proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona che versi nelle condizioni indicate in precedenza [...] verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale”<sup>73</sup>.

Tuttavia, le condizioni procedurali sono fatte valere per gli episodi successivi all'emissione della sentenza, perciò non possono essere richieste per il caso Cappato: per questo, è necessario che l'aiuto al suicidio sia prestato con modalità anche differenti da quelle indicate, ma che diano garanzie equivalenti ad esse, specialmente quando a verifica medica delle condizioni, modalità di manifestazione della volontà e idonea informazione sulle alternative possibili.<sup>74</sup>

La complessa vicenda processuale relativa all'imputazione di istigazione e agevolazione al suicidio nei confronti di Marco Cappato e il caso relativo alla morte di Fabiano Antoniani si chiude definitivamente il 30 gennaio 2020, con una sentenza di assoluzione

---

<sup>69</sup> Ibidem.

<sup>70</sup> Legge 22 dicembre 2017, n. 219, cit.

<sup>71</sup> Legge 22 dicembre 2017, n. 219, cit., artt. 1 e 2

<sup>72</sup> “*Fine vita: quando non è punibile l'aiuto al suicidio*”, cit., p.3

<sup>73</sup> Ibidem.

<sup>74</sup> Ibidem.

pronunciata dalla Corte di Assise di Milano. La Corte Costituzionale, “con riguardo all’autonomia, libertà e consapevolezza che avevano connotato la sua decisione di porre fine alla sua vita, espressamente con riguardo alla ricorrenza delle condizioni di salute che legittimavano l’agevolazione della sua scelta”<sup>75</sup>, riconosce che tutte le condizioni necessarie per escludere l’illiceità della condotta di agevolazione al suicidio contestata all’ex eurodeputato ricorrono nella vicenda del dj.

Una volta verificate le condizioni dell’aspirante suicida, viene esclusa la punibilità della condotta sanzionata dall’art. 580 del codice penale, in quanto Fabiano presenta tutte le quattro condizioni necessarie, confermate dal responsabile dell’Unità spinale dell’Ospedale milanese Niguarda: è tetraplegico, dunque affetto da patologia irreversibile che gli provoca sofferenze fisiche intollerabili, è tenuto in vita grazie a trattamenti di sostegno vitale, ma le sue facoltà intellettive sono ancora integre ed è capace di intendere e di volere, quindi di prendere decisioni libere e consapevoli. Viene, inoltre, escluso che Cappato abbia rafforzato il proposito del dj di porre fine alla sua esistenza: dalle testimonianze di Valeria Imbrogno, Carmen Carollo e Carlo Lorenzo Veneroni, rispettivamente fidanzata, madre e medico curante di Fabiano Antoniani, emerge, infatti, che la sua decisione di rivolgersi prima alla *Exit* e poi alla *Dignitas*, associazioni elvetiche per il suicidio assistito, è avvenuta in modo completamente autonomo, oltretutto prima ancora di entrare in contatto con Marco Cappato, il quale gli ha, successivamente, prospettato anche le possibilità per farlo in Italia attraverso una sedazione terminale con l’aiuto del dottor Riccio.<sup>76</sup>

Dalle testimonianze è possibile dedurre anche che l’interessato è stato adeguatamente informato in merito alla sua patologia e alle possibili soluzioni alternative; in più, dalla lettura del testamento biologico si evince che la volontà di recarsi in Svizzera per porre fine alla sua vita è stata manifestata in modo chiaro e univoco.<sup>77</sup>

Dunque, dimostrato che Cappato ha aiutato Fabiano Antoniani a morire, come da lui deciso, solo una volta accertate le condizioni necessarie, la Corte costituzionale conferma l’illiceità della condotta, rientrando nell’area di non punibilità dell’aiuto al suicidio prevista dal già preso in esame art. 580 del codice penale, e assolve

---

<sup>75</sup> Corte di Assise di Milano, sent. 30 gennaio 2020 (ud. 23 dicembre 2019), n.8, p. 3, in [www.sistemapenale.it](http://www.sistemapenale.it)

<sup>76</sup> Ivi, pp. 8-10.

<sup>77</sup> Ibidem.

definitivamente l'imputato dal reato a lui ascritto poiché il fatto non sussiste in quanto non corrisponde ad alcuna fattispecie penale tipica<sup>78</sup>.

In sintesi, la Corte si fa carico di fissare una serie di regole consone ad evitare i rischi che una semplice declaratoria di incostituzionalità nei confronti del discusso art. 580 del c.p., in cui inizialmente la nozione di aiuto al suicidio risulta irragionevolmente assimilata all'ipotesi di istigazione e ugualmente punita, potrebbe comportare, quali, per esempio, abusi da parte di un soggetto terzo, assenza di controlli specifici sulle condizioni del paziente e una mancata tutela effettiva degli individui più fragili e vulnerabili. Tali regole, reputate transitorie, modificabili e integrabili in un momento successivo, sono viste dalla Corte costituzionale come stimolo per il Legislatore, nell'esercizio della sua discrezionalità; a questi, infatti, spetta la priorità ad intervenire sollecitamente, dotando la materia del fine vita di una disciplina organica completa e adeguata, al fine di colmare quanto prima i vuoti legislativi.<sup>79</sup>

#### **2.4 SENTENZE SIGNIFICATIVE E PROPOSTE DI LEGGE PIÙ RECENTI**

Un'ulteriore sentenza utile a fornire un quadro generale sullo sviluppo del delicato e discusso tema dell'eutanasia in Italia è sicuramente la sentenza n. 50<sup>80</sup>, depositata nel marzo 2022. Con tale sentenza la Corte costituzionale intende dare una risposta ad un quesito referendario popolare promosso dall'Associazione Coscioni, più nello specifico riguardante l'abrogazione dell'art. 579 del codice penale in materia di "omicidio del consenziente", approvato con regio decreto nel 1930.

Per comprendere al meglio la questione, è necessario illustrare il contenuto dell'articolo in questione, che recita come di seguito:

“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'art. 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

---

<sup>78</sup> Corte d'assise di Milano, sentenza 30 gennaio 2020, cit., p. 17.

<sup>79</sup> Caretti P., “*La Corte costituzionale chiude il caso Cappato ma sottolinea ancora una volta l'esigenza di un intervento legislativo in materia di fine vita*”, in Osservatorio sulle fonti, n. 1/2020, in [www.osservatoriosullefonti.it](http://www.osservatoriosullefonti.it)

<sup>80</sup> Corte Costituzionale, sentenza n. 50/2022, in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it)

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.”<sup>81</sup>

In particolare, l'obiettivo del referendum popolare è quello di abrogare in parte la norma penale che impedisce l'introduzione dell'eutanasia legale in Italia, ovvero eliminare parzialmente dall'ordinamento il rilievo penale della condotta dell'omicidio del consenziente, tranne nei casi specifici già previsti dal terzo comma e, dunque, perimetrare il presidio penale sulla base delle medesime esigenze individuate dalla Corte con la precedentemente citata sentenza n. 242/2019, fissando le condizioni che rendono lecita la condotta di soggetti terzi cooperanti all'attuazione del suicidio.<sup>82</sup> Inoltre, il quesito in questione mira anzitutto a superare, data l'inerzia del Legislatore, la punizione di una condotta che risulta contigua, seppur diversa, a quella dell'aiuto al suicidio e in secondo luogo ad eliminare la discriminazione di tutti gli individui che non sono in condizione di ottenere una morte volontaria attraverso la somministrazione autonoma del farmaco letale. Viene sottolineato, in aggiunta, che la fattispecie dell'aiuto al suicidio e quella dell'omicidio del consenziente differiscono in alcuni elementi ma, allo stesso tempo, si rivelano analoghe in altri, come per esempio rispetto all'esito risultante da entrambi i casi e in ordine al rilievo della dignità soggettiva personale del soggetto<sup>83</sup>.

Il risultato oggettivo del successo del referendum è, quindi, quello di fare venir meno il divieto assoluto dell'eutanasia e quello di rendere lecita, dal punto di vista penale, “l'uccisione di una persona con il consenso di essa, esclusi i casi in cui tale consenso risulti invalido per incapacità dell'offeso o per un vizio della sua formazione”<sup>84</sup>; inoltre verrebbe sancita, a differenza di quanto avviene allo stato, la piena disponibilità della vita da parte dei soggetti che sono nella condizione di prestare consenso valido alla propria morte.

La risposta della Corte costituzionale non lascia spazio a interpretazioni di sorta: con la sentenza n. 50 afferma l'inammissibilità della richiesta di referendum abrogativo poiché

---

<sup>81</sup> Codice Penale-art. 579 - “*Omicidio del consenziente*”, in [www.gazzettaufficiale.it](http://www.gazzettaufficiale.it)

<sup>82</sup> Corte costituzionale, sentenza n. 50/2022, in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it)

<sup>83</sup> Ibidem.

<sup>84</sup> Ibidem.

esso, rendendo lecito l'omicidio di chiunque abbia prestato un consenso valido, priva la vita della tutela minima richiesta dalla Costituzione.<sup>85</sup>

Nello specifico, la sentenza riassume il quesito in questione e sottolinea come l'approvazione del referendum renderebbe lecita l'uccisione di chi vi abbia validamente consentito, indipendentemente “dai motivi per cui il consenso è prestato, dalle forme in cui esso è espresso, dalla qualità dell'autore del fatto e dai modi in cui la morte è provocata”<sup>86</sup>.

Dunque, secondo la Corte, la liceità andrebbe ben oltre i casi in cui la fine dell'esistenza è voluta dal consenziente prigioniero del suo corpo, in conseguenza di una malattia irreversibile e di dolori e sofferenze intollerabili.

La sentenza sottolinea come l'incriminazione dell'omicidio del consenziente risponde, nel quadro costituzionale, alla finalità di tutelare il diritto alla vita, specialmente, ma non solo, delle persone più fragili e vulnerabili di fronte a decisioni di estrema delicatezza, come potrebbe essere il proposito suicidario e l'assistenza ad esso, correlate a situazioni di difficoltà e/o sofferenza.<sup>87</sup> Tuttavia, la tutela della vita umana, tanto ambita dalla Costituzione, si rivela non essere garantita dalla punibilità nei soli tre casi di consenso invalido previsti dall'articolo nella sentenza in questione. Le situazioni di fragilità, infatti, non sono limitate alle ipotesi previste, ovvero alla minore età, infermità di mente e deficienza psichica, ma possono essere collegate, oltre che alle condizioni di salute, anche ad altri elementi di varia natura, quali possono essere, ad esempio, fattori affettivi, familiari, sociali o economici.

In sintesi, la sentenza rifiuta nettamente la richiesta avanzata dal referendum popolare in merito all'abrogazione parziale dell'articolo 579 del c.p., puntando sul fatto che “l'esigenza di tutela della vita umana contro la collaborazione da parte di terzi a scelte autodistruttive [...], che possono risultare, comunque sia, non adeguatamente ponderate, va oltre la stessa categoria dei soggetti vulnerabili”<sup>88</sup>.

L'ultimo provvedimento giurisdizionale in materia di eutanasia e fine vita non aggiunge, di fatto, nulla di nuovo alle precedenti disposizioni in materia. Con la

---

<sup>85</sup> Ufficio comunicazione e stampa della Corte costituzionale, “*Inammissibile il quesito sull'omicidio del consenziente: non assicura la tutela minima del diritto alla vita*”, comunicato del 2 marzo 2022, p. 1

<sup>86</sup> Ibidem.

<sup>87</sup> Ivi, p. 2.

<sup>88</sup> “*Inammissibile il quesito sull'omicidio del consenziente: non assicura la tutela minima del diritto alla vita*”, cit.

sentenza n. 135 depositata a luglio dell'anno corrente, la Corte costituzionale si esprime, ancora una volta, in materia di suicidio assistito ribadendo, in assenza di una legge che lo regoli adeguatamente, i requisiti previsti dalla sentenza n. 242/2019: “l’irreversibilità della patologia, la presenza di sofferenze fisiche o psicologiche, che il paziente reputa intollerabili, la dipendenza del paziente da trattamenti di sostegno vitale, la capacità del paziente di prendere decisioni libere e consapevoli devono essere accertati dal servizio sanitario nazionale, con le modalità procedurali stabilite in quella sentenza”.<sup>89</sup>

Dunque, allo stato attuale, in Italia, sia l'eutanasia attiva che l'eutanasia indiretta sono penalmente punite e vietate dall'ordinamento; sono, invece, considerate penalmente lecite forme di eutanasia passiva, praticata astenendosi dall'intervenire per tenere in vita il paziente sofferente, soprattutto quando l'interruzione delle cure ha come obiettivo quello di evitare l'accanimento terapeutico. La sentenza n. 242/2019 pur permettendo, a determinate condizioni, una procedura lecita in ambito di suicidio assistito, rende possibile al soggetto interessato procurarsi la morte assistita solamente in modo autonomo, ma se esso, per motivi di varia natura, è impossibilitato a farlo, rimane escluso dal medesimo diritto. Ciò mette in luce la necessità di nuovi interventi normativi, l'esigenza di ammettere l'eutanasia attiva e di dotare la materia di una consona disciplina organica, al fine di eliminare le discriminazioni e le diseguaglianze tra i diversi tipi di malati<sup>90</sup>.

Dunque, con la sentenza n. 242/2019, la Corte costituzionale ha aperto una possibilità ad accedere all'aiuto medico a morire. Tuttavia, l'intervento della Consulta ha lasciato incertezze procedurali e mancanza di chiarezza su vari aspetti, in particolar modo su quanto è richiesto alla figura del medico, ovvero su quanto può e deve fare in situazioni critiche. A questo proposito, viene utile prendere in considerazione la recentissima proposta normativa di una “legge gentile” per l'aiuto medico a morire, sviluppata nel luglio 2022 da un gruppo di studio interdisciplinare<sup>91</sup>, il quale suggerisce una

---

<sup>89</sup> Ufficio Comunicazione e Stampa della Corte costituzionale, “*Suicidio assistito: la Corte costituzionale ribadisce gli attuali requisiti e ne precisa il significato*”, comunicato del 18 luglio 2024, p. 1

<sup>90</sup> “*Il quesito referendario per l'eutanasia legale*”, <https://referendum.eutanasialegale.it/il-quesito-referendario/>

<sup>91</sup> Azzalini M., Busatta L., Benciolini P., Cadamuro E., Giardina F., Orsi L., Palermo E., Piccinni M., Provolo D., Rodriguez D., Vergano M., Zatti P., parte del gruppo di lavoro “Per un Diritto Gentile”, dell'Università di Padova, che ha come obiettivo la promozione di un modo innovativo di fare diritto nel campo della salute e della relazione di cura; un diritto, appunto, “gentile”, che prende forma a partire

regolamentazione completa e non limitata alla riformulazione di alcune fattispecie di reato<sup>92</sup>. Un intervento normativo, dunque, che contenga “una disciplina dei diritti e degli obblighi di prestazione che sorgono quando vi sia una estrema richiesta di aiuto a morire rivolta dal paziente al proprio medico”<sup>93</sup>.

La proposta di legge in questione, nominata “Prova di testo normativo in materia di aiuto medico a morire”, è composta da 7 articoli, in cui si possono individuare quattro aspetti caratterizzanti:

- 1) la scelta di un ambito di regolazione ampio del fenomeno indicato come “aiuto medico a morire”;
- 2) l’individuazione di ampi requisiti di accesso;
- 3) la predisposizione di un’articolata procedura di accesso che solamente la richiesta del paziente può attivare e che coinvolge differenti professionisti ed organi istituzionali;
- 4) la mancata previsione dell’obiezione di coscienza, dovuta alla scelta di rimettere la prestazione di aiuto medico a morire alla disponibilità del personale sanitario.

Il punto su cui va posta più attenzione è sicuramente il secondo, riguardante i requisiti di accesso, in cui si è tradotta la difficoltà di individuare limiti d’accesso, giustificati dalla duplice esigenza, da un lato, di proteggere le persone più fragili e vulnerabili dalle loro stesse decisioni e, dall’altro, di rispettare il mandato dell’agire professionale del medico, identificando linee di confine, che non siano ingiustificatamente discriminatorie, tra chi può e chi non può accedere alla prestazione di aiuto medico a morire<sup>94</sup>.

Dunque, il compromesso raggiunto è quello di affiancare un elemento oggettivo, cioè la presenza di una patologia irreversibile, ad un elemento soggettivo, ovvero le sofferenze fisiche o psichiche intollerabili per il richiedente. L’essere dipendenti da trattamenti di sostegno vitali, requisito oggettivo previsto dalla Corte costituzionale, viene reputato

---

dalla conoscenza e comprensione della realtà umana e professionale della relazione, tanto dei suoi aspetti etici e scientifici quanto del suo vissuto, in <https://www.dirittogentile.it>

<sup>92</sup> Piccinni M., “Una legge ‘gentile’ sull’aiuto medico a morire?”, in *BioLaw Journal - Rivista di Biodiritto*, 1/2023, p. 169.

<sup>93</sup> *Ibidem*.

<sup>94</sup> Piccinni M., cit. p. 172.

irragionevole. Oltre a ciò, la proposta normativa suggerisce di prescindere dalla capacità legale di agire, prevista dalla già nota legge n. 219/2017, e di fare riferimento alla sola capacità di prendere decisioni libere e consapevoli; scelta che apre la possibilità di accedere alla richiesta anche ai minori di età o a persone la cui capacità legale è limitata<sup>95</sup>. L'idea di fondo è che, di fronte ad una scelta di tale importanza, è necessario, sia per il paziente che per il medico, un accertamento della capacità in concreto, da svolgersi nell'ambito della relazione di cura.

Per quanto riguarda il terzo punto, la procedura di accesso ha come obiettivo quello di verificare con certezza la libertà e la consapevolezza della richiesta, oltre alla persistenza della volontà del paziente di avvalersi di un aiuto medico a morire. Il procedimento, infatti, è distinto in tre fasi: la fase iniziale ha inizio solo nel momento in cui il paziente lo richiede e si compie nell'ambito del rapporto tra paziente e medico cui la richiesta è rivolta, il quale ha il dovere di verificare la presenza dei requisiti richiesti e di fornire informazioni su percorsi di cure alternativi. La seconda fase, avviata dal medico alla conferma del paziente di voler essere aiutato a morire, consiste nella verifica delle condizioni da parte della Direzione sanitaria competente, la quale si avvale di un Collegio, istituito in base alla singolarità della richiesta e formato da un medico responsabile, almeno un altro medico esperto della patologia in questione, un medico legale, uno psicologo clinico e ulteriori esperti necessari, che ha la responsabilità di accogliere o meno la richiesta del paziente. Da ultimo, una volta che il Collegio accoglie la richiesta e lo comunica alla Direzione sanitaria, si provvede all'individuazione di medico e personale che forniranno la prestazione di aiuto medico a morire, che deve essere eseguita, solo dopo un'ulteriore verifica della persistenza della volontà della persona, nelle modalità concordate più adeguate alle condizioni ed esigenze del paziente.<sup>96</sup>

Il punto 4 prevede un meccanismo alternativo all'istituto dell'obiezione di coscienza: alla logica dell'obiezione, per cui la legge riconosce al paziente un diritto, ma attribuisce al medico la facoltà di obiettare, non prestando la propria opera, si sostituisce una logica vicina a quella delle "professioni intellettuali" delle disponibilità del personale sanitario. Dunque, la legge riconosce al paziente un diritto e prevede un

---

<sup>95</sup> Ivi, p. 173.

<sup>96</sup> Ivi, p. 175.

relativo obbligo di prestazione a carico del servizio sanitario pubblico, il quale ha il dovere di garantire lo svolgimento della procedura di aiuto medico a morire e la disponibilità del personale medico necessario alla realizzazione.<sup>97</sup>

Pertanto, la prova di testo in questione si presenta come strumento e proposta per riflettere su due questioni: l'opportunità di un intervento legislativo e la possibilità di una disciplina "gentile" nel delicato ambito che è quello del fine vita.

---

<sup>97</sup> Ivi, p. 176.

### **CAPITOLO 3: EL TEMA DE LA EUTANASIA EN ESPAÑA**

Affrontato il delicato tema dell'eutanasia e la sua evoluzione nei diversi Paesi europei, con particolare attenzione alla complicata situazione dell'Italia, il terzo e ultimo capitolo della tesi si propone di illustrare l'approccio alla questione sul fine vita della Penisola Iberica.

Negli ultimi anni, infatti, la legislazione spagnola sull'eutanasia e la morte assistita ha subito un profondo cambiamento: l'approvazione della *Ley Orgánica de regulación de la Eutanasia* rende legale l'assistenza medica alla morte per pazienti affetti da patologie gravi ed irreversibili, segnando così la fine di un lungo storico dibattito etico e sociale.

Obiettivo del capitolo è, dunque, quello di prendere in esame la legge in questione, mettendone in rilievo gli aspetti più salienti, e concentrarsi, in un secondo momento, sui casi più emblematici che hanno dato vita al dibattito sull'eutanasia e che hanno, in qualche modo, contribuito all'evoluzione legislativa del tema in questione.

#### **3.1 INTRODUCCIÓN A LA MUERTE ASISTIDA**

El delicado tema de la eutanasia y de la muerte asistida siempre ha sido objeto de discusión en la historia democrática española, así como en todo el mundo.

Aunque la legalización de la muerte asistida ha ocurrido más de cuarenta años después de la aprobación, en 1978, de la Constitución española, ya desde el final de los años ochenta siempre hubo un apoyo social mayoritario a su regulación. De hecho, como demuestran varios estudios, la mayoría de la sociedad española se revela favorable desde siempre a la eutanasia: en 1988 más del 50% de los ciudadanos participantes a un cuestionario del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) responden en modo afirmativo a la cuestión de si “un enfermo incurable tiene derecho a que los médicos le proporcionen algún producto para poner fin a su vida sin dolor” y el 60% considera que “un médico debería tener la posibilidad de acabar sin dolor con la vida de un enfermo incurable si este lo pide libremente”<sup>98</sup>. Estos porcentajes no sólo se mantienen en los

---

<sup>98</sup> Arruego, G., “*El camino hasta la legalización de la muerte asistida en España*”, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, n. 3/2021, p. 227

años siguientes, sino que aumentan cada año más, hasta alcanzar el 65% en el año 1995<sup>99</sup> y el 87% en abril de 2019.

El aspecto más relevante que surge de los cuestionarios del CIS es que la mayoría de los participantes, para ser precisos el 73,6%, apoya y opina que se debería regular por ley la eutanasia, pero, en cambio, el porcentaje se reduce notablemente cuando se trata de suicidio asistido<sup>100</sup>. Efectivamente, cuando lo que se pregunta es si la ley debería permitir que el médico proporcione al enfermo los medios necesarios para que sea él quien termine con su vida, las personas que responden afirmativamente son considerablemente menos<sup>101</sup>. Esto se debe a que la segunda práctica genera más dudas: “el debate [...] quizá está menos maduro, sea menos explícito, esté más influenciado por aprioris culturales ajenos a cualquier tipo de razonamiento lógico”<sup>102</sup>.

Por lo tanto, el debate sobre la eutanasia en la Península Ibérica no solo existe y dura desde hace muchos años, sino se alimenta cada vez más a través de discusiones que reconocen el derecho a morir de manera digna, sobretodo después de la nota sentencia del Tribunal Constitucional de España<sup>103</sup>, por la cual no existe una dimensión negativa del derecho a la vida, constitucionalmente garantizado.

De hecho, el fundamento de esta manera de pensar y del tema en cuestión se basa en el artículo 15 de la Constitución Española, que afirma lo siguiente:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes [...]”<sup>104</sup>

El derecho a la vida, por supuesto, es, por tanto, inviolable y protegido por la Constitución. Sin embargo, para gran parte de la doctrina, este derecho a la vida no debe ser transformado en la obligación de vivir cueste lo que cueste, o sea en cualquier condición, y también no excluye que pueda existir aún un derecho a morir dignamente reconocido a través de una interpretación sistemática de varios artículos de la

---

<sup>99</sup> CIS, Estudio n. 2203, pregunta 17

<sup>100</sup> “*El camino hasta la legalización de la muerte asistida en España*”, cit., p. 228

<sup>101</sup> CIS, Estudio n. 2203, pregunta 25

<sup>102</sup> Serrano R., Heredia A., “*Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido*”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 161, 2018, 118

<sup>103</sup> Sentencia del Tribunal Constitucional n. 120/1990

<sup>104</sup> Artículo 15 de la Constitución Española, BOE núm. 311, de 29/12/1978, en <https://www.boe.es>

Constitución Española. En particular, de los dos derechos más importantes para cada individuo, o sea el a la libertad y el a la igualdad, pero también de la dignidad humana y el libre desarrollo de la personalidad (art. 10 Constitución), la prohibición de tratos degradantes (art. 15), de la libertad ideológica (art. 16) y del derecho a la intimidad personal (art. 18).<sup>105</sup>

Además de los anteriormente mencionados artículos de la Constitución, un ulterior principio de fundamental importancia en materia de fin de vida es el principio de autonomía: esto último, en efecto, permite explicar el vigente régimen jurídico de los derechos del paciente enfermo con relación a toda intervención en su cuerpo y salud. En concreto, en el caso del ordenamiento jurídico español, se hace referencia a la Ley 41/2002, o sea la “Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica<sup>106</sup>”, la cual marca el reconocimiento de la capacidad de autodeterminación respecto de la propia salud.

Adicionalmente, la ley en cuestión afirma que “toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere el previo consentimiento de los pacientes tras haber recibido una información adecuada”. Esta previsión se extiende, por consecuencia, al derecho a decidir libremente entre las diversas opciones clínicas a disposición, a negarse al tratamiento si no querido y también a revocar en todo momento el consentimiento otorgado inicialmente<sup>107</sup>.

Esto significa que en el derecho español, al amparo de su derecho a la integridad personal, toda persona capaz puede potencialmente, en una decisión libre y responsable, rechazar cualquier intervención médica aun cuando la misma decisión comporte de manera inevitable su muerte, incluso con la necesaria asistencia de terceros si sus circunstancias personales lo exigen<sup>108</sup>. Prevalece, pues, la libertad de decisión de cada sujeto.

---

<sup>105</sup> Adamo U., “L’aiuto a morire nell’ordinamento spagnolo e definizione del contesto eutanasiaco”, in *BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto*, n. 3/2021, p. 203

<sup>106</sup> Ley 41/2002, BOE núm. 274, de 15/11/2002, en <https://www.boe.es>

<sup>107</sup> Ivi, art. 2.4.

<sup>108</sup> “El camino hasta la legalización de la muerte asistida en España”, cit., p. 235

La apremiante solicitud de una muerte digna formulada por gran parte de la población representa un estímulo para aumentar el activismo del Parlamento, con el fin de una cada vez más amplia aplicación del texto constitucional<sup>109</sup>.

En resumen, los acontecimientos legislativos que conducen a la legalización de la eutanasia y de la muerte asistida en España se aceleran a partir de 2017: la primera iniciativa para regularla es la “Proposición de Ley Orgánica sobre la eutanasia” presentada por el *Grupo Parlamentario Confederal de Unidos Podemos-En Comú Podem-En Marea* que, sin embargo, no supera el trámite de toma en consideración en el Congreso y, aunque reiterada en 2019, caduca como consecuencia de la disolución de las Cámaras en el mismo año. Otro Grupo Parlamentario presenta, en 2018, su “Proposición de Ley Orgánica de regulación de la eutanasia”, que también caduca por la disolución del Parlamento en marzo de 2019. En el mes de septiembre del mismo año hay otra expiración de la precedente ley, presentada con algunas modificaciones, debido a la nueva disolución de las Cortes Generales.<sup>110</sup>

La iniciativa es reiterada por tercera vez en el mes de enero de 2020 y viene tomada en consideración un mes más tarde, por una amplia mayoría de 203 votos a favor y 140 en contra. La misma viene aprobada definitivamente como la “Ley Orgánica de regulación de la eutanasia” poco más de un año después.<sup>111</sup>

### **3.2 LA LEY ORGÁNICA 3/2021 DE REGULACIÓN DE LA EUTANASIA**

Después varias propuestas legislativas, siempre caducadas como consecuencia de la disolución primero de las Cámaras, luego del Parlamento y finalmente de las Cortes Generales, el 24 de marzo de 2021 viene propuesta la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia.

Antes de todo es necesario dar una definición del término “eutanasia”, que significa etimológicamente “buena muerte” y básicamente es “el acto deliberado de dar fin a la vida de una persona, producido por voluntad expresa de la propia persona y con el objeto de evitar un sufrimiento”<sup>112</sup>.

---

<sup>109</sup> “*L’aiuto a morire nell’ordinamento spagnolo e definizione del contesto eutanasiaco*”, cit.

<sup>110</sup> “*El camino hasta la legalización de la muerte asistida en España*”, cit., p. 237

<sup>111</sup> *Ibidem*.

<sup>112</sup> Preámbulo de la Ley Orgánica 3/2021, BOE núm. 72, de 25/03/2021, en <https://www.boe.es>

La presente ley, que entra en vigor desde el 25 de junio del mismo año y pretende dar una respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista a una demanda sostenida de la sociedad actual como es la eutanasia, disciplina la ayuda a morir, modificando también el artículo 143 del Código Penal.

Partimos precisamente de este último, el cual hace referencia a los individuos que inducen o colaboran en el suicidio de una persona y la correspondiente pena de prisión; ese dice como sigue:

“1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años. 2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona. [...] 4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte [...] será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo<sup>113</sup>”.

Sin embargo, con la última actualización de 25/03/2021 en seguida a la entrada en vigor de la ley en cuestión, viene añadido un quinto apartado, relevante para el presente estudio. En él, de hecho, se indica que no incurre en responsabilidad penal quien cause o coopere activamente a la muerte de otra persona cumpliendo lo establecido en la ley orgánica reguladora de la eutanasia.

Lo que es necesario subrayar es que, a pesar de que en el texto legal se menciona expresamente la eutanasia, en realidad la norma no se refiere exclusivamente a esta práctica, sino a la más general “prestación de ayuda a morir”, que puede ser tanto la eutanasia como el suicidio asistido. Tal expresión consiste en el derecho a solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir que corresponde a cualquier persona que cumpla las condiciones exigidas por la Ley.<sup>114</sup> En particular, dicha prestación consta en proporcionar los medios necesarios a un sujeto que manifieste el deseo de morir, de acuerdo al procedimiento y garantías establecidos en la Ley Orgánica.

---

<sup>113</sup> art. 143 Código Penal

<sup>114</sup> “*Información básica para conocer la ley de regulación de la eutanasia*”, Ministerio de Sanidad, en <https://www.sanidad.gob.es>

Según la ley, las modalidades de prestación de ayuda a morir son dos: el paciente tiene derecho a elegir entre o la administración directa de una sustancia letal por parte de profesional sanitario competente (eutanasia), o la prescripción de la misma por parte de personal sanitario de una misma sustancia, de manera que el enfermo se la pueda administrar autónomamente, causando su propia muerte (suicidio asistido)<sup>115</sup>.

Por lo tanto, en el ordenamiento jurídico español se introduce la ayuda medicalizada a morir como un auténtico derecho individual, garantizado a quien está en una situación de padecimiento grave, crónico e incapacitante o de enfermedad grave e incurable, afligido por sufrimientos insostenibles que no pueden ser aliviados en condiciones que considere aceptables.

La ley establece para solicitar la prestación de ayuda para morir requisitos estrictos y bien definidos. La persona que quiere recibir la prestación debe necesariamente:

- 1) tener la nacionalidad española o residencia legal en España, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud;
- 2) disponer por escrito de la información que exista sobre el propio proceso médico, las diversas alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales;
- 3) haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días entre las dos;
- 4) sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en la Ley, certificada por el médico responsable;
- 5) prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir.

Como se puede observar, los requisitos son muy específicos y en relación con el punto 4 la Ley especifica aún más las condiciones necesarias: con “enfermedad grave e incurable” se entiende la que por su naturaleza origina sufrimientos físicos o psíquicos constantes e insostenibles, sin alguna posibilidad de alivio tolerable y con un pronóstico

---

<sup>115</sup> Ibidem.

de vida limitado, en un contexto de progresiva fragilidad como puede ser, por ejemplo, un cáncer, la insuficiencia de un órgano o una pluripatología asociada a la edad<sup>116</sup>; en cambio, con “padecimiento grave, crónico e imposibilitante” se hace referencia a una situación en que las limitaciones inciden directamente sobre la autonomía física y las actividades de la vida diaria, de manera que no permite valerse por sí mismo, así como sobre la capacidad de expresión y relación, sin posibilidad de curación o mejoría apreciable, como por ejemplo unas enfermedades neurodegenerativas o la demencia<sup>117</sup>.

Así como los requisitos, también para el procedimiento la Ley prevé pasos bien definidos. Estos pasos, que si todo va bien suponen entre los 30 y los 40 días, están previstos para certificar que la solicitud es personal, firme, libre, meditada y acorde a lo previsto por la Ley.

El paciente debe escribir la primera solicitud y presentarla al médico; este último, una vez recibida y verificado que los requisitos previamente mencionados se cumplen, en el plazo máximo de dos días naturales realiza con el paciente un proceso deliberativo sobre su diagnóstico, posibilidades terapéuticas y resultados esperables, asegurándose de que comprende la información que se le facilita. La misma información, en el plazo máximo de cinco días, debe ser facilitada también por escrito.<sup>118</sup>

Como mínimo quince días después de la primera solicitud, el interesado debe presentar su segunda petición ante el médico responsable, a continuación de la cual tiene lugar un nuevo proceso deliberativo, donde el paciente puede confirmar su voluntad y firmar el consentimiento informado o, al contrario, en presencia de cualquier duda, decidirse a desistir de la solicitud de prestación de ayuda a morir.

En el caso de que el interesado manifestara el deseo de continuar con el proceso, el médico responsable tiene que comunicar esta circunstancia al equipo asistencial, especialmente a los profesionales de enfermería, así como a los familiares o allegados que el paciente solicitara.

Después de eso, el médico responsable debe consultar a otro médico consultor, quien estudia la historia clínica del paciente, lo examina atentamente y corrobora el cumplimiento de los requisitos establecidos anteriormente. Luego elabora un informe,

---

<sup>116</sup> Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD), “Cómo solicitar una eutanasia”, en <https://www.derechoamorar.org>

<sup>117</sup> Ibidem.

<sup>118</sup> “Procedimiento a seguir por el médico responsable cuando exista una solicitud de prestación de ayuda para morir”, Artículo 8 de la Ley Orgánica 3/2021, BOE núm. 72, de 25/03/2021, en <https://www.boe.es>

cuyas conclusiones tienen que ser comunicadas al enfermo solicitante dentro de veinticuatro horas.<sup>119</sup>

Es importante resaltar que dicho informe puede ser favorable como desfavorable: en el segundo caso, o sea si el médico consultor no cumple todas las condiciones necesarias, el médico responsable tiene que motivar la razón por escrito. Pero no obstante, el paciente puede recurrir, en el plazo máximo de quince días, a la Comisión de Garantía y Evaluación propia de su Comunidad Autónoma o Ciudad Autónoma.

También en caso favorable, o sea una vez cumplido todo lo necesario, el médico responsable tiene que poner todos los documentos en conocimiento del presidente de la CGE, al efecto de que se realice el control previo, antes de la realización de la prestación de ayuda para morir, previsto en el artículo 10.<sup>120</sup>

El presidente de la Comisión de Garantía y Evaluación designa, entonces, a dos personas específicas, un médico y un jurista, que examinan una vez más la historia clínica y verifican que concurren los requisitos y condiciones necesarios para recibir la prestación de ayuda a morir. En dos días la presidencia tiene que comunicar el resultado: si es desfavorable el paciente tiene quince días para reclamar al pleno de la CGE y puede también, como última vía, poner un recurso contencioso-administrativo.

En cambio, si la resolución es positiva, la realización de la prestación de ayuda a morir tiene que ser efectuada con el máximo cuidado y profesionalidad por parte de los profesionales sanitarios, con aplicación de los protocolos correspondientes, en los que son contenidos los criterios en cuanto a forma y tiempo de la realización de la prestación<sup>121</sup>.

El paciente tiene el derecho de comunicar al médico responsable la modalidad en la que quiere recibir la prestación de ayuda para morir: en caso de que solicite la eutanasia, el médico responsable, junto con el resto de profesionales sanitarios, asisten al enfermo hasta el momento de su muerte. En cambio, en caso de que el paciente solicite el suicidio asistido, médico responsable y personal sanitario prescriben la sustancia letal que el

---

<sup>119</sup> Ibidem.

<sup>120</sup> Ibidem.

<sup>121</sup> "Realización de la prestación de ayuda para morir", Artículo 11 de la Ley Orgánica 3/2021, BOE núm. 72, de 25/03/2021, en <https://www.boe.es>

propio asistido se va a autoadministrar y, luego, mantienen la debida tarea de observación y apoyo hasta el momento del fallecimiento<sup>122</sup>.

Obviamente, la Ley no establece un plazo para finalizar la prestación; es el paciente el que decide día, hora, lugar, quien estará presente etc. y, además, tiene el derecho al aplazamiento durante el tiempo que desee.

En suma, la ley articula un procedimiento con más garantías que las presentes en otras normas de contenido similar. En dicho extenso procedimiento se verifica con carácter previo, en tres diferentes ocasiones y por tres distintos sujetos, que se cumplen todas las ineludibles condiciones que dan acceso legalmente a la muerte asistida.

En conclusión, la aprobación de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia hace de España el sexto País al mundo, después Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Nueva Zelanda, en reconocer un derecho a un fin de vida dignitoso. Constituye una respuesta a una demanda de la sociedad civil que supera las diferencias ideológicas y que demuestra lo democrático y maduro que es la Península Ibérica.

La normativa, fruto de un largo y complejo debate, no representa solamente un cambio legislativo, sino también un paso hacia una sociedad que reconoce y tutela el derecho de cada individuo a la autonomía y a la dignidad personal.

### **3.3 ANTES DE LA LEY 3/2021**

Como ya se ha dicho, en España el tema de la eutanasia y del derecho individual a una muerte digna ha sido el centro de un largo e complejo debate social y jurídico, marcado de manera indeleble por dos acontecimientos particularmente emblemáticos: los de Ramón Sampedro y de María José Carrasco.

Ramón Sampedro, tetrapléjico después de un grave accidente en 1968, lucha por más de veinticinco años para obtener el derecho a morir; batalla que no logra ver cumplida legalmente, pero que lleva a la atención del país y de la comunidad internacional el tema de la eutanasia. Su historia es, luego, narrada en la película biográfica-dramática “Mar adentro”, dirigida por Alejandro Amenábar en 2004, que contribuye a sensibilizar considerablemente a la opinión pública.

---

<sup>122</sup> Ibidem.

Décadas más tarde, en 2019, el caso de María José Carrasco, afectada por una seria enfermedad degenerativa, reabre el debate: el marido, Ángel Hernández, ayuda a María José a morir, suscitando una ola de discusiones y solidaridad que desembocan en un renovado compromiso legislativo sobre el tema de la eutanasia.

Estos acaecimientos han sido clave para la consecución del derecho a morir dignamente y han contribuido, cada uno a su manera, a moldear el camino que lleva a la previamente mencionada aprobación de la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en 2021.

Partiendo del primer caso, Ramón Sampredo es un marinero gallego que en 1968, sólo a los 25 años, tiene un grave accidente: luego de caer desde una roca en marea baja, golpea su cabeza contra la arena y se provoca una irremediable fractura en su vértebra cervical séptima, dejándolo tetraplégico<sup>123</sup>. Tras permanecer otros veinticinco años en cama, en 1993 inicia un largo proceso legal para solicitar una ayuda para morir, ayuda que le es negada en la mayoría de los tribunales por defectos de forma.

La vida a la que está confinado Sampredo en su condición de tetraplégico es la de un “cerebro sin cuerpo”, donde su mente se halla atrapada en la deformidad de su cuerpo, como la describe él mismo en su libro, escrito usando un bolígrafo con la boca, “Cartas desde el Infierno”. Él considera su vida como un infierno, como una fealdad miserable, una humillación y vergüenza, y ve en una muerte digna la única manera de escapar de su esclavitud, el único ejercicio posible de su libertad.

Durante toda su vida lucha legalmente para morir asistidamente y de manera digna y presenta múltiples denuncias: primero, en 1993, somete una demanda ante el Juzgado V de Barcelona, a través de la cual solicita algunos fármacos para apaciguar sus angustias físicas y psíquicas. La misma viene desestimada el año siguiente, lo que lleva Sampredo a solicitar una audiencia al Tribunal de Justicia de Coruña, en el mes de noviembre de 1996, el cual responde que el apoyo en el suicidio de otras personas representa un delito penado por la ley y convierte en culpable a aquel sujeto que le ayudara en su acción de suicidio o muerte digna.<sup>124</sup>

La batalla de Sampredo llega hasta el Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo, pero, incluso en este caso, sin resolución oportuna. Empero, después del fracaso de

---

<sup>123</sup> Beltrán Ulate E. J., “Consideraciones bioéticas en torno al caso de Ramón Sampredo”, Revista Colombiana de Bioética, vol. 7, núm. 2, 2021, pp- 144-155.

<sup>124</sup> Ibidem.

múltiples denuncias en distintos juzgados<sup>125</sup> aunado a las constantes disputas en diferentes medios de comunicación, el gallego decide, el 12 de enero de 1998, poner fin a su vida ingiriendo una dosis letal de cianuro potásico.

La noticia de su suicidio, con la grabación de su muerte, que Sampedro pide sea enviada a la televisión como prueba de que la suya ha sido una decisión libre y consciente, acerca por primera vez a la opinión pública española el problema de la eutanasia, suponiendo el arranque del movimiento ciudadano por una muerte digna.

Con el video grabado en sus últimos minutos de vida, se descubre la existencia de un conjunto de personas que han prestado ayuda a Sampedro en su proyecto de muerte: además de las manos que le acercan el vaso con agua y cianuro, también se confabula un grupo de personas de manera comunicada a favor de la voluntad del hombre; así pues, uno compra el veneno, otro prepara el brebaje que, de mano en mano, llega al alcance de Sampedro. De tal modo, no existe un verdadero cómplice de la muerte: once personas en total participan en el deceso mediante acciones aisladas, ninguna de las cuales constituye un delito.<sup>126</sup> De hecho, se abre un proceso que, sin embargo, se cierra rápidamente: la dinámica ideada por Sampedro no permite a la justicia acusar a nadie y, además, parte una campaña apoyada por muchos medios de comunicación, en la que más de diez mil personas se acusan de haber provocado la muerte del gallego.

“Considero que vivir es un derecho, no una obligación. He sido obligado a soportar esta penosa situación durante 28 años, cuatro meses y algunos días. (...) Solo el tiempo y la evolución de las conciencias decidirán algún día si mi petición era razonable o no”.<sup>127</sup>

Estas son las últimas palabras pronunciadas por Sampedro antes de beberse el veneno; palabras que, juntos a la muerte de Ramón, tienen un enorme impacto social, tal que en marzo de 1998 el Senado, influenciado por esto, constituye una Comisión sobre la eutanasia y el derecho a una muerte digna, que muere con la legislatura, en el año 2000, sin llegar a ninguna conclusión.<sup>128</sup>

---

<sup>125</sup> Milá M., “*Entrevista a Ramon Sampedro*”, 1995

<sup>126</sup> Prades J., “*La verdad sobre el caso Ramón Sampedro*”, El País, febrero de 1998

<sup>127</sup> Marull D. R., “Así logró Ramón Sampedro su muerte digna hace 20 años”, en La Vanguardia, 2018

<sup>128</sup> Marín F., “*Ramón Sampedro: el inicio de un movimiento ciudadano*”, p. 12, Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD)

A pesar de eso, lo que es importante subrayar de todo este asunto es que la lucha de Sampedro coloca el tema de la eutanasia y del suicidio asistido en el centro del debate público y político, que antes era inexistente y constituía un tabú.

Además de esto, la historia de Sampedro ha provocado un notable incremento en la formación de movimientos sociales y asociaciones que promocionan y abogan por la legalización de la eutanasia. La más famosa de dichas asociaciones, en España, es la organización *Derecho a Morir Dignamente* (DMD) que, con su lema “Luchamos por ampliar los derechos al final de la vida. Queremos que puedas decidir libremente tu muerte, que se respeten tus valores y no tengas que recurrir ni al exilio ni a la clandestinidad”, tiene como objetivo el de informar y educar la sociedad sobre el tema del fin de vida, además de presionar para reformas legales que permitan a los ciudadanos tener mayor control sobre el final de sus vidas.

El cambio legislativo que enfrenta la Península Ibérica con la aprobación de la Ley Orgánica en 2021 es en buena medida el resultado de la sensibilización social iniciada por el caso de Sampedro y de otros casos similares que reavivan el debate.

En los casos similares a los que se hace referencia, se incluye sin duda el de María José Carrasco: ella es una mujer madrileña, secretaria judicial amante del deporte, a la que le diagnostican en 1989, a la edad de 32 años, una esclerosis múltiple, tras de la cual se da cuenta de que su vida ya no irá a ser igual. Con los años va perdiendo la movilidad hasta llevarla a una situación de total dependencia y pérdidas asociadas de visión y de oído. De fundamental importancia en este acontecimiento es el papel de su marido, Ángel Hernández, el cual la cuida a diario y hace todo lo que puede para hacer que la vida de su mujer sea lo más cómoda posible, pero conscientes de que la enfermedad degenerativa que la acompaña terminará inevitablemente por dejarla sin respiración.

A la edad de 61 años, María José Carrasco no puede soportar más la situación: a pesar de los cuidados paliativos, los dolores son constantes y le provocan un sufrimiento insostenible, a los que los médicos responden solo con un aumento de las dosis de morfina, posteriormente al cual declara duramente “*no quiero dormirme, quiero morirme*”. Por lo tanto, María decide planificar su muerte junto a su marido, que, en abril de 2019, la ayuda a morir al suministrarle una sustancia letal que acaba con su vida

y que el matrimonio lleva tres años guardando en su propia casa, a la espera de un cambio en la ley sobre la eutanasia que nunca llega.<sup>129</sup>

Todo sale según lo planeado: el 2 de abril de 2019, en su casa del barrio madrileño Saconia, Ángel Hernández apunta con una cámara a su mujer envuelta en una manta morada la cual, con un diálogo glacial y susurrado, confirma firmemente su voluntad de morir y a la pregunta “*Entonces, ¿quieres insistir y suicidarte?*”, ella responde sin titubeos “*Sí. Cuanto antes mejor*”<sup>130</sup>. El marido pregunta varias veces a su mujer si desea verdaderamente alcanzar la muerte y ella repetidamente responde de manera decidida que sí; entonces los dos acuerdan continuar a la mañana siguiente, cuando el hombre entrega a María una pajita sumergida en un vaso de pentobarbital sódico, líquido que la mujer ingiere, poniendo fin a todos sus sufrimientos.

El trágico vídeo del suicidio asistido, que refleja su dolor y representa el mejor argumento a favor de una muerte digna, es publicado por completo en Youtube por el marido que, luego, llama al SAMUR, servicio de emergencias de España, y se entrega a las autoridades, tras lo cual es detenido. La fiscalía provincial de Madrid pide 6 meses de prisión para el hombre, acusado de cooperación al suicidio; incluso el suceso llega a ser considerado como una posible acción de violencia contra la mujer o de género.<sup>131</sup>

Sin embargo, la desgarradora grabación de Ángel no ha hecho más que reforzar la opinión de políticos y asociaciones sobre la necesidad de regular la eutanasia y eliminarla del código penal. De hecho, el vídeo llega hasta el presidente del Gobierno socialista, Pedro Sánchez, el cual acusa a los partidos de oposición de bloquear repetidamente cualquier intento de reformar la legislación española para permitir que las personas que padecen enfermedades terminales tengan una “muerte digna” y, en vísperas de las elecciones, promete legalizar la eutanasia.

Algunos años más tarde, gracias a la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, Ángel es finalmente absuelto y la fiscalía provincial de Madrid retira su acusación. En este proceso es de significativa importancia también la recogida de firmas por tre partes que se presentan en el Congreso de los Diputados con la doble finalidad de despenalizar la eutanasia y de ayudar a Ángel, acusado injustamente. Con estas tres iniciativas

---

<sup>129</sup> Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), “*Sesión: nombres propios - Rompiendo el tabú - María José Carrasco (2019), España*”

<sup>130</sup> Giojelli C., “*La ley de eutanasia absuelve al hombre que mató a su esposa en un vídeo*”, en <https://www.tempi.it>

<sup>131</sup> López Lama J. M., “*El debate sobre la eutanasia en España*”, Universidad de Oviedo, 2024, p. 22

populares se alcanzan más de un millón de firmas, lo que pone de manifiesto que la población española apoya la eutanasia y que los obstáculos en su aprobación son puestos en el camino por parte del estado y de las leyes.<sup>132</sup>

En conclusión, en estos dos casos de importancia mediática, así como en muchos otros, es posible observar cómo, antes de la aprobación de la Ley Orgánica, las personas afectadas que solicitaban la eutanasia han sido obligadas a recurrir a soluciones tales como el suicidio asistido o los cuidados paliativos, en contra de su verdadero deseo; muestran, además, cómo se sentían solas y con miedo a que la realización de su muerte trajera consigo problemas a quienes les ayudaban a morir.<sup>133</sup>

Juntos, los acontecimientos de Ramón Sampedro y de María José Carrasco dejan una profunda huella en la conciencia colectiva española, convirtiendo casos individuales de sufrimiento y deseo de autonomía en un movimiento social y político que lleva, en 2021, a la histórica legalización de la eutanasia.

---

<sup>132</sup> Ibidem.

<sup>133</sup> Ivi, p. 23.

## CONCLUSIONI

Il tema dell'eutanasia e dell'assistenza medica al suicidio è molto complesso e racchiude in sé diverse sfaccettature: l'obiettivo dei tre capitoli di questa tesi è quello di dare dapprima una definizione etimologica del termine, in modo da dare offrire una prima idea generale sull'argomento.

In seguito si pone l'attenzione sulla fondamentale differenza tra le diverse pratiche, ovvero l'eutanasia attiva, l'eutanasia passiva e il suicidio assistito, che spesso vengono erroneamente confuse e accomunate tra loro, ma che rappresentano, in realtà, modalità e caratteristiche ben distinte.

Il comune denominatore di queste tre pratiche è la richiesta: sia che si tratti di eutanasia che di suicidio assistito, è sempre il paziente colui che deve formulare la richiesta di fine vita; nessun altro può farlo al suo posto, né i familiari più stretti né i medici che lo hanno in cura, fatta esclusione per alcuni casi, quale, per esempio, il caso Englaro<sup>134</sup>. Nel formulare la richiesta il paziente deve sempre essere totalmente capace di intendere e volere, che deve permanere fino al momento della somministrazione, che avviene o da parte del medico o in maniera autonoma, del farmaco letale.

Una volta presentato un quadro generale di come il delicato tema dell'eutanasia è affrontato nei diversi Paesi europei, soprattutto in Olanda, Lussemburgo e Belgio, primi paesi ad averla resa legale, lo sguardo e l'attenzione si fermano sui due Paesi protagonisti di questo elaborato: il nostro Paese, l'Italia, e la Spagna.

Pur non trovandosi in parti opposte del mondo, il trattamento giuridico nei due Paesi non potrebbe che essere più diverso: mentre la Penisola Iberica ha recentemente legalizzato l'eutanasia, con un'apposita legge approvata nel 2021 che consente sia l'eutanasia che il suicidio assistito a pazienti con malattie gravi o croniche o disabilità irreversibili che provocano sofferenze insopportabili e senza prospettive di cura, in Italia la questione resta particolarmente controversa e con un quadro giuridico non del tutto

---

<sup>134</sup> È importante sottolineare che in specifiche condizioni e in presenza di specifici presupposti, colui che richiede l'eutanasia può non essere il paziente. Si tratta di casi tassativamente previsti: ove il malato giace da oltre quindici anni in stato vegetativo permanente, verificato in base a rigorosi apprezzamenti clinici, con conseguente radicale incapacità di rapportarsi al mondo esterno, e sia tenuto artificialmente in vita, la richiesta può essere effettuata dal tutore che lo rappresenta. L'istanza, inoltre, deve essere espressiva, in base ad elementi di prova chiari ed univoci, della voce del paziente, tratta da precedenti dichiarazioni, ovvero dalla sua personalità e stile di vita, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona.

definito. Infatti, l'eutanasia attiva è pratica illegale, il suicidio assistito è stato parzialmente depenalizzato; ma, ad oggi, ancora nessuna specifica legge che regolamenti eutanasia e suicidio assistito è stata approvata.

Dunque, il confronto tra Italia e Spagna rivela come il tema dell'eutanasia e del suicidio assistito, sebbene sia di fondamentale importanza per la dignità umana e il diritto all'autodeterminazione di ciascun individuo, venga trattato e affrontato con approcci e prospettive differenti a seconda del contesto normativo e culturale di ciascuna nazione.

Nonostante lo sviluppo futuro dell'eutanasia in Italia sia ancora incerto, i recenti progressi nella legislazione spagnola indicano che un cambiamento è sempre possibile, soprattutto nel momento in cui la volontà e la consapevolezza popolare spingono e richiedono una maggiore apertura. Esempi concreti, quali il caso Welby e Dj Fabo per l'Italia e quello di Sampedro e Carrasco per la Spagna, dimostrano come i due diversi Paesi hanno interpretato e dato risposta ad una richiesta, sempre maggiore e sempre più sentita, da parte della società per il riconoscimento del diritto all'autodeterminazione e al rispetto per la dignità della persona. Casi come questi presi in esame, insieme a molti altri, hanno sensibilizzato notevolmente l'opinione pubblica, sollevando domande sulle scelte di fine vita e riflessioni sui diritti individuali, e hanno generato un movimento di supporto verso le pratiche in questione, portando il tema dell'eutanasia al centro di un dibattito politico e sociale sempre più attuale.

Concludendo, l'eutanasia rappresenta un tema delicato e complesso, così come in tutto il mondo, anche in Italia in Spagna, sebbene i due Paesi abbiano adottato approcci molto diversi. Mentre la Spagna ha scelto di regolamentare la “dolce morte”, offrendo ai suoi cittadini la possibilità di scegliere per la propria vita in casi di sofferenza estrema, in Italia la questione, oggetto di continui studi e approfondimenti, come per esempio quello svolto dal gruppo interdisciplinare dell'Università di Padova “Per un Diritto Gentile” preso in esame nel capitolo 2.4, rimane controversa e priva di una regolamentazione chiara ed esplicita, lasciando così il dibattito aperto e acceso.

## BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Adamo U., “*L’aiuto a morire nell’ordinamento spagnolo e definizione del contesto eutanasi*”, in BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto, n. 3/2021, p. 203
- Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado, in <https://www.boe.es>
- Arruego, G., “*El camino hasta la legalización de la muerte asistida en España*”, in BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto, n. 3/2021, p. 227
- Asociación Derecho a Morir Dignamente (DMD), “*Sesión: nombres propios - Rompiendo el tabú - María José Carrasco (2019), España*”
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD), “*Cómo solicitar una eutanasia*”, en <https://www.derechoamorir.org>
- Associazione Luca Coscioni, “*Eutanasia*”, in <https://www.associazionelucacoscioni.it>
- Associazione Luca Coscioni, “*Eutanasia in Italia: cos’è e come è vista in Parlamento*”, 2024, in <https://www.associazionelucacoscioni.it>
- Azzalini M., “*Il rifiuto di cure. Riflessioni a margine del caso Welby*”, in La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata, 7-8/2007, 2, p. 316
- Azzalini M., “*Prigionieri del noto? La consulta chiude il caso Cappato ma rischia di perdersi nel ‘labirinto’ del fine vita*”, in La Nuova Giurisprudenza Civile Commentata, 2/2020, p. 357.
- Baldini G., “*Prime riflessioni a margine della legge n.219/17*” in BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto, n.2/2018, pp. 100 e 152
- Balduzzi R., “*Diritto alla vita e diritto alla salute: convergenze parallele?*”, p.1, in [www.meic.net](http://www.meic.net)
- Beltrán Ulate E. J., “*Consideraciones bioéticas en torno al caso de Ramón Sampredo*”, Revista Colombiana de Bioética, vol. 7, núm. 2, 2021, pp- 144-155.
- Bersani G., Rinaldi R., Iannitelli A., “*Il suicidio assistito degli italiani in Svizzera e il silenzio della psichiatria*”, in Rivista di psichiatria, Vol.53, N.4, 2018
- Bin R., “*La libertà sessuale e prostituzione (in margine alla sent.141/2019)*”, Forum di Quaderni Costituzionali in Rassegna, 2019, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it)
- Blikshavn T., Husum T.L., Magelssen M., “*Four Reasons why assisted dying should not be offered for depression*” in Journal of bioethical inquiry, 2017; 14:151-157.
- Bondolfi S., “*Perché l’aiuto al suicidio è normale in Svizzera*”, in SWI swissinfo.ch, 2024
- Canestrari S., Casonato C., Da Re A., D’Avack L., Palazzani L.; Comitato Nazionale per la Bioetica (2019). “*Parere sul suicidio medicalmente assistito.*”, 2019, pp.9-10

- Caretti P., “*La Corte costituzionale chiude il caso Cappato ma sottolinea ancora una volta l’esigenza di un intervento legislativo in materia di fine vita*”, in Osservatorio sulle fonti, n. 1/2020, in [www.osservatoriosullefonti.it](http://www.osservatoriosullefonti.it)
- Corte di Assise di Milano, sent. 30 gennaio 2020 (ud. 23 dicembre 2019), n.8, p. 3, in [www.sistemapenale.it](http://www.sistemapenale.it)
- Costituzione Italiana, in <https://www.governo.it>
- D’Andrea R., “*Alcune osservazioni sullo stato di avanzamento degli ordinamenti giuridici europei che prevedono l’eutanasia e/o il suicidio assistito*”, in BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto, n.4/2022, pp. 302 - 309
- Dentamaro B., “*Il Belgio: caso più unico che raro*” in Giurisprudenza Penale Web, 2019,1-BIS-”Questioni di fine vita”, p. 10
- Giojelli C., “*La ley de eutanasia absuelve al hombre que mató a su esposa en un vídeo*”, en <https://www.tempi.it>
- Kaoru U. “*Record di iscrizioni alle organizzazioni di assistenza al suicidio*”, in SWI swissinfo.ch, 2023
- López Lama J. M., “*El debate sobre la eutanasia en España*”, Universidad de Oviedo, 2024, p. 22
- Marull D. R., “*Así logró Ramón Sampedro su muerte digna hace 20 años*”, en La Vanguardia, 2018
- Marín F., “*Ramón Sampedro: el inicio de un movimiento ciudadano*”, p. 12, Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente (DMD)
- Mazzon D., “*Sul fine vita va chiarito il concetto di trattamenti di sostegno vitali*”, 2023, in <https://www.quotidianosanita.it>
- Meccarelli M., Palchetti P., Satis C., “*Il lato oscuro dei Diritti Umani - Esigenze emancipatorie e logiche di dominio nella tutela giuridica dell’individuo*”, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, 2014, p. 31.
- Miceli R. F., “*La coincidenza del diritto alla salute e fine vita*”, 2020, in <https://www.diritto.it>
- Milá M., “*Entrevista a Ramon Sampedro*”, 1995
- Ministerio de Sanidad, “*Información básica para conocer la ley de regulación de la eutanasia*”, en <https://www.sanidad.gob.es>
- Nannini U. G., “*Il consenso del trattamento medico*”, Giuffrè, 1989, 501.
- Neri D., *Eutanasia*, enciclopedia Treccani, in [https://www.treccani.it/enciclopedia/eutanasia\\_res-828e7c3f-98f9-11e1-9b2f-d5ce3506d72e\\_\(Dizionario-di-Medicina\)/](https://www.treccani.it/enciclopedia/eutanasia_res-828e7c3f-98f9-11e1-9b2f-d5ce3506d72e_(Dizionario-di-Medicina)/)

- Nosedà J., *“La legislazione svizzera sull’assistenza al suicidio”* in *“Autodeterminazione e aiuto al suicidio”*, a cura di Fornasari G., Picotti L., Vinciguerra S., Verona, 2019, p. 71
- Piccinni M., *“Una legge ‘gentile’ sull’aiuto medico a morire?”*, in *BioLaw Journal - Rivista di Biodiritto*, 1/2023, p. 169.
- Potenzano R., *“La morte medicalmente assistita tra regolamentazioni nazionali europee e prospettive legislative italiane”*, in *BioLaw Journal - Rivista di Biodiritto*, n.3/2021, pp. 253 – 254
- Portale del Ministero della Salute, *“Disposizioni anticipate di trattamento”*, in <https://www.salute.gov.it>
- Prades J., *“La verdad sobre el caso Ramón Sampederro”*, *El País*, febrero de 1998
- Pulice E., *“Belgio - Cour constitutionnelle - sent. 153/2015: decisione della Corte costituzionale sulla legge che estende l’eutanasia ai minori”*, 2015, in *Biolaw-pedia*, in <https://www.biodiritto.org>
- Redazione - Ability Channel, *“Eutanasia infantile e Protocollo di Groningen, decidere per chi non può farlo”*, 2017 in [www.abilitychannel.tv](http://www.abilitychannel.tv)
- Salvino T., *“Il diritto a rifiutare le cure mediche nell’ordinamento italiano con particolare riferimento ai casi Welby ed Englaro: un tacito riconoscimento?”*, 2013, in [www.diritticomparati.it](http://www.diritticomparati.it)
- Scalcon E., *“Tribunale di Roma - Caso Welby: non luogo a procedere nei confronti del medico che ha interrotto il trattamento di sostegno vitale”*, 2007, n.2049, *BioLaw-pedia* in <https://www.biodiritto.org>
- Schöll M., Ufficio federale di giustizia della Confederazione Svizzera, 2023, *“Le diverse forme di eutanasia e il suo disciplinamento giuridico”*.
- Sentencia del Tribunal Constitucional n. 120/1990
- Serrano R., Heredia A., *“Actitudes de los españoles ante la eutanasia y el suicidio médico asistido”*, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 161, 2018, 118
- Signorella R., *“L.219/2017: norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”*, 2017, in *Biolaw-pedia* in <https://www.biodiritto.org>
- Ufficio comunicazione e stampa della Corte costituzionale, *“Inammissibile il quesito sull’omicidio del consenziente: non assicura la tutela minima del diritto alla vita”*, comunicato del 2 marzo 2022, p. 1
- Ufficio Comunicazione e Stampa della Corte costituzionale, *“Suicidio assistito: la Corte costituzionale ribadisce gli attuali requisiti e ne precisa il significato”*, comunicato del 18 luglio 2024, p. 1

- Ufficio federale di giustizia della Confederazione Svizzera, “Eutanasia”, 2011
- Ufficio Stampa della Corte costituzionale, “*Fine vita: quando non è punibile l’aiuto al suicidio*”, comunicato del 22 novembre 2019, p. 1
- Ufficio Stampa della Corte Costituzionale, “Punibilità dell’aiuto al suicidio: al legislatore la disciplina dei limiti. Le indicazioni della Corte”, comunicato del 16 novembre 2018, p.2
- Verhagen E., Sauer P.J.J., “*The Groningen Protocol - Euthanasia in Severely Ill Newborns*”, New England Journal of Medicine, 2005, VOL.352 NO.10