



Università degli Studi di Padova

Dipartimento di Diritto Privato e Critica del Diritto
Dipartimento di Diritto Pubblico, Internazionale e Comunitario

Corso di Laurea Magistrale in Giurisprudenza
Anno Accademico 2022/2023

Il dibattito sul fine vita tra eutanasia ed accanimento terapeutico

Relatore: Chiar.mo Prof. Manlio Miele

Laureando: Nicolò Madaro

Matricola 1147438

Ai miei genitori e ai miei nonni, per aver creduto in me e per avermi insegnato a non mollare mai. Ad Aurora e Matilde, per avermi strappato un sorriso anche nei momenti più difficili. A Lisa, per avermi sostenuto ogni giorno e per avermi insegnato a prendere la vita con più leggerezza. A Kira, sempre presente nelle giornate di studio.

INDICE

Introduzione.....	9
--------------------------	----------

CAPITOLO 1

LA TERMINOLOGIA DEL FINE VITA

1.1. Prospettive differenti e i termini fondamentali.....	11
1.2 Eutanasia, accanimento terapeutico e suicidio assistito.....	14
1.3 Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento.....	19
1.4 Cure palliative, terapia del dolore, sedazione palliativa profonda continua e nutrizione artificiale.....	24

CAPITOLO 2

IL FINE VITA IN ITALIA

2.1 L'attuale quadro giuridico in Italia.....	33
---	----

2.2 Le leggi n. 38/2010 e n. 219/2017.....	36
2.3 Importanti pronunce sul suicidio medicalmente assistito.....	51
2.4 Iniziative e proposte: uno sguardo verso il futuro.....	57

CAPITOLO 3

LA CHIESA CATTOLICA ED IL FINE VITA

3.1 La posizione della Chiesa cattolica.....	65
3.2 L'importanza di assistere il malato ed il valore degli <i>hospice</i>	74
3.3 Tra leggi e pronunce: ulteriori considerazioni della Chiesa cattolica sul fine vita.....	79
3.4 Le critiche alla posizione della Chiesa cattolica sul fine vita.....	83

CAPITOLO 4

I CASI PIÙ EMBLEMATICI DEL FINE VITA

4.1 Il valore di chi si è battuto per il fine vita.....	89
4.2 Il caso di Piergiorgio Welby.....	90

4.3 Il caso di Eluana Englaro.....	96
4.4 Il caso di Marco Cappato e di Fabiano Antoniani.....	105
Conclusioni.....	113
Considerazioni finali.....	113
Il futuro del dibattito sul fine vita.....	115
Bibliografia.....	117
Sitografia.....	131
Giurisprudenza citata.....	133

Introduzione

Cessare la propria vita o accanirsi terapeutamente.

Dinanzi a queste scelte, i valori legati alla vita e alla dignità della persona sono oggi messi in discussione. Il fine vita è un argomento che riguarda ciascuno di noi e di cui è necessario prendere coscienza. Negli ultimi anni, infatti, il dibattito attorno ad esso è emerso con prepotenza, mettendo in risalto i problemi e i limiti presenti all'interno della nostra società. L'interesse nei confronti di tale tematica nasce dal desiderio di analizzare in modo approfondito come il nostro Paese e soprattutto la Chiesa cattolica si relazionino con essa.

L'obiettivo della tesi è di delineare gli elementi essenziali del fine vita, mettendo in luce le recenti conquiste e gli accesi contrasti. Nel primo capitolo verrà fornita una descrizione accurata dei termini fondamentali del fine vita. Nel secondo capitolo verrà presentata la situazione attuale ed il quadro giuridico in Italia, analizzando le leggi e le pronunce fondamentali su questo argomento. Nel medesimo, inoltre, saranno riportate le innumerevoli proposte ed iniziative, partendo da quelle passate fino ad arrivare alle più recenti. Nel terzo capitolo verrà analizzata la posizione della Chiesa cattolica, illustrandone i principi e gli aspetti salienti della sua visione, nonché le diverse reazioni nei confronti delle normative e delle sentenze sul fine vita. Uno spazio significativo verrà dedicato anche alle critiche rivolte alla prospettiva del mondo cattolico. Nel quarto ed ultimo capitolo verranno riportati i casi più emblematici del fine vita, esaminandone in profondità le vicende, i dibattiti e gli sviluppi che ne sono derivati. Nelle conclusioni, infine, si illustrerà quanto dedotto, esponendo un pensiero sulle prospettive future del fine vita.

CAPITOLO 1

LA TERMINOLOGIA DEL FINE VITA

1.1 Prospettive differenti e i termini fondamentali

Il tema del fine vita è da sempre nel nostro Paese fonte di dibattiti in diversi ambiti, partendo da quello etico e giuridico, fino ad arrivare a quello religioso. Nella società contemporanea il notevole sviluppo della branca medica ha portato a notevoli miglioramenti qualitativi della vita, in particolar modo nei confronti di malattie caratterizzate da prognosi infausta. Nonostante sia possibile allungare considerevolmente la propria vita tramite macchinari, medicinali o trattamenti specifici, sono però molti i malati che preferiscono non aderire ad essi perché considerati inutili o causa di dolori fisici e psichici intollerabili, oltre a non portare ad una effettiva guarigione. Di fronte quindi a persone pronte ad allungare seppure per un breve periodo di tempo la propria esistenza, si contrappongono coloro che non vogliono dipendere da specifiche cure e trattamenti invasivi, o che hanno il timore di rappresentare un *peso* per i familiari e per la comunità. Nell'ambito del fine vita sono coinvolte altresì le scelte giuridiche compiute dalle politiche pubbliche; la professionalità medica; la dignità e i diritti basilari degli individui; l'importanza della vita nonché la sua tutela.¹ All'interno di tale tematica si collocano due posizioni politiche ed etiche contrapposte tra loro, le quali concepiscono in modo differente il valore della vita: la prima, definita *pro choice*, sostiene che la vita è essenzialmente un bene disponibile, la quale può essere gestita dal suo possessore secondo le sue attuali qualità (*disponibilità della vita*); la seconda, identificata come *pro life*, ritiene contrariamente che la vita, avendo un valore universale e intrinseco, è qualcosa di inviolabile e sacro (*indisponibilità della vita*)². I

¹ Cfr. L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, Torino, Giappichelli, 2020, p. 1.

² Cfr. G. FORNERO, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria*, Milano, UTET, 2020, in F. FRENI, *La protezione della vita umana*

pro choice affermano che «invece di utilizzare le risorse (finanziarie e umane) disponibili per allungare un periodo di sofferenze indicibili, tanto per il paziente quanto per i familiari, sarebbe più rispettoso della dignità umana dare ampio valore all'autodeterminazione del malato “terminale” rivolta ad abbreviare l'esistenza»³. Secondo la prospettiva dei *pro life* «appare, viceversa, in palese contrasto con l'autentica natura umana la tendenza a considerare la persona non autosufficiente o debole come una zavorra, un disturbo per gli 'altri', che si vedono costretti tutt'al più a sopportarne o meramente tollerarne la fastidiosa “diversità”»⁴. Promuovere la consapevolezza che la richiesta di assistenza o aiuto – anche in contesti di pura gratuità come la solidarietà o la carità –, non costituisce un peso o una violazione della dignità umana dovrebbe quindi essere il contributo auspicato dal diritto⁵. La stessa Chiesa cattolica, valorizzando i principi della compassione e dell'altruismo, pone i medesimi alla base del conforto e dell'accompagnamento del credente nei suoi ultimi periodi di vita. Oggi però appare lecito chiedersi se le uniche opzioni nei confronti di una 'condizione' di malattia siano quelle di allungare una esistenza ritenuta indegna e colma di sofferenze, oppure arrendersi, porre fine in anticipo al dolore, abbandonando così le persone care, ritenute molto spesso incapaci di comprendere un momento così delicato e difficile. Dinanzi a discussioni sul fine vita sempre più accentuate, all'interno del nostro ordinamento si rende sempre più evidente e necessario un intervento legislativo che possa portare stabilità e chiarezza, oltre a tutelare il diritto di autodeterminazione di ciascuno, indipendentemente dalle condizioni o dalla situazione in cui si trovi. Gli auspici sono numerosi, ma si riscontrano forti opposizioni, anche da parte della Chiesa cattolica, la quale teme in futuro concessioni sempre più ampie su questa tematica. Alla luce di tali considerazioni, il fine vita, che «per una persona malata è caratterizzata dalla presenza di una patologia inguaribile, progressiva in fase avanzata con prognosi infausta»⁶, ricomprende molteplici termini, la cui conoscenza è necessaria per poter comprendere al meglio tale tematica. Tra questi si individuano: l'*eutanasia*;

'al tramonto', tra legge e libertà di coscienza, «Stato, chiese e pluralismo confessionale», n. 6/2023, p. 79, www.statoechiese.it.

³ La citazione è tratta da F. FRENI, *La protezione della vita umana 'al tramonto', tra legge e libertà di coscienza*, op. cit., p. 80, www.statoechiese.it.

⁴ Cit. *Ibidem*.

⁵ Cfr. *Ibidem*.

⁶ La citazione è tratta da HOSPICE DI ABBIATEGRASSO, *Fine Vita: dall'approvazione della Legge, alle DAT in Hospice*, 1 febbraio 2022, www.hospicediabbiategrasso.it/approfondimenti/pillole-di-bioetica/fine-vita.

l'accanimento terapeutico; il suicidio assistito; il consenso informato; le disposizioni anticipate di trattamento; le cure palliative; la terapia del dolore; la sedazione palliativa profonda continua e la nutrizione artificiale.

1.2 Eutanasia, accanimento terapeutico e suicidio assistito

Una pratica oggetto di accesi dibattiti, nonché importante concetto legato al fine vita, è rappresentato dall'*eutanasia*. Codesta deriva dalla parola greca *εὐθανασία*, che equivale a *buona morte*⁷, ed è comunemente definita dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) come la «*somministrazione di farmaci che ha come scopo quello di provocare con il consenso del paziente la sua morte immediata*»⁸. Comunemente, si è soliti individuarne due tipologie principali, le quali vengono attuate sempre in accordo con il suddetto: la prima è l'*eutanasia attiva*, realizzata praticando un atto o somministrando un composto che porta direttamente al decesso del soggetto, come la somministrazione di un farmaco letale; l'altra è l'*eutanasia passiva/omissiva*, la quale si realizza decidendo di interrompere tutte le terapie salvavita in corso o astenendosi dall'intraprendere determinati trattamenti, come la ventilazione meccanica o la nutrizione artificiale, con l'obiettivo di accelerare il decesso del malato terminale⁹. Un'ulteriore distinzione è quella tra *volontaria* e *non volontaria*. Nel primo caso la richiesta eutanasi perviene in modo consapevole e chiara dal medesimo individuo che ha l'intenzione di porre fine alla propria vita, mentre nel secondo scenario la scelta di morire è presa da terzi (per esempio i medici o i familiari), generalmente per conto del malato incapace di manifestare il proprio consenso¹⁰. Oltre a queste tipologie è possibile identificarne di ulteriori, tra cui: l'*eutanasia involontaria*, delineata come un atto compiuto contro la volontà del soggetto; l'*eutanasia indiretta*, la quale prevede l'impiego di medicinali che, attenuando le sofferenze del paziente potrebbero implicare l'anticipazione del suo decesso; l'*eutanasia economica/sociale*, con la quale si intende «*il progetto di anticipare la morte degli anziani che sono troppo onerosi per le casse*

⁷ Cfr. AGENZIA NAZIONALE STAMPA ASSOCIATA (ANSA), *Fine vita: i Paesi europei in cui è legale l'eutanasia e il glossario*, in European Data News Hub (EDNH), 25 settembre 2019, <https://ednh.news/it/fine-vita-i-paesi-europei-in-cui-e-legale-leutanasia-e-il-glossario/>. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, Canterano (RM), Aracne, 2020, p. 333.

⁸ La citazione è tratta da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Sedazione Palliativa profonda e continua nell'imminenza della morte*, 29 gennaio 2016, p. 9, <https://bioetica.governo.it/it/>, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, Padova, CEDAM, 2022, p. 18.

⁹ Cfr. A. CAROLEI *et al.* (a cura di), «*Stato vegetativo e di minima coscienza*»: *Epidemiologia, evidenze scientifiche e modelli assistenziali*, 4 dicembre 2009, p. 19, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1378_allegato.pdf. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 333.

¹⁰ V. nota 7.

dell'assistenza malattia»¹¹; infine l'eutanasia *eugenetica*, ossia un atto la cui finalità è quella di 'eliminare' gruppi di persone non desiderate, poiché ritenuti portatori di caratteri genetici non idonei o non in linea con gli standard previsti per sviluppare positivamente il patrimonio genetico di una popolazione, così come per il loro orientamento sessuale, per una loro incapacità mentale o fisica o semplicemente per la loro adesione ad una specifica fede religiosa¹². In Italia – dove la pratica eutanastica è condannata in modo categorico –, non è permesso ai medici di agire per anticipare il decesso di un individuo; nell'articolo 17 («Atti finalizzati a provocare la morte») del Codice di Deontologia Medica (C.D.M.) revisionato in tempi recenti¹³, si stabilisce che «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte». Doveroso richiamare il nostro Codice penale: nel caso in cui si agisce con la finalità di causare il decesso di un individuo, tale condotta può rientrare negli articoli 575 («Omicidio volontario»), 579 («Omicidio del consenziente»), o 580 del Codice penale. («Istigazione o aiuto al suicidio»). In modo particolare, verrà applicato l'articolo 579 c.p. nel caso in cui, benché sia presente il consenso di colui che desidera compiere l'atto suicidario, la persona che provoca il decesso subentra al soggetto in questione, «assumendone in proprio l'iniziativa oltre che sul piano della causalità materiale anche su quello della generica determinazione volitiva»¹⁴; si applicherà invece l'articolo 580 c.p. qualora «la vittima abbia conservato il dominio della propria azione, nonostante la presenza di una condotta estranea di determinazione o di aiuto alla realizzazione del suo proposito, e lo abbia realizzato, anche materialmente, di mano propria»¹⁵. Dunque, escludendo la situazione in cui, contestualmente alla interruzione delle terapie salvavita siano state somministrate le cure di accompagnamento e per il controllo del dolore specifiche – per garantire una morte priva di sofferenze e salvaguardare la dignità del malato ormai prossimo al decesso –, ed il caso in cui non sia stato il medesimo ad aver avanzato la domanda di interruzione dei trattamenti, la cessazione volontaria di questi potrebbe configurare un

¹¹ La citazione è tratta da L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasia*, Torino, Lindau, 2021, pp. 61-62, nota 1.

¹² Cfr. *Ivi*, p. 62, nota 1.

¹³ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 18.

¹⁴ Cass. pen., sez. I, sentenza n. 3147 del 6 febbraio 1998, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 19.

¹⁵ *Ibidem*.

reato¹⁶. Nel contesto del fine vita, da un lato si trova l'eutanasia, mentre nell'altro si individua l'*accanimento terapeutico*, oggetto anch'esso di numerose discussioni. Con tale termine si identificano «*quei trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, cui si aggiunge la presenza di un rischio per il paziente di ulteriori gravi sofferenze in un contesto nel quale l'eccezionalità dei mezzi adoperati [...] risulta chiaramente sproporzionata rispetto agli obiettivi*»¹⁷. L'accanimento è quindi caratterizzato da particolari parametri:

1. L'inutilità o inefficacia sotto il profilo della terapia e delle condizioni di salute del paziente e a tale condizione si riconnette quello dell'irreversibilità della patologia.
2. L'eccezionalità degli interventi e/o mezzi terapeutici. [...]
3. La gravosità sotto il profilo psicologico del malato, che rischia di essere posto in condizioni di ulteriori, inutili sofferenze¹⁸.

Oggi, di fronte a qualunque tipologia di ostinazione irragionevole è legittimato il rifiuto, e di conseguenza non si è costretti a subire cure o interventi in modo costante, perlopiù intrusivi della sfera personale. Tali ostinazioni irragionevoli, infatti, non solo sono ritenuti inutili in quanto non permettono una guarigione o un miglioramento qualitativo della vita, ma hanno come obiettivo l'allungamento di quest'ultima a qualunque costo, danneggiando la dignità ed il diritto di autodeterminazione in ambito terapeutico. Rigettare l'accanimento clinico permette di salvaguardare la salute, ma anche di dare valore alle proprie scelte, prese in modo autonomo e cosciente in rapporto ad una condizione insostenibile fisicamente e psicologicamente. Un richiamo normativo ad esso è offerto dall'articolo 16 del C.D.M. («*Procedure diagnostiche e interventi terapeutici non proporzionati*») e dall'articolo 2, comma 2 della legge n. 219 del 22 dicembre 2017 («*Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*»). La stessa Chiesa cattolica, che ritiene positivo lo sviluppo delle scienze mediche, con la conseguente possibilità di poter allungare considerevolmente l'aspettativa di vita, riconosce la facoltà e la volontà di coloro che decidono di

¹⁶ Cfr. S. CANESTRARI *et al.* (a cura di), *Trattato di Biodiritto. Il governo del corpo (Tomo II)*, Milano, Giuffrè Editore, 2011, p. 1820 e ss., in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 20.

¹⁷ La citazione è tratta da L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 34.

¹⁸ Cit. *Ivi*, pp. 34-35.

rinunciare a delle ostinazioni insensate. Papa Pio XII già nel lontano 1957 aveva dichiarato che sussiste l'obbligo di «*adottare le cure necessarie per conservare la vita e la salute [...] ma esso non obbliga generalmente, che all'impiego dei mezzi ordinari, cioè quei mezzi che non impongono un onere straordinario per se stessi e per gli altri*»¹⁹. L'eutanasia e l'accanimento terapeutico rappresentano sostanzialmente due modalità differenti di affrontare le problematiche del fine vita e a volte può essere molto semplice ricadere in una di queste pratiche, poiché spinti o influenzati da momenti di debolezza o da gravi sofferenze. Un ulteriore termine che al momento necessita particolare attenzione è il *suicidio assistito*. Già citato in precedenza con l'articolo 580 c.p., esso si configura come «*l'atto del porre fine alla propria esistenza in modo consapevole mediante l'autosomministrazione di dosi letali di farmaci da parte di un soggetto che viene appunto "assistito" da un medico [...] o da un'altra figura che rende disponibili le sostanze necessarie*»²⁰. La differenza rispetto all'eutanasia è significativa, poiché in questo caso è «*l'interessato che compie l'ultimo atto che provoca la sua morte, atto reso possibile grazie alla determinante collaborazione di un terzo*»²¹. Di norma il terzo potrebbe essere un medico o un infermiere, che dovrà limitarsi ad assistere il malato relativamente alle procedure di ricovero, alla preparazione dei farmaci specifici e, in seguito al suo decesso, alle amministrazioni tecniche e giuridiche²². Il coinvolgimento di professionisti sanitari nel compimento di tale pratica permette di definirlo propriamente con il termine di *suicidio medicalmente assistito*. Risulta importante affermare che

¹⁹ PIO XII, Disc. *Risposte ad alcuni importanti quesiti sulla "rianimazione"*, Congresso di anesthesiologia, 24 novembre 1957, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 21.

²⁰ La definizione è tratta da ASSOCIAZIONE VIDAS, *L'eutanasia*, n.d., www.vidas.it/storie-e-news/cose-da-sapere-eutanasia/.

²¹ La citazione è tratta da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019, p. 9, <https://bioetica.governo.it/it/>, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 184.

²² Cfr. G. ORTOLANI, *La rilevanza spazio-temporale del contributo causale nella partecipazione materiale nel suicidio altrui: un'analisi costituzionalmente orientata dell'art. 580 c.p.*, in «Giurisprudenza Penale Web», Fascicolo n. 1-bis/2019 – “Questioni di fine vita”, pp. 3-4, www.giurisprudenzapenale.com/wp-content/uploads/2019/01/gortolani_fine-vita_gp_2019_1bis.pdf. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 393.

Eutanasia e suicidio assistito si distinguono dall'astensione terapeutica e dalla sospensione delle cure, intese rispettivamente come la decisione del medico, su indicazione esplicita e volontaria del malato, di astenersi o di interrompere un trattamento, anche nel caso che da tale astensione o interruzione consegua la morte del malato stesso²³.

Rilevante anche quanto riportato nell'opera di Giuseppe Vacchiano e Federica Vincenza Tiso, ovvero che si deve collocare il suicidio in «*rapporto di derivazione causale rispetto alla condotta altrui*»²⁴.

Orbene, con specifico riferimento al delitto di istigazione o aiuto al suicidio vengono punite tre diverse condotte:

- la condotta di determinazione di altri al suicidio, finalizzata a far assumere un determinato proposito suicidario;
- la condotta di rafforzamento del proposito suicidario altrui, volta a rafforzare un proposito ancora incerto e non pienamente convinto;
- la condotta di aiuto al suicidio, diretta ad agevolare materialmente l'esecuzione di una volontà già pienamente maturata²⁵.

Il suicidio assistito, alla stregua della eutanasia, non presentava e non presenta tuttora una normativa specifica che la regolamenti. La giurisprudenza ha ricoperto di conseguenza un ruolo essenziale, cercando di andare incontro alle esigenze derivanti dal sorgere dei sempre più numerosi casi inerenti al fine vita; tra gli interventi giurisprudenziali, fondamentali sono stati l'ordinanza n. 207 del 16 novembre 2018 e la sentenza n. 242 del 22 novembre 2019 della Corte costituzionale, ai quali si è aggiunto il contributo offerto dalla l. n. 219/2017²⁶. Con questi si è arrivati a concedere – in presenza di particolari condizioni e parametri – la possibilità di ricorrere al suicidio medicalmente assistito, provocando però al contempo accesi dibattiti all'interno della nostra società.

²³ La citazione è tratta da COMMISSIONE BIOETICA DELLE CHIESE BATTISTE, METODISTE E VALDESI IN ITALIA, "É la fine, per me l'inizio della vita". *Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante*, Milano, aprile 2017, paragrafo 2, www.chiesavaldese.org/documents/eutanasia_doc18.pdf. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 394.

²⁴ La citazione è tratta da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 184.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ Cfr. *Ivi*, p. 186.

1.3 Consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento

Il *consenso informato* in ambito medico rappresenta *«l'accettazione che il paziente esprime a un trattamento sanitario, in maniera libera, e non mediata dai familiari, dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali e i rischi ragionevolmente prevedibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche»*²⁷. Il soggetto interessato potrà dunque decidere consapevolmente in relazione ad una specifica terapia/intervento; ciò in seguito alla conoscenza degli eventuali scenari e conseguenze che potrebbero derivare dalle sue scelte. Una forte valorizzazione di questo principio è avvenuta tramite diverse fonti internazionali ed europee, tra cui: il *Codice di Norimberga* del 1947; la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo* del 1950; la *Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali* del 1950; la *Dichiarazione di Helsinki* del 1964; l'articolo 5 della *Convenzione del Consiglio di Europa per la protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dell'essere umano nei confronti delle applicazioni della biologia e della medicina* del 1997 (Oviedo); l'articolo 3 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea* del 2000 (Nizza); l'articolo 6 della *Dichiarazione universale sulla bioetica e diritti umani dell'Unesco* del 2005; i codici etici (anche a livello nazionale) di molteplici associazioni professionali²⁸. Richiamando i suddetti, tutti gli individui manifestando il consenso informato, pongono al centro la propria volontà, la quale non deve essere sovrastata ma rispettata dal medico o da terzi²⁹. Nell'ordinamento italiano, ad ogni modo, *«i trattamenti obbligatori costituiscono una eccezione al generale principio del consenso e debbono essere previsti per legge [...] al fine di tutelare l'interesse generale e garantire la solidarietà sociale. Il rispetto della dignità della persona non consente che siano imposti esclusivamente a tutela della salute personale»*³⁰. In passato, non essendoci normative specifiche che lo disciplinassero nel nostro Paese, un ruolo chiave è stato ricoperto dalla Costituzione e dagli interventi

²⁷ La citazione è tratta da R. MANTOVANI, E. G. PARODI, M. PERELLI ERCOLINI (a cura di), *Il consenso informato in medicina*, Collana universaliamultimediale ENPAM, quattordicesima edizione, ultimo aggiornamento 20 novembre 2023, capitolo VI, www.enpam.it/wp-content/repository/universali-multimediale/CI/index.html.

²⁸ Cfr. L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 44. L'elenco delle fonti è tratto dalla medesima opera.

²⁹ Cfr. *Ivi*, p.45.

³⁰ Cit. *Ibidem*.

giurisprudenziali. Considerato come un vero e proprio diritto intoccabile, negli articoli 2 («*La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale*») e 32, comma 2 della Costituzione («*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*») è individuabile un suo primo rimando³¹. È stata la Consulta che ha inteso per la primissima volta l'articolo 13, comma 1 Cost. in quanto libertà «*nella quale è postulata la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo*»³²; sempre questa, inoltre, ha stabilito successivamente che di fronte ad un determinato intervento terapeutico indesiderato da un soggetto, – in mancanza di una disposizione che lo preveda palesemente –, questo non potrà essere attuato poiché implicato «*un diritto inviolabile, quello della libertà personale, rientrante tra i valori supremi, quale indefettibile nucleo essenziale dell'individuo*»³³. Per superare il paternalismo medico, nonché per evidenziare l'importanza del consenso informato, rilevante è stata la sentenza della Corte d'assise di Firenze del 1990 (*caso Massimo*), la quale ha permesso l'affermazione della cosiddetta alleanza terapeutica tra medico e paziente³⁴. Essenziali per l'evoluzione del consenso sono stati anche altri casi, nei quali è stato sancito che, concernendo l'autodeterminazione e la libertà fisica e morale dell'individuo, l'esternazione del consenso del malato³⁵ «*configura il presupposto indefettibile che "giustifica" il trattamento sanitario*»³⁶. Questo implica che «*l'esecuzione di un trattamento sanitario senza il consenso dell'interessato, (ovvero di un suo legale rappresentante), determina l'arbitrarietà dello stesso e la sua rilevanza penale, in quanto viola la sfera personale del soggetto ed il suo diritto di decidere se*

³¹ Si fa riferimento a Corte cost., sentenza n. 161/1985, conforme Corte cost., sentenza n. 561/1987, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 49.

³² Corte cost., sentenza n. 471/1990, conforme Corte cost., sentenza n. 258/1994, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 49.

³³ Corte cost., sentenza n. 238/1996, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., pp. 49-50.

³⁴ Si fa riferimento a Corte ass. Firenze, sentenza n. 13/1990 e Cass. pen., sentenza n. 5639 del 13 maggio 1992, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 50.

³⁵ In questo senso Cass. pen., sez. IV, sentenza n. 35822 (caso Firenzani) dell'11 luglio 2001, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 9.

³⁶ Cass. pen., SS.UU., sentenza n. 2437 (caso Giulini) del 21 gennaio 2009, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 9-10.

*permettere interventi estranei sul proprio corpo»*³⁷. Un'altra sentenza da ricordare è la n. 438 del 2008 della Consulta:

Il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione [...]. La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all'autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 32, secondo comma, della Costituzione³⁸.

La base del consenso informato è dunque rappresentato dal *principio personalistico*, il quale, attestato nella maggior parte dei casi dai diversi riferimenti giudiziali e della Costituzione, colloca l'individuo al vertice della scala dei valori³⁹. Rilevanti sono state altresì le fonti internazionali precedentemente citate, le quali, sebbene non abbiano goduto costantemente di completa validità giuridica nel nostro sistema normativo, sono state invocate dalla giurisprudenza insieme alle molteplici leggi e fonti nazionali nelle quali si individua il consenso informato; tra quest'ultime si segnalano: l'articolo 33 della legge n. 833 del 1978 (costitutiva del Servizio sanitario nazionale); il decreto legge n. 211 del 2003 (relativa alla sperimentazione clinica); la legge n. 40 del 2004 (in tema di procreazione medicalmente assistita) e i Codici Deontologici Medici del 2006 e 2014⁴⁰. Nel considerare il suo sviluppo avvenuto nel nostro ordinamento, è importante osservare anche l'eventualità in cui il soggetto dipenda da altri o sia autonomo (a fronte della prestazione del proprio consenso informato): mentre nel primo scenario infatti il

³⁷ Cass. pen., sez. IV, sentenza n. 35822 (caso Firenzani), dell'11 luglio 2001; in questo senso anche Cass. pen., sez. VI, sentenza n.11640 (caso Caneschi) del 14 febbraio 2006, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 10.

³⁸ Corte cost., sentenza n. 438 del 23 dicembre 2008, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 9, nota 18.

³⁹ Si fa riferimento a Cass. civ., sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 51.

⁴⁰ Cfr. L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., pp. 51-52. Le informazioni sono tratte anche da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., pp.12-13.

malato non possiede una indipendenza fisica tale da permettergli di concretizzare la sua volontà di cessare una terapia medica salvavita, dipendendo di conseguenza dall'intervento di un operatore medico, nel secondo caso, invece, riesce in modo indipendente ad evitare qualunque terapia medica salvavita⁴¹. In ogni caso, indipendentemente dalla situazione in cui si trovi una determinata persona, per poter garantire l'uguaglianza e la medesima dignità a ciascuno, risulta indispensabile rispettarne e concretizzarne, ove possibile, le scelte. Sulla base di quanto riportato, il principio del consenso informato, nel corso del suo sviluppo in Italia è entrato in contatto con numerosi elementi, rappresentati non solo dalle diverse posizioni etiche che si sono instaurate all'interno della società, ma anche dagli svariati interventi giurisprudenziali sull'oggetto in esame. Il suo riferimento legislativo è dato dalla l. n. 219/2017, in modo particolare agli articoli 1 e 2. Nell'ambito del fine vita si colloca un altro elemento significativo, ovvero le *disposizioni anticipate di trattamento* (DAT). Chiamate comunemente *testamento biologico*, queste rimandano

a un documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato⁴².

Uno strumento, perciò, che assume centralità nel momento in cui il malato non sia più in grado di comunicare le proprie decisioni in modo autonomo, fornendo informazioni inerenti alle sue decisioni/intenzioni⁴³. Il testamento biologico valorizza il consenso informato in ambito medico e configura un mezzo per garantire l'indipendenza del paziente nei confronti di decisioni che potranno non essere obbligatoriamente legate al suicidio assistito o all'eutanasia⁴⁴. Nel periodo antecedente l'entrata in vigore della specifica legge⁴⁵, un istituto che tramite decreto realizzò effetti essenzialmente analoghi

⁴¹ Cfr. L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 52.

⁴² La citazione è tratta da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, 18 dicembre 2003, p. 2, <https://bioetica.governo.it/it/>, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 79.

⁴³ Cfr. L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 79.

⁴⁴ Cfr. *Ibidem*.

⁴⁵ Si fa riferimento alla l. n. 219/2017.

alle disposizioni anticipate fu l'amministratore di sostegno (articolo 404 del Codice civile, «*amministrazione di sostegno*»)⁴⁶; questa è una figura che, nominata in prospettiva di una futura incapacità del suo assistito⁴⁷, avrebbe dovuto «*esprimere i consensi necessari ai trattamenti medici, esprimendo direttive di dissenso circa l'adozione di determinate terapie, ancorché salvifiche*»⁴⁸. Attualmente le DAT sono regolate dall'articolo 4 della l. n. 219/2017. Quest'ultimo, inoltre, prevede che nello stilare possa essere indicata «*una persona di sua fiducia, di seguito denominata "fiduciario", che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie*»⁴⁹.

⁴⁶ Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Sentenze su amministratore di sostegno*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/sentenze-su-amministratore-di-sostegno.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ Si fa riferimento a Trib. Modena, decreto del 5 novembre del 2008, in ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Sentenze su amministratore di sostegno*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/sentenze-su-amministratore-di-sostegno.

⁴⁹ Cit. art. 4, comma 1, l. n. 219/2017.

1.4 Cure palliative, terapia del dolore, sedazione palliativa profonda continua e nutrizione artificiale

Tra le due estremità del fine vita, eutanasia e accanimento terapeutico, si colloca una terza opzione, rappresentata dalle *cure palliative*, le quali non solo sono alternative alla richiesta eutanastica, ma configurano vere e proprie scappatoie nei confronti di irragionevoli costrizioni di cura. Oltre a costituire un ramo medico, queste non sono finalizzate alla guarigione, ma ad un miglioramento qualitativo della vita dei malati terminali, in quanto mezzi di accompagnamento e sostegno *nel morire*⁵⁰. Si identificano come «*l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici*»⁵¹. L'*European Association for Palliative Care* (EAPC) ha affermato che

Le cure palliative

sono la cura attiva e globale prestata al paziente quando la malattia non risponde più alle terapie aventi come scopo la guarigione. Il controllo del dolore e degli altri sintomi, dei problemi psicologici, sociali e spirituali assume importanza primaria. Le cure palliative hanno carattere interdisciplinare e coinvolgono il paziente, la sua famiglia e la comunità in generale. Il loro scopo non è quello di accelerare o differire la morte, ma quello di preservare la migliore qualità della vita possibile fino alla fine (EAPC, 1998)⁵².

L'*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS) le ha qualificate come

un approccio che migliora la qualità di vita dei pazienti (adulti e bambini) e delle famiglie che stanno affrontando i problemi associati ad una malattia potenzialmente mortale, attraverso la prevenzione ed il sollievo della sofferenza e mediante l'identificazione precoce, la corretta valutazione ed il trattamento del dolore e di altri problemi, fisici, psicosociali e spirituali⁵³.

⁵⁰ Cfr. L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasia*, op. cit., p. 55.

⁵¹ Cit. art. 2, comma 1, lett. a), l. n. 38/2010.

⁵² La definizione elaborata dall'*European Association for Palliative Care* (EAPC,1998) è tratta da P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, Assisi (PG), Cittadella, 2021, p. 24.

⁵³ WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*, Executive Board 134th session, Provisional agenda, 20

L'OMS, oltre a ciò, trovando conferma anche dall'EAPC e dal Presidente della *Società italiana di cure palliative* (SICP) Italo Penco, ha dichiarato che l'eutanasia ed il suicidio assistito non sono associabili alle cure palliative⁵⁴. Considerevole anche il lavoro che è stato svolto dall'*International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC) nel 2018: questa, considerando obsoleta la definizione dell'OMS, ambiva a stilare una esplicazione dei trattamenti palliativi che ottenesse il più ampio consenso possibile⁵⁵. Segue la definizione stilata dall'IAHPC:

Definizione di Cure Palliative

Le cure palliative sono cure olistiche attive offerte a persone di tutte le età con importanti sofferenze legate alla salute a causa di patologie serie, e in particolare a coloro che si avvicinano alla fine della vita. Hanno lo scopo di migliorare la qualità di vita dei pazienti, delle loro famiglie e dei loro *caregivers*⁵⁶.

Le cure Palliative

- Comprendono: prevenzione, identificazione precoce, valutazione completa e gestione di problemi fisici, inclusi dolore e altri sintomi debilitanti, disagio psicologico, disagio spirituale e bisogni sociali.
- Quando è possibile, questi interventi devono essere basati sull'evidenza.
- Forniscono supporto per aiutare i pazienti a vivere il più pienamente possibile fino alla morte facilitando una comunicazione efficace, aiutando loro e le loro famiglie a determinare gli obiettivi dell'assistenza.
- Sono applicabili in ogni fase della malattia, in base alle esigenze del paziente.
- Vengono fornite in combinazione con terapie che seguono il corso della malattia, ogni volta che è necessario.

dicembre 2013, p. 1, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 148, nota 44. Si segnala che gli autori dell'opera hanno tradotto quanto è stato riportato.

⁵⁴ V. ETHICS TASK FORCE OF THE EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE (EAPC), *Euthanasia and Physician-assisted Suicide: a View from an EAPC Ethics Task Force*, in «Palliative Medicine», 2003; L. RADBRUCH *et al.*, *European Association for Palliative Care (EAPC), Euthanasia and physician assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care*, in «Palliative Medicine», 19 novembre 2015; SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP), *Audizione della SICP alla Camera dei Deputati su eutanasia e suicidio medicalmente assistito*, 28 aprile 2019, www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/04/audizione-della-sicp-alla-camera-dei-deputati-su-eutanasia-e-suicidio-medicalmente-assistito. Le informazioni e le fonti elencate sono tratte da L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasia*, op. cit., p. 56.

⁵⁵ Cfr. P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 26 e ss.

⁵⁶ Con il termine *caregiver* si fa riferimento ad «*un familiare che occupa un ruolo informale di cura, supporto e di vicinanza e che è partecipe dell'esperienza di malattia del malato e che si impegna nelle attività quotidiane di cura della persona*». La definizione riportata è tratta da FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE (FCP), *Cure palliative domiciliari: la figura del Caregiver*, n.d., www.fedcp.org/cure-palliative/domiciliari/caregiver.

- Possono influenzare positivamente il decorso della malattia.
- Non affrettano né posticipano la morte, tutelano la vita e riconoscono la morte come un processo naturale.
- Forniscono sostegno alla famiglia e ai *caregivers* durante la malattia del paziente e nella fase del lutto.
- Vengono fornite riconoscendo e rispettando i valori culturali e le credenze del paziente e della famiglia.
- Sono applicabili a tutti i luoghi di cura (residenza e istituzioni) e a tutti i livelli (dal primario al terziario).
- Possono essere fornite da professionisti con formazione base di cure palliative.
- Richiedono cure specialistiche con un team multi-professionale per la presa in carico di casi complessi⁵⁷.

I trattamenti palliativi sono legati storicamente a Cicely Mary Saunders, figura che ha segnato una svolta nell'approccio al fine vita in tutto il mondo, elaborando la nozione di *dolore totale* – con la quale si intende una sofferenza che riguarda la sfera mentale, fisica, sociale e anche spirituale della persona –, e fondando il St. Christopher *hospice*, luogo di riferimento e di ispirazione per molti Paesi⁵⁸. Dame Cicely ritiene essenziale l'accompagnamento del malato terminale negli ultimi periodi di vita, fasi in cui non bisogna limitare la sua cura ad una semplice somministrazione di farmaci, ma dove è necessario sostenerlo sotto ogni punto di vista per portarlo ad una serena accettazione della morte⁵⁹. Relativamente agli *hospice*, nel nostro Paese – dove si cerca di assistere il paziente ed erogare le cure palliative direttamente presso il luogo in cui vive⁶⁰ –, codesti rappresentano «una struttura socio-sanitaria residenziale per quei malati che non possono più ricevere una adeguata assistenza a domicilio. In questa struttura, [...] viene garantito ai pazienti un adeguato sostegno medico, spirituale e psicologico, affinché vivano le ultime fasi della vita con dignità e nel modo meno traumatico e

⁵⁷ INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE (IAHPC), *Global Consensus Based Palliative Care Definition*, Houston (TX), The International Association for Hospice and Palliative Care, 2018, <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 28-29.

⁵⁸ Cfr. L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasia*, op. cit., p. 57 e ss.

⁵⁹ Cfr. B. CADART, *Reflexions sur mourir dans la dignité*, Éditions Ressources, Laval Québec, 2004, in L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasia*, op. cit., p. 57.

⁶⁰ Cfr. art. 2, comma 1, lett. f), l. n. 38/2010, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 148-149.

doloroso possibile»⁶¹. Riguardo all'evoluzione delle terapie palliative nel nostro territorio – dove in passato non costituivano una branca medica –, è stato significativo il *Modello Floriani*, il quale ha avuto origine nei primi anni '80 grazie all'iniziativa del professor Vittorio Ventafridda (direttore del *Servizio di Terapia del Dolore* presso l'*Istituto Nazionale per la Ricerca e la Cura dei Tumori* di Milano), in collaborazione con i volontari della *Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori* (sezione di Milano) e l'ingegnere Virginio Floriani⁶². Questo è un

modello di cura e assistenza rivoluzionario che prevede l'intervento di un'équipe multidisciplinare di professionisti qualificati, coordinati e reperibili che pone l'ammalato al centro di un percorso terapeutico per garantirgli il suo benessere psicofisico globale. [...] Chi fa parte dell'équipe è consapevole del fatto che non ci si reca presso il domicilio del malato solo per offrire tecnologie sofisticate, ma soprattutto per garantire una cura umanizzata, che risponda alle reali esigenze dei malati e delle loro famiglie. Quando i controlli medici divengono meno frequenti e la malattia avanza, la qualità del rapporto interpersonale fra l'équipe e il malato diviene, infatti, elemento essenziale per una buona assistenza. Non occorrono strumenti costosi, né elaborate strutture per intraprendere l'assistenza domiciliare, ma persone motivate e debitamente istruite, con doti di grande disponibilità umana e strettamente interagenti tra loro⁶³.

È doveroso rilevare che i trattamenti palliativi, inoltre, sono indirizzati anche ai familiari/persona vicine al paziente, non solo per sostenerli nei momenti più difficili, ma altresì per assicurare loro la possibilità di rimanere accanto, ove possibile, al proprio caro. Ulteriori realtà fondate su tale modello sono state la *Fondazione Faro* (Torino) del 1983, la *Società Italiana di Cure Palliative* (Milano) del 1986, che ha stilato per gli operatori delle cure palliative i *Core Curriculum* (linee guida), ed infine l'*Associazione Antea* (Roma) del 1987; sempre nell'87 è stato istituito il primo Centro di Cure Palliative (Brescia), seguito negli anni successivi dalla diffusione in diverse zone di numerosi hospice, dove tra i più importanti si colloca anche l'Hospice Virgilio Floriani.⁶⁴ Una organizzazione fondamentale che agisce per rispondere alle eventuali

⁶¹ La citazione è tratta da P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 32-33.

⁶² Cfr. A. CALVIERI, G. CASALE, *Le cure palliative in Italia: inquadramento storico*, «Metodologia Didattica ed Innovazione Clinica», n. 1, 2014 (XXII), p. 24, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 30-31.

⁶³ La citazione è tratta da FONDAZIONE FLORIANI, *Il Modello Floriani*, n.d., <https://fondazionefloriani.eu/modello-floriani/>.

⁶⁴ Cfr. P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 32 e ss.

problematiche sorte, per monitorare lo sviluppo degli *hospice* in Italia, per ottimizzare i servizi forniti in questi, nei contesti domiciliari e su tutto il territorio, e per garantire il rispetto ed il sostegno ai malati terminali, è rappresentato dalla *Federazione Italiana di Cure Palliative* (Milano) fondata nel 1999, composta da molteplici enti che condividono il medesimo obiettivo⁶⁵. Da un punto di vista legislativo, le tappe delle cure palliative nel nostro ordinamento invece sono state le seguenti: la legge autenticatrice delle medesime, ossia la n. 39 del 1999 (sancita per concretizzare le finalità del «*Piano Sanitario Nazionale 1998-2000*»), che è stata supportata dal DM del 28 settembre 1999 («*Programma Nazionale per la realizzazione di strutture per le cure palliative*») e dal DPCM del 20 gennaio 2000 («*Decreto attuativo del Presidente del Consiglio dei Ministri*»), essenziali per lo sviluppo degli *hospice*; la legge n. 12 del 2001, che insieme ai relativi decreti di attuazione hanno facilitato l'accesso ai medicinali specifici per gestire il dolore; la legge n. 38 del 15 marzo 2010 («*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*»); l'istituzione della disciplina *Cure Palliative* tramite l'Accordo Stato Regioni del 7 febbraio 2013; il DPCM di marzo 2017 («*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*»), grazie al quale i trattamenti palliativi, oltre a diventare un dovere vincolante per il sistema sanitario ed un diritto legalmente riconosciuto – attraverso il conferimento di uno *status* specialistico alla disciplina –, sono stati ricompresi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che «*sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)*»⁶⁶; infine la l. n. 219/2017, la quale garantisce l'emissione delle terapie palliative, poiché l'eventuale rifiuto/ritiro di una cura non può implicare una negligenza da parte del medico⁶⁷. Legati alle cure palliative si trovano due ulteriori termini del fine vita, che costituiscono dei mezzi di *accompagnamento* a cui il malato può accedere: la *terapia del dolore* e la *sedazione palliativa profonda continua*. La terapia del dolore,

⁶⁵ Cfr. *Ivi*, p. 34.

⁶⁶ La citazione è tratta dal sito web del Servizio sanitario nazionale (SSN), consultabile al link www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?area=Lea&id=1300&lingua=italiano&menu=lea_Essn.

⁶⁷ Cfr. P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 49 e ss. Nel ricostruire il percorso legislativo delle cure palliative si fa anche riferimento a FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE (FCP), *Breve storia delle Cure Palliative e del loro sviluppo in Italia*, n.d., www.fedcp.org/cure-palliative/storia.

garantendo ai pazienti un adeguato sostegno, soprattutto nei momenti più acuti della malattia, può essere integrato negli stessi trattamenti palliativi, differenziandosi però da quest'ultimi in quanto rappresenta

l'insieme di interventi diagnostici e terapeutici volti a individuare e applicare alle forme morbose croniche idonee e appropriate terapie farmacologiche, chirurgiche, strumentali, psicologiche e riabilitative, tra loro variamente integrate, allo scopo di elaborare idonei percorsi diagnostico-terapeutici per la soppressione e il controllo del dolore⁶⁸;

il suo riferimento normativo non è dato solo dalla l. n. 38/2010 («*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*»), ma anche dall'articolo 2, commi 1, 2 della l. n. 219/2017. Con l'espressione *sedazione palliativa profonda continua* invece si intende un trattamento che rientra nell'ambito delle cure palliative, il quale, – previo consenso dell'interessato o se previsto da disposizioni anticipate di trattamento – «*consiste nell'annullamento della coscienza del paziente malato in uno stadio terminale, irreversibile, fino alla sua morte*»⁶⁹. È necessario specificare che nel campo della sedazione palliativa è possibile individuarne diverse tipologie, suddivise in base alle modalità e ai tempi di somministrazione: *profonda* se annulla totalmente la coscienza; *moderata/superficiale* nel caso in cui provoca un annullamento parziale della coscienza; *continua*, se proseguita fino al decesso del soggetto interessato; *intermittente*, in quanto attuata secondo le condizioni ed in modo non continuo; *temporanea*, allorché venga somministrata per un limitato periodo di tempo⁷⁰. Affinché possa essere attuata la palliativa profonda continua sono necessari simultaneamente dei determinati requisiti, ossia «*una malattia inguaribile in uno stadio avanzato; la morte imminente; la presenza e verifica di uno o più sintomi refrattari o di eventi acuti terminali con sofferenza intollerabile per il paziente; il consenso informato del paziente*»⁷¹. Nonostante le accese discussioni nate da coloro che assimilano tale

⁶⁸ Cit. art. 2, comma 1 lett. b) l. n. 38/2010, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 147.

⁶⁹ La citazione è tratta da L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 32.

⁷⁰ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 155.

⁷¹ La citazione è tratta da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, op. cit., p. 3, <https://bioetica.governo.it/it/>, in F.V. TISO,

pratica all'eutanasia o al suicidio assistito, rilevante è stato quanto affermato dal CNB. Secondo questo,

la sedazione palliativa profonda continua non è equiparabile all'eutanasia, perché l'una è un atto volto ad alleviare le sofferenze, l'altra un atto finalizzato alla morte. Una simile differenza trova poi la sua giustificazione in altri elementi: per esempio, nei farmaci diversi che vengono somministrati nei due differenti procedimenti, sedativo o eutanasiaco, e anche nel diverso esito nell'atto, in quanto nella sedazione il paziente si avvia, senza coscienza verso la morte naturale, mentre nell'eutanasia la morte viene provocata nell'immediato⁷².

Il parere segue la medesima prospettiva del *White Paper*⁷³ (EAPC), nel quale viene segnalata la possibilità di monitorare i sintomi della malattia e di eliminare il dolore e la tensione vissuta dal soggetto nei suoi ultimi periodi di vita, benefici offerti sempre dallo strumento palliativo in esame; è stato inoltre dimostrato che questo è in grado di allungare la vita dei malati se eseguito con modalità adeguate alle circostanze⁷⁴. Importante anche quanto venne dichiarato sempre dallo stesso CNB riguardo al legame tra la sedazione profonda e l'interruzione dei trattamenti di sostentamento vitale⁷⁵:

per quanto riguarda il collegamento tra la 'sedazione profonda' e la necessità/dovere di sospendere tutte le terapie di sostegno vitale si dovrà giudicare caso per caso, tenuto conto che molte di queste cure sono sintomatiche e necessarie per alleviare la sofferenza. È importante che il paziente sia monitorato regolarmente e non sottoposto ad interventi sproporzionati e futili⁷⁶.

G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 155-156.

⁷² La citazione è tratta da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Riflessioni Bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, op. cit., pp. 12-13, <https://bioetica.governo.it/it/>, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 20, nota 12.

⁷³ Si fa riferimento a L. RADBRUCH *et al.*, *Euthanasia and Physician – Assisted Suicide: Assisted Suicide: A White Paper from the European Association for Palliative Care*, in «Palliative Medicine», 19 novembre 2015, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 32.

⁷⁴ Cfr. L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., pp. 32-33.

⁷⁵ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 157-158.

⁷⁶ La citazione è tratta da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, op. cit., p. 8, <https://bioetica.governo.it/it/>, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 157-158.

La sedazione palliativa profonda continua è disciplinata normativamente dall'articolo 2, commi 2, 3 della l. n. 219/2017. Nei confronti degli strumenti palliativi e dei loro benefici è presente, dunque, un ampio apprezzamento nella nostra società – anche da parte della Chiesa cattolica –, malgrado non si possa negare la presenza di molti che riconoscono nei medesimi una ostinazione irragionevole, nonché il tentativo di proseguire, seppur per breve tempo, un'esistenza ormai priva di significato. Visti i diversi termini del fine vita, l'ultimo sul quale è necessario soffermarsi è la *nutrizione artificiale* (NA). Questa è delineata come la «*procedura terapeutica destinata alle persone in cui l'alimentazione orale non sia praticabile e/o non sufficiente a soddisfare i fabbisogni calorico proteici o sia controindicata*»⁷⁷. Dalla NA era emersa una problematica che verteva sulla sua qualificazione, ovvero se fosse una terapia di sostentamento vitale, da attuare indipendentemente dalle condizioni del paziente, oppure se fosse un trattamento sanitario, con la conseguente possibilità di poterlo rifiutare/sospendere. Il CNB, diviso sulla sua specificazione, ha asserito che:

Acqua e cibo non diventano infatti una terapia medica soltanto perché vengono somministrati per via artificiale; si tratta di una procedura che (pur richiedendo indubbiamente una attenta scelta e valutazione preliminare del medico), a parte il piccolo intervento iniziale, è gestibile e sorvegliabile anche dagli stessi familiari del paziente (non essendo indispensabile la ospedalizzazione). [...] La modalità di assunzione o somministrazione degli elementi per il sostentamento vitale (fluidi, nutrienti) non rileva dal punto di vista bioetico: fornire naturalmente o artificialmente (con l'ausilio di tecniche sostitutive alle vie naturali) nutrizione e idratazione, alimentarsi o dissetarsi da soli o tramite altri (in modo surrogato, al di fuori dalla partecipazione attiva del soggetto) non costituiscono elementi di differenziazione nella valutazione bioetica. Il fatto che il nutrimento sia fornito attraverso un tubo o uno stoma non rende l'acqua o il cibo un preparato artificiale (analogamente alla deambulazione, che non diventa artificiale quando il paziente deve servirsi di una protesi). Né d'altronde si può ritenere che l'acqua ed il cibo diventino una terapia medica o sanitaria solo perché a fornirli è un'altra persona. Il problema non è la modalità dell'atto che si

⁷⁷ Cfr. SOCIETÀ ITALIANA DI NUTRIZIONE PARENTERALE ED ENTERALE (SINPE), *Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Generale*, in «Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale», Anno 20 S5, Wichtig Editore, 2002, p. S5, www.sifoweb.it/images/pdf/attivita/attivita-scientifica/aree_scientifiche/nutrizione_clinica/Linee_guida_sinpe_na_ospedaliera.pdf, in FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE (FCP), *Nutrizione artificiale*, n.d., www.fedcp.org/cure-palliative/glossario/nutrizione-artificiale.

compie rispetto alla persona malata, non è come si nutre o idrata: alimentazione e idratazione sono atti dovuti in quanto supporti vitali di base, nella misura in cui consentono ad un individuo di restare in vita⁷⁸.

Diversamente, la *Società Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale* (SINPE) ha sostenuto che essa è una terapia medica, indirizzo confermato in modo analogo dal consigliere della *Società italiana di nutrizione clinica e metabolismo* (SINUC) Giancarlo Sandri, e dalla *Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva* (SIIARTI); quest'ultima ha seguito le direttive della stessa SINPE e delle consociate dell'*European Society of Parenteral and Enteral Nutrition* (ESPEN), della *Federazione delle Società Italiane di Nutrizione* (FESIN) e dell'*American Dietetic Association* (ADA)⁷⁹. Anche la Chiesa cattolica – nonostante non la consideri una terapia medica –, si è espressa in merito alla nutrizione artificiale: «quando il fornire sostanze nutrienti e liquidi fisiologici non risulta di alcun giovamento al paziente [...] la loro somministrazione va sospesa»⁸⁰. Oggi, secondo l'articolo 1, comma 5 della l. n. 219/2017, nutrizione ed idratazione artificiali sono considerati trattamenti medici, «in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici»⁸¹; da ciò deriva la possibilità di poter rifiutare/rinunciare ad essi revocando il consenso prestato⁸². Nella società odierna, dunque, è possibile osservare come il tema del fine vita, comprendendo una ampia raccolta terminologica, coinvolga molteplici diritti fondamentali della persona; ciò anche in considerazione di quella che è stata una lunga evoluzione normativa e giurisprudenziale. La comprensione di tali concetti è necessaria per ogni individuo, poiché deve indirizzare e permettere di acquisire consapevolezza delle diverse strade che possono essere intraprese dinanzi a situazioni alquanto complesse. Situazioni in cui è indispensabile tutelare fino alla fine l'esistenza di ognuno, rispettandone la visione della dignità della vita e le credenze.

⁷⁸ Il passo è tratto da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*, 30 settembre 2005, pp. 2-3, <https://bioetica.governo.it/it/>, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 25, nota 20.

⁷⁹ Per un approfondimento sui diversi pareri si veda F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 25, nota 20.

⁸⁰ La citazione è tratta da CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Samaritanus Bonus. Lettera sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, 14 luglio 2020, capitolo V, paragrafo 3, www.vatican.va, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 149.

⁸¹ La citazione è tratta da FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE (FCP), *Nutrizione artificiale*, n.d., www.fedcp.org/cure-palliative/glossario/nutrizione-artificiale.

⁸² Le informazioni sono tratte dal sito web indicato nella nota precedente.

CAPITOLO 2

IL FINE VITA IN ITALIA

2.1 L'attuale quadro giuridico in Italia

In Italia, l'incessante sviluppo del fine vita ha portato negli ultimi anni al raggiungimento di grandi traguardi e cambiamenti. Ciò, è avvenuto grazie all'impegno di tutti coloro che si sono battuti per vedersi riconoscere un diritto a morire, in modo dignitoso e per fare in modo che venissero rispettate le loro scelte. Oggi, come già evidenziato in precedenza, è sempre più forte la necessità di una legge specifica – specialmente sul suicidio medicalmente assistito –, che assicuri a ciascuno la possibilità di poter porre fine alla propria vita, a prescindere dalle proprie condizioni e che allo stesso tempo trovi l'approvazione delle posizioni più rigide. Molti però condividono il timore di scivolare lungo un *piano inclinato*, in quanto

l'ammissione del suicidio assistito a determinate condizioni può portare, una volta ammesso sulla base del riconoscimento della autodeterminazione individuale nella scelta di morire anticipatamente e subito, ad estendere la disciplina oltre i casi limite, spostando il confine "oltre". Uno sconfinamento che, passo dopo passo, se non si accetta il limite, tende a prevalere ed estendersi⁸³.

Malgrado le paure di ciò che potrebbe accadere in futuro, buona parte della società vede con positività le diverse aperture che sono state concesse; a questi si deve aggiungere anche la grande valorizzazione che è stata riconosciuta alle cure palliative e alla terapia del dolore, essenziali per il sostegno e l'accompagnamento del malato. Il nostro ordinamento continua a rimanere ancora rigido/chiuso sotto diversi aspetti, ma grazie ad

⁸³ La citazione è tratta da L. PALAZZANI, *Il suicidio assistito medicalizzato: riflessioni filosofico-giuridiche sulla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*, «BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto», n. 2/2020, p. 296, <https://doi.org/10.15168/2284-4503-662>, in M.E. BUCALO, *Il cammino indicato dalla Corte costituzionale per la disciplina del suicidio medicalmente assistito fra giurisprudenza di merito e perdurante attesa del legislatore*, «BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto», n. 3/2021, p. 292, nota 52, <https://doi.org/10.15168/2284-4503-1782>.

una forte sensibilizzazione ed agli sviluppi normativi e giurisprudenziali sono individuabili molteplici fonti, le quali vanno a costituire l'attuale quadro giuridico del tema in questione. Tra queste si individuano: gli articoli 579 («*Omicidio del consenziente*») e 580 («*Istigazione o aiuto al suicidio*») del c.p.; gli articoli 2, 13 e 32 Cost., i quali tutelano rispettivamente i diritti inviolabili, la libertà personale e la salute dell'individuo; gli articoli 20 («*Relazione di cura*»), 33 («*Informazione e comunicazione con la persona assistita*»), 35 («*Consenso e dissenso informato*»), 38 («*Autonomia del cittadino e direttive anticipate*») e 53 («*Rifiuto consapevole di alimentarsi*») del C.D.M.; la legge n. 180 del 13 maggio 1978 («*Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori*»); la legge n. 833 del 23 dicembre 1978, istitutiva del *Servizio sanitario nazionale*, definito con la sigla SSN; la legge n. 6 del 9 gennaio 2004, che ha inserito l'istituto dell'amministrazione di sostegno – per salvaguardare le persone che presentano una parziale incapacità nello svolgere attività abitudinarie – nel Codice civile; la legge n. 38 del 15 marzo 2010 («*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*»); la legge n. 219 del 22 dicembre 2017 («*Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*»); la circolare del Ministero dell'Interno dell'8 febbraio 2018 («*Prime indicazioni operative sulla legge n. 219 del 2017*»); infine il Decreto ministeriale n. 168 del 10 dicembre 2019 («*Regolamento concernente la banca dati nazionale destinata alla registrazione delle disposizioni anticipate di trattamento*»)⁸⁴. In ambito internazionale e sovranazionale, invece, importante richiamare l'articolo 3 della *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea* («*Diritto all'integrità della persona*»), l'articolo 5 della *Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina*, (Capitolo secondo, Consenso, «*Regola generale*»), l'articolo 7 del *Patto Internazionale sui Diritti Civili e Politici* del 1996 («nessuno può essere sottoposto, senza il suo libero consenso, ad un esperimento medico o scientifico») e la *Carta Sociale Europea*⁸⁵. L'Italia può quindi contare su un'enorme quantità di fonti, avvalorata negli anni soprattutto grazie ai fondamentali interventi e alle pronunce giurisprudenziali, come l'ordinanza n. 207 del 16 novembre 2018 e la sentenza n. 242 del 22 novembre 2019⁸⁶. Anche comunità e comitati

⁸⁴ Le informazioni sono tratte dal sito web di BioDiritto, *Casi e materiali sul fine vita in Italia*, ultimo aggiornamento 4 marzo 2022, consultabile al link www.biodiritto.org/Dossier/Casi-e-materiali-sul-fine-vita-in-Italia.

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ *Ibidem*.

scientifici come il CNB, la SIAARTI, la FESIN e la SINPE hanno contribuito con i propri pareri e documenti sull'argomento in questione⁸⁷. Una forte spinta al dibattito del fine vita è stata data dalla dottrina (basti pensare al *BioLaw Journal – Rivista di BioDiritto*), che coinvolgendo professionisti e studiosi della materia ha presentato ad esempio i diversi punti di vista in merito alle recenti aperture che sono derivate dalle pronunce della Consulta⁸⁸. Nel panorama legislativo italiano sono state inoltre innumerevoli le proposte di legge, con l'obiettivo principale di legalizzare il suicidio assistito e/o l'eutanasia⁸⁹. Malgrado non siano stati ancora raggiunti dei risultati concreti, a causa di forti contrapposizioni e dei lenti iter procedimentali, anche la comunità si è adoperata maggiormente sul tema, in particolare attraverso diverse iniziative e proposte. Attualmente nello scenario italiano i pilastri fondamentali sono rappresentati dalle già menzionate leggi n. 38/2010 e n. 219/2017, che affiancate dalle pronunce della Consulta hanno permesso di cambiare non solo l'approccio, ma anche le scelte che possono essere intraprese nei confronti del fine vita.

⁸⁷ Per un elenco completo dei vari pareri e documenti si veda sempre il sito indicato nella nota 84.

⁸⁸ V. nota 84.

⁸⁹ Cfr. L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasia*, op. cit., p. 127.

2.2 Le leggi n. 38/2010 e n. 219/2017

Come appurato precedentemente, nel nostro Paese sono presenti due leggi fondamentali che sono legate all'ambito del fine vita. Con queste sono state valorizzate le cure palliative e la terapia del dolore, oltre ad essere disciplinati gli strumenti del consenso informato e delle disposizioni anticipate di trattamento. Partendo dalla l. n. 38/2010 (*«Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore»*), è possibile affermare che essa abbia portato ad una sostanziale svolta in Italia, in quanto *«predispone un articolato sistema organizzativo, finalizzato ad assicurare l'uniforme ed effettivo godimento, in tutto il territorio nazionale, delle più appropriate cure palliative e della terapia del dolore»*⁹⁰. Prima di esaminarla, è necessario ribadire che le terapie palliative possiedono una particolare centralità nel fine vita; ciò è dato dal tentativo di allontanare condotte che possono ricadere nell'eutanasia/suicidio assistito o nell'accanimento terapeutico, considerate ingiuste e contrarie alla dignità della vita dell'uomo. D'altra parte, però, nella nostra società non sempre tali cure di accompagnamento vengono viste con positività, questo perché in molti casi forte è il desiderio di *staccare la spina*, di porre fine ad una esistenza ormai non più degna di essere vissuta. La l. n. 38/2010 è composta da dodici articoli, alcuni dei quali hanno portato a delle vere e proprie innovazioni. L'articolo 1 (*«Finalità»*) prevede innanzitutto al primo comma la salvaguardia del *«diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore»*; il secondo comma, invece, ne garantisce l'accesso *«nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza»*, in modo tale che vengano forniti un sostegno eguale, trattamenti appropriati in base alle circostanze ed il rispetto dell'indipendenza e della dignità di ciascuno. Per realizzare i due commi, secondo l'art. 1, comma 3,

le strutture sanitarie che erogano cure palliative e terapia del dolore assicurano un programma di cura individuale per il malato e per la sua famiglia, nel rispetto dei seguenti principi fondamentali:

- a) tutela della dignità e dell'autonomia del malato, senza alcuna discriminazione;
- b) tutela e promozione della qualità della vita fino al suo termine;

⁹⁰ La citazione è tratta da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 150.

c) adeguato sostegno sanitario e socio-assistenziale della persona malata e della famiglia⁹¹.

L'articolo 2 («Definizioni») descrive dei termini specifici, alcuni dei quali sono stati già citati, come le «*cure palliative*» e la «*terapia del dolore*»; sebbene entrambi vengano impiegati per assistere i pazienti in modo opportuno, presentano una marcata differenza. Sempre nello stesso articolo vengono spiegati ulteriori concetti, come quello di «*malato*»⁹² o di «*reti*»⁹³. Con quest'ultime si intendono

la rete nazionale per le cure palliative e la rete nazionale per la terapia del dolore, volte a garantire la continuità assistenziale del malato dalla struttura ospedaliera al suo domicilio e costituite dall'insieme delle strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, e assistenziali, delle figure professionali e degli interventi diagnostici e terapeutici disponibili nelle regioni e nelle province autonome, dedicati all'erogazione delle cure palliative, al controllo del dolore in tutte le fasi della malattia, con particolare riferimento alle fasi avanzate e terminali della stessa, e al supporto dei malati e dei loro familiari⁹⁴;

Particolare attenzione viene poi dedicata alle definizioni riguardanti il supporto fornito all'interno degli *hospice* o direttamente presso il domicilio del paziente, il *centro diurno per cure palliative* (che assicura prestazioni specifiche durante il giorno, non eseguibili presso il luogo in cui il soggetto interessato è domiciliato) e l'*aiuto specializzato nella gestione del dolore*⁹⁵. Tale sostegno specialistico viene identificato come «*l'insieme degli interventi sanitari e assistenziali di terapia del dolore erogati in regime ambulatoriale, di day hospital e di ricovero ordinario e sul territorio da equipe specialistiche*»⁹⁶. L'articolo 3 interessa le «*Competenze del Ministero della salute e della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano*», nel quale vengono identificate come priorità del Piano sanitario nazionale i trattamenti palliativi e per il controllo del dolore, sancite le linee guida da seguire per applicare la normativa e stabilito che il *Comitato paritetico permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza* debba esaminare ogni anno lo stato di realizzazione della legge. L'articolo 4 concerne le «*Campagne di informazione*»: queste – alle quali sono stati destinati idonei finanziamenti tra gli anni

⁹¹ Cit. art. 1, comma 3, l. n. 38/2010.

⁹² Art. 2, comma 1, lett. c), l. n. 38/2010.

⁹³ Art. 2, comma 1, lett. d), l. n. 38/2010.

⁹⁴ Cit. *Ibidem*.

⁹⁵ Si fa riferimento in ordine all'art. 2, comma 1, lett. e), f), g), h) della l. n. 38/2010.

⁹⁶ Cit. art. 2, comma 1, lett. h), l. n. 38/2010.

2010-2012 – hanno fornito informazioni sull’argomento della medicina palliativa nonché provato all’intera comunità l’utilità e la possibilità di usufruire dei farmaci idonei per la gestione delle sofferenze⁹⁷. Con l’articolo 5 («*Reti nazionali per le cure palliative e per la terapia del dolore*») è stata prevista l’individuazione delle strutture nelle quali si sviluppano le reti nazionale e regionale – inclusi i metodi per garantirne il coordinamento –, e delle figure professionali. L’articolo 6 (Progetto «*Ospedale-Territorio senza dolore*») ha stabilito delle spese – tra gli anni 2010-2011 – per ottimizzare l’operato dei Comitati Ospedale-Territorio senza dolore⁹⁸, con l’obiettivo (ancora attuale) di conseguire nel territorio e nelle strutture ospedaliere una migliore assistenza, basata sui valori della stessa legge⁹⁹. L’articolo 7 («*Obbligo di riportare la rilevazione del dolore all'interno della cartella clinica*») impone come «*obbligatoria la registrazione in cartella clinica dei dati relativi alla presenza di dolore, ossia le sue caratteristiche e la sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito*»¹⁰⁰, mentre l’articolo 8 («*Formazione e aggiornamento del personale medico e sanitario in materia di cure palliative e di terapia del dolore*»), ha promosso la preparazione e l’aggiornamento periodico degli operatori su tali ambiti prescrivendo l’istituzione di determinati percorsi di formazione. In accordo con l’articolo 9 («*Monitoraggio ministeriale per le cure palliative e per la terapia del dolore*»), il Ministero della Salute

si impegna a redigere ogni anno un rapporto finalizzato a rilevare l’andamento delle prescrizioni di farmaci per la terapia del dolore, a monitorare lo stato di avanzamento delle reti su tutto il territorio nazionale e il loro livello di omogeneità e adeguatezza, formulando proposte per la risoluzione dei problemi e delle criticità eventualmente rilevati. Inoltre, al fine di garantire livelli omogenei di

⁹⁷ Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE VIDAS, *Legge 38/2010: oltre dieci anni di cure palliative e terapia del dolore*, n.d., www.vidas.it/legge-38-2010-cure-palliative-e-terapia-del-dolore. In questo senso si veda l’art. 4 della l. n. 38/2010.

⁹⁸ Relativamente al comitato Ospedale-Territorio senza dolore, esso è stato creato «*per sensibilizzare e formare gli operatori ed informare i cittadini sulle procedure più opportune per il controllo del dolore. Promuove e sostiene pertanto tutte le iniziative e le azioni con questo scopo*». La definizione riportata è tratta dal sito web dell’Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Papa Giovanni XXIII, ultimo aggiornamento 8 marzo 2021, consultabile al link www.asst-pg23.it/chi-siamo/comitato-ospedale-territorio-senza-dolore.

⁹⁹ Le informazioni sono tratte dal sito web dell’Azienda Unità Locale Socio-Sanitaria (ULSS) n. 8 “Berica”, ultimo aggiornamento 7 giugno 2023, consultabile al link www.aulss8.veneto.it/progetti/progetto-ospedale-e-territorio-senza-dolore.

¹⁰⁰ La citazione è tratta da ASSOCIAZIONE VIDAS, *Legge 38/2010: oltre dieci anni di cure palliative e terapia del dolore*, n.d., www.vidas.it/legge-38-2010-cure-palliative-e-terapia-del-dolore. In questo senso si veda l’art. 7, comma 1, della l. n. 38/2010.

trattamento del dolore su tutto il territorio nazionale, si prevede l'uniformità delle tariffe di rimborso per le cure palliative, nelle strutture pubbliche e convenzionate, che oggi variano molto da regione a regione, con penalizzazioni per le regioni inadempienti al piano di implementazione delle cure¹⁰¹.

Infine è doveroso segnalare gli articoli 10 («*Semplificazione delle procedure di accesso ai medicinali impiegati nella terapia del dolore*»), 11 («*Relazione annuale al Parlamento*») e 12 («*Copertura finanziaria*»), con cui, rispettivamente: è agevolata la modalità per usufruire dei farmaci per alleviare le sofferenze (articolo 10); è prevista ogni anno la presentazione di un resoconto al Parlamento (articolo 11); sono stati stabiliti i finanziamenti/spese per conseguire le finalità fissate dalla normativa (articolo 12). In modo particolare, l'articolo 11 sancisce che:

1. Il Ministro della salute, entro il 31 dicembre di ogni anno, presenta una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione della presente legge, riferendo anche in merito alle informazioni e ai dati raccolti con il monitoraggio di cui all'articolo 9.
2. Ai fini di cui al comma 1, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano trasmettono al Ministro della salute, entro il 31 ottobre di ciascun anno, tutti i dati relativi agli interventi di loro competenza disciplinati dalla presente legge¹⁰².

Attraverso questa legge, dunque, viene sottolineato l'importante ruolo delle terapie palliative e per il controllo del dolore; queste dovrebbero essere accessibili in modo equivalente ad ogni persona, a prescindere dalle condizioni e dalla zona in cui si vive. Attualmente, sebbene siano stati raggiunti molti degli obiettivi preposti, sono ancora presenti alcune problematiche. Sulla base del rapporto del Ministero della Salute del 2019 al Parlamento – relativo agli anni 2015-2017 – infatti, da un lato i risultati raggiunti sono l'individuazione dei professionisti nel campo delle cure palliative, la certificazione professionale per i medici non specializzati (all'interno delle Reti purtroppo risultano esserci ancora pochi medici) e l'aggiornamento dei LEA (tramite DPCM del 12 gennaio 2017); dall'altro, diversamente, si segnala la presenza di una elevata disparità sia a livello locale che regionale in merito alla sua applicazione, contando inoltre uno scarso numero di Reti di trattamenti palliativi e per il dolore

¹⁰¹ La citazione è tratta da ASSOCIAZIONE VIDAS, *Legge 38/2010: oltre dieci anni di cure palliative e terapia del dolore*, n.d., www.vidas.it/legge-38-2010-cure-palliative-e-terapia-del-dolore. In questo senso si veda l'art. 9, della l. n. 38/2010.

¹⁰² Cit. art. 11, commi 1, 2, l. n. 38/2010.

pediatriche¹⁰³. Anche il CNB ha espresso forti criticità nei confronti di ciò che è emerso dal rapporto ministeriale:

come si legge con chiarezza nel documento, la qualità e l'offerta assistenziale per le cure palliative in regime residenziale e domiciliare presenta forti disomogeneità sul territorio nazionale, non certo per inadeguatezza dei professionisti sanitari ma per note e gravi carenze strutturali. Ciò si traduce nel fatto che in alcune Regioni italiane oggi non viene garantito un diritto umano fondamentale: quello del paziente di ricevere nella fase finale della propria esistenza un effettivo supporto finalizzato al controllo della sofferenza nel rispetto della sua dignità¹⁰⁴.

Sulla base di queste considerazioni, affinché la l. n. 38/2010 possa trovare una completa attuazione sarà necessario un maggior impegno da parte delle istituzioni, in modo da poter sopperire alle difficoltà ancora presenti.

La seconda legge relativa al fine vita da esaminare è la n. 219/2017 («*Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento*»), introduttiva anch'essa di importanti novità nel nostro ordinamento. La normativa – articolandosi in otto articoli – pone al vertice la volontà, la libertà di autodeterminazione e la dignità della persona¹⁰⁵. L'articolo 1 («*Consenso informato*»), composto da undici commi, asserisce nel primo che

La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela 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 del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge¹⁰⁶.

¹⁰³ Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE VIDAS, *Legge 38/2010: oltre dieci anni di cure palliative e terapia del dolore*, n.d., www.vidas.it/legge-38-2010-cure-palliative-e-terapia-del-dolore.

¹⁰⁴ La citazione è tratta da COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, op. cit., p. 24, <https://bioetica.governo.it/>, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 150, nota 50.

¹⁰⁵ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 127.

¹⁰⁶ L'articolo fa riferimento agli artt. 2 («*La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo*»), 13 («*La libertà personale è inviolabile*»), 32 («*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto [...]. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge*») della Costituzione e agli Artt. 1 («*Dignità umana*»), 2 («*Diritto alla vita*»), 3 («*Diritto all'integrità della persona*») della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea.

Evidente è il richiamo ai principi costituzionali ed europei, oltre all'importanza che viene attribuito al consenso informato prestato liberamente dal soggetto, il quale se assente non permette di intraprendere o proseguire una determinata terapia. L'unica deroga a tale principio è rappresentata dalla situazione in cui, dalla scelta della persona interessata, possa derivare un danno alla salute della comunità; in questo caso, secondo la Costituzione (articolo 32, comma 2) la volontà del singolo potrebbe essere sovrastata da una disposizione di legge¹⁰⁷. Nel secondo comma il paziente ed il medico vengono collocati essenzialmente sullo stesso piano: il malato deve decidere liberamente quale strada intraprendere dal punto di vista terapeutico, ma ciò è possibile solo grazie all'intervento professionale del medico, che deve fornire le informazioni necessarie per una corretta elaborazione del consenso; tra i due, quindi, deve formarsi un solido *rapporto di cura e di fiducia*, soprattutto grazie ad una corretta comunicazione; nel medesimo rapporto intervengono gli altri operatori del team sanitario e, se il paziente lo volesse, potrebbe coinvolgere anche le persone che abbiano con lui un legame familiare, di unione civile/convivenza o di fiducia. Il terzo comma riguarda il diritto del paziente a conoscere in modo chiaro ed esauriente le varie informazioni riguardanti la sua condizione clinica, le terapie e gli accertamenti individuati (inclusi i benefici e i pericoli che potrebbero derivare da questi, anche in caso di rinuncia o rifiuto), oltre alle ulteriori opzioni che potrebbero essere intraprese dal punto di vista sanitario; il medesimo inoltre può decidere di non prendere conoscenza di esse o di designare un soggetto di fiducia/familiari – tutti elementi che devono essere inseriti nel fascicolo sanitario elettronico (FSE) e nella cartella clinica –, che le ricevano e manifestino il consenso al suo posto. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) rappresenta «*l'insieme di dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi riguardanti l'assistito*»¹⁰⁸, mentre «*La cartella clinica contiene tutti i documenti idonei a descrivere il percorso diagnostico terapeutico del paziente*»¹⁰⁹. Ad ogni modo, è presupposto che l'individuo interessato debba possedere la capacità di intendere e di volere per poter compiere tali azioni¹¹⁰. Il quarto comma stabilisce che

¹⁰⁷ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, Padova, CEDAM, 2018, p. 85.

¹⁰⁸ Cit. art. 12, comma 1, d.l. n. 179/2012. La definizione è tratta dal sito web del Garante per la protezione dei dati personali, consultabile al link www.garanteprivacy.it/temi/fse.

¹⁰⁹ La citazione è tratta da B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 93, nota 8.

¹¹⁰ Cfr. *Ivi*, p. 92.

l'acquisizione del consenso informato deve avvenire con i mezzi e le modalità più opportune, basandosi sullo stato in cui versa il malato. La documentazione del consenso può essere compiuta in forma scritta, con un apposito filmato o con strumenti di comunicazione (nel caso di disabilità del soggetto), e deve, indipendentemente da ciò, essere inclusa nel FSE e nella cartella clinica¹¹¹. Il quinto comma è molto importante, poiché segnala che con le medesime forme stabilite dal comma 4, il malato (capace di agire) ha il diritto di rifiutare i trattamenti o gli accertamenti individuati dal medico e può revocare, quando lo desidera, il proprio consenso, anche nell'ipotesi in cui da quest'ultima decisione possa derivare la sospensione della terapia. Sempre nel medesimo vengono riconosciuti come *trattamenti medici la nutrizione e l'idratazione artificiale* e stabilito che, nel caso in cui il paziente dovesse rifiutare o rinunciare alle cure salvavita, il medico avrà il dovere di riferire al medesimo – inclusi i familiari, se autorizzato – ciò che potrebbe accadere a causa di tali scelte, proporre eventuali alternative e favorire ogni condotta di supporto (è previsto anche il supporto psicologico); appare doveroso sottolineare che sono inseriti nel FSE e nella cartella clinica l'eventuale revoca, dissenso, accettazione ed intenzioni del malato, il quale ha la facoltà di poterli variare. Secondo quanto previsto dal sesto comma, il medico, di fronte alla manifestata intenzione del malato di rinunciare o rifiutare le cure, è obbligato a seguirne le volontà (non risponde civilmente e penalmente in questo caso), ma non ha doveri lavorativi qualora siano state richieste terapie in contrasto alla deontologia medica, alle buone pratiche clinico-assistenziali o alle disposizioni legali. Ciò che emerge è dunque la possibilità per il medico di poter rifiutare le richieste che gli siano state avanzate se esse siano contrarie ai suoi convincimenti e ideali¹¹². A tal proposito è indispensabile segnalare che la legge in esame *non prevede* l'obiezione di coscienza degli operatori sanitari, portando così ad una criticità nel caso in cui il paziente «*esigesse una condotta attiva da parte del sanitario nel determinismo del decesso*»¹¹³. Nonostante questa mancanza – colmabile dagli operatori sanitari che lavorano presso gli impianti pubblici –, sono molti coloro che hanno sollecitato l'introduzione della *clausola di coscienza*, basti pensare alla specifica proposta di legge per introdurre

¹¹¹ Cfr. art. 1, comma 4, l. n. 219/2017.

¹¹² Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 141.

¹¹³ Cit. *Ivi*, p. 143.

l'articolo 4-bis nella l. n. 219/2017¹¹⁴. Il settimo comma stabilisce che gli operatori del team sanitario ed i medici devono garantire le terapie indispensabili per la sopravvivenza o per portare beneficio al malato – rispettandone le intenzioni se le situazioni ed il suo stato di salute permettano di riceverle –, nei casi di urgenza o necessità. L'ottavo comma afferma che «*Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura*». Questo pone in rilievo come nel rapporto terapeutico il medico, ascoltando, mostrandosi disponibile e fornendo le informazioni richieste al malato, permette l'instaurazione di un rapporto di fiducia che può portare a dei benefici concreti/esito positivo della cura¹¹⁵. I restanti commi dell'articolo 1 prevedono rispettivamente che:

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari¹¹⁶.

Viene dunque evidenziata l'importanza delle strutture sanitarie private/pubbliche, le quali devono assicurare la realizzazione dei principi della legge in esame, garantendo le informazioni ai malati e la formazione degli operatori e dei medici, che deve concernere non solo l'ambito relazionale e comunicativo, ma anche quello dei trattamenti palliativi e per il controllo del dolore; in modo particolare, inoltre, vengono mantenute per precisi atti o terapie mediche le disposizioni speciali relative al consenso informato¹¹⁷. Secondo l'articolo 2 della l. n. 219/2017 («*Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita*»)

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico.

¹¹⁴ Cfr. *Ivi*, pp.143-144.

¹¹⁵ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 104.

¹¹⁶ Cit. art. 1, commi 9, 10, 11, l. n. 219/2017.

¹¹⁷ Cfr. *Ibidem*.

A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38¹¹⁸.

Il richiamo alla l. n. 38/2010 pone ulteriormente l'accento sulla terapia palliativa e per il controllo delle sofferenze, le quali devono essere assicurate a prescindere dalle condizioni del paziente e allo stesso modo nell'ipotesi in cui quest'ultimo decida di non acconsentire o di revocare il consenso prestato per un determinato trattamento. Sempre nell'articolo 2 è stabilito che il medico deve esimersi dall'*ostinarsi terapeuticamente* e dall'attuare terapie non proporzionate ed inutili nei confronti del malato ormai prossimo al decesso o colpito da una patologia caratterizzata da prognosi infausta in tempi brevi; egli può – con il consenso del malato –, somministrare il trattamento per il dolore assieme alla sedazione palliativa profonda continua nell'ipotesi in cui le cure risultino inefficaci per contrastare le sofferenze¹¹⁹. In ogni caso, «*Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico*»¹²⁰. L'articolo 3 («*Minori e incapaci*») attesta che

1. La persona minore di età o incapace ha diritto alla valorizzazione delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti di cui all'articolo 1, comma 1. Deve ricevere informazioni sulle scelte relative alla propria salute in modo consono alle sue capacità per essere messa nelle condizioni di esprimere la sua volontà.

2. Il consenso informato al trattamento sanitario del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità¹²¹.

Sulla base di quanto disposto, tale soggetto deve recepire dal medico, secondo le proprie capacità di giudizio e di comprensione, le informazioni inerenti alle decisioni sanitarie che lo riguardano, permettendogli in tal modo di elaborare e manifestare – ove possibile –, la propria volontà; gli esercenti la responsabilità genitoriale/tutore del minore recepiscono anch'essi le informazioni necessarie e nell'esprimere il consenso o il

¹¹⁸ Cit. art. 2, comma 1, l. n. 219/2017.

¹¹⁹ Cfr. art. 2, comma 2, l. n. 219/2017.

¹²⁰ Cit. art. 2, comma 3, l. n. 219/2017.

¹²¹ Cit. art. 3, commi 1, 2, l. n. 219/2017.

dissenso alla terapia sanitaria devono tenerne in considerazione le sue intenzioni ed interessi, non violandone la dignità e l'integrità fisica e mentale¹²². L'articolo disciplina anche il caso in cui l'individuo sia *interdetto*¹²³: «*Il consenso informato della persona interdetta [...] è espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità*»¹²⁴. Differenti, invece, le situazioni riguardanti l'*inabilitato*¹²⁵ e l'*amministratore di sostegno*:

Il consenso informato della persona inabilitata è espresso dalla medesima persona inabilitata. Nel caso in cui sia stato nominato un amministratore di sostegno la cui nomina preveda l'assistenza necessaria o la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere¹²⁶.

Perciò, relativamente all'amministratore di sostegno con assistenza necessaria, costui e l'amministrato manifesteranno il consenso informato; nel caso in cui gli venga riconosciuta rappresentanza esclusiva, invece, potrà esprimerlo in modo esclusivo, seguendo però quanto previsto nell'ultima parte del comma citato¹²⁷. Il quinto comma dell'articolo 3 concerne gli eventuali contrasti che possono sorgere nel momento in cui il medico reputa indispensabili e adeguati i trattamenti suggeriti, mentre l'amministratore di sostegno o il rappresentante legale dell'inabilitato/interdetto – in mancanza di DAT –, oppure il rappresentante legale del minore li declinano. In tali situazioni, tramite ricorso del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria o degli individui di cui agli articoli 406 e seguenti c.c. (convivente, parenti entro il quarto grado, affini entro il secondo grado, pubblico ministero, coniuge) o del rappresentante legale dell'individuo interessato, la risoluzione viene deferita al giudice

¹²² Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 111-112.

¹²³ «*È la persona che la legge considera totalmente incapace d'agire*». La definizione riportata è tratta dal sito web di Brocardi, consultabile al link www.brocardi.it.

¹²⁴ Cit. art. 3, comma 3, l. n. 219/2017.

¹²⁵ «*Viene dichiarato tale con sentenza un soggetto, maggiorenne o nell'ultimo anno di minor età, che per le sue condizioni mentali o fisiche non sia del tutto in grado di curare i propri interessi*». La definizione riportata è tratta dal sito web di Brocardi, consultabile al link www.brocardi.it.

¹²⁶ Cit. art. 3, comma 4, l. n. 219/2017.

¹²⁷ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 163. Il riferimento è all'articolo 3, comma 4, della l. n. 219/2017.

tutelare¹²⁸. Oltre a questi soggetti, il ricorso potrebbe essere avviato anche dal malato minore o incapace, considerato il richiamo dell'articolo 406 c.c. nella disposizione normativa¹²⁹. L'articolo 4 («*Disposizioni anticipate di trattamento*»), prevede che

Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «fiduciario», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie¹³⁰.

Sulla base di quanto appena riportato, tramite le DAT il soggetto interessato – provvisto dei determinati requisiti e opportunamente informato –, può manifestare le proprie scelte in ambito terapeutico, nei limiti stabiliti dalla medesima legge¹³¹, e attinenti a determinati trattamenti o accertamenti diagnostici ai quali desidera acconsentire o meno; questo nell'ottica di un futuro in cui una determinata condizione o patologia dovesse privarlo della facoltà di autodeterminarsi e di prestare il proprio consenso o dissenso. Particolare attenzione ricade sulla figura del *fiduciario*, il quale deve rappresentare il disponente nell'ambito dei rapporti terapeutici ed essenzialmente sostituirlo, agendo affinché quanto previsto nelle sue DAT venga rispettato. Il fiduciario accetta la nomina firmando le disposizioni anticipate o mediante un successivo atto che verrà allegato alle medesime (ne riceve una copia); è richiesto anche in questo caso che egli sia capace di intendere e volere e di maggiore età¹³². Tramite la redazione di un documento scritto notificato al disponente, il rappresentante in questione può declinare l'incarico¹³³. Il disponente, inoltre, attraverso le stesse procedure seguite per nominarlo, potrà revocarne l'incarico senza essere tenuto a fornire le ragioni¹³⁴. Considerato che secondo la normativa la facoltà di designare il fiduciario è lasciata alla libera discrezione del

¹²⁸ Cfr. art. 3, comma 5, l. n. 219/2017.

¹²⁹ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 119.

¹³⁰ Cit. art. 4, comma 1, l. n. 219/2017.

¹³¹ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 121.

¹³² Cfr. art. 4, comma 2, l. n. 219/2017.

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ Cfr. art. 4, comma 3, l. n. 219/2017.

disponente¹³⁵, le disposizioni anticipate continuano ad avere validità in relazione alle volontà di quest'ultimo, indipendentemente dalle ipotesi in cui il nominato sia deceduto, diventato incapace, abbia abbandonato l'incarico oppure non sia stato designato in esse¹³⁶. «*In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno, ai sensi del capo I del titolo XII del libro I del codice civile*»¹³⁷. Il medico è obbligato a osservare le disposizioni anticipate di trattamento, salvo quanto stabilito nell'articolo 1, comma 6; nelle ipotesi in cui però persistano terapie imprevedibili – in grado di migliorare in modo tangibile le condizioni del malato – al momento della firma delle DAT, oppure quest'ultime non risultino in linea con l'attuale stato di salute del soggetto o chiaramente incoerenti, il medico, in accordo con il fiduciario, potrà ignorarle parzialmente o completamente¹³⁸. In particolare, si applica l'articolo 3, comma 5 se sorgono contrasti tra il medico ed il fiduciario¹³⁹. Le forme con cui possono essere redatte le disposizioni anticipate sono le seguenti: scrittura privata autenticata, atto pubblico oppure scrittura privata consegnata di persona presso le strutture sanitarie (nel caso di tali strutture devono sussistere i requisiti previsti dall'articolo 4, comma 7) oppure nell'ufficio dello stato civile del proprio comune di residenza¹⁴⁰. Oltre al fatto che le DAT non prevedono tributi, imposte di bollo ed obblighi di registrazione, è necessario segnalare che il malato può manifestarle tramite strumentazioni di comunicazione appositi o videoregistrazioni se il suo stato fisico non glielo permette¹⁴¹. Ad ogni modo, queste si possono revocare, rinnovare e modificare in qualunque momento e con le stesse modalità di stesura; la revoca può avvenire anche mediante una comunicazione verbale acquisita o videoregistrata da un medico supportato da due testimoni, qualora ciò non sia possibile secondo i metodi menzionati per motivi di urgenza e necessità¹⁴². In virtù dell'articolo 4, comma 7, le Regioni possono normare con propria disposizione l'acquisizione delle copie delle disposizioni

¹³⁵ Cfr. MINISTERO DELLA SALUTE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *Disposizioni anticipate di trattamento*, ultimo aggiornamento 11 febbraio 2020, <https://www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?lingua=italiano&id=4954&area=dat&menu=vuoto>. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 348.

¹³⁶ Cfr. art. 4, comma 4, l. n. 219/2017.

¹³⁷ Cit. *Ibidem*.

¹³⁸ Cfr. art. 4, comma 5, l. n. 219/2017.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ Cfr. art. 4, comma 6, l. n. 219/2017.

¹⁴¹ *Ibidem*.

¹⁴² *Ibidem*.

anticipate (inclusa l'individuazione del fiduciario), e la loro collocazione nella banca dati, concedendo in ogni caso la facoltà al sottoscrittore di segnalare dove siano localizzabili o di decidere se fornirne un duplicato. Questo è possibile nella circostanza in cui le suddette abbiano adottato «*modalità telematiche di gestione della cartella clinica o il fascicolo sanitario elettronico o altre modalità informatiche di gestione dei dati del singolo iscritto al Servizio sanitario nazionale*»¹⁴³. L'ottavo comma dell'articolo 4 prevede infine che «*Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare della possibilità di redigere le DAT in base alla presente legge, anche attraverso i rispettivi siti internet*». La finalità è di agevolare i cittadini nella comprensione dell'utilità e delle procedure per poter redigere il testamento biologico. Nell'articolo 5 («*Pianificazione condivisa delle cure*») è dichiarato che

Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità¹⁴⁴.

Affinché venga elaborata una corretta pianificazione, il malato deve essere informato in modo chiaro ed esaustivo (articolo 1, comma 3) sulla probabile evoluzione della malattia e sulle sue future condizioni dal punto di vista qualitativo, oltre che sulle terapie palliative e sugli interventi che si possono attuare; anche in questo caso, con la sua autorizzazione possono essere informati il convivente, i familiari, una sua persona di fiducia o la parte dell'unione civile¹⁴⁵. Il malato deve manifestare le proprie volontà future, la potenziale designazione del fiduciario e prestare il proprio consenso su quanto avanzato dal medico¹⁴⁶. La designazione ed il consenso (che sono collocati nel FSE e nella cartella clinica) devono essere manifestati sempre dal malato in forma scritta oppure, nel caso il suo stato fisico non glielo permette, tramite strumentazioni di

¹⁴³ Cit. art. 4, comma 7, l. n. 219/2017.

¹⁴⁴ Cit. art. 5, comma 1, l. n. 219/2017.

¹⁴⁵ Cfr. art. 5, comma 2, l. n. 219/2017.

¹⁴⁶ Cfr. art. 5, comma 3, l. n. 219/2017.

comunicazione o videoregistrazioni¹⁴⁷. Su consiglio del medico o su domanda del malato è possibile aggiornare la pianificazione delle cure a seconda dello sviluppo della patologia; inoltre, si deve seguire quanto disposto dall'articolo 4 per tutti quegli elementi non regolati dalla disposizione in esame¹⁴⁸. Secondo l'articolo 6 («*Norma transitoria*»), «*Ai documenti atti ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge, si applicano le disposizioni della medesima legge*». Di conseguenza, tali documenti antecedenti all'attuazione della normativa producono effetti solo se seguono le regolamentazioni sancite dalla stessa¹⁴⁹. L'articolo 7 («*Clausola di invarianza finanziaria*») asserisce che «*Le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica*». Ciononostante, negli anni sono state molteplici le spese per garantire in modo eguale e ad ognuno l'accesso alle cure palliative ed ai trattamenti per il dolore, nonché per l'istituzione e la manutenzione/gestione delle relative banche dati e dei sistemi di informazione¹⁵⁰. Nell'ultimo articolo della l. n. 219/2017, infine, è stabilito che

Il Ministro della salute trasmette alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, una relazione sull'applicazione della legge stessa. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute¹⁵¹.

In modo particolare, sono 62.030 le disposizioni anticipate di trattamento – indicate nella Relazione del 2019 –, depositate alla data 31 marzo 2018 presso gli Uffici dello Stato Civile dei Comuni¹⁵². La l. n. 219/2017, dunque, non solo sottolinea l'importanza delle cure palliative e della terapia del dolore richiamando i principi della l. n. 38/2010,

¹⁴⁷ Cfr. art. 5, comma 4, l. n. 219/2017.

¹⁴⁸ Cfr. art. 5, commi 4, 5, l. n. 219/2017.

¹⁴⁹ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 181.

¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁵¹ Cit. art. 8, l. n. 219/2017.

¹⁵² La Relazione del 2019 è consultabile nel sito web www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/344702.pdf. Le informazioni sono tratte da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 182.

ma assicura anche che vengano rispettate le decisioni di ognuno, di fronte ad un ipotetico futuro in cui non si abbia la facoltà di esprimere il proprio consenso e non si voglia lasciare la propria vita in mano ad altri. Queste due leggi rappresentano nella nostra società importanti tasselli del fine vita, nel quale, si ribadisce nuovamente, la volontà e l'assistenza della persona devono essere sempre posti al primo posto.

2.3 Importanti pronunce sul suicidio medicalmente assistito

Negli ultimi anni, in Italia, l'assenza di una disciplina normativa concernente l'eutanasia e/o il suicidio assistito, in aggiunta all'entrata in vigore della l. n. 219/2017, ha portato ad una intensificazione del dibattito sul fine vita. Dinanzi a ciò, l'intervento della giurisprudenza si è rilevato fondamentale e ha permesso di raggiungere risultati significativi, in particolar modo nei confronti del suicidio medicalmente assistito¹⁵³. Due sono le pronunce più emblematiche a tal riguardo, ovvero l'ordinanza n. 207/2018 e la sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale. Rappresentando dei punti di svolta ma anche fonti di numerose perplessità, entrambe sono legate all'ordinanza della Corte d'assise di Milano n. 1 (in merito al caso Cappato-Antoniani) del 14 febbraio 2018¹⁵⁴. La questione sollevata da questa ordinanza concerne la legittimità costituzionale dell'articolo 580 c.p. («Istigazione o aiuto al suicidio»)

nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio, per ritenuto contrasto con gli artt. 2¹⁵⁵, 13, I comma, e 117 della Costituzione in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo; nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione dell'esecuzione del suicidio, che non incidano sul percorso deliberativo dell'aspirante suicida, siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 10 (*rectius*: 12) anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione, per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13, 25, II comma e 27, III comma della Costituzione¹⁵⁶.

Come dichiarato nell'ordinanza n. 207/2018 della Consulta, la stessa Corte d'assise ha evidenziato il trattamento sanzionatorio delle condotte di aiuto al suicidio, le quali anche nel caso in cui siano punibili, dovrebbero prevedere – a differenza dei

¹⁵³ V. nota 26.

¹⁵⁴ *Ibidem*.

¹⁵⁵ Si segnala che la Corte Cost. con ordinanza del 16 novembre 2018, n. 207 ha dichiarato che: «il riferimento all'art. 3 (anziché all'art. 2) Cost. che compare nel dispositivo dell'ordinanza di remissione deve considerarsi frutto di mero errore materiale, alla luce del tenore complessivo della motivazione e delle conclusioni che precedono immediatamente il dispositivo stesso». Quanto appena riportato è tratto da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 187, nota 11.

¹⁵⁶ Corte ass. Milano, sez. I, ordinanza n. 1 del 14 febbraio 2018 (G.U., 1^a Serie speciale, n. 11 del 14 marzo 2018, p. 34), in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 187.

comportamenti di istigazione al suicidio – una pena meno grave¹⁵⁷. La Corte costituzionale, chiamata a rispondere su questo delicato argomento, ha evidenziato che indubbiamente non può considerarsi incompatibile con la Costituzione l'incriminazione dell'aiuto al suicidio; malgrado ciò, nella società contemporanea è indispensabile tenere conto di scenari «*inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminatrice fu introdotta, ma portate sotto la sua sfera applicativa dagli sviluppi della scienza medica e della tecnologia, spesso capaci di strappare alla morte pazienti in condizioni estremamente compromesse, ma non di restituire loro una sufficienza di funzioni vitali*»¹⁵⁸. Si tratta di situazioni in cui è previsto che la persona agevolata nel compiere l'atto suicidario sia: «*affetta da una patologia irreversibile; fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili; sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale; resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli*»¹⁵⁹. In questi casi, per il soggetto interessato l'aiuto di una persona terza può rappresentare l'unico modo per allontanarsi da un prolungamento della vita che ha il pieno diritto di declinare e che, soprattutto, non desidera; la stessa Corte costituzionale ha sottolineato che qualora ricorrono precisi requisiti, il malato sottoposto a delle cure salvavita può scegliere di morire sospendendole, tuttavia non è chiaro il motivo per cui laddove si tratti della scelta di terminare la propria esistenza tramite l'aiuto altrui, opzione considerata più conforme alla sua idea di morte dignitosa, il medesimo deve considerarsi bisognoso di una incondizionata e rigorosa tutela in contrasto con le sue intenzioni¹⁶⁰.

Entro lo specifico ambito considerato, il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce, quindi, per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della

¹⁵⁷ Cfr. Corte cost., ordinanza n. 207 del 16 novembre 2018, in C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 464.

¹⁵⁸ Cit. *Ibidem*. Per evitare ulteriori ripetizioni, fino alla nota 163 viene usato *Ibidem* per fare riferimento alla medesima ordinanza.

¹⁵⁹ Cit. *Ibidem*. Il passo è tratto da C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 465.

¹⁶⁰ Cfr. *Ibidem*. Le informazioni sono tratte da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 196-197.

dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive¹⁶¹.

La Consulta, però, si è resa conto che l'aiuto al suicidio di individui che versino nelle condizioni suddette sarebbe spogliata di una regolamentazione normativa, qualora ponesse rimedio al *vulnus* dei suddetti principi attraverso l'estromissione dall'ambito applicativo dell'articolo 580 c.p.; da ciò, potendo a loro volta derivare una serie di abusi ed utilizzi scorretti di tale prestazione, si rende indispensabile un intervento legislativo – che secondo la Corte può inserirsi nell'ambito della l. n. 219/2017 –, per tutelare individui particolarmente fragili e che allo stesso tempo deve prevedere degli accorgimenti per evitare tali pericoli¹⁶². Dunque, sulla base di queste considerazioni, la Corte costituzionale ha esortato il Parlamento a redigere delle norme sulla materia entro la data di proroga (24 settembre 2019), invece di rimuovere semplicemente la disposizione censurata¹⁶³. Malgrado ciò, a distanza di un anno dall'ordinanza, di fronte al silenzio parlamentare la Consulta è intervenuta con la fondamentale sentenza n. 242/2019¹⁶⁴.

La Corte – si legge in un comunicato diffuso lo stesso giorno della Sentenza – ha ritenuto non punibile ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente

- a. tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale
- b. e affetto da una patologia irreversibile,
- c. fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili,
- d. ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli¹⁶⁵.

Questa pronuncia della Corte costituzionale – richiamando elementi già esplicitati nell'ordinanza n. 207/2018 –, palesa nuovamente l'obiettivo di salvaguardare da

¹⁶¹ Cit. *Ibidem*. Il passo è tratto da C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 466.

¹⁶² Cfr. *Ibidem*. Le informazioni sono tratte da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 198 e ss.

¹⁶³ Cfr. *Ibidem*. Le informazioni sono tratte da C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 466.

¹⁶⁴ Corte cost., sentenza n. 242 del 22 novembre 2019, consultabile nel sito web www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242.

¹⁶⁵ Il passo è tratto da P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 62. Il Comunicato dell'Ufficio Stampa della Corte costituzionale (25 settembre 2019) è consultabile nel sito web www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20190925200514.pdf.

interferenze illecite tutti i soggetti particolarmente fragili, affermando che la loro ipotetica volontà suicidaria deve essersi costituita in assenza di impedimenti ed in modo indipendente; per evitare inoltre una pratica del suicidio assistito sproporzionata o non corretta, il caso individuato riguarda la persona colpita da una malattia irreversibile e mantenuto in vita tramite terapie di sostentamento vitale¹⁶⁶. Sempre nel suddetto comunicato dell'Ufficio stampa della Corte costituzionale, si legge che

In attesa di un indispensabile intervento del legislatore, la Corte ha subordinato la non punibilità al rispetto delle modalità previste dalla normativa sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda continua (articoli 1 e 2 della legge 219/2017) e alla verifica sia delle condizioni richieste che delle modalità di esecuzione da parte di una struttura pubblica del SSN, sentito il parere del comitato etico territorialmente competente. La Corte sottolinea che l'individuazione di queste specifiche condizioni e modalità procedurali, desunte da norme già presenti nell'ordinamento, si è resa necessaria per evitare rischi di abuso nei confronti di persone specialmente vulnerabili, come già sottolineato nell'ordinanza 207 del 2018. Rispetto alle condotte già realizzate, il giudice valuterà la sussistenza di condizioni sostanzialmente equivalenti a quelle indicate¹⁶⁷.

In definitiva, con la sentenza n. 242/2019 la Consulta ha attestato che

L'art. 580 cod. pen. deve essere dichiarato, dunque, costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi dianzi indicati –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente¹⁶⁸.

¹⁶⁶ Cfr. P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 62-63.

¹⁶⁷ Il passo è tratto dal Comunicato dell'Ufficio Stampa della Corte costituzionale (25 settembre 2019), consultabile nel sito web www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20190925200514.pdf.

¹⁶⁸ Corte cost., sentenza n. 242 del 22 novembre 2019, consultabile nel sito web www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242.

Codesta rappresenta uno dei traguardi più importanti che sono stati raggiunti nel nostro Paese, dal quale non solo è scaturito un nuovo approccio nei confronti del fine vita ma ha aperto alla possibilità di accedere alla prestazione di *suicidio medicalmente assistito*, previa domanda e verifica dei determinati requisiti. Non si possono però tralasciare i dubbi emersi dalla medesima, causati in particolar modo dall'utilizzo di termini/espressioni alquanto generiche e poco chiare¹⁶⁹. Questi riguardano rispettivamente il momento in cui si definisce irreversibile una determinata patologia, quando le sofferenze sono repute intollerabili dal malato ed il concetto di dipendenza da terapie di sostentamento vitale¹⁷⁰. In merito a quest'ultimo aspetto, la Corte d'assise di Massa, con la decisione del 27 luglio 2020 (caso di Davide Trentini), è giunta ad ampliare tale nozione: la terapia di sostentamento vitale, secondo il tribunale, si estende a tutte quelle cure – in cui sono ricomprese quelle farmaceutiche o di supporto fornite da professionisti medici e paramedici –, la cui assenza potrebbe causare un declino dello stato di salute del paziente ed il suo conseguente decesso (non obbligatoriamente nell'immediato); pertanto, secondo questa visione, il concetto non indica imprescindibilmente la dipendenza da dispositivi medici come ad esempio la ventilazione artificiale¹⁷¹. Ulteriore *estensione* di tale elemento è avvenuta in merito al caso di *Mario* (Federico Carboni): con il parere del 9 novembre 2021, il Comitato Etico della Regione Marche ha ritenuto che i trattamenti ai quali è sottoposto sono cure di sostentamento vitale¹⁷². La sua vicenda, grazie all'applicazione della sentenza n. 242/2019, rappresenta la prima realizzazione di suicidio assistito in Italia¹⁷³.

Dal caso di Federico Carboni ne sono susseguiti altri di analoghi – nei quali è stata sempre richiamata la pronuncia della Consulta –, come quello di 'Antonio', a cui è stata

¹⁶⁹ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 204.

¹⁷⁰ Cfr. *Ivi*, pp. 204-205.

¹⁷¹ Cfr. Corte ass. Massa, sentenza n. 1 del 27 luglio, p. 31, in A. D'ALOIA, *Dopo Le Decisioni Della Corte Costituzionale Sul Suicidio Medicalmente Assistito*, in «La Società Degli Individui», n. 72, 2021/3, p. 87, <https://doi.org/10.3280/LAS2021-072006>.

¹⁷² Cfr. T. ANDREANI, *Comitato Etico Regionale delle Marche: accertamento dei requisiti per l'accesso al suicidio assistito ai sensi della sentenza della Corte Costituzionale 242 del 2019, anno 2021*, ultimo aggiornamento 29 novembre 2021, www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Docs/Comitato-Etico-Regionale-delle-Marche-accertamento-dei-requisiti-per-l-accesso-al-suicidio-assistito-ai-sensi-della-sentenza-della-Corte-Costituzionale-242-del-2019. Il testo del parere è consultabile nel sito indicato.

¹⁷³ Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Il caso di "Mario" che chiede la morte assistita in Italia e porta in tribunale la Asl punto per punto*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-mario-che-chiede-la-morte-assistita-in-italia-e-porta-in-tribunale-la-asl-punto-per-punto.

riconosciuta la possibilità di ricevere il farmaco per morire, ma che però ha deciso di continuare a vivere con i propri cari, sapendo di poter porre fine un domani alle proprie sofferenze qualora lo desidera¹⁷⁴. Rilevante la vicenda di ‘Gloria’, che il 23 luglio 2023, previa verifica dei presupposti indispensabili e compiuti i relativi accertamenti, si è somministrata in modo autonomo il medicinale letale in presenza del suo medico di fiducia¹⁷⁵. Tale vicenda è rilevante per tre aspetti in particolare: l’azienda sanitaria ha replicato senza il bisogno di ricorrere a vie legali; gli operatori sanitari hanno identificato in quanto terapia di sostentamento vitale la cura antitumorale; il medicinale e le attrezzature funzionali alla somministrazione autonoma sono state fornite dalla stessa azienda sanitaria¹⁷⁶. Infine, il caso più recente è quello di ‘Anna’, che il 26 settembre 2023 ha finalmente avuto il via libera per accedere al suicidio medicalmente assistito¹⁷⁷. In questo caso, inoltre, è stata inclusa tra i trattamenti di sostentamento vitale *«una assoluta e completa dipendenza da un’altra persona (caregiver) per l’espletamento dei propri bisogni vitali [...], necessari (in buona parte) alla stessa sopravvivenza della paziente»*¹⁷⁸. Sulla base di quanto riportato, si può dunque affermare che, di fronte all’assenza di uno specifico intervento legislativo, il contributo giurisprudenziale sia stato essenziale e abbia portato a degli importanti sviluppi del fine vita che un tempo si sarebbero ritenuti impensabili.

¹⁷⁴ Cfr. M.N. DE LUCA, Antonio: *“Il sì al suicidio assistito mi ha fatto tornare la voglia di vivere ancora”*, in «La Repubblica», 23 luglio 2023, www.repubblica.it/cronaca/2023/07/23/news/antonio_il_si_al_suicidio_assistito_mi_ha_fatto_tornare_la_voglia_di_vivere_ancora-408635998.

¹⁷⁵ Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Il caso di “Gloria”*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-gloria.

¹⁷⁶ *Ibidem*.

¹⁷⁷ Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Il caso di “Anna”*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-anna.

¹⁷⁸ In questo modo si è espressa l’Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina – ASUGI, Commissione medica multidisciplinare nella relazione del 03 agosto 2023. La citazione è tratta da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Il caso di “Anna”*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-anna.

2.4 Iniziative e proposte: uno sguardo verso il futuro

Alla luce dell'attuale quadro giuridico e delle importanti pronunce sul suicidio medicalmente assistito, sorge spontanea la domanda su cosa possa accadere in futuro nel nostro Paese in relazione al tema del fine vita. Malgrado le grandi aperture, sono innumerevoli le proposte e le iniziative che auspicano al conseguimento di una regolamentazione specifica o per garantire a ciascun cittadino una pronta risposta nei confronti degli innumerevoli dilemmi del fine vita. Negli ultimi anni la stessa comunità si è sensibilizzata maggiormente su tale tematica, ciò a conferma di quanto ritenga fondamentale che avvengano dei cambiamenti. Una delle iniziative più importanti, dalla quale poteva pervenire una significativa svolta, è stata il *Referendum Eutanasia legale*. Il quesito proposto dall'*Associazione Luca Coscioni* – supportato da molteplici associazioni¹⁷⁹ –, aveva l'obiettivo di introdurre l'eutanasia legale in Italia attraverso l'abrogazione parziale dell'articolo 579 c.p.: «*Volete voi che sia abrogato l'art. 579 del codice penale (omicidio del consenziente) approvato con R.D. 19 ottobre 1930, n.1398, comma 1 limitatamente alle seguenti parole “la reclusione da 6 a 15 anni”; comma 2 integralmente; comma 3 limitatamente alle seguenti parole “Si applicano”?*»¹⁸⁰. Se il referendum avesse avuto esito positivo avrebbe autorizzato l'eutanasia attiva, a condizione che sussistessero i presupposti delineati dalla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 e limitatamente alle modalità stabilite dalla l. n. 219/2017¹⁸¹. Si segnalava che nel caso in cui l'atto eutanasi fosse stato realizzato nei confronti di una persona il cui consenso fosse stato ottenuto mediante minaccia, violenza, oppure contro un minore o un soggetto incapace, questo sarebbe invece rimasto punito¹⁸². L'autorizzazione dell'eutanasia attiva mirava inoltre a concedere una giusta uguaglianza per poter morire a tutti gli individui, dato che la sentenza n. 242/2019 non prevede la facoltà di ricorrere al suicidio assistito a coloro che non abbiano l'intenzione di attuarlo da soli oppure se impossibilitati da una patologia completamente invalidante; di fatto la

¹⁷⁹ Le informazioni sono tratte da *Consulta, inammissibile referendum su eutanasia perché non si tutela vita umana*, in «Il Sole 24 Ore», 15 febbraio 2022, www.ilsole24ore.com/art/referendum-consulta-decide-giustizia-eutanasia-e-cannabis-AEmjKCEB.

¹⁸⁰ La citazione è tratta dal sito web del Referendum Eutanasia Legale, consultabile al link <https://referendum.eutanasialegale.it/il-quesito-referendario>.

¹⁸¹ Le informazioni sono tratte dal sito web indicato nella nota precedente.

¹⁸² *Ibidem*.

facoltà di poter cessare la propria vita è quindi concessa solo a quelle persone in grado di somministrarsi autonomamente il farmaco letale¹⁸³. Nonostante la forte adesione all’iniziativa – più di 1.200.000 le firme depositate presso la Suprema Corte di Cassazione in data 8 ottobre 2021¹⁸⁴ –, la Consulta ha considerato il quesito referendario non ammissibile¹⁸⁵. In attesa che venisse depositata la sentenza in merito, ovvero la n. 50 del 15 febbraio 2022¹⁸⁶, l’Ufficio comunicazione e stampa ha riferito che la Corte costituzionale l’ha ritenuto inammissibile poiché «*a seguito dell’abrogazione, ancorché parziale, della norma sull’omicidio del consenziente, cui il quesito mira, non sarebbe preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili*»¹⁸⁷.

Un altro importante passo stava per compiersi grazie al testo unificato delle proposte di legge recante «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*», che era stato approvato il 10 marzo 2022 dalla Camera dei deputati e successivamente trasmesso al Senato affinché venisse esaminato¹⁸⁸. Prima di esaminare il testo in questione, bisogna segnalare che esso unisce le proposte di legge C. 2-1418-1586-1655-1875-1888-2982-3101-A¹⁸⁹. La proposta di iniziativa popolare (C. 2, «*Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell’eutanasia*») prevede quattro articoli, due dei quali sono superati dalla l. n. 219/2017, mentre i rimanenti concernono l’atto eutanasi; sebbene la proposta non sia idonea per poter disciplinare tale argomento, le finalità dei promotori sono di avviare la discussione in merito e di evidenziare il fatto che spetta al Parlamento

¹⁸³ *Ibidem*.

¹⁸⁴ Le informazioni sono tratte da V.A. LOVERO, *Referendum eutanasia legale: profili giuridici e politici*, in «Ius in Itinere», ultimo aggiornamento 4 agosto 2022, <https://www.iusinitinere.it/referendum-eutanasia-legale-profilo-giuridici-e-politici-40349>.

¹⁸⁵ V. nota 179.

¹⁸⁶ La sentenza della Corte cost. n. 50 del 15 febbraio 2022 è consultabile nel sito web www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2022:50.

¹⁸⁷ La citazione è tratta dal Comunicato dell’Ufficio Stampa della Corte costituzionale (15 febbraio 2022), www.cortecostituzionale.it/documenti/comunicatistampa/CC_CS_20220215193553.pdf, in, *Consulta, inammissibile referendum su eutanasia perché non si tutela vita umana*, «Il Sole 24 Ore», 15 febbraio 2022, www.ilsole24ore.com/art/referendum-consulta-decide-giustizia-eutanasia-e-cannabis-AEmjKCEB.

¹⁸⁸ Le informazioni sono tratte da L. BIARELLA, *Morte volontaria medicalmente assistita: alla Camera primo via libera alle norme*, in «Altalex», 16 marzo 2022, www.altalex.com/documents/news/2022/03/11/morte-volontaria-medicalmente-assistita-alla-camera-primo-via-libera-alle-norme#p2. Il provvedimento trasmesso al Senato (A.S. 2553) è consultabile nel sito web www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/54834.htm.

¹⁸⁹ *Ibidem*.

elaborare la legislazione specifica¹⁹⁰. La proposta Zan ed altri (C. 1418, «*Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di eutanasia*»), ha come obiettivo l'introduzione della pratica eutanasi e stabilisce che, se non seguono le scelte di fine vita espresse dai pazienti, gli operatori sanitari e medici sono obbligati a risarcire quest'ultimi per tutte le eventuali condotte che causano dei danni materiali e morali; contempla dichiarazioni anticipate inerenti all'atto in esame, ma non l'obiezione di coscienza per gli operatori medici, le garanzie stabilite dalle pronunce della Corte costituzionale e che un secondo medico autonomo da quello che si occupa del malato debba certificare l'osservanza delle condizioni di applicabilità¹⁹¹. La proposta Cecconi (C. 1586, «*Modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia*») basandosi su una visione soggettivistica della dignità dell'uomo, ambisce a legalizzare e disciplinare sia il supporto medico al suicidio che la pratica eutanasi; stabilisce che l'eutanasi deve essere realizzata nelle strutture pubbliche e ne contempla dichiarazioni anticipate in merito; non prospetta le garanzie stabilite dalle pronunce della Corte costituzionale e che un secondo medico autonomo da quello che si occupa del malato debba certificare l'osservanza delle condizioni di idoneità¹⁹². La proposta Rostan ed altri (C. 1655, «*Introduzione degli articoli 4-bis e 4-ter della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia*») vuole legalizzare l'eutanasi nei confronti di malati colpiti da una patologia che prevede una prognosi infausta in un periodo minore di diciotto mesi, oppure non guaribile e fonte di acuti dolori; non chiarisce le modalità di controllo e di realizzazione; non contempla le garanzie stabilite dalle pronunce della Corte costituzionale e la convalida di un altro medico autonomo dei requisiti per accettare la richiesta di eutanasi¹⁹³. Risulta estremamente dettagliata la proposta Sarli ed altri (C. 1875, «*Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi*»), che inoltre

¹⁹⁰ Le informazioni sono tratte da M. MAINARDI, *Eutanasi: le proposte di legge depositate alla Camera*, in COMITATO EUTANASIA LEGALE, 23 novembre 2019, www.eutanasiabile.it/articolo/eutanasi-le-proposte-legge-depositate-alla-camera. La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?tab=&leg=18&idDocumento=0002.

¹⁹¹ Cfr. L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasi*, op. cit., pp. 129-130. La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?tab=&leg=18&idDocumento=1418.

¹⁹² Cfr. *Ivi*, p. 130. La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?tab=&leg=18&idDocumento=1586.

¹⁹³ *Ibidem*. La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?tab=&leg=18&idDocumento=1655.

non richiede che le condizioni siano accertate da un altro medico indipendente; che il riscontro delle condizioni che rendono legittimo il ricorso all'eutanasia o al suicidio assistito effettuato dal medico che ha in carico il paziente sia verificato *a priori* e approvato da una struttura pubblica del Servizio Sanitario nazionale, previo parere del comitato etico competente territorialmente; che siano attivati dei meccanismi di controllo per evitare prestazioni clandestine o illegali degli atti che portano all'eutanasia o all'aiuto al suicidio¹⁹⁴.

La proposta Alessandro Pagano ed altri (C. 1888, «*Modifiche all'articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative*») mira a cambiare le pene stabilite dall'articolo 580 c.p. e ad alterare la l. n. 219/2017; in merito a quest'ultima, delinea come terapie obbligatorie la nutrizione ed idratazione (la loro sospensione non è affidata al paziente ma al medico), esclude gli impianti privati dalla lista di quelli responsabili di assicurare la conformità alla normativa sulle DAT, ed implementa un apparato amministrativo per ufficializzare l'obiezione di coscienza¹⁹⁵. La proposta Sportiello ed altri (C. 2982, «*Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanascico*») ambisce a salvaguardare il rispetto della dignità del malato nonché il suo diritto di autodeterminazione nel decidere le terapie sanitarie, nelle quali devono essere incluse – osservandone i presupposti, le forme della richiesta e le procedure stabilite – anche quelle legate al sostegno medico per il suicidio assistito e alle pratiche eutanasiche¹⁹⁶. La proposta Trizzino (C. 3101, «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*»), invece, elencando le condizioni, le forme della domanda e le procedure di attuazione, ha la finalità di regolamentare la possibilità del soggetto – colpito da una malattia con prognosi infausta o irreversibile – di poter richiedere un supporto medico per porre fine indipendentemente e consapevolmente alla propria esistenza¹⁹⁷. Passando ora all'analisi del testo unificato delle proposte di legge, tale provvedimento, che come già dichiarato in precedenza era stato approvato dalla Camera

¹⁹⁴ Cit. *Ivi*, p. 131. La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?tab=&leg=18&idDocumento=1875.

¹⁹⁵ Le informazioni sono tratte dall'articolo indicato nella nota 190. La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?tab=&leg=18&idDocumento=1888.

¹⁹⁶ La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?tab=&leg=18&idDocumento=2982.

¹⁹⁷ La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg18/126?leg=18&idDocumento=3101.

e successivamente trasmesso al Senato, si compone di undici articoli. L'articolo 1 («*Finalità*») sancisce che

1. La presente legge disciplina la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile e con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile di richiedere assistenza medica, al fine di porre fine volontariamente e autonomamente alla propria vita, alle condizioni, nei limiti e con i presupposti previsti dalla presente legge e nel rispetto dei principi della Costituzione, della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea¹⁹⁸.

L'articolo 2 («*Definizione*») delinea la morte volontaria medicalmente assistita come «*il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dalle norme della presente legge, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e sotto il controllo del Servizio sanitario nazionale*». Gli articoli 3 («*Presupposti e condizioni*») e 4 («*Requisiti e forma della richiesta*») sono dedicati rispettivamente a coloro che possono fare domanda di morte volontaria medicalmente assistita nonché alla configurazione ed i criteri che deve presentare tale richiesta. L'articolo 5 («*Modalità*») illustra le procedure che devono essere seguite, affinché la prestazione di morte volontaria medicalmente assistita possa essere realizzata con riguardo alla dignità della persona malata e prevenendo abusi ed il sorgere di altri dolori. L'articolo 6 («*Obiezione di coscienza*») offre ai professionisti del settore sanitario la facoltà di manifestare il proprio rifiuto etico, mentre l'articolo 7 («*Comitati per la valutazione clinica*») prevede la costituzione e la regolamentazione di gruppi specifici, con l'obiettivo di supportare i professionisti sanitari nelle decisioni morali che devono prendere e per assicurare il rispetto della dignità degli individui malati. L'articolo 8 («*Esclusione della punibilità*») stabilisce che gli operatori amministrativi e sanitari, i medici e tutti coloro che abbiano facilitato l'attuazione della morte volontaria medicalmente assistita non potranno essere puniti ai sensi degli articoli 580 («*Istigazione o aiuto al suicidio*») e 593 («*Omissione di soccorso*») c.p.; questa esclusione si estende anche a tutte le persone che, prima dell'entrata in vigore della normativa, hanno agevolato tale atto – in presenza di quanto prescritto dalla medesima – e che sono state per questo motivo, anche con sentenze definitive, dichiarate

¹⁹⁸ Cit. art. 1, ddl. n. 2553.

colpevoli¹⁹⁹. Seguono infine gli articoli 9 («*Clausola di invarianza finanziaria*»), 10 («*Disposizioni finali*») e 11 («*Entrata in vigore*»), i quali sono rilevanti in modo analogo ai summenzionati. Dinanzi all'approvato testo unificato delle proposte di legge, dunque, si stava per consolidare una vera e propria normativa sul suicidio medicalmente assistito, ma sfortunatamente il suo *iter* procedimentale si è fermato in Senato a causa della fine della legislatura. Doveroso segnalare che il 13 ottobre 2022 – data di inizio della attuale XIX legislatura – è stata presentata alla Camera la proposta di legge Enrico Costa (C. 87, «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*»)²⁰⁰ e depositato presso il Senato un disegno di legge a firma principale Bazoli (S. 104, «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*»)²⁰¹, i quali riportano i medesimi articoli del suddetto. Nello stesso giorno sono stati presentati alla Camera le proposte di legge Magi (C. 251, «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*»)²⁰² e Sportiello ed altri (C. 313, «*Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanascico*»)²⁰³, oltre ad essere depositato presso il Senato il disegno di legge Pirro ed altri (S. 124, «*Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanascico*»)²⁰⁴. Si segnala che la proposta di legge C. 313 ed il disegno di legge S. 124 presentano contenuti analoghi. Agli inizi di marzo 2023 si rende noto il deposito del disegno di legge De Cristofaro ed altri (S. 570, «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*»)²⁰⁵ e la presentazione della proposta di legge Zanella ed altri (C. 949, «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*»)²⁰⁶; anch'essi riportano disposizioni essenzialmente identiche. Tutti questi disegni e proposte

¹⁹⁹ Cfr. art 8, ddl. n. 2553.

²⁰⁰ La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg19/126?tab=2&leg=19&idDocumento=87&sede=&tipo=.

²⁰¹ Le informazioni sono tratte da G. RODRIQUEZ, *Suicidio medicalmente assistito. Il PD deposita un ddl al Senato. E il M5S presenta ddl alla Camera che apre anche all'eutanasia*, in «Quotidiano Sanità», 21 novembre 2022, www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=109076. Il disegno di legge è consultabile nel sito web www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/55281.htm.

²⁰² La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=251&sede=&tipo=. Essa ripropone con alcune modifiche il testo unificato delle proposte di legge recante «*Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*», approvato dalla Camera il 10 marzo 2022.

²⁰³ Le informazioni sono tratte dall'articolo indicato nella nota 201. La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg19/126?tab=6&leg=19&idDocumento=313&sede=&tipo=.

²⁰⁴ Il disegno di legge è consultabile nel sito web www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/55303.htm.

²⁰⁵ Il disegno di legge è consultabile nel sito web www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56703.htm.

²⁰⁶ La proposta di legge è consultabile nel sito web www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=949&sede=&tipo=.

normative, avanzati a partire dalla legislatura corrente, mirano ad autorizzare e disciplinare il suicidio assistito – alcuni anche il trattamento eutanasi – ma purtroppo al momento non sono stati ancora esaminati; ciò ha portato conseguentemente ad alimentare ulteriori incertezze in merito al futuro del fine vita in Italia.

In ogni caso, nonostante la bocciatura del referendum sull'eutanasia e la mancanza di una legge, le iniziative non sono cessate. L'Associazione Luca Coscioni, in modo particolare, ha intrapreso nell'ultimo periodo una campagna di raccolta firme («*Liberi Subito*») per delle proposte di legge regionali di iniziativa popolare; queste hanno la finalità di assicurare a tutti coloro che richiedono di accedere al suicidio medicalmente assistito – tramite l'applicazione della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale –, che le verifiche indispensabili vengano compiute in tempi precisi e appropriati e che la procedura sia adeguata²⁰⁷. Al momento sono già state raccolte e depositate le firme necessarie per tali proposte di legge in Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto, Abruzzo e Friuli-Venezia Giulia²⁰⁸. L'auspicio è che nel corso dei prossimi mesi si possano raggiungere dei risultati concreti e che allo stesso tempo si possano smuovere le altre Regioni, nelle quali deve ancora essere intrapresa la raccolta firme o trattata una proposta di legge sull'argomento²⁰⁹. Tuttavia bisogna tener conto anche delle opposizioni, emerse specialmente in Veneto (scontri nel centrodestra)²¹⁰ ed in Piemonte (il Presidente del Consiglio regionale Stefano Allasia ritiene non ammissibile la proposta di legge regionale sebbene la Commissione di Garanzia regionale abbia sancito il contrario)²¹¹, che potrebbero ostacolare il conseguimento degli obiettivi preposti dall'iniziativa. L'Associazione Luca Coscioni si era mobilitata già in passato nel campo del fine vita, basti pensare alla proposta di legge di iniziativa popolare (C. 2, «*Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia*») presentata il 13 settembre 2013²¹², alle

²⁰⁷ Le informazioni sono tratte dal sito ufficiale dell'iniziativa, consultabile al link <https://liberisubito.it>.

²⁰⁸ *Ibidem*.

²⁰⁹ *Ibidem*.

²¹⁰ Le informazioni sono tratte da S. MADIOTTO, *Fine vita, centrodestra spaccato. La legge (con 9 mila firme) è ferma*, in «Corriere del Veneto», ultimo aggiornamento 16 ottobre 2023, https://corrieredelveneto.corriere.it/notizie/politica/23_ottobre_15/fine-vita-centrodestra-spaccato-la-legge-con-9-mila-firme-e-ferma-f2e90beb-2508-404c-a6da-722e907fboxk.shtml.

²¹¹ Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, «*In Piemonte, la PDL Liberi Subito è ammissibile: lo dice la Commissione di Garanzia regionale*», 30 ottobre 2023, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/pdl-liberi-subito-piemonte-allasia.

²¹² Le informazioni sono tratte da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Fine vita, eutanasia e testamento biologico*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/fine-vita-e-eutanasia.

*disobbedienze civili*²¹³ e alla formazione *dell'intergruppo parlamentare per le scelte di fine vita* del 16 settembre 2015, il quale ha permesso di conseguire la l. n. 219/2017 durante la XVII legislatura²¹⁴. Nel periodo della XVIII legislatura la stessa ha formato nuovamente un intergruppo, ma purtroppo non sono stati conseguiti particolari sviluppi; a partire dalla corrente XIX legislatura, invece, ha ricominciato a mobilitarsi per istituire uno parlamentare e altri all'interno dei consigli regionali²¹⁵. Un intergruppo è stato inoltre istituito nel Parlamento Europeo²¹⁶.

Alla luce delle diverse iniziative e proposte menzionate, è evidente dunque come in Italia venga dedicata particolare attenzione all'argomento del fine vita, ma le numerose discussioni ed i molteplici punti di vista, impediscono ancora il raggiungimento di cambiamenti concreti. Oltre a ciò, i timori nei confronti di una eventuale legalizzazione dell'eutanasia continuano ad essere innumerevoli e sono ancora molte le persone alle quali – nonostante l'applicazione della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale – , viene impedita la possibilità di cessare la propria esistenza a causa dei lunghi tempi di verifica/procedurali o di posizioni etiche ancora troppo *rigide*. Ad ogni modo, non si può negare che nel nostro Paese sia ormai giunto il momento di compiere un passo in avanti, perlomeno nei confronti del suicidio medicalmente assistito. La speranza è che in un prossimo futuro possa finalmente essere promulgata una *legge specifica* e che questa possa offrire maggiori garanzie e chiarezza sul fine vita.

²¹³ *Ibidem.*

²¹⁴ Le informazioni sono tratte da M. MAINARDI, *Intergruppo parlamentare per le scelte di fine vita*, in ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, 20 luglio 2023, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/intergruppo-parlamentare-le-scelte-fine-vita.

²¹⁵ *Ibidem.*

²¹⁶ *Ibidem.*

CAPITOLO 3

LA CHIESA CATTOLICA ED IL FINE VITA

3.1 La posizione della Chiesa cattolica

Il dibattito sul fine vita pone in relazione ideali, opinioni e credenze che molto spesso risultano in totale contrapposizione tra loro. Da un lato c'è chi vede con positività il raggiungimento di determinate *aperture*, mentre dall'altro c'è chi si pone in modo più ostile e rigido nei confronti di tale tematica. Tra questi diversi punti di vista, particolare attenzione deve essere dedicata a quello della Chiesa cattolica, la quale ricopre un ruolo significativo all'interno del dibattito in questione. Per analizzare la posizione cattolica, è necessario segnalare, innanzitutto, che essa si basa sul principio dell'*indisponibilità della vita*; quest'ultimo viene sostenuto dal magistero cattolico attraverso una argomentazione teologica, fondata sul concetto della *sacralità della vita* (la vita, poiché creata da Dio, è sacra)²¹⁷. La Chiesa cattolica si è sempre mostrata contraria all'eutanasia e al suicidio assistito, valorizzando invece l'importanza dell'accompagnamento dei fedeli che versino in gravi condizioni o colpiti da patologie caratterizzate da prognosi infausta. Un accompagnamento che deve riguardare non solo un sostegno prettamente fisico, psicologico e sociale, ma che deve anche concernere la sfera religiosa. Tra le diverse figure legate al mondo cristiano si ricorda San Agostino, il quale si è scagliato contro l'atto suicidario («*Nessuna situazione estrema può giustificare il suicidio*»)²¹⁸. Un altro da ricordare è San Tommaso d'Aquino, che afferma: «*chi priva se stesso della vita pecca contro Dio, in quanto soltanto a Dio appartiene il giudizio di vita o di morte*»²¹⁹. Uccidere è quindi un atto che per la Chiesa

²¹⁷ Cfr. L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 3 e ss.

²¹⁸ In questo senso AGOSTINO, *La città di Dio e Le epistole*, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 5.

²¹⁹ La citazione è tratta da T. D'AQUINO, *Summa Theologiae*, II, q. 64, art. 5, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 6.

rappresenta un peccato (*precetto di non uccidere*), una violazione della sacra vita donata da Dio e la quale non dovrebbe essere lasciata alla libera disponibilità del singolo. Il magistero cattolico – in passato e anche in tempi più recenti – è intervenuto numerose volte nell’ambito del fine vita attraverso molteplici documenti, come:

- Il discorso *Risposte ad alcuni importanti quesiti sulla “rianimazione”* (24 novembre 1957) di Pio XII al Congresso di anesthesiologia.
- La dichiarazione sull’eutanasia *Iura et bona* (5 maggio 1980) della Congregazione per la Dottrina della Fede.
- Le *Questioni etiche relative ai malati gravi e morenti* (27 giugno 1981) del Pontificio Consiglio “Cor Unum”.
- Il *Discorso ai partecipanti ad un corso internazionale di aggiornamento sulle preleucemie umane* (15 novembre 1985) di Giovanni Paolo II.
- Il *Catechismo della Chiesa Cattolica* (1992) di Giovanni Paolo II.
- L’Enciclica *Evangelium Vitae* (1995) di Giovanni Paolo II.
- La *Nota dottrinale illustrativa della formula conclusiva della ‘Professio fidei’* (1998) della Congregazione per la Dottrina della Fede.
- La *Carta degli Operatori Sanitari* (1995) del Pontificio Consiglio per la Pastorale degli Operatori Sanitari.
- *Il rispetto della dignità del morente. Considerazioni etiche sull’eutanasia* (9 dicembre 2000) della Pontificia Accademia per la Vita.
- Il *Discorso ai partecipanti al Congresso Internazionale sullo stato vegetativo* (2004) di Giovanni Paolo II.
- Le *Risposte a quesiti della Conferenza episcopale statunitense circa l’alimentazione e l’idratazione artificiali, con Nota di commento* (1 agosto 2007) della Congregazione per la Dottrina della Fede.
- Il *Messaggio rivolto ai partecipanti al meeting regionale europeo World Medical Association sulle questioni di fine vita* (Roma, 16-17 novembre 2017) di Papa Francesco.

- La *Samaritanus bonus. Lettera sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita* (14 luglio 2020) della Congregazione per la Dottrina della Fede²²⁰.

In tutti questi si trova un elemento comune, ovvero il concetto di *dignità*, punto essenziale del pensiero cattolico e che si presenta in maniera del tutto esplicita nell'Istruzione *Dignitas personae*, promulgato dalla Congregazione per la dottrina della fede nel 2008²²¹. Nel 2007, lo stesso Papa Benedetto XVI scriveva: «*Il dovere del rispetto per la dignità di ogni essere umano comporta come conseguenza che della persona non si possa disporre a piacimento*»²²². Il dovere che viene sancito dalla Chiesa cattolica è quello di tutelare la vita umana e da ciò ne consegue che – come già affermato in precedenza –, l'atto eutanasi non è ammesso, in quanto «*azione o omissione che di natura sua, o nelle intenzioni, procura la morte, allo scopo di eliminare ogni dolore*»²²³. Questa inammissibilità non comporta però che un individuo debba essere mantenuto in vita ad ogni costo. Il magistero cattolico, infatti, è anche contrario all'accanimento terapeutico²²⁴. Importante a tal riguardo una dichiarazione della Congregazione per la Dottrina della Fede che è stata confermata da Papa Giovanni Paolo II nel 1980; in essa si dichiara che

a. non vi può essere nessuna autorizzazione a procurare la morte di un essere innocente, feto, o embrione, bambino, adulto o anziano, malato incurabile o agonizzante; ciò vale per qualsiasi situazione possibile: dolori prolungati e intollerabili, ragioni affettive e sociali, ecc.;

b. anche se sul piano della dottrina cattolica il dolore ha una posizione particolare nel piano della provvidenza divina, non si può fare dell'eroismo una regola generale. Per molti malati la prudenza umana e cristiana consiglia la somministrazione di farmaci analgesici, anche se essi hanno effetti secondari e riducono la lucidità dell'individuo, e anche per quei pazienti che non sono in grado di esprimere il loro stato di sofferenza e di richiedere un intervento;

²²⁰ L'elenco dei documenti del magistero della Chiesa cattolica è tratto da P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 144-145, nota 2.

²²¹ Cfr. *Ivi*, p. 145.

²²² La citazione è tratta da BENEDETTO XVI, *Messaggio pontificio in occasione della XI Giornata mondiale della pace. La persona umana, cuore della pace*, 2 gennaio 2007, n.4, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 146-147.

²²³ La citazione è tratta da CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980, capitolo II, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 147.

²²⁴ Cfr. E. PAGNI, M. PIAZZA, S. RASSU (diretto da), A. ZILLI, *Il paziente terminale*, in «Caleidoscopio», Genova, 1987, anno 5, n. 28, p. 11, http://www.medicalsystems.it/wp-content/uploads/1987/07/28_Paziente_Terminale.pdf. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 279.

- c. la protezione della dignità della persona al momento della morte e la concezione cristiana del valore della vita non devono soggiacere al tecnicismo medico che continua a ricorrere a mezzi artificiali di sopravvivenza anche quando le condizioni sono disperate. L'uso di tecniche mediche ancora allo stato sperimentale sono permesse con il consenso del malato. È permesso di interrompere l'applicazione di tali mezzi quando i risultati sono delusori. È permesso di ricorrere ai comuni mezzi terapeutici. Non si può imporre ad una persona di ricorrere ad una tecnica incerta o troppo onerosa;
- d. di fronte ad una morte inevitabile e imminente secondo la Chiesa Cattolica si può rinunciare alle forme di trattamento che prolungano la vita in modo precario e doloroso²²⁵.

È evidente che anche la Chiesa cattolica abbia posto dei *limiti* alla totale salvaguardia della vita, in quanto quest'ultima dev'essere vissuta dal malato terminale non con sofferenza, ma con una serena accettazione della morte: determinate terapie dovranno essere evitate qualora da esse non sia possibile trarne dei benefici effettivi o siano fonte di ulteriori dolori per il malato. Dunque, dalla pratica eutanasi

va distinta la decisione di rinunciare al cosiddetto "accanimento terapeutico", ossia a certi interventi medici non più adeguati alla reale situazione del malato, perché ormai sproporzionati ai risultati che si potrebbero sperare o anche perché troppo gravosi per lui e per la sua famiglia ... Si dà certamente l'obbligo morale di curare e di farsi curare, ma tale obbligo deve misurarsi con le situazioni concrete; occorre cioè valutare se i mezzi terapeutici a disposizione siano oggettivamente proporzionati alle prospettive di miglioramento. La rinuncia a mezzi straordinari o sproporzionati non equivale al suicidio o all'eutanasia; esprime piuttosto l'accettazione della condizione umana di fronte alla morte²²⁶.

Particolare attenzione deve essere dedicata proprio alla differenziazione tra terapie *proporzionate e sproporzionate*: «*si potranno valutare bene i mezzi mettendo a confronto il tipo di terapia, il grado di difficoltà e di rischio che comporta, le spese necessarie e le possibilità di applicazione, con il risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali*»²²⁷. I casi di fine vita sono molteplici ed in ognuno di questi, infatti, nell'attuazione di determinati

²²⁵ Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, op. cit., in C.M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., pp. 279-280.

²²⁶ La citazione è tratta da GIOVANNI PAOLO II, Lett. *enc. Evangelium vitae*, 25 marzo 1995, n. 65, in M. CANONICO, *Eutanasia e testamento biologico nel magistero della Chiesa cattolica*, «Stato, chiese e pluralismo confessionale», maggio 2009, p. 12, www.statoe_chiese.it.

²²⁷ La citazione è tratta da CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, op. cit., p. 347, in M. CANONICO, *Eutanasia e testamento biologico nel magistero della Chiesa cattolica*, «Stato, chiese e pluralismo confessionale», op. cit., pp. 12-13, www.statoe_chiese.it.

trattamenti deve essere sempre posto al vertice il rispetto della vita della persona e della sua dignità. Significativo a tal riguardo quanto dichiarato da Papa Francesco in un suo messaggio summenzionato:

per stabilire se un intervento medico clinicamente appropriato sia effettivamente proporzionato non è sufficiente applicare in modo meccanico una regola generale. Occorre un attento discernimento che consideri l'oggetto morale, le circostanze e le intenzioni dei soggetti coinvolti. La dimensione personale e relazionale della vita – e del morire stesso, che è pur sempre un momento estremo del vivere – deve avere, nella cura e nell'accompagnamento del malato, uno spazio adeguato alla dignità dell'essere umano²²⁸.

Il concetto di proporzionalità, inoltre, si relaziona con il tema della nutrizione e idratazione artificiale: con la lettera *Samaritanus bonus*, la Congregazione per la Dottrina della Fede, ha sancito che «quando il fornire sostanze nutrienti e liquidi fisiologici non risulta di alcun giovamento al paziente [...] la loro somministrazione va sospesa»²²⁹. Quanto espresso rappresenta una sorta di *apertura*, sebbene, sempre nella lettera suddetta, sia segnalato il dovere di non sospenderle – salvo il suddetto caso – nei confronti di tutte le persone che ne abbiano bisogno²³⁰ ed in modo da garantire, anche nei casi di un imminente decesso, che possano vivere gli ultimi periodi della loro esistenza in modo accettabile e dignitoso. Decidere di interrompere l'ostinazione irragionevole di determinati trattamenti rappresenta, dunque, «una scelta che assume responsabilmente il limite della condizione umana mortale, nel momento in cui prende atto di non poterlo più contrastare. “Non si vuole così procurare la morte: si accetta di non poterla impedire”, come specifica il Catechismo della Chiesa Cattolica (n. 2278)»²³¹.

Tra i due estremi del fine vita, eutanasia ed accanimento terapeutico, anche la Chiesa cattolica pone al centro e valorizza l'unica via alternativa che andrebbe seguita, ovvero quella delle cure palliative. Queste devono rappresentare la migliore *soluzione* per il

²²⁸ La citazione è tratta da FRANCESCO, *Messaggio rivolto ai partecipanti al meeting regionale europeo World Medical Association sulle questioni di fine vita*, Roma, 16-17 novembre 2017, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 149.

²²⁹ V. nota 80.

²³⁰ Si fa riferimento a CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Samaritanus Bonus. Lettera sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, op. cit., capitolo V, paragrafo 3.

²³¹ La citazione è tratta da PONTIFICIO CONSIGLIO COR UNUM PER LA PROMOZIONE UMANA E CRISTIANA, Doc. *Dans le cadre*, 27 giugno 1981, nn. 3.1-3.3, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 153.

malato, una via di fuga dalla sofferenza, in cui deve essergli garantita la vicinanza dei propri cari e riconosciuta anche la possibilità di accedere ad un accompagnamento dal punto di vista spirituale. Per il magistero cattolico i trattamenti palliativi rappresentano «una forma privilegiata della carità disinteressata»²³². Nell'ambito delle cure palliative sono coinvolte *équipe* composte da diversi professionisti, quali psicologi, medici, assistenti spirituali e molti altri, il cui compito principale deve essere quello di sostenere il paziente secondo i propri doveri e capacità²³³. Il malato non deve essere esclusivamente curato attraverso la somministrazione di terapie apposite per il dolore ma, in base alle sue esigenze, nonché ideali e credenze, deve essere sostenuto *globalmente*, affinché non ricada in richieste di pratiche eutanasiche o di suicidio assistito²³⁴. Non si può fare a meno di rilevare, tuttavia, come negli ultimi anni una buona parte della comunità si sia fortemente distaccata dal fattore religioso, influenzata non solo dalle aperture nel campo del fine vita, ma anche dal forte desiderio di avere un totale controllo, di poter decidere quando e come *staccare la spina*; a questo si aggiunge inoltre il contributo dello sviluppo tecnologico nel campo della medicina, la quale cerca di sconfiggere la morte o di rimandarla in qualunque modo²³⁵. Uno sviluppo che non ha permesso esclusivamente di rimandare la morte, ma anche di anticiparla: sono sempre più frequenti casi di individui pronti a cessare la propria esistenza, i quali non accettano che persone terze o una dottrina religiosa possano ostacolare ed impedire la realizzazione delle proprie volontà²³⁶. È proprio quest'ultima – tralasciando gli estremi casi dell'eutanasia e del suicidio assistito – che lo stesso magistero cattolico pone al centro dell'attenzione; nel percorso terapeutico «*la persona malata riveste il ruolo principale. Lo dice con chiarezza il Catechismo della Chiesa Cattolica: "Le decisioni devono essere prese dal paziente, se ne ha la competenza e la capacità"*» (CCC

²³² La citazione è tratta da GIOVANNI PAOLO II, *Catechismo della Chiesa cattolica*, 1997, Articolo 5, 2279, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 158.

²³³ Cfr. F. FRENI, *La protezione della vita umana 'al tramonto', tra legge e libertà di coscienza*, in «Stato, chiese e pluralismo confessionale», op. cit., p. 99, www.statoeChiese.it.

²³⁴ Cfr. *Ivi*, pp. 100-101.

²³⁵ Cfr. C. MANNI, *Accanimento terapeutico: definizione e aspetti scientifici*, 22 giugno 2021, pp. 1-2, www.patriarcatoVenezia.it/wp-content/uploads/2021/06/4.accanimento_terapeutico.pdf. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 281-282.

²³⁶ Cfr. *Ibidem*.

2278)»²³⁷. Vengono di conseguenza inquadrati positivamente anche le DAT: «escludendo ogni atto di natura eutanasi, il paziente può esprimere in anticipo la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o no essere sottoposto nel caso in cui, nel decorso della sua malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o dissenso (NCOS, 150)»²³⁸. Ritornando sul tema delle cure palliative, esse sono state valorizzate anche dal cardinale Pietro Parolin (Segretario di Stato della Santa Sede), secondo cui esse mostrano «una riscoperta della vocazione più profonda della medicina, che consiste prima di tutto nel prendersi cura: il suo compito è di curare sempre, anche se non sempre è possibile guarire»²³⁹. Questa affermazione potrebbe risultare discordante per coloro che sostengono con fermezza il principio della *disponibilità della vita*. Viene ribadito infatti il dovere di «curare sempre», ma non viene tenuta in considerazione la percezione del singolo individuo, che anche di fronte ai benefici offerti dalle determinate cure di accompagnamento, potrebbe vedere in quest'ultime una ostinazione irragionevole. I principi della religione cattolica, dunque, da un lato riconoscono la possibilità ed il dovere di non ricadere in inutili accanimenti, mentre dall'altro sottolineano l'importanza delle cure palliative, unica via che il fedele dovrebbe percorrere. La domanda che sorge lecita, di conseguenza, è se i trattamenti palliativi possano imprescindibilmente ritenersi *proporzionati*, conformi agli ideali di tutta la società. Ad ogni modo, la Chiesa cattolica oltrepassa il concetto di *inguaribile* (un individuo che non può guarire non significa che non possa essere curato) e vuole spingere le persone a non lasciarsi sconcertare dal dolore derivato dal sopraggiungere della morte, una inevitabile fase della vita²⁴⁰. Accettare i propri limiti ed il fatto di non potersi opporre alla malattia: con questi pensieri Papa Francesco

²³⁷ La citazione è tratta da FRANCESCO, *Messaggio rivolto ai partecipanti al meeting regionale europeo World Medical Association sulle questioni di fine vita*, op. cit., in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 155.

²³⁸ La citazione è tratta da PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE (a cura di), *Nuova carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 2016, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 155-156.

²³⁹ La citazione è tratta da P. PAROLIN, Lettera inviata al Congresso internazionale *Palliative Care: Everywhere & by Everyone. Palliative Care in Every Region. Palliative Care in Every Religion or Belief*, promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita, svoltosi in Vaticano, 28 febbraio 2018-1 marzo 2018, in C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 280.

²⁴⁰ Cfr. CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Samaritanus Bonus. Lettera sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, op. cit., capitolo I, www.vatican.va. In questo senso si veda anche C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 283.

sottolinea ulteriormente come in tali situazioni sia necessario affidarsi al sostegno offerto dalle cure palliative²⁴¹. La Chiesa cattolica si sofferma però anche su due ulteriori elementi, ovvero la terapia del dolore e la sedazione palliativa profonda continua. «*La prudenza umana e cristiana suggerisce per la maggior parte degli ammalati l'uso dei medicinali che siano atti a lenire o a sopprimere il dolore, anche se ne possano derivare come effetti secondari torpore o minore lucidità*»²⁴². Quanto espresso dimostra il valore che viene attribuito alla terapia del dolore, la quale deve garantire l'eliminazione/riduzione delle sofferenze fisiche e psicologiche percepite dal malato. In modo particolare Papa Pio XII ne ha già ammesso l'utilizzo negli anni '50²⁴³. Anche la sedazione palliativa profonda continua viene vista con favore dalla Chiesa cattolica, in quanto ritenuto uno strumento non relazionato con il suicidio assistito e l'eutanasia; il suo scopo – in presenza di morte imminente e sintomi refrattari – non è quello di provocare la morte del paziente, ma di *accompagnarlo* tramite l'utilizzo di medicinali sedativi²⁴⁴. Nella lettera *Samaritanus bonus* del 14 luglio 2020 è scritto:

Per attenuare i dolori del malato, la terapia analgesica usa farmaci che possono causare la soppressione della coscienza (sedazione). Un profondo senso religioso può permettere al paziente di vivere il dolore come un'offerta speciale a Dio, nell'ottica della Redenzione; tuttavia, la Chiesa afferma la liceità della sedazione come parte della cura che si offre al paziente, affinché la fine della vita sopraggiunga nella massima pace possibile e nelle migliori condizioni interiori. Questo è vero anche nel caso di trattamenti che avvicinano il momento della morte (sedazione palliativa profonda in fase terminale), sempre, nella misura del possibile, con il consenso informato del paziente. [...] L'uso degli analgesici è, dunque, parte della cura del paziente, ma qualsiasi somministrazione che causi direttamente e intenzionalmente la morte è una pratica eutanasi ed è inaccettabile. La sedazione deve dunque escludere, come suo scopo diretto, l'intenzione di uccidere, anche se risulta con essa possibile un condizionamento sulla morte comunque inevitabile²⁴⁵.

²⁴¹ Cfr. FRANCESCO, *Messaggio rivolto ai partecipanti al meeting regionale europeo World Medical Association sulle questioni di fine vita*, op. cit., in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 159.

²⁴² La citazione è tratta da CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, op. cit., capitolo III, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 160.

²⁴³ Le informazioni sono tratte da G. PASQUALIN TRAVERSA, *Cure palliative: Chiesa è favorevole. Sedazione profonda in caso di sintomi refrattari e morte imminente*, in «Agenzia S.I.R.», 9 marzo 2018, www.agensir.it/quotidiano/2018/3/9/cure-palliative-chiesa-e-favorevole-sedazione-profonda-in-caso-di-sintomi-refrattari-e-morte-imminente.

²⁴⁴ *Ibidem*.

²⁴⁵ Il passo è tratto da CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Samaritanus Bonus. Lettera sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, op. cit., capitolo V, paragrafo 7,

È chiaro che la Chiesa cattolica riconosca l'utilità della sedazione, ma è anche doveroso ricordare che sono molti coloro che non la valutano positivamente e preferiscono porre fine alla propria esistenza in modo più *rapido*, facendo ad esempio domanda per accedere al suicidio medicalmente assistito.

Sulla base delle diverse considerazioni riportate fino ad ora, dunque, è possibile affermare che, per il magistero cattolico, le cure palliative rappresentano l'opzione più adeguata che ogni individuo dovrebbe scegliere per poter fronteggiare gli eventuali e delicati scenari di fine vita. Nella prospettiva cattolica, inoltre, va ribadito che l'eutanasia/suicidio assistito sono fortemente condannati e *non sono ammesse aperture*:

la Chiesa ritiene di dover ribadire come insegnamento definitivo che l'eutanasia è un *crimine contro la vita umana* perché, con tale atto, l'uomo sceglie di causare direttamente la morte di un altro essere umano innocente. [...] l'eutanasia è un atto omicida che nessun fine può legittimare e che non tollera alcuna forma di complicità o collaborazione, attiva o passiva. Coloro che approvano leggi sull'eutanasia e il suicidio assistito si rendono, pertanto, complici del grave peccato che altri eseguiranno. [...] La vita ha la medesima dignità e lo stesso valore per ciascuno: il rispetto della vita dell'altro è lo stesso che si deve verso la propria esistenza²⁴⁶.

www.vatican.va. Una parte del testo citato si può trovare anche in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 161.

²⁴⁶ Cit. *Ivi*, capitolo V, paragrafo 1.

3.2 L'importanza di assistere il malato ed il valore degli hospice

La Chiesa cattolica, nell'ambito del fine vita, ha focalizzato i propri interventi ed i propri sforzi, affinché venga riconosciuta l'importanza del sostegno e dell'accompagnamento di coloro che ormai siano prossimi alla morte o che versino in gravi condizioni a causa di una malattia caratterizzata da prognosi infausta. Le cure palliative – come già evidenziato – rappresentano il nucleo di tale accompagnamento, nel quale la dimensione spirituale del malato rappresenta un ulteriore aspetto da valorizzare, allo stesso modo della sfera fisica, psicologica e sociale. L'avvicinarsi della fine della vita, un periodo di forti sofferenze, una esistenza ormai ritenuta non più degna di essere vissuta: sono tutte diverse situazioni in cui il malato potrebbe percepire un senso di abbandono, di solitudine, in cui l'unico conforto potrebbe essere offerto esclusivamente dalla preghiera²⁴⁷. Il timore della morte e di cosa possa esserci dopo quest'ultima, infatti, avvicina molte persone alla religione, considerata una *panacea* in grado di portare dei benefici che la medicina e la costante assistenza non sono in grado di fornire. L'avvicinamento alla religione, tuttavia, può anche trasformarsi in un allontanamento, dato che molte volte appare difficoltoso accettare una determinata situazione, una precisa diagnosi. Di conseguenza, è molto semplice che si lasci spazio alla rassegnazione, la quale può portare ad allontanarsi dai propri cari, dalla propria fede e a vivere nell'inquietudine gli ultimi periodi della propria esistenza. È per questi motivi che il magistero cattolico si impegna a fare in modo che non emergano simili scenari, cercando di essere un punto di riferimento per tutti i professionisti coinvolti nella cura e nel sostegno del paziente. Per quanto la posizione cattolica appaia *rigida* nei confronti di alcuni aspetti del fine vita, infatti, bisogna ricordare che anch'essa pone al centro l'uomo, sottolineando l'importanza di doverne tutelare la vita in modo assoluto.

Ad ogni modo, l'attenzione che deve essere riconosciuta all'assistenza spirituale – che è un concetto vasto e non vincolato in modo categorico ad una particolare fede religiosa – è stata evidenziata da innumerevoli enti che si occupano di trattamenti palliativi; tra i diversi contributi è sicuramente rilevante il concetto di *spiritualità* delineato da un team

²⁴⁷ Cfr. O. TARANTINO, *Assistenza ai malati terminali: aspetti etico-valoriali*, 22 giugno 2021, pp. 3-4, www.patriarcatoveneziana.it/wp-content/uploads/2021/06/7.assistenza_malati_terminali.pdf. In questo senso si veda anche C. M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., pp. 284-285.

di professionisti a livello internazionale (incaricato dall'EAPC)²⁴⁸: «*La spiritualità è quella dimensione dinamica della vita umana che concerne il modo in cui le persone (sia come individui che come comunità) fanno esperienza, esprimono e/o ricercano senso, scopo e trascendenza, e il modo in cui entrano in contatto con il sé, gli altri, la natura, ciò che è sacro ed ha significato*»²⁴⁹.

Tra le diverse figure che si occupano delle cure palliative – ciascuno dei quali deve fare attenzione agli aspetti spirituali del malato –, un ruolo fondamentale è ricoperto proprio dall'*assistente spirituale*²⁵⁰, nei cui confronti sono necessarie alcune considerazioni.

Un assistente spirituale è una persona che si occupa di riconoscere e accogliere i bisogni spirituali di pazienti e famiglia per offrire loro un accompagnamento che tenga conto anche della dimensione interiore/spirituale. E che si occupa anche di aiutare i membri dell'équipe a riconoscere tali bisogni nei pazienti e in sé stessi. Questa figura può fornire perciò supporto emotivo e spirituale, e aiutare le persone a coltivare la propria dimensione nei momenti difficili, in particolare durante la malattia e nel fine vita. Gli assistenti spirituali possono lavorare in contesti come chiese, centri spirituali, cliniche o privati²⁵¹.

L'assistente spirituale rappresenta dunque una figura essenziale: deve rispondere alle esigenze spirituali del paziente, potendo inoltre agire insieme ad un rappresentante religioso per assicurare un maggior supporto nel percorso di accompagnamento²⁵². Nonostante nel nostro Paese la religione più diffusa sia proprio quella cattolica, possono ovviamente essere coinvolte anche figure legate a differenti credi religiosi²⁵³. Il *Core Curriculum degli Assistenti Spirituali* riassume le diverse capacità che questi operatori devono possedere:

- essere in grado di raccogliere una *storia spirituale* [...];

²⁴⁸ Cfr. P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 100-101. Per un elenco dei molteplici documenti ed articoli scientifici (contenuti nel *Core Curriculum degli assistenti spirituali*) che segnalano l'importanza di occuparsi delle necessità spirituali, si vedano nella stessa opera le pp. 100-101, nota 8.

²⁴⁹ Cfr. C. LEGET, S. NOLAN, P. SALTMARSH, *Spiritual Care in Palliative Care: Working Towards an EAPC Task Force*, «European Journal of Palliative Care», 2, 2011 (XVIII), p. 87, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 101.

²⁵⁰ Cfr. P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 85-86.

²⁵¹ Il passo è tratto da ASSOCIAZIONE VIDAS, *Accompagnare l'anima: l'importanza dell'assistente spirituale nelle cure palliative*, 21 febbraio 2023, www.vidas.it/assistente-spirituale-cure-palliative.

²⁵² Le informazioni sono tratte dal sito web indicato nella nota precedente.

²⁵³ *Ibidem*.

- essere in grado di *indirizzare* i pazienti, quando necessario, ad altre figure di riferimento presenti nell'ambiente di cura (assistenti spirituali laici, cappellani, religiosi di altre fedi);
- essere a conoscenza dei fondamenti delle *varie fedi* oggi presenti nel nostro Paese;
- avere una competenza culturale circa le influenze che le diverse fedi possono avere sulle *scelte* dei pazienti e delle famiglie (atteggiamenti circa il dolore o le scelte di fine vita);
- avere una competenza *etica* per quanto attiene il rispetto dell'autonomia, dell'intimità e della privacy dei malati, in particolare sui temi spirituali;
- possedere abilità di *presenza e ascolto attivo*, e praticare queste competenze nel modello di cura dell'*équipe* in cui si opera;
- essere in grado di approfondire le modalità relazionali all'interno dell'*équipe* su questi temi;
- essere in grado di condurre un lavoro consapevole sulla *differenza tra confini e distanziamento*, sui concetti di intimità e potere nella relazione [...];
- aver acquisito abilità nella *cura di sé*, nello sviluppo della consapevolezza di sé, della cura spirituale di sé, e di pratiche contemplative²⁵⁴.

Appare doveroso segnalare che l'assistente spirituale laico, non aderendo ad una particolare fede, si differenzia da quello prettamente religioso²⁵⁵. Entrambi dovranno in ogni caso rispettare la fede religiosa a cui appartiene il paziente.

Come menzionato in precedenza, l'assistenza spirituale è un concetto molto ampio, il quale può assumere una connotazione più specifica nel momento in cui fa riferimento ad una determinata religione (*assistenza religiosa*). Prendendo in considerazione quella cattolica, la Chiesa identifica il *cappellano* in quanto assistente religioso: «*Il suo compito principale è di annunciare la buona novella e di comunicare l'amore redentivo di Cristo a quanti soffrono nel corpo e nello spirito [...], accompagnandoli con amore solidale*»²⁵⁶. Costui, rappresentando un punto di riferimento per il fedele, svolge una funzione di:

- Accompagnamento spirituale ed umano e sostegno al processo terapeutico del malato mostrando attenzione anche alle angosce dei familiari. [...]

²⁵⁴ Cfr. M. CAGNA *et al.*, *Core Curriculum per l'assistenza spirituale in cure palliative*, Milano, Società Italiana di Cure Palliative, 2019, www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/12/CC-assistenza-spirituale-edited_2022.pdf, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 87-88.

²⁵⁵ Cfr. P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., pp. 86-87.

²⁵⁶ La citazione è tratta da CONSULTA NAZIONALE CEI, *La Pastorale della Salute nella Chiesa italiana*, 1989, n. 38, in A. VIZZARRI, *L'assistenza spirituale al malato*, Chieti, 28 novembre 2018, p. 4, www.diocesichieti.it/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Assistenza-spirituale-al-malato.pdf.

- accompagnamento degli operatori sanitari, condividendo insieme a loro l'aspetto sacrale della professione che loro svolgono nello spirito della missione. [...]
- Evangelizzazione e catechesi. [...]
- La celebrazione dei sacramenti. [...] ²⁵⁷

Tra queste funzioni, le prime due sottolineano un importante aspetto, ovvero che il sostegno deve essere offerto anche ai familiari del malato e a tutti gli operatori coinvolti. Affinché possano sostenere il paziente durante le delicate fasi della malattia o in prossimità del decesso, gli assistenti religiosi cattolici e gli stessi professionisti sanitari devono comprenderne lo stato d'animo, ed al contempo non avere paura dell'evento della morte²⁵⁸. L'assistenza, inoltre, implica *compassione*: «molte volte chi guarda non vede [...] perché manca la compassione [...]. Senza la compassione chi guarda non rimane implicato in ciò che osserva e passa oltre; invece chi ha il cuore compassionevole viene toccato e coinvolto, si ferma e se ne prende cura»²⁵⁹.

La Chiesa cattolica non si limita però unicamente a consacrare il valore dell'assistenza, ma si sofferma anche su delle specifiche strutture di cura, vale a dire gli *hospice*. Quest'ultimi devono garantire l'erogazione delle terapie palliative a tutti coloro che ne abbiano bisogno, *allontanando* i desideri di voler porre fine alla propria vita. Prendendo in considerazione i cosiddetti *hospice cattolici e di ispirazione cristiana*, una data da ricordare è il 18 settembre 2020, in cui il *Tavolo di lavoro degli hospice cattolici e di ispirazione cristiana* – istituito presso l'Ufficio nazionale per la pastorale della salute della CEI (*Conferenza Episcopale Italiana*) –, ha esposto il testo «Una presenza per una speranza affidabile. L'identità dell'Hospice cattolico e di ispirazione cristiana»²⁶⁰. Questo documento – il quale afferma che l'assistenza al malato deve dare *speranza* e rappresentare un atto di vicinanza che permetta di allontanare la paura della morte –, è indirizzato a tutte le persone che lavorano presso gli *hospice* cattolici e di ispirazione

²⁵⁷ Il passo è tratto da A. VIZZARRI, *L'assistenza spirituale al malato*, op. cit., pp. 5-6, www.diocesichieti.it/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Assistenza-spirituale-al-malato.pdf.

²⁵⁸ V. nota 247.

²⁵⁹ La citazione è tratta da FRANCESCO, *Discorso ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Congregazione per la Dottrina della Fede*, Città del Vaticano, Sala Clementina, 30 gennaio 2020, www.vatican.va, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 91.

²⁶⁰ Le informazioni sono tratte da G. PASQUALIN TRAVERSA, *Hospice cattolici. Una presenza per colmare di senso, di vita e di speranza il tempo che rimane*, «Agenzia S.I.R.», 18 settembre 2020, www.agensir.it/chiesa/2020/09/18/hospice-cattolici-una-presenza-per-colmare-di-senso-di-vita-e-di-speranza-il-tempo-che-rimane/.

cristiana²⁶¹. In questi luoghi di cura è necessario che le terapie palliative riguardino anche le esigenze spirituali o religiose del malato, offrendo inoltre le stesse attenzioni a coloro che appartengono ad una religione differente da quella cattolica²⁶². Tutte le pratiche che hanno la finalità di anticipare, determinare la morte o di ostinarsi terapeuticamente non sono concesse in tali strutture, poiché il malato deve essere messo nelle condizioni di poter vivere con minore angoscia ed inquietudine i suoi ultimi periodi di vita; oltre a ciò, è necessario che nei confronti dei professionisti coinvolti venga salvaguardata la loro autonomia morale²⁶³. Il testo presentato rende dunque nota l'importanza e le funzioni degli *hospice* cattolici e di ispirazione cristiana, i quali devono fornire un aiuto concreto per fronteggiare i problemi del fine vita. In merito al valore degli *hospice*, è doveroso riportare anche quanto dichiarato da Papa Francesco:

Santa Teresa di Calcutta, che ha vissuto lo stile della prossimità e della condivisione, preservando, fino alla fine, il riconoscimento e il rispetto della dignità umana, e rendendo più umano il morire, diceva così: “Chi nel cammino della vita ha acceso anche soltanto una fiaccola nell’ora buia di qualcuno non è vissuto invano”. A tale riguardo, penso a quanto bene fanno gli *hospice* per le cure palliative, dove i malati terminali vengono accompagnati con un qualificato sostegno medico, psicologico e spirituale, perché possano vivere con dignità, confortati dalla vicinanza delle persone care, la fase finale della loro vita terrena. Auspicio che tali centri continuino ad essere luoghi nei quali si pratici con impegno la “terapia della dignità”, alimentando così l’amore e il rispetto per la vita²⁶⁴.

In conclusione, ciò che emerge è che, da un lato il sostegno al malato e la valorizzazione degli *hospice* rappresentano gli elementi cruciali attorno ai quali si sviluppa il pensiero della Chiesa cattolica sul fine vita; dall’altro, il pensiero di assecondare una richiesta di morte è un atto inammissibile.

²⁶¹ In questo senso si veda TAVOLO DI LAVORO DEGLI HOSPICE CATTOLICI E DI ISPIRAZIONE CRISTIANA (a cura di), *Una presenza per una speranza affidabile. L'identità dell'Hospice cattolico e di ispirazione cristiana*, Savona, Editoriale Romani, 2020, in G. PASQUALIN TRAVERSA, *Hospice cattolici. Una presenza per colmare di senso, di vita e di speranza il tempo che rimane*, «Agenzia S.I.R.», 18 settembre 2020, www.agensir.it/chiesa/2020/09/18/hospice-cattolici-una-presenza-per-coltmare-di-senso-di-vita-e-di-speranza-il-tempo-che-rimane/.

²⁶² *Ibidem*.

²⁶³ *Ibidem*.

²⁶⁴ La citazione è tratta da FRANCESCO, *Discorso ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Congregazione per la Dottrina della Fede*, op. cit., www.vatican.va, in P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, op. cit., p. 157.

3.3 Tra leggi e pronunce: ulteriori considerazioni della Chiesa cattolica sul fine vita

Come si è potuto osservare, la Chiesa cattolica appare estremamente *chiusa* nei confronti del fine vita. Ciò è dato specialmente dalla paura di una possibile legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito, dalla quale potrebbe derivare un utilizzo sproporzionato e del tutto inappropriato di tali pratiche²⁶⁵. Nel continuo dibattito su tale tematica, inoltre, la posizione del magistero si rapporta anche con posizioni più *flessibili*, che non comprendono il motivo per cui non possa essere riconosciuta la possibilità di poter porre fine alla propria vita anticipatamente o in un determinato momento. Dinanzi a questo scenario, come è stato già dichiarato nel corso della trattazione, nel nostro Paese la l. n. 38/2010 e la n. 219/2017 hanno portato dei cambiamenti significativi nella nostra società. Riguardo alla l. n. 38/2010, è evidente come la Chiesa cattolica la veda con favore, in quanto essa valorizza i trattamenti palliativi e tutti quelli finalizzati per attenuare o eliminare completamente le sofferenze del malato, oltre a mirare ad una eguale erogazione di questi in tutto il territorio. A tal riguardo, la Pontificia Accademia per la Vita in un comunicato *«sottolinea l'importanza delle cure palliative, e fa notare come la legge italiana sulle cure palliative (la legge 38/2010) è oggi di fatto ancora poco conosciuta e poco applicata, mentre sarebbe una risposta concreta alla sofferenza di tante persone, per un vero aiuto ed accompagnamento»*²⁶⁶. In merito alla l. n. 219/2017, invece, è necessario segnalare che questa ha riconosciuto la nutrizione ed idratazione artificiali in quanto trattamenti sanitari, mentre la Chiesa – sebbene abbia concesso la possibilità di sospenderli nel caso in cui non portino effettivi benefici al malato –, ribadisce che *«Alimentazione e idratazione non costituiscono una terapia medica in senso proprio, in quanto non contrastano le cause di un processo patologico in atto nel corpo del paziente, ma rappresentano una cura dovuta alla persona del paziente, un'attenzione clinica e*

²⁶⁵ V. nota 83.

²⁶⁶ La citazione è tratta da PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Italia Fine-Vita Corte Costituzionale*, Città del Vaticano, 18 febbraio 2022, www.academyforlife.va/content/pav/it/notizie/2022/comunicato-stampa-fine-vita-italia.html.

*umana primaria e ineludibile*²⁶⁷. La stessa normativa non prevede inoltre l'obiezione di coscienza per gli operatori sanitari, elemento cruciale per il magistero cattolico:

È necessario che gli Stati riconoscano l'obiezione di coscienza in campo medico e sanitario, nel rispetto dei principi della legge morale naturale, e specialmente laddove il servizio alla vita interpella quotidianamente la coscienza umana. Dove questa non fosse riconosciuta, si può arrivare alla situazione di dover disobbedire alla legge, per non aggiungere ingiustizia ad ingiustizia, condizionando la coscienza delle persone. Gli operatori sanitari non devono esitare a chiederla come diritto proprio e come contributo specifico al bene comune²⁶⁸.

Quanto riportato rimarca come, secondo la Chiesa cattolica, agli operatori debba essere garantita la possibilità di compiere obiezione di coscienza, in particolar modo nei confronti di tutti coloro che richiedano – sulla base della sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale – di accedere al suicidio medicalmente assistito.

Ad ogni modo, avendo richiamato la l. n. 219/2017, è doverosa una breve osservazione sul testamento biologico. Quest'ultimo, rappresenta un importante «*strumento volto a coniugare scelte sanitarie (e non solo) del paziente con i suoi personali convincimenti religiosi, etici, morali e filosofici*»²⁶⁹. Nello stilare le DAT, le confessioni religiose, come quella cattolica, dovrebbero indurre il fedele a riflettere sul valore della vita e su argomenti estremamente delicati – come la morte – permettendogli così di autodeterminarsi tenendo in considerazione al contempo i suoi principi morali/religiosi più profondi²⁷⁰. Si parla di un contributo rilevante, tuttavia non si può fare a meno di rilevare come la persona interessata potrebbe essere influenzata e spinta a redigere delle disposizioni anticipate di cui non si potrebbe avere l'assoluta certezza che ne rispecchino le sue reali intenzioni.

Prendendo in considerazione anche alcune pronunce della Corte costituzionale sul fine vita, la Chiesa cattolica non è rimasta inerte ed ha manifestato esplicitamente il proprio punto di vista. Si pensi ad esempio alla suddetta sentenza n. 242/2019, la quale permettendo di ricorrere al suicidio medicalmente assistito in presenza di determinati

²⁶⁷ La citazione è tratta da CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Samaritanus Bonus. Lettera sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, op. cit., capitolo V, paragrafo 3, www.vatican.va.

²⁶⁸ Cit. *Ivi*, capitolo V, paragrafo 9.

²⁶⁹ La citazione è tratta da F. FRENI, *La protezione della vita umana 'al tramonto', tra legge e libertà di coscienza*, in «Stato, chiese e pluralismo confessionale», op. cit., p. 81, www.statoeChiese.it.

²⁷⁰ Cfr. *Ivi*, p. 82 e ss.

presupposti, non è vista favorevolmente²⁷¹. Opporsi al suicidio assistito e anche all'eutanasia, infatti, è quanto sostenuto dal *Consiglio Episcopale Permanente* della CEI:

“Si può e si deve respingere la tentazione – indotta anche da mutamenti legislativi – di usare la medicina per assecondare una possibile volontà di morte del malato, fornendo assistenza al suicidio o causandone direttamente la morte con l'eutanasia”. [...] I vescovi hanno unito la loro voce a quella di tante associazioni laicali nell'esprimere la preoccupazione a fronte di scelte destinate a provocare profonde conseguenze sul piano culturale e sociale. Consapevoli di quanto il tema si presti a strumentalizzazioni ideologiche, si sono messi in ascolto delle paure che lacerano le persone davanti alla realtà di una malattia grave e della sofferenza. Hanno riaffermato il rifiuto dell'accanimento terapeutico, riconoscendo che l'intervento medico non può prescindere da una valutazione delle ragionevoli speranze di guarigione e della giusta proporzionalità delle cure. Alla Chiesa sta a cuore la dignità della persona, per cui i Pastori non si sono soffermati soltanto sulla negazione del diritto al suicidio, ma hanno rilanciato l'impegno a continuare e a rafforzare l'attenzione e la presenza nei confronti dei malati terminali e dei loro familiari. Tale prossimità, mentre contrasta la solitudine e l'abbandono, promuove una sensibilizzazione sul valore della vita come dono e responsabilità; cura l'educazione e la formazione di quanti operano in strutture sanitarie di ispirazione cristiana; rivendica la possibilità di esercitare l'obiezione di coscienza, rispetto a chi chiedesse di essere aiutato a morire; sostiene il senso della professione medica, alla quale è affidato il compito di servire la vita²⁷².

Un'altra pronuncia da ricordare è la sentenza n. 50/2022, sempre della Corte costituzionale, riguardante il *Referendum Eutanasia legale*. L'ambiente cattolico in questo caso ha visto con positività la decisione della Consulta: «*La Pontificia Accademia per la Vita esprime un particolare apprezzamento per la decisione della Corte Costituzionale italiana di non ammettere il referendum per abrogare l'art. 579 del codice penale che vieta l'omicidio del consenziente (e avrebbe aperto la strada verso l'eutanasia)*»²⁷³.

Alla luce di queste diverse considerazioni sorge spontanea la domanda se la Chiesa cattolica possa un giorno cambiare, almeno in parte, il proprio orientamento, rendendosi

²⁷¹ Cfr. Consulta: «*Sì al suicidio assistito in casi come Dj Fabo, legge indispensabile*». Cappato: *da oggi tutti più liberi*, in «Il Gazzettino», ultimo aggiornamento 26 settembre 2019, www.ilgazzettino.it/italia/cronaca_bianca/consulta_suicidio_assistito_diretta_oggi_ultime_notizie-4757414.html. In questo senso si veda anche C. M. ODDO, U. TASCIOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, op. cit., p. 478.

²⁷² Il passo è tratto da CONSIGLIO EPISCOPALE PERMANENTE, *Comunicato finale*, Roma, 26 settembre 2019, <https://www.chiesacattolica.it/per-la-vita-e-la-dignita/>.

²⁷³ V. nota 266.

più *disponibile* e pronta ad accettare una futura normativa sulla morte volontaria medicalmente assistita. In merito a ciò, si segnala l'intervento dell'arcivescovo Vincenzo Paglia (presidente della *Pontificia Accademia per la Vita*), il quale, sebbene abbia accennato all'eventualità di una *mediazione giuridica* che segua l'indirizzo stabilito dalla sentenza n. 242/2019 della Consulta, ha comunque sottolineato la sua totale opposizione al suicidio assistito e alla pratica eutanasi²⁷⁴. Rilevante, inoltre, la recente opposizione manifestata dalla *Conferenza Episcopale del Triveneto*, la quale ha esplicitamente dichiarato la sua contrarietà al suicidio assistito ed alle recenti proposte di legge regionali, che potrebbero portare ad una sua approvazione dal punto di vista legislativo²⁷⁵. Una posizione, quella della Chiesa cattolica, che sembra dunque non lasciare spazi a possibili cambiamenti.

²⁷⁴ Le informazioni sono tratte da I. SCARAMUZZI, *Fine vita, monsignor Paglia: no all'eutanasia ma è possibile una mediazione giuridica*, in «la Repubblica», 24 aprile 2023, www.repubblica.it/cronaca/2023/04/24/news/fine_vita_monsignor_paglia_no_eutanasia_mediazione_giuridica-397467134/.

²⁷⁵ Le informazioni sono tratte da F. TOSATTO, *Fine vita, arriva il no dei vescovi del Triveneto*, in «La Tribuna di Treviso», 25 ottobre 2023, https://tribunatreviso.gelocal.it/regione/2023/10/25/news/suicidio_assistito_vescovi_triveneto-13807971/.

3.4 Le critiche alla posizione della Chiesa cattolica sul fine vita

Nel corso degli anni, la rigida posizione del mondo cattolico nei confronti del fine vita è stata oggetto di innumerevoli critiche e si è relazionata con prospettive differenti. Una delle figure più emblematiche da ricordare è quella di Hans Küng, teologo cattolico che per molti ha rappresentato un importante punto di riferimento, ma che allo stesso tempo è stato fortemente attaccato per i suoi ideali²⁷⁶. Le esperienze, le riflessioni e la malattia vissuta in prima persona lo hanno portato, infatti, ad elaborare una prospettiva favorevole nei confronti dell'eutanasia attiva, la quale ha causato forti reazioni²⁷⁷. Egli afferma che «*il diritto alla vita non equivale a una coercizione a vivere*»²⁷⁸. Dinanzi a gravi patologie, oltre che nel rispetto della dignità di ciascuno, il teologo con la sua tesi ritiene che debba essere riconosciuta la facoltà – libera e non vincolata – di porre fine alla propria esistenza²⁷⁹. Küng parla di «*Morire felici, quindi, assumendosi la responsabilità personale della propria morte “al momento giusto”*»²⁸⁰. Una visione, questa, che indubbiamente entra in conflitto e critica gli ideali della Chiesa cattolica, sostenitrice assoluta della *sacralità della vita* in quanto dono di Dio²⁸¹. Il valore della dignità viene rimarcato da Küng nei suoi scritti più famosi, come *Della dignità del morire* del 1995: questa deve essere presente e tutelata anche nel momento della morte²⁸², nel quale ciascuno è chiamato a confrontarsi con il dolore e la difficoltà di compiere determinate scelte. In un altro scritto – «*La dignità della morte. Tesi sull'eutanasia*» del 2007 – afferma:

²⁷⁶ Cfr. V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, San Pietro in Cariano (Verona), Gabrielli editori, 2021, p. 27.

²⁷⁷ Cfr. *Ivi*, p. 24 e ss.

²⁷⁸ La citazione è di W. JENS, H. KÜNG, *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*, Milano, Rizzoli, 1996, in L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, op. cit., p. 10.

²⁷⁹ Cfr. V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 33.

²⁸⁰ In questo senso G.E. RUSCONI, *Non abusare di Dio. Per un'etica laica*, Milano, Rizzoli, 2007, in V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 34.

²⁸¹ Cfr. G. FORNERO, *Küng: un cristiano – e un grande teologo – a favore dell'eutanasia*, in ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, 8 aprile 2021, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/blog/kung-un-cristiano-e-un-grande-teologo-a-favore-delleutanasia.

²⁸² Cfr. *Ibidem*.

Oggi anche i teologi e i vescovi conservatori comprendono – stando almeno alla loro mutata posizione in merito agli anticoncezionali – che siamo in un tempo di veloci mutamenti di valori e di norme: mutamenti che non dipendono dalla cattiveria degli uomini, ma che sono prodotti dai repentini mutamenti della società, della scienza, della tecnologia e della medicina. Non è certo volontà del demonio se oggi è possibile avere un controllo sempre maggiore dei processi vitali, controllo che sta sotto la responsabilità dell'uomo. Ma dà da pensare il fatto che tanti teologi morali, che oggi hanno ancora problemi ad ammettere l'eutanasia attiva, hanno avuto a suo tempo difficoltà simili con la regolamentazione attiva, “artificiale”, delle nascite; essi la intendevano come un “no” alla sovranità di Dio sulla vita e, come tale, la rifiutavano, finché non hanno dovuto ammettere che già l'inizio della vita umana è stato posto da Dio in mano alla responsabilità dell'uomo²⁸³.

La *responsabilità dell'uomo* costituisce dunque un elemento cruciale della sua riflessione. Numerose, inoltre, furono le critiche che Küng mosse a Papa Giovanni Paolo II e a Papa Benedetto XVI²⁸⁴, mostrando invece un particolare apprezzamento nei confronti di Papa Francesco, dal quale auspicava potesse cambiare, almeno in parte, l'orientamento del magistero²⁸⁵. Una speranza che purtroppo al giorno d'oggi non ha ancora portato a dei cambiamenti rilevanti nel mondo cattolico. Ad ogni modo, dalle riflessioni di Küng, ciò che emerge e che viene sottolineato – specialmente nella sua opera «*Morire felici?*» del 2014 –, è che «*un cristianesimo autentico non dovrebbe essere contro, bensì coerentemente a favore, della morte autodeterminata e dell'eutanasia*»²⁸⁶.

Particolari critiche nei confronti della struttura ecclesiastica sono state avanzate anche dal movimento *Noi Siamo Chiesa* (Sezione italiana del movimento internazionale *We Are Church* per la riforma della Chiesa cattolica), la quale vuole promuovere un dibattito più aperto e meno rigido sul delicato tema del fine vita²⁸⁷. A tal riguardo, l'invito a discutere è stato sottolineato in un suo documento pubblicato il 14 settembre del 2019, dove nella parte conclusiva si può leggere:

Davanti al tema del fine-vita, ultrasensibile, che coinvolge il vissuto più intimo della persona umana, i toni gridati, le campagne, la volontà di fare pressione sul Parlamento ed altro ancora dovrebbero essere

²⁸³ Cit. *Ibidem*.

²⁸⁴ Cfr. V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 46.

²⁸⁵ In questo senso J.C. SCANNONE, *Teologia del popolo. Le radici teologiche di papa Francesco*, Brescia, Queriniana, 2019, in V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 46.

²⁸⁶ La citazione è tratta dall'articolo indicato nella nota 281.

²⁸⁷ Cfr. V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 113.

superati. Vale di più pensare e realizzare, anche nelle tante strutture sanitarie della Chiesa cattolica, la linea dell'accoglienza, dell'attenzione alle solitudini e alla domanda di spiritualità che è presente nel fine-vita, delle terapie utili (palliative e non), della comprensione dell'irriducibile unicità della condizione del singolo paziente. Vale di più combattere le grandi sperequazioni esistenti tra chi può sempre curarsi bene e chi può solo curarsi male o non può curarsi mai. Domandiamo che si discuta. Nella medicina e nella società ci sono situazioni inedite che esigono discernimento, dialogo, umiltà e non parole d'ordine e principi assoluti. La linea di una vera e propria "ideologia della vita" (che ci appare perfino idolatrice) non può continuare; bisogna riflettere sugli errori del recente passato per essere attrezzati a dialogare con la sensibilità laica e con le convinzioni di coscienza maturate da molti credenti appartenenti alla nostra Chiesa (tra questi Hans Küng); bisogna essere consapevoli che in futuro la linea della Chiesa probabilmente dovrà cambiare. E bisogna sempre essere ben convinti che, per noi, la fine è l'inizio della vita²⁸⁸.

Doveroso riportare, inoltre, alcuni passi di un documento pubblicato il 25 ottobre 2021 sempre dal medesimo movimento, con il quale ancora una volta si è voluto spingere all'apertura di un concreto *dialogo* sul fine vita:

Abbiamo chiesto, soprattutto agli ambienti ecclesiali dialogo e confronto ma con scarsi risultati. I capoversi del nostro percorso sono stati: presa d'atto della nuova medicina nel settore del fine vita; grande importanza delle cure palliative, poco conosciute e praticate; bene la legge sul fine vita n.219 da far conoscere ed 'usare' in modo diffuso soprattutto in tutti gli aspetti che riguardano l'autodeterminazione del malato; differenza tra vita biografica e vita biologica; zona oggettiva di incertezza con situazioni intermedie tra accanimento e desistenza, tra coscienza del malato presente e coscienza insufficiente o inesistente; differenze tra tanti diversi 'fine vita' sia per motivi oggettivi di tipo sanitario sia per i differenti status culturali e psicologici; alleanza terapeutica tra medico e paziente che può affrontare al meglio le situazioni più difficili; lo stesso si dica per l'accompagnamento del malato terminale da parte dei familiari e degli amici; presenza di una realtà di eutanasia clandestina gestita spesso 'alla meglio' o in modo casuale; tante cosmovisioni presenti nella società sul fine vita, nessuna delle quali può essere snobbata o contraddetta frontalmente; infine richiesta di una normativa debole o 'gentile', questione sulla quale il codice penale è a disagio. Durante queste ricerche ci siamo accorti della complessità dei problemi per i quali tutti dovrebbero impegnarsi nell'approfondimento prima di dire verità "definitive". Aspetti etici e teologici devono essere ancora esplorati. Per esempio, dovremmo capire meglio, nel vissuto della pratica sanitaria, che differenza c'è tra "naturale" ed "artificiale" o, sotto

²⁸⁸ Il passo è tratto da NOI SIAMO CHIESA, *Noi Siamo Chiesa dice la sua su art.580 c.p., suicidio assistito ed eutanasia. No alle posizioni rigide di Bassetti, sì all'apertura di una vera discussione*, Roma, 14 settembre 2019, www.noisiamochiesa.org/noi-siamo-chiesa-dice-la-sua-su-art-580-c-p-suicidio-assistito-ed-eutanasia-no-alle-posizioni-rigide-di-bassetti-si-allapertura-di-una-vera-discussione/. Il documento è riportato anche in V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 113 e ss.

un altro profilo, tra il così detto diritto naturale e il diritto della persona. Abbiamo anche detto che la mistica del dolore e della mortificazione, da sopportare come ‘valore’ spirituale, frequentemente proposta da ambienti ecclesiastici alle persone in grande sofferenza, dovrebbe avere delle solide radici teologiche che sono invece molto controverse. Questa posizione si rifà a una concezione mistico-religiosa che considera la sofferenza fisica come elemento di purificazione e di santificazione che deve essere accettato e vissuto nella convinzione che esso faccia parte di un disegno sovranaturale dalla logica imperscrutabile. [...]

Una posizione diversa. La Cei difende la Vita sempre e comunque. Ma la vita è una condizione esistenziale, non è un valore assoluto come possono esserlo la giustizia, l’amore per il prossimo, la pace, la fraternità e via di questo passo. La vita è inserita nel percorso che l’uomo e la donna si trova di fronte nel corso dell’esistenza e durante la quale si comporta un po’ nel bene, un po’ nel male, un po’ a fatica con dubbi, gioie e sofferenze. Le circostanze determinano o facilitano i comportamenti. La coscienza si confronta con le diverse situazioni, si orienta e decide o non decide. Tutto il percorso della vita è soggetto alle virtù e alle passioni. Naturalmente la Luce deve illuminare la coscienza e la vita in cui si può amare, creare, aiutare il prossimo, allevare i figli.... [...]

Nuove riflessioni tra i credenti. Negli ultimi anni i casi di grande impatto mediatico sono stati contemporanei a nuove riflessioni emerse tra i credenti. La linea della “Vita” della Cei non è più così solida. L’approvazione della legge 219 sulle DAT, la posizione di Hans Kung e quella della Chiesa valdometodista in Italia, la sentenza della Corte Costituzionale sul caso Fabo hanno dimostrato che le questioni sono aperte e non si possono tacitare con parole sbrigative ed autoritarie. [...] Una riflessione più matura, soprattutto dialogante, sarebbe possibile anche tenendo in conto preoccupazioni oggettive come quella che teme che qualsiasi passo in avanti nella direzione della eutanasia-buonamorte possa aprire la possibilità alle così dette ‘derivate eutanasiche’ nei confronti di soggetti fragili, oppure come l’ipotesi della possibile obiezione di coscienza da parte del personale sanitario. [...]

Premesse tutte queste riflessioni generali “Noi Siamo Chiesa” ritiene necessario ed urgente un nuovo confronto nel paese, nel nome di una laicità condivisa da credenti, non credenti e da uomini in ricerca, per giungere a soluzioni legislative su tutta la questione del fine vita nel rispetto dei valori costituzionali”²⁸⁹.

Le riflessioni di Hans Küng e del movimento Noi Siamo Chiesa, dunque, dimostrano nuovamente come la Chiesa cattolica presenti una posizione sfavorevole nei confronti del fine vita. Quest’ultimo è un argomento che tuttavia, non può essere trascurato e deve essere affrontato anche dal punto di vista religioso. Affinché ciò possa avvenire, è necessario che il mondo cattolico metta da parte i pregiudizi, i timori ed apra ad un

²⁸⁹ Il passo è tratto da NOI SIAMO CHIESA, *Per una eutanasiabonamorte di ispirazione cristiana. Leggi le riflessioni di Noi Siamo Chiesa*, Roma, 25 ottobre 2021, www.noisiamochiesa.org/per-una-eutanasiabonamorte-di-ispirazione-cristiana-leggi-le-riflessioni-di-noi-siamo-chiesa/. Il documento è riportato anche in V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l’eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 155 e ss.

sincero dialogo. Solo in tal modo, forse, sarà possibile in futuro mettere fine a questo continuo dibattito e raggiungere un punto di incontro condiviso da tutti.

CAPITOLO 4

I CASI PIÙ EMBLEMATICI DEL FINE VITA

4.1 Il valore di chi si è battuto per il fine vita

Poter rifiutare terapie considerate ormai inutili e sproporzionate, redigere le proprie disposizioni anticipate di trattamento, usufruire delle cure palliative: questi sono solo alcuni degli innumerevoli risultati che sono stati conseguiti nel campo del fine vita negli ultimi anni. Questi traguardi, tuttavia, non sarebbero mai stati raggiunti senza il contributo di tutte quelle persone che hanno lottato per poter ottenere un fine vita che rispecchiasse i loro ideali. Il valore e l'importanza che oggi viene attribuito al tema del fine vita è derivato soprattutto da particolari casi emblematici, come quelle di *Piergiorgio Welby*, di *Eluana Englaro* e di *Fabiano Antoniani Marco Cappato*-, le quali hanno scosso l'intera società²⁹⁰. Di fronte a queste vicende, «*La domanda “Cosa farei se capitasse a me?” ha fatto breccia nel regno dell'impensabile, dissipando il timore di porre sotto osservazione concettuale il significato profondo dell'inviolabilità e della sacralità della vita in condizioni esistenziali estreme*»²⁹¹. Al fine di ottenere un quadro completo del dibattito sul fine vita, è necessario considerare non solo la complessa terminologia, le differenti prospettive e i diritti che sono stati riconosciuti, ma anche dei suddetti casi. Quest'ultimi hanno lasciato un indelebile segno nel nostro Paese, nel quale, come si è potuto osservare, sono presenti oggi importanti leggi come la n. 38/2010 e la n. 219/2017, oltre alla fondamentale sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale.

Appare doveroso sottolineare, inoltre, che tali vicende rappresentano dei punti di riferimento per chiunque affronta le tematiche del fine vita.

²⁹⁰ Questi casi sono richiamati anche in P. CHIARELLA, *Il diritto comprensivo e l'altruità del corpo: alcune riflessioni sul fine vita*, in «Politica del diritto», n. 1/2020, p. 90, www.rivisteweb.it/doi/10.1437/96617.

²⁹¹ Cit. *Ibidem*.

4.2 Il caso di Piergiorgio Welby

La prima importante vicenda da riportare è quella di Piergiorgio Welby²⁹², dalla quale è emerso un forte dibattito concernente il diritto di autodeterminazione e la facoltà di poter declinare le cure, tra cui quelle salvavita²⁹³. Welby soffriva di una seria ed irreversibile distrofia muscolare – diagnosticatagli nel 1963 –, la quale lo aveva costretto dal 1997 ad avere necessità della ventilazione artificiale per poter essere mantenuto in vita. Dinanzi all'impossibilità di poter migliorare la propria condizione, aveva chiesto nel 2006 di sospendere tale cura salvavita e che al contempo gli venissero somministrati i medicinali sedativi opportuni per lenire le sofferenze a cui sarebbe andato incontro durante i suoi ultimi momenti di vita. Anche se adeguatamente informato sulle terapie alle quali poteva essere sottoposto e sullo sviluppo della patologia da cui era affetto, la sua decisione era stata presa con coscienza (era capace di intendere e di volere) e con l'obiettivo di porre fine ad una esistenza ormai priva di significato, in cui la ventilazione artificiale era vista dal medesimo come un inutile accanimento terapeutico. La struttura ospedaliera ed il suo medico curante, tuttavia, avevano negato la sua richiesta. Welby, dunque, aveva deciso di presentare un ricorso al Tribunale Civile, in virtù dell'art. 700 c.p.c., il quale prevede che:

Fuori dei casi regolati nelle precedenti sezioni di questo capo, chi ha fondato motivo di temere che durante il tempo occorrente per far valere il suo diritto in via ordinaria, questo sia minacciato da un pregiudizio imminente e irreparabile, può chiedere con ricorso al giudice i provvedimenti d'urgenza, che appaiono, secondo le circostanze, più idonei ad assicurare provvisoriamente gli effetti della decisione sul merito²⁹⁴.

Doveroso segnalare che lo stesso, prima di presentare il ricorso e di richiedere l'interruzione delle cure, aveva inviato una lettera al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano, in cui faceva appello affinché gli venisse riconosciuta la possibilità di porre fine alla sua vita:

²⁹² Le informazioni sulla vicenda di Piergiorgio Welby sono tratte da: B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 1 e ss.; F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 27 e ss.

²⁹³ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 27.

²⁹⁴ Cit. art. 700 c.p.c.

Caro Presidente, scrivo a Lei, e attraverso Lei mi rivolgo anche a quei cittadini che avranno la possibilità di ascoltare queste mie parole, questo mio grido, che non è di disperazione, ma carico di speranza umana e civile per questo nostro Paese. Fino a due mesi e mezzo fa la mia vita era sì segnata da difficoltà non indifferenti, ma almeno per qualche ora del giorno potevo, con l'ausilio del mio computer, scrivere, leggere, fare delle ricerche, incontrare gli amici su internet. Ora sono come sprofondato in un baratro da dove non trovo uscita. [...] Ora la mia patologia, la distrofia muscolare, si è talmente aggravata da non consentirmi di compiere movimenti, il mio equilibrio fisico è diventato molto precario. [...] Il mio corpo non è più mio ... è lì, squadernato davanti a medici, assistenti, parenti. [...] In Italia, l'eutanasia è reato, ma ciò non vuol dire che non "esista": vi sono richieste di eutanasia che non vengono accolte per il timore dei medici di essere sottoposti a giudizio penale e viceversa, possono venir praticati atti eutanasiaci senza il consenso informato di pazienti coscienti. [...] la mia volontà, la mia richiesta, che voglio porre in ogni sede, a partire da quelle politiche e giudiziarie è oggi nella mia mente più chiaro e preciso che mai: poter ottenere l'eutanasia. [...]²⁹⁵.

Ad ogni modo, nonostante fosse stato attestato il diritto di autodeterminazione, non essendoci una precisa legge, il ricorso era stato dichiarato non ammissibile²⁹⁶. Il Tribunale, infatti, si era espresso con tali parole:

Il principio dell'autodeterminazione e del consenso informato è una grande conquista civile delle società culturalmente evolute; esso permette alla persona, in un'epoca in cui le continue conquiste e novità scientifiche nel campo della medicina consentono di prolungare artificialmente la vita, lasciando completamente nelle mani dei medici la decisione di come e quando effettuare artificialmente tale prolungamento, con sempre nuove tecnologie, di decidere autonomamente e consapevolmente se effettuare o meno un determinato trattamento sanitario e di riappropriarsi della decisione sul se ed a quali cure sottoporsi. Nel corso degli anni è profondamente mutato il modo di intendere il rapporto medico-paziente, e il segno di questa trasformazione è proprio nella rilevanza assunta dal consenso informato, che ha spostato il potere di decisione del medico al paziente, in cui quest'ultimo è diventato protagonista del processo terapeutico. Il quadro di riferimento dei principi generali si rinviene innanzitutto negli artt. 2, 13 e 32 Cost., ed abbraccia la tutela e promozione dei diritti fondamentali della persona della sua dignità ed identità, della libertà, personale e della salute. La giurisprudenza della Corte di Cassazione e della Corte Costituzionale ha fatto emergere l'ampiezza di tale principio [...]. Il nodo centrale è che, siccome l'ordinamento giuridico va considerato nell'intero complesso, appare non discutibile che esso non preveda nessuna disciplina specifica sull'orientamento del rapporto medico-paziente e sulla condotta del medico ai fini dell'attuazione pratica del principio dell'autodeterminazione per la fase finale della vita

²⁹⁵ Il passo riportato è tratto da ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Lettera aperta di Piergiorgio Welby al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano*, 19 ottobre 2012, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/gli-88-giorni-di-lotta-di-piero-welby.

²⁹⁶ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 1-2.

umana, allorché la richiesta riguardi il rifiuto o l'interruzione di trattamenti medici di mantenimento in vita del paziente. Esso, tuttavia, sul piano dell'attuazione pratica del corrispondente diritto del paziente ad "esigere" ed a "pretendere" che sia cessata una determinata attività medica di mantenimento in vita (il problema si è posto, in particolare, per l'alimentazione e l'idratazione forzate e, come nel caso di specie, per la respirazione assistita a mezzo di ventilatore artificiale), in quanto reputata di mero accanimento terapeutico, lascia il posto alla interpretazione soggettiva ed alla discrezionalità nella definizione di concetti si di altissimo contenuto morale e di civiltà e di intensa forza evocativa (primo fra tutti la dignità della persona"), ma che sono indeterminati e appartengono ad un campo non ancora regolato dal diritto e non suscettibile di essere riempito dall'intervento del Giudice, nemmeno utilizzando i criteri interpretativi che consentono il ricorso all'analogia o ai principi generali dell'ordinamento. In altri termini, in assenza della previsione normativa degli elementi concreti, di natura fattuale e scientifica, di una delimitazione giuridica di ciò che va considerato "accanimento terapeutico", va esclusa la sussistenza di una forma di tutela tipica dell'azione da far valere nel giudizio di merito e, di conseguenza, ciò comporta la inammissibilità dell'azione cautelare, attesa la sua finalità strumentale e anticipatoria degli effetti del futuro giudizio di merito²⁹⁷.

Questa non ammissibilità aveva posto in rilievo l'esigenza di un intervento del Legislatore, in modo tale che venisse garantita la possibilità di esercitare il proprio diritto di autodeterminazione²⁹⁸. Il Pubblico Ministero, sostenendo che si dovevano seguire i principi del nostro ordinamento – specialmente quelli costituzionali – in mancanza di una precisa normativa, aveva impugnato la pronuncia del Tribunale²⁹⁹. La condizione clinica in cui versava Welby si faceva però sempre più critica: di fronte al timore di morire in un modo non degno e caratterizzato da forti dolori, egli aveva trovato l'aiuto di un medico anestesista (Mario Riccio), disposto ad esaudire le sue ultime volontà. Il 20 dicembre 2006, dunque, su accordo e volontà espressa da Piergiorgio, il medico, somministrati i farmaci sedativi, aveva sospeso la ventilazione artificiale, portandolo così alla morte. Un avvenimento, questo, che aveva suscitato forte scalpore, in un ordinamento che ai tempi era ancora poco sensibile al tema del fine vita. In seguito alla morte di Piergiorgio, nei confronti del medico era stato aperto un procedimento penale e, in precedenza a questo, anche un procedimento da parte dell'Ordine dei medici di Cremona, in cui la Commissione aveva archiviato il caso poiché costui non aveva fatto ricorso a medicinali che avessero causato la morte del

²⁹⁷ Trib. Roma, sez. I, ordinanza del 16 dicembre 2006.

²⁹⁸ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 34.

²⁹⁹ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 3.

malato (sopraggiunta per il normale decorso della sua malattia); quest'ultimo, inoltre, era cosciente della scelta intrapresa e di ciò che sarebbe accaduto³⁰⁰. Per quanto riguarda il procedimento penale, il Pubblico ministero, dopo aver effettuato le diverse consulenze e le perizie necessarie, aveva richiesto l'archiviazione del caso, in quanto aveva appurato che il medico aveva agito in conformità alla domanda avanzata da Welby – che voleva far valere il proprio diritto – e che il decesso di quest'ultimo non era derivato dalla somministrazione dei farmaci sedativi. Tramite l'ordinanza del 7 giugno 2007, tuttavia, il GIP (Giudice per le indagini preliminari) non solo aveva respinto tale richiesta, ma aveva obbligato il Pubblico ministero affinché il medico venisse imputato coattivamente, ai sensi dell'articolo 579 c.p. («omicidio del consenziente»), mettendo in rilievo anche il fatto che la sospensione del trattamento salvavita era stato l'unico obiettivo perseguito dal dottore.

Il giudice delle indagini preliminari sostenne che la morte di Piergiorgio Welby integrava un'ipotesi di eutanasia passiva. Secondo il GIP, il diritto alla vita, nella sua sacralità, inviolabilità ed indisponibilità costituisce il limite per tutti gli altri diritti, compreso il richiamo alla dignità umana, di cui all'art. 32 della Costituzione. A suo avviso, la prevalenza del diritto alla vita si desume dagli articoli 579 e 580 del codice penale, che rispettivamente puniscono l'omicidio del consenziente e l'istigazione o aiuto al suicidio e dall'art. 5 del codice civile, che vieta gli atti di disposizione del proprio corpo quando cagionino una diminuzione permanente dell'integrità fisica o siano contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume³⁰¹.

Nonostante ciò, il 23 luglio del 2007, con la sentenza n. 2049 del Tribunale di Roma, il giudice per l'udienza preliminare (GUP), non condividendo i motivi dell'imputazione, aveva dichiarato che Welby possedesse la facoltà di rigettare i trattamenti e che di conseguenza, il medico, agendo rispettandone le volontà, aveva adempiuto ad un dovere – ai sensi dell'art. 51 c.p. («Esercizio di un diritto o adempimento di un dovere») –, dal quale ne derivava la sua conseguente assoluzione³⁰². Alla base della pronuncia il giudice aveva posto le seguenti ragioni: i principi della Costituzione non possono essere sovrastati dalle norme di legge riportate dal GIP, in quanto gerarchicamente inferiori; è

³⁰⁰ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 36.

³⁰¹ Cfr. G.I.P. del Trib. Roma, ordinanza del 7 giugno 2007, in B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 3-4.

³⁰² Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 38.

inviolabile il diritto dell'individuo di rigettare i trattamenti terapeutici (rigettata l'interpretazione riduttiva dell'art. 32, comma 2, Cost., limitata al solo accanimento terapeutico); il rapporto formatosi tra Welby e Mario Riccio ha come obiettivo quello di realizzare un determinato atto medico; il trattamento attuato per causare il decesso del malato è differente dall'atto di sospendere una cura; è insostenibile e non accettabile il richiamo ad un principio come quello della indisponibilità/sacralità della vita; al malato spetta sempre la decisione di accettare o rifiutare una determinata cura, la quale deve essere osservata dal medico dopo che abbia verificato che lo stesso malato abbia avanzato la domanda, pienamente informato e consapevole (il medico dunque non ha agito con libertà di scelta); nonostante sia un trattamento salvavita, la ventilazione artificiale deve essere considerata un trattamento medico³⁰³. Oltre a ciò, nella stessa sentenza, era infine stato affermato che nel caso in questione non poteva essere identificato come atto eutanasi quello compiuto dal medico³⁰⁴.

La sentenza sul caso Welby è importante in quanto «*costituisce una tappa fondamentale nel sollecitare l'introduzione, ad opera del Legislatore, dell'istituto del testamento biologico che vedrà, poi, la luce con la Legge n. 219/2017*»³⁰⁵. Sulla base di quest'ultima, infatti, non solo il medico non sarebbe stato perseguibile, ma lo stesso Welby avrebbe potuto interrompere i trattamenti sanitari ai quali era sottoposto, facoltà che in ogni caso gli era stata sostanzialmente riconosciuta³⁰⁶. Ad ogni modo sono state numerose le reazioni nel nostro Paese, divise tra coloro che hanno condiviso la scelta intrapresa da Piergiorgio, ed altri che invece si sono opposti fortemente ad essa. Appare doveroso segnalare che tra quest'ultimi, ad esempio, il vicariato di Roma aveva deciso di non concedere il funerale religioso a Welby, scelta dalla quale era scaturito un forte dibattito, anche all'interno della stessa comunità cattolica³⁰⁷. Forte era stata la risposta di Mina Welby, moglie di Piergiorgio, la quale aveva commentato tale decisione con una lettera inviata al cardinale Ersilio Tonini:

³⁰³ Cfr. G.U.P del Trib. Roma, sentenza n. 2049 del 23 luglio 2007, in B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 4 e ss.

³⁰⁴ *Ibidem*. Le informazioni sono tratte da B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 5.

³⁰⁵ La citazione è tratta da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 38.

³⁰⁶ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 6.

³⁰⁷ Cfr. L. GAITA, *Dj Fabo, Eluana, Welby e gli altri: le battaglie di chi voleva scegliere e invece è diventato bersaglio della politica*, in «il Fatto Quotidiano», 27 febbraio 2017, www.ilfattoquotidiano.it/2017/02/27/dj-fabo-eluana-welby-e-gli-altri-le-battaglie-di-chi-voleva-scegliere-e-invece-e-diventato-bersaglio-della-politica/3420083/.

Piergiorgio è stato condannato solo per aver pronunciato la parola eutanasia. [...] Approvare i funerali di Piergiorgio Welby sarebbe stato come dire che la Chiesa accetta l'eutanasia di cui Welby stesso era divenuto il simbolo. [...] Piergiorgio Welby ha lottato per la vita da quando aveva sedici anni, cioè da quando aveva saputo la diagnosi della sua malattia. Insieme abbiamo lavorato sfruttando ogni nostra capacità per fare altri partecipi di ciò che avevamo acquisito nello studio e con la nostra esperienza. Ma tutto ciò ora non c'entra nulla. La consapevolezza di doversi aspettare una sicura morte atroce per soffocamento credo che sia sconvolgente per ognuno. [...] si sentiva soffocare da più di un anno. Non ha trovato nessun medico che lo voleva aiutare a poter morire senza soffrire. Da tanto tempo stava discutendo sulle possibilità per malati di certe patologie, come sla, distrofia muscolare, tetraplegia e altre, di una morte opportuna senza sofferenze immani. [...] Ma le persone che muoiono per eutanasia in altri Paesi hanno i funerali religiosi o no? Piergiorgio non aveva bisogno dell'eutanasia [...] ha potuto usufruire dell'articolo 32 della costituzione, che poi non è contraddetto da quel capoverso del Catechismo secondo il quale "L'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie o sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima". [...] ha detto ad alta voce e come uomo politico di voler morire. Lo ha fatto anche per indicare alla politica la necessità di trovare una strada perchè tutti i cittadini italiani abbiano il diritto all'autodeterminazione nella scelta dei trattamenti medici e non solo quelli che hanno la fortuna di trovare un medico consenziente. Per concludere, vorrà dire che anch'io, che appoggio l'eutanasia per quei cittadini che la chiedono un giorno, non avrò il funerale religioso. Ma preferisco avere il cuore aperto per chi chiede pietà negli ultimi istanti della vita confidando nell'infinita misericordia di Dio³⁰⁸.

Indipendentemente dai dibattiti e dai contrasti, il caso di Welby rappresenta un importante tassello nell'ambito del fine vita, il quale ha sottolineato già in passato l'esigenza di un intervento legislativo, in modo da tutelare e garantire il diritto di autodeterminazione di ogni persona. Un diritto che oggi è riconosciuto e avvalorato dalla l. n. 219/2017.

³⁰⁸ Il passo è riportato da *Mina Welby: «Piergiorgio condannato»*, in «Corriere della Sera», 15 luglio 2007, www.corriere.it/Primo_Piano/Cronache/2007/07_Luglio/14/moglie_welby_lettera.shtml.

4.3 Il caso di Eluana Englaro

La seconda emblematica vicenda da riportare è quella di Eluana Englaro, che ha anch'essa messo in primo piano il tema del fine vita³⁰⁹. Eluana, in seguito ad un grave incidente stradale avvenuto nel 1992, si trovava in uno stato vegetativo permanente (cosiddetto SVP) – condizione dalla quale i medici avevano escluso qualunque possibilità di recupero – ed inoltre era alimentata ed idratata artificialmente con un sondino nasogastrico. Essendo totalmente incapace di intendere e di volere, il Tribunale di Lecco nel 1996 ne aveva sancito l'interdizione e designato il padre Beppino Englaro come suo tutore. Dinanzi a questa delicata situazione, la famiglia di Eluana aveva richiesto che venisse osservata la volontà della ragazza, la quale in passato aveva espresso nei confronti dell'accanimento terapeutico la sua contrarietà. Con un ricorso presentato al medesimo Tribunale di Lecco, il padre di Eluana, dunque, aveva domandato che gli venisse concessa la facoltà di manifestare il consenso affinché le terapie di nutrizione ed idratazione artificiale venissero sospese. Purtroppo, con un decreto il Tribunale aveva dichiarato non ammissibile il ricorso:

rilevato che, l'umana comprensione per l'esasperazione e il dolore che hanno indotto il genitore istante a ravvisare nella morte l'unica risposta dignitosa alla sofferenza che da anni pervade la vita della figlia, non può esimere il Tribunale dal sottolineare il profondo contrasto della richiesta con i principi fondamentali dell'ordinamento vigente, rispetto ai quali ogni forma di eutanasia appare non altro che un inaccettabile tentativo di giustificazione della tendenza della comunità, incapace di sostenere adeguatamente i singoli costretti a una misura di estrema dedizione nei confronti dei malati nella speranza di guarigione, a trascurare i diritti dei suoi membri più deboli e in particolare di quelli che non siano più nelle condizioni di condurre una vita cosciente, attiva e produttiva; rilevato che l'art. 2 della Costituzione tutela il diritto alla vita come primo fra tutti i diritti inviolabili dell'uomo, la cui dignità attinge dal valore assoluto della persona e prescinde dalle condizioni anche disperate in cui si esplica la sua esistenza; rilevato che l'indisponibilità del diritto alla vita da parte dello stesso titolare, desumibile dall'art. 579 CPC che incrimina l'omicidio del consenziente, rende inconcepibile la possibilità che un terzo rilasci validamente il consenso alla soppressione di una persona umana incapace di esprimere la propria volontà; rilevato che, nel caso in esame, la sospensione dell'alimentazione artificiale si risolve nella soppressione del malato per omissione nei suoi confronti del più elementare dei doveri di cura e assistenza; ritenuta, pertanto, del tutto

³⁰⁹ Le informazioni sulla vicenda di Eluana Englaro sono tratte da: B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 7 e ss.; F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 50 e ss.

evidente l'inammissibilità della richiesta di autorizzazione avanzata dal ricorrente; P. Q. M. dichiara inammissibile il ricorso proposto da B.E., quale tutore dell'interdetta E.E.³¹⁰.

Beppino Englaro, di fronte a questo decreto, aveva presentato reclamo alla Corte di Appello di Milano, che però era stato respinto con la pronuncia del 31 dicembre 1999, dato che non si era ancora arrivati a classificare la terapia alla quale era sottoposta Eluana. Successivamente, nel 2002, aveva presentato un altro ricorso al Tribunale di Lecco, senza però ottenere dei risultati:

Il Collegio inferisce, dall'insieme delle surrichiamate disposizioni di legge, un principio basilare di salvaguardia della vita umana in ogni sua forma e stato, che cozza con la possibilità di demandare ad altro soggetto ogni possibilità di scelta in ordine al mantenimento in vita. In altre parole, quando l'ordinamento si muove nel senso della repressione dell'agevolazione di altri a provocarsi la morte, sottende con evidenza una totale difesa della vita umana, che non concede spazio alla legittimità di contegni che, di fatto, portano alle medesime conseguenze. Nel concreto, autorizzare il tutore a far cessare ogni forma di alimentazione artificiale all'interdetta significa consentire a un soggetto diverso dalla diretta interessata di provocarne la morte. Come detto, simili comportamenti non trovano, allo stato della legislazione, adeguato fondamento giuridico. Ne discende il rigetto del ricorso³¹¹.

Anche nei confronti di questa decisione, il padre di Eluana aveva deciso di opporsi facendo appello alla Corte di Milano; appello ancora una volta respinto:

Questa Corte - a differenza delle Corti tedesche, inglesi, americane che hanno deciso casi riguardanti pazienti in SVP - è perplessa sull'opportunità-legittimità di un'interpretazione integrativa, che sarebbe praeter legem, non già contra legem. È pure perplessa in ordine al possibile espletamento di attività sostanzialmente paranormativa, considerati i dilemmi giuridici, medici, filosofici, etici che si avvertono nei dibattiti della società civile e nelle relazioni dei comitati e delle commissioni investite della tematica. Avverte peraltro che la mancanza di regole lede diritti ed interessi che corrispondono a valori costituzionalmente garantiti (artt. 2, 3, 13, 32 Cost.) ed è di ostacolo anche alla soluzione di problemi pratici. Considerata l'importanza e la delicatezza della questione, auspica il Collegio che il legislatore ordinario individui e predisponga gli strumenti adeguati per l'efficace protezione della persona ed il rispetto del suo diritto di autodeterminazione, prevedendo una verifica rigorosa da parte dell'autorità giudiziaria della sussistenza di manifestazioni di direttive anticipate. L'intervento legislativo potrebbe evitare strumentalizzazioni e sofferenze e contribuirebbe alla responsabilizzazione della collettività³¹².

³¹⁰ Trib. Lecco, decreto del 2 marzo 1999.

³¹¹ Trib. Lecco, decreto del 20 luglio 2002.

³¹² Corte App. Milano, decreto del 10 dicembre 2003.

Beppino Englaro, tuttavia, non era disposto ad accettare nemmeno questa decisione e dunque si era rivolto alla Corte di cassazione, la quale affermando che si rendeva indispensabile nominare un curatore speciale – che doveva fungere da contraddittore del tutore – aveva dichiarato che il ricorso non era ammissibile³¹³. Nonostante questa lunga serie di ricorsi, il padre di Eluana era intenzionato a continuare la battaglia e ne aveva proposto un altro – assieme al curatore speciale – al Tribunale di Lecco, dichiarato da quest'ultimo inammissibile³¹⁴. Inutile ribadire che il padre di Eluana in seguito a ciò si era rivolto alla Corte di Appello di Milano. Il ricorso presentato, questa volta, era stato ritenuto ammissibile dalla Corte, ma respinto poiché «*Il bilanciamento tra il bene giuridico della vita, da un lato, e quelli della dignità e dell'autodeterminazione della persona, dall'altro lato, non può che risolversi a favore del primo*»³¹⁵. Sembrava dunque che la vicenda di Eluana non potesse concludersi favorevolmente. Tuttavia, il padre della ragazza aveva presentato ricorso alla Corte di cassazione, dal quale avrebbe finalmente conseguito dei risultati concreti. Nella *sentenza n. 21748 del 2007*, la Cassazione aveva innanzitutto evidenziato questo aspetto:

Occorre premettere che il consenso informato costituisce, di norma, legittimazione e fondamento del trattamento sanitario: senza il consenso informato l'intervento del medico è sicuramente illecito, anche quando è nell'interesse del paziente; la pratica del consenso libero e informato rappresenta una forma di rispetto per la libertà dell'individuo e un mezzo per il perseguimento dei suoi migliori interessi. Il principio del consenso informato – il quale esprime una scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente e sulla sua libertà di autodeterminazione terapeutica che sui doveri del medico – ha un sicuro fondamento nelle norme della Costituzione: nell'art. 2, che tutela e promuove i diritti fondamentali della persona umana, della sua identità e dignità; nell'art. 13, che proclama l'inviolabilità della libertà personale, nella quale “è postulata la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo” (Corte cost., sentenza n. 471 del 1990); e nell'art. 32, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo, oltre che come interesse della collettività, e prevede la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori, ma li assoggetta ad una riserva di legge, qualificata dal necessario rispetto della persona umana e ulteriormente specificata con l'esigenza che si prevedano ad opera del legislatore tutte le cautele preventive possibili, atte ad evitare il rischio di complicanze³¹⁶.

³¹³ Cfr. Corte cass., ordinanza n. 8291 del 20 aprile 2005.

³¹⁴ Si fa riferimento a Trib. Lecco, decreto del 20 dicembre 2005.

³¹⁵ Corte App. Milano, decreto del 16 dicembre 2006.

³¹⁶ Corte cass., sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007.

Grande importanza era stata riconosciuta al principio del consenso informato,

il quale esprime una scelta di valore nel modo di concepire il rapporto tra medico e paziente, nel senso che detto rapporto appare fondato prima sui diritti del paziente e sulla sua libertà di autodeterminazione terapeutica che sui doveri del medico – ha un sicuro fondamento nelle norme della Costituzione: nell'art. 2, che tutela e promuove i diritti fondamentali della persona umana, della sua identità e dignità; nell'art. 13, che proclama l'inviolabilità della libertà personale, nella quale “è postulata la sfera di esplicazione del potere della persona di disporre del proprio corpo” (Corte Cost., sentenza n. 471 del 1990); e nell'art. 32, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo, oltre che come interesse della collettività, e prevede la possibilità di trattamenti sanitari obbligatori, ma li assoggetta ad una riserva di legge, qualificata dal necessario rispetto della persona umana e ulteriormente specificata con l'esigenza che si prevedano ad opera del legislatore tutte le cautele preventive possibili, atte ad evitare il rischio di complicanze³¹⁷.

Tale principio, come affermato dalla sentenza, era riscontrabile sia nella legislazione ordinaria che nelle fonti sopranazionali. La Corte in seguito aveva stabilito nella medesima pronuncia che «*Il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale. Ciò è conforme al principio personalistico che anima la nostra Costituzione*». Da questo derivava che «*Deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita*». Altri elementi posti in evidenza erano inoltre l'aspetto *negativo* del diritto alla salute e la differenziazione tra l'atto eutanasico ed il rigetto dei trattamenti³¹⁸. In merito alla questione principale del ricorso, la Cassazione aveva rilevato l'assenza di una determinata normativa relativamente ai casi in cui l'individuo non avesse espresso per iscritto le sue intenzioni e versasse in una condizione di incapacità³¹⁹. Nella pronuncia si legge che nel caso di Eluana

Risulta pacificamente dagli atti di causa che nella indicata situazione si trova XXX YYY³²⁰, la quale giace in stato vegetativo persistente e permanente a seguito di un grave trauma cranico encefalico

³¹⁷ *Ibidem*.

³¹⁸ In questo senso si veda anche B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 11.

³¹⁹ *Ibidem*.

³²⁰ Si fa riferimento ad Eluana Englaro.

riportato a seguito di un incidente stradale (occorso quando era ventenne), e non ha predisposto, quando era in possesso della capacità di intendere e di volere, alcuna dichiarazione anticipata di trattamento. Questa condizione clinica perdura invariata dal gennaio 1992. In ragione del suo stato, XXX, pur essendo in grado di respirare spontaneamente, e pur conservando le funzioni cardiovascolari, gastrointestinali e renali, è radicalmente incapace di vivere esperienze cognitive ed emotive, e quindi di avere alcun contatto con l'ambiente esterno: i suoi riflessi del tronco e spinali persistono, ma non vi è in lei alcun segno di attività psichica e di partecipazione all'ambiente, né vi è alcuna capacità di risposta comportamentale volontaria agli stimoli sensoriali esterni (visivi, uditivi, tattili, dolorifici), le sue uniche attività motorie riflesse consistendo in una redistribuzione del tono muscolare. La sopravvivenza fisica di XXX, che versa in uno stato stabile ma non progressivo, è assicurata attraverso l'alimentazione e l'idratazione artificiali somministrate attraverso un sondino nasogastrico. [...] Centrale, in questa direzione, è la disposizione dell'art. 357 cod. civ., la quale – letta in connessione con l'art. 424 cod. civ. –, prevede che «Il tutore ha la cura della persona» dell'interdetto, così investendo il tutore della legittima posizione di soggetto interlocutore dei medici nel decidere sui trattamenti sanitari da praticare in favore dell'incapace³²¹.

Un rilevante potere, quello riconosciuto al tutore, che però non poteva essere illimitato, dato il valore del personalissimo diritto alla salute³²². Infatti,

Nel consentire al trattamento medico o nel dissentire dalla prosecuzione dello stesso sulla persona dell'incapace, la rappresentanza del tutore è sottoposta a un duplice ordine di vincoli: egli deve, innanzitutto, agire nell'esclusivo interesse dell'incapace; e, nella ricerca del best interest, deve decidere non “al posto” dell'incapace né “per” l'incapace, ma “con” l'incapace: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche³²³.

La Cassazione aveva inoltre sottolineato «*che la presunta volontà della persona che si trova in stato di incoscienza deve essere ricostruita alla stregua di chiari, univoci e convincenti elementi di prova*»³²⁴. In merito alla questione della nutrizione ed idratazione tramite sondino nasogastrico, questi invece erano stati definiti nella sentenza un vero e proprio trattamento sanitario, in quanto consistevano «*nella somministrazione*

³²¹ V. nota 316.

³²² Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 57. In questo senso Corte cass., sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007.

³²³ V. nota 316.

³²⁴ La citazione è tratta da B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 13. In questo senso Corte cass., sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007.

di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche». Allo stesso tempo, tuttavia, era stato dichiarato che il giudice non poteva prescriverne l'interruzione, dato che non si configuravano come un accanimento clinico³²⁵. Oltre a ciò, la Corte aveva affermato come il giudice di merito non avesse controllato se la domanda avanzata dal padre di Eluana potesse rispecchiarne la reale concezione della dignità della vita e avesse omesso anche tutte le testimonianze che di fatto erano state riportate. In conclusione, con la suddetta sentenza il decreto era stato cassato e rinviato ad una differente Sezione della Corte d'Appello di Milano, che avrebbe dovuto pronunciarsi osservando questo principio di diritto:

Ove il malato giaccia da moltissimi anni (nella specie, oltre quindici) in stato vegetativo permanente, con conseguente radicale incapacità di rapportarsi al mondo esterno, e sia tenuto artificialmente in vita mediante un sondino nasogastrico che provvede alla sua nutrizione ed idratazione, su richiesta del tutore che lo rappresenta, e nel contraddittorio con il curatore speciale, il giudice può autorizzare la disattivazione di tale presidio sanitario (fatta salva l'applicazione delle misure suggerite dalla scienza e dalla pratica medica nell'interesse del paziente), unicamente in presenza dei seguenti presupposti: (a) quando la condizione di stato vegetativo sia, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi sia alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno; e (b) sempre che tale istanza sia realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona. Ove l'uno o l'altro presupposto non sussista, il giudice deve negare l'autorizzazione, dovendo allora essere data incondizionata prevalenza al diritto alla vita, indipendentemente dal grado di salute, di autonomia e di capacità di intendere e di volere del soggetto interessato e dalla percezione, che altri possano avere, della qualità della vita stessa³²⁶.

Appare doveroso segnalare che questa pronuncia è stata fondamentale poiché, come affermato in precedenza, ha posto al centro dell'attenzione il tema del fine vita, oltre a segnalare la necessità di un intervento legislativo in merito³²⁷. Dopo il rinvio, la sezione della Corte di Appello di Milano incaricata, seguendo il principio di diritto riportato,

³²⁵ Cfr. *Ibidem*.

³²⁶ Cit. *Ibidem*.

³²⁷ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 60.

aveva verificato i requisiti previsti, arrivando in tal modo ad accogliere la richiesta di sospendere i relativi trattamenti salvavita³²⁸. Malgrado il traguardo conseguito, erano seguiti rispettivamente i ricorsi del Procuratore generale, della Camera dei deputati e dello stesso Senato, che ad ogni modo erano stati proclamati tutti non ammissibili³²⁹. Il padre di Eluana, invece, era stato costretto a proporre un ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale della Lombardia in quanto, con una nota, il Direttore Generale della Sanità richiamando i doveri professionali nonché di servizio della struttura sanitaria, aveva rifiutato di adempiere alla *legittima richiesta* di sospendere i trattamenti di Eluana³³⁰. Il TAR aveva accolto il ricorso presentato e, annullandone l'atto amministrativo, aveva affermato non solo che era stato leso il diritto costituzionale di rifiutare i trattamenti, ma aveva anche rimarcato le responsabilità ed i doveri delle Regioni in merito ai servizi sanitari³³¹. Con la sentenza n. 214/2009, inoltre, il TAR aveva sancito che

Conformandosi alla presente sentenza, l'Amministrazione Sanitaria, in ossequio dei principi di legalità, buon andamento, imparzialità e correttezza, dovrà indicare la struttura sanitaria dotata di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi, tali da renderla "confacente" agli interventi e alle prestazioni strumentali all'esercizio della libertà costituzionale di rifiutare le cure, onde evitare alla ammalata (ovvero al tutore e curatore di lei) di indagare in prima persona quale struttura sanitaria sia meglio equipaggiata al riguardo³³².

In ogni caso di fronte all'inosservanza della pronuncia, il 9 febbraio 2009 era avvenuto il decesso di Eluana, in seguito al distacco della nutrizione artificiale presso un impianto privato; da questo era seguita nei confronti degli operatori della struttura e di Beppino Englaro l'apertura di un procedimento penale³³³. Procedimento che il GIP di Udine aveva archiviato con il decreto dell'11 gennaio 2010:

³²⁸ Cfr. Corte App. Milano, decreto del 9 luglio 2008, in B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 17.

³²⁹ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., pp. 18-19.

³³⁰ Cfr. F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 64.

³³¹ Cfr. TAR Lombardia, sez. III, sentenza n. 214 del 26 gennaio 2009, in F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 64.

³³² Il passo è tratto dalla sentenza indicata nella nota precedente.

³³³ Cfr. B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 21.

la prosecuzione dei trattamenti di sostegno vitale di Eluana Englaro non era legittima in quanto contrastante con la volontà espressa dai legali rappresentanti della paziente, nel ricorrere dei presupposti in cui tale volontà può essere espressa per conto dell'incapace. Chi ha espresso tale volontà e il personale sanitario che ha conseguentemente operato per sospendere il trattamento e rimuovere i mezzi attraverso cui veniva protratto ha agito alla presenza di una causa di giustificazione e segnatamente quella prevista dall'art. 51 c.p., come deve concludersi per la necessità di superare l'altrimenti inevitabile contraddizione dell'ordinamento giuridico che non può, da una parte, attribuire un diritto e, dall'altra, incriminarne l'esercizio (Tribunale di Roma, sent. 23 luglio 2007, imp. R. in Foro it. 2008, II, 105)³³⁴.

Il lungo percorso giudiziario intrapreso da Beppino Englaro si era dunque concluso. Appare doveroso sottolineare che anche il caso di Eluana aveva suscitato forti reazioni e diviso l'intero Paese. Facendo riferimento al mondo cattolico, si segnalavano tra i più *rigidi* il cardinale Barragàn, fortemente contrario alla scelta di interrompere i trattamenti che mantenevano in vita la ragazza³³⁵. Il padre di Eluana aveva espresso il suo pensiero in merito alle sue pesanti accuse:

Ricordo almeno gli avvenimenti principali e il ruolo giocato dalla Chiesa ben oltre, a mio giudizio, l'autorità morale che i fedeli sono chiamati a riconoscerle. Non ho conferme riguardo ai colloqui tra le gerarchie vaticane e alcuni esponenti del governo per fermare l'attuazione della sentenza, ma le sollecitazioni, i moniti ci sono stati, e infine hanno pesato come macigni. Ripenso al grido del presidente del Pontificio Consiglio per gli operatori sanitari, cardinale Lorenzo Barragàn, risuonato da Oltretevere e proprio il 3 febbraio 2009, il giorno del trasferimento di mia figlia alla Quiete di Udine: 'È inconcepibile pensare di uccidere una persona in questo modo, è un atto di antiumanesimo [...]. Fermate quella mano assassina. Con tutto il rispetto per le sentenze, la posizione della Chiesa in difesa della vita è sempre la stessa e non può cambiare in seguito a un pronunciamento dei giudici'³³⁶.

Importante inoltre riportare una parte del testo dell'8 ottobre 2008 «*Lasciamo che Eluana riposi in pace (Documento di cattolici sul caso Englaro)*», dal quale emergeva una visione differente:

[...] non possiamo non esprimere il nostro sconcerto e la nostra amarezza per quanto riguarda la posizione dei vertici ecclesiastici che contribuisce a suscitare un grande e inopportuno clamore mediatico

³³⁴ G.I.P. del Trib. di Udine, decreto dell'11 gennaio 2010.

³³⁵ Cfr. V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 143.

³³⁶ Il passo è tratto da B. ENGLARO, A. PANNITTERI, *La vita senza limiti. La morte di Eluana in uno Stato di diritto*, Rizzoli, Milano 2009, p. 97, in V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 143.

intorno ad una persona crocifissa sul letto da sedici anni [...]. I credenti, senza erigersi a maestri, potrebbero offrire a tutti la ricchezza della loro vita spirituale e della loro sensibilità morale per dialogare sui problemi della vita e della morte come si pongono ora e per cercare insieme le risposte delle istituzioni a problemi nuovi e complessi che la scienza pone oggi all'inizio del terzo millennio. Nel mondo cattolico sono ormai tanti quelli che condividono il punto di vista secondo cui l'identità del credente sta nelle parole di speranza, di misericordia e di vita della parola di Dio e non nelle campagne o nelle crociate³³⁷.

Sulla base di quanto riportato, è possibile affermare che la storia di Eluana Englaro abbia dato voce a diverse prospettive, diventando un elemento cruciale nel dibattito sul fine vita. Questa infatti non solo ha influenzato l'evoluzione normativa nel nostro Paese, ma ha anche promosso una maggiore consapevolezza su tale tematica.

³³⁷ Il passo è tratto da G. DEIANA, *Le sfide della bioetica globale*, Aisara, Cagliari 2008, p. 206, in V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, op. cit., p. 143.

4.4 Il caso di Marco Cappato e di Fabiano Antoniani

L'ultima emblematica vicenda che merita di essere riportata riguarda Marco Cappato e Fabiano Antoniani, chiamato comunemente Dj Fabo³³⁸. Un caso emblematico e significativo, culminato con la fondamentale sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, precedentemente menzionata nel corso della trattazione. In merito alla vicenda, Fabo era rimasto vittima il 13 giugno 2014 di un grave incidente stradale che lo aveva posto in una critica condizione clinica. Nonostante fosse capace di intendere e di volere, dipendeva da una serie di trattamenti di sostentamento vitali, quali la nutrizione ed idratazione artificiale, oltre ad un supporto respiratorio. Dinanzi alla possibilità di non poter migliorare tale situazione, dopo essersi ben informato sulle sue future possibilità di vita, aveva più volte manifestato coscientemente di voler porre fine alla sua vita, ormai caratterizzata esclusivamente da acuti dolori e tormenti. Nonostante i familiari avessero cercato di dissuaderlo, Fabo non mostrava alcun ripensamento. La fidanzata di quest'ultimo lo aveva dunque aiutato a contattare delle associazioni in Svizzera, poiché le normative vigenti in quel Paese permettevano di accedere alla prestazione di assistenza al suicidio in presenza di precisi requisiti. All'interno di questa vicenda era coinvolto anche Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, che aveva avanzato ad Antoniani l'opzione di sospendere i trattamenti di sostentamento vitale e di sottoporsi a sedazione palliativa profonda continua, una possibilità concessa dalla stessa l. n. 219/2017. Una opzione, questa, che non era accettabile per Fabo, ormai stanco di condurre una esistenza del tutto priva di significato e desideroso di porre fine al più presto alla sua stessa vita. Lo stesso aveva inoltre ribadito le sue intenzioni in un messaggio/video che aveva inviato al Presidente della Repubblica Sergio Mattarella:

Signor Presidente della Repubblica, Sono sempre stato un ragazzo molto vivace. Un po' ribelle, nella vita ho fatto di tutto: l'assicuratore, il geometra, il broker... Ho lavorato per un team di motard, correvo anche in motocross. Ma la mia passione più grande è sempre stata la musica. Così divento Dj Fabo. Suonare per gli altri mi faceva felice. Mi permetteva di sognare e dare un tocco magico alla mia vita. Mi trasferisco in

³³⁸ Le informazioni sulla vicenda di Fabiano Antoniani sono tratte da: A. URCIUOLI, *Fine vita: antichi dilemmi e questioni irrisolte*, Napoli, Edizioni scientifiche italiane, 2021, p. 87 e ss.; F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 187 e ss.

India, dove in poco tempo iniziano a chiamarmi ovunque. Lì, ho incontrato persone fantastiche e vissuto momenti indimenticabili. Tutto questo con una persona speciale, Valeria, la mia ragazza.

Che ora mi presta la sua voce per rivolgermi a Lei, signor Presidente, perché io faccio molta fatica a parlare. [...] Il 13 giugno 2014 sono diventato cieco e tetraplegico a causa di un incidente in macchina.

Non ho perso subito la speranza però. In questi anni ho provato a curarmi, anche sperimentando nuove terapie. Purtroppo senza risultati. Da allora, mi sento in gabbia. Non sono depresso. Ma non vedo più, e non mi muovo più. Da più 2 anni sono bloccato a letto immerso in una notte senza fine. Vorrei poter scegliere di morire, senza soffrire. Ma ho scoperto che ho bisogno d'aiuto. L'Associazione Luca Coscioni ha depositato in Parlamento una proposta di legge per legalizzare l'eutanasia. Ma sono passati più di 3 anni, e non è stato deciso ancora niente. Signor Presidente, sappiamo che non spetta a lei approvare le leggi. Le chiediamo però di intervenire affinché una decisione sia presa. Per lasciare ciascuno libero di scegliere fino alla fine³³⁹.

Cappato, dunque, a fronte dell'autorizzazione concessa dall'organizzazione *Dignitas*, aveva accompagnato Fabo nella struttura adibita in Svizzera, affinché potesse realizzare il suo desiderio. In seguito, il 22 febbraio 2017 – previo controllo dei requisiti, del suo consenso e delle relative condizioni cliniche –, Fabo aveva realizzato l'atto suicidario tramite una sostanza mortale, che si era somministrato attivando autonomamente un apposito dispositivo. Nei confronti di Marco Cappato, il quale si era autodenunciato, seguiva davanti l'apertura di un procedimento penale per la violazione dell'art. 580 c.p. («*Istigazione o aiuto al suicidio*»). Attraverso una *interpretazione costituzionalmente orientata* di tale articolo la procura di Milano aveva chiesto l'archiviazione³⁴⁰, respinta però dal GIP³⁴¹. Quest'ultimo infatti, aveva obbligato la procura ad accusarlo ai sensi del suddetto articolo, in quanto egli aveva *consolidato* e *agevolato* il desiderio di Fabo, non solo offrendogli la possibilità di compiere l'atto suicidario e informandolo in maniera opportuna sulle procedure, ma portandolo anche nell'apposita struttura adibita³⁴². La Corte d'assise di Milano, investita della questione, lo aveva assolto relativamente al reato di *istigazione*, poiché la volontà di Antoniani non era stata

³³⁹ Il messaggio di Fabiano Antoniani è tratto da *Eutanasia. "Ero vivace e ribelle, ma ora voglio morire". La lettera e il video di un malato a Mattarella*, in «Quotidiano Sanità», 19 gennaio 2017, www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=47067.

³⁴⁰ Si fa riferimento a Trib. Milano, richiesta di archiviazione del 2 maggio 2017.

³⁴¹ Si fa riferimento a G.I.P. del Trib. Milano, ordinanza per formulare l'imputazione del 10 luglio 2017. In questo senso A. URCIUOLI, *Fine vita: antichi dilemmi e questioni irrisolte*, op. cit., p. 88.

³⁴² *Ibidem*. In questo senso F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 189.

consolidata dal suo intervento e dalle sue condotte³⁴³. Allo stesso tempo, tuttavia, in relazione alla condotta di aiuto al suicidio, la stessa Corte – come già esaminato nel corso della trattazione –, con l’ordinanza del 14 febbraio 2018 era giunta a dichiarare che il caso doveva essere affidato alla Consulta, a fronte della questione di legittimità costituzionale sollevata nei confronti dell’art. 580 c.p.,

nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito di suicidio, per ritenuto contrasto con gli artt. 2, 13, I comma, e 117 della Costituzione in relazione agli artt. 2 e 8 della Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo; nella parte in cui prevede che le condotte di agevolazione dell’esecuzione del suicidio, che non incidano sul percorso deliberativo dell’aspirante suicida, siano sanzionabili con la pena della reclusione da 5 a 10 (rectius: 12) anni, senza distinzione rispetto alle condotte di istigazione, per ritenuto contrasto con gli artt. 3, 13, 25, II comma e 27, III comma della Costituzione³⁴⁴.

Dinanzi a ciò, la Corte costituzionale con l’ordinanza n. 207/2018 aveva rinviato la decisione, spingendo il Parlamento affinché intervenisse sulla materia del suicidio assistito.

Si avvertiva, dunque, la necessità di una regolamentazione della materia al fine di assicurare a chiunque venisse a trovarsi in una situazione di fragilità, una adeguata tutela che doveva necessariamente investire:

- le modalità di verifica medica circa la sussistenza dei presupposti necessari per richiedere l’aiuto all’interruzione dei trattamenti sanitari ed al suicidio;
- l’eventuale somministrazione di tali trattamenti soltanto tramite il SSN;
- la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura³⁴⁵.

Di fronte all’inadempienza parlamentare la Consulta, infine, era intervenuta con la sentenza n. 242/2019. Questa rappresentava una vera e propria svolta nei confronti del suicidio medicalmente assistito. Appare doveroso, infatti, riportare nuovamente quanto era stato sancito:

³⁴³ *Ibidem*.

³⁴⁴ V. nota 156.

³⁴⁵ La citazione è tratta da F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, op. cit., p. 199.

L'art. 580 cod. pen. deve essere dichiarato, dunque, costituzionalmente illegittimo, per violazione degli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost., nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge n. 219 del 2017 – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi dianzi indicati –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente³⁴⁶.

Da questa cruciale pronuncia era seguito l'intervento della Corte d'assise di Milano, che con la sentenza n. 8 del 30 gennaio 2020 dichiarava:

Ricorrendo, [...] le quattro condizioni imposte dalla Corte Costituzionale per escludere la punibilità della condotta di aiuto al suicidio prevista dell'art. 580 c.p., e avendo la Corte d'Assise accertato che i tre requisiti "procedimentali" furono rispettati nella vicenda qui giudicata, anche la contestazione di agevolazione al suicidio non è punibile rientrando in quella "circoscritta area di non conformità costituzionale" della norma impugnata individuata dalla Corte Costituzionale e non integrando pertanto la fattispecie incriminatrice di cui all'art. 580 c.p. per come delimitata dalla citata pronuncia. [...] Ritiene la Corte di non poter ignorare gli argomenti prospettati dalle parti in ordine alla formula assolutoria da adottare, pur non ritenendo di svolgere sul punto una trattazione teorica che esulerebbe dai limiti della sentenza. La pronuncia della Corte Costituzionale non ha definito in modo esplicito se l'area di non punibilità necessaria per escludere l'applicazione di una sanzione penale per le condotte di aiuto al suicidio che presentano i requisiti più volte richiamati, debba intendersi come riduzione dell'ambito oggettivo della fattispecie incriminatrice, riducendone la portata, ovvero se le circostanze definite nei quattro requisiti configurino una scriminante. Ritiene la Corte di aderire all'orientamento espresso dalla pubblica accusa e da uno dei difensori dell'imputato, secondo il quale la pronuncia di incostituzionalità riduce sotto il profilo oggettivo la fattispecie, escludendo che configuri reato la condotta di agevolazione al suicidio che presenti le caratteristiche descritte. È il meccanismo di riduzione dell'area di sanzionabilità penale che non opera come scriminante ma incide sulla struttura oggettiva della fattispecie. In definitiva, il discorso sugli effetti dell'intervento della Corte interessa più gli studiosi del diritto penale che pubblici ministeri, avvocati e giudici, perché l'affermazione di non punibilità è elemento che incide in ogni caso sul piano oggettivo anche con riguardo alle cause di giustificazione (ritenute dalla dottrina elementi negativi della fattispecie nel suo profilo oggettivo). Tanto ciò è vero che, secondo l'orientamento tripartito della fattispecie penale, la formula assolutoria da adottare anche in presenza di una scriminante, è di

³⁴⁶ V. nota 168.

insussistenza del fatto. Pertanto, Ma. Ca. va assolto con riferimento ad entrambe le condotte in addebito perché il fatto non sussiste³⁴⁷.

Marco Cappato era dunque stato assolto in quanto era stata verificata la presenza dei diversi requisiti, stabiliti dalla sentenza della Consulta, per poter accedere al suicidio medicalmente assistito. Questi prevedono che l'individuo che abbia fatto domanda sia capace di intendere e di volere, presenti una patologia irreversibile, fonte di gravi sofferenze fisiche o psichiche, e che dipenda da trattamenti di sostentamento vitale.

Dinanzi alla vicenda di Antoniani, si era nuovamente acceso il dibattito sul fine vita, il quale, anche dopo i casi di Piergiorgio Welby e di Eluana Englaro, non si era mai affievolito. Le volontà, gli appelli e l'atto compiuto da Fabo avevano *coinvolto* l'intera società, divisa nuovamente da un punto di vista sociale, politico e soprattutto religioso. Lo stesso mondo cattolico, ancora una volta, non era rimasto inerte di fronte al fatto accaduto. Il Cardinale Angelo Bagnasco (precedente presidente della CEI) aveva commentato la vicenda di Fabo con queste parole:

È una sconfitta grave e dolorosa per tutta la società, per tutti noi perché la vita umana trae spunto, forza e valore anche dal fatto di vivere dentro delle relazioni di amore, di affetto, dove ognuno può ricevere e può donare amore. Fuori da questo è difficile per chiunque vivere, la solitudine uccide più di tutto il resto. [...] solamente Dio può raggiungere il cuore di ciascuno di noi, nessun'altro così in profondità. E allora la prima forma di vicinanza è proprio quella della mia e della nostra preghiera, ma anche quella della parola, del sostegno, del contatto fisico di cui tutti abbiamo tanto bisogno. [...] Ognuno di noi riceve la vita, non se la dà e questo è evidente e pertanto ne siamo dei servitori, dei ministri. responsabili, intelligenti, ma senza potere mai dominare la vita nostra e tanto più degli altri. Per qualunque normativa l'importante è partire dai principi giusti, soprattutto in concreto dalla visione giusta di chi è l'uomo nella sua grandissima dignità, responsabilità, ma soprattutto nel vivere la vita in completa relazione con gli altri³⁴⁸.

Un pensiero nel quale si ribadiva l'importanza di sostenere il malato, di non abbandonarlo alla solitudine, evitando in tal modo che si ripetessero casi simili. Anche il presidente della Pontificia Accademia per la Vita, l'arcivescovo Vincenzo Paglia, si era espresso in merito: «*Questa tristissima vicenda deve spingerci a riflettere. Guardo con grande apprensione e vicinanza a chi dice 'non ce la faccio più', lo comprendo. Mi*

³⁴⁷ Corte ass. Milano, sentenza n. 8 del 30 gennaio 2020.

³⁴⁸ Il passo è tratto da V. GIACOMETTI, *Dj Fabo, il Cardinale Bagnasco: "E' una sconfitta grave per la società"*, in «ACI Stampa» 1 marzo 2017, www.acistampa.com/story/dj-fabo-il-cardinale-bagnasco-e-una-sconfitta-grave-per-la-societa-5528.

*sdegna la società che non riesce a star vicino, ad aiutare, e non riesce a far capire che l'altro è importante, e a farlo sentire utile»*³⁴⁹. Lo stesso, inoltre, aveva ribadito successivamente in un'intervista il 26 ottobre 2018:

La vita è un dono, va custodita, sostenuta, aiutata e sempre difesa: vale per la vita di chi deve nascere, per la vita di chi è condannato a morte, per quella di chi è condannato dalla fame, per quella di chi è condannato dalla violenza. Quando ci troviamo di fronte a una persona determinata a mettere fine alla sua vita, siamo davanti a una sconfitta. Non solo per lui, che purtroppo ha sentito di non farcela a vivere, ma anche per noi tutti, per la nostra società che non è stata capace di rispondere. Il grido di qualcuno che decide di suicidarsi è comunque una grande domanda di amore, di senso della vita. Dobbiamo fermarci a riflettere su questo, al di là degli steccati ideologici. E possibilmente suggerire soluzioni che non vengano assunte sempre sulla scorta delle emozioni o del caso di cronaca³⁵⁰.

Alla luce di quanto riportato, il caso Cappato-Antoniani, sebbene le innumerevoli critiche mosse, ha un valore storico. La vicenda ha posto nuovamente in primo piano l'esigenza di un intervento legislativo sulla morte volontaria medicalmente assistita, in particolar modo per far fronte alle innumerevoli situazioni problematiche in cui versano coloro che non sono riusciti ad accedere al suicidio assistito nel nostro Paese. Oltre a ciò, come si è potuto osservare nei precedenti capitoli, è grazie alla sentenza della Corte costituzionale che molte persone sono riuscite oggi a realizzare la propria volontà di morire. Traguardo che non si sarebbe raggiunto senza l'impegno profuso da Antoniani e Cappato. La stessa Associazione Luca Coscioni ha raccolto l'eredità di Fabo e, con iniziative e proposte, cerca tuttora di dare una significativa svolta sul fine vita in Italia. Appare doveroso, infine, sottolineare come lo stesso Cappato rappresenti un punto di riferimento per tutti coloro che si battono per un fine vita più giusto. Con le sue battaglie ha sostenuto e offerto aiuto a chi non poteva più sopportare la propria condizione. Una costante dedizione, che lo ha portato il 7 dicembre 2022 a ricevere l'Ambrogino d'Oro dal Comune di Milano, una onorificenza che commentò con le seguenti parole: *«Sono grato per il Premio, dal profondo del cuore, credo che la città si*

³⁴⁹ La citazione è tratta da *Dj Fabo, Vaticano: "Sconfitta per la società". Suicidio assistito per un altro italiano in Svizzera*, in «La Repubblica», 28 febbraio 2017, www.repubblica.it/cronaca/2017/02/28/news/dj_fabo_cappato_alle_14_45_vado_ad_autodenunciarmi_-_159414132/.

³⁵⁰ Il passo è tratto da A. TORNIELLI, *Monsignor Vincenzo Paglia: "Non tocca a noi fare il lavoro sporco della morte"*, in «La Stampa», 26 ottobre 2018, www.lastampa.it/cultura/2018/10/26/news/monsignor-vincenzo-paglia-non-tocca-a-noi-fare-il-lavoro-sporco-della-morte-1.34055634/.

unisca nel riconoscimento dell'importanza nella società di un problema, quello della sofferenza e della libertà alla fine della vita, e di un coraggio nell'affrontarlo alla luce del sole e non nella clandestinità, come hanno fatto Fabo e i suoi cari»³⁵¹.

³⁵¹ La citazione è tratta da *Marco Cappato riceve l'ambrogino d'oro e lo dedica a Dj Fabo*, in «La Stampa», 7 dicembre 2022, www.lastampa.it/cronaca/2022/12/07/news/marco_cappato_riceve_lambrogino_doro_e_lo_dedica_a_dj_fabo-12399057/.

Conclusioni

Considerazioni finali

Giunti alla fine della trattazione è possibile trarre alcune considerazioni conclusive. Innanzitutto è stata fornita una panoramica della complessa terminologia del fine vita, la cui conoscenza è indispensabile per potersi orientare con maggior consapevolezza all'interno del dibattito su tale tematica. In merito all'attuale quadro giuridico nel nostro Paese, si sono individuate le fondamentali leggi n. 38/2010 e n. 219/2017, le quali necessitano di essere valorizzate affinché ogni cittadino possa prendere atto di poter usufruire delle cure palliative e della terapia del dolore, oltre alla possibilità di poter redigere il proprio testamento biologico. Per quanto riguarda il suicidio medicalmente assistito, la sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale continua ancora oggi ad essere l'unica via per poter accedere a tale pratica. Le procedure di verifica, tuttavia, risultano ancora troppo lunghe o compiute in modo non adeguato, lasciando di conseguenza molte persone in attesa di una approvazione che non potrebbe mai arrivare ed obbligandole a continuare una esistenza caratterizzata da atroci sofferenze. La recente iniziativa per delle proposte di legge regionali sembra possa far fronte a questa situazione: l'auspicio è che nei prossimi mesi si possano raggiungere dei risultati significativi e che tutte le Regioni si adoperino per la loro approvazione. Ad ogni modo, il nostro ordinamento necessita oggi più che mai di una apposita legge sulla morte volontaria medicalmente assistita. Per quanto riguarda la Chiesa cattolica, ciò che è emerso, purtroppo, è che la sua visione sul fine vita appare molto chiusa, contraria all'eutanasia e al suicidio assistito. Una prospettiva, questa, che ancora oggi rimane immutata e che non sembra possa cambiare. Il mondo cattolico, comunque, è intervenuto sulla tematica sottolineando l'importanza ed il valore delle cure palliative: queste devono continuare ad essere i pilastri del sostegno e dell'accompagnamento dei

malati. In merito ai casi più emblematici, infine, si è potuto osservare come tali vicende abbiano contribuito allo sviluppo e alla sensibilizzazione del tema del fine vita nel nostro Paese.

Il futuro del dibattito sul fine vita

La tematica del fine vita è ancora oggi per molte persone qualcosa di molto lontano, un vero e proprio tabù. L'attenzione che viene data al presente, la paura della morte e di cosa possa esserci dopo quest'ultima contribuiscono significativamente ad allontanarci da questo argomento. Malgrado ciò, non è più accettabile che tale questione venga ignorata o messa in secondo piano. Attualmente il dibattito continua a porre in relazione prospettive differenti ed in contrasto tra loro. Uno scenario complesso, quello del fine vita, in cui è necessario che venga rispettata e tutelata la volontà di ogni individuo. Il rispetto non deve essere garantito unicamente a chi ha accettato la propria condizione e attende che la vita faccia il suo corso, ma anche a chi desidera porre fine anticipatamente alle proprie sofferenze. Un obiettivo, quest'ultimo, perseguibile esclusivamente attraverso l'eutanasia o il suicidio assistito. Di fronte alla paura di aprire alle pratiche eutanasiche, il nostro ordinamento sembra ostinarsi a voltare le spalle a coloro che desiderano unicamente terminare un'esistenza ormai priva di significato o senza alcuna prospettiva di miglioramento. Il diritto di poter decidere del proprio fine vita, a prescindere dalle condizioni e dalle richieste, non dovrebbe incontrare ostacoli di alcun genere. Non si può negare che nel corso degli anni i risultati raggiunti siano stati significativi, ma il nostro Paese è chiamato nuovamente ad occuparsi della questione. Legittimando l'eutanasia e/o il suicidio assistito si potrebbe giungere ad una significativa svolta, tuttavia, a causa delle forti opposizioni questa speranza sembra ancora molto lontana dal potersi concretizzare. Il dibattito sul fine vita, dunque, sembra destinato a continuare. La domanda che ci si pone è come poter cambiare questa situazione, come attenuare, seppur di poco, i continui contrasti. Affinché ciò possa avvenire bisognerebbe spingere all'apertura di un dialogo, in cui le diverse prospettive etiche, politiche e religiose possano realmente confrontarsi. L'invito al dialogo dovrebbe essere rivolto in modo particolare alla Chiesa cattolica, nella speranza che ciò possa portarla a cambiare il proprio punto di vista. In ogni caso, è

necessario che ci sia una generale presa di coscienza sul fatto di non poter più rimandare la questione. Un altro importante passo, inoltre, dovrebbe essere compiuto dalla nostra comunità. Ogni cittadino, infatti, dovrebbe prendere coscienza della tematica e contribuire alla sua sensibilizzazione.

Il futuro del dibattito sul fine vita resta in ogni caso alquanto incerto: la speranza è che un giorno si possa finalmente arrivare ad una soluzione che possa essere condivisa e accettata da tutti.

Bibliografia

AGENZIA NAZIONALE STAMPA ASSOCIATA (ANSA), *Fine vita: i Paesi europei in cui è legale l'eutanasia e il glossario*, in EUROPEAN DATA NEWS HUB (EDNH), 25 settembre 2019, <https://ednh.news/it/fine-vita-i-paesi-europei-in-cui-e-legale-leutanasia-e-il-glossario/>.

T. ANDREANI, *Comitato Etico Regionale delle Marche: accertamento dei requisiti per l'accesso al suicidio assistito ai sensi della sentenza della Corte Costituzionale 242 del 2019, anno 2021*, ultimo aggiornamento 29 novembre 2021, www.biodiritto.org/Biolaw-pedia/Docs/Comitato-Etico-Regionale-delle-Marche-accertamento-dei-requisiti-per-l-accesso-al-suicidio-assistito-ai-sensi-della-sentenza-della-Corte-Costituzionale-242-del-2019.

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Fine vita, eutanasia e testamento biologico*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/fine-vita-e-eutanasia.

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Il caso di “Anna”*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-anna.

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Il caso di “Gloria”*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-gloria.

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Il caso di “Mario” che chiede la morte assistita in Italia e porta in tribunale la Asl punto per punto*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-mario-che-chiede-la-morte-assistita-in-italia-e-porta-in-tribunale-la-asl-punto-per-punto.

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Sentenze su amministratore di sostegno*, n.d., www.associazionelucacoscioni.it/sentenze-su-amministratore-di-sostegno.

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *Lettera aperta di Piergiorgio Welby al Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano*, 19 ottobre 2012, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/gli-88-giorni-di-lotta-di-piero-welby.

ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, *“In Piemonte, la PDL Liberi Subito è ammissibile: lo dice la Commissione di Garanzia regionale”*, 30 ottobre 2023, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/pdl-liberi-subito-piemonte-allasia.

ASSOCIAZIONE VIDAS, *Legge 38/2010: oltre dieci anni di cure palliative e terapia del dolore*, n.d., www.vidas.it/legge-38-2010-cure-palliative-e-terapia-del-dolore.

ASSOCIAZIONE VIDAS, *L'eutanasia*, n.d., www.vidas.it/storie-e-news/cose-da-sapere-eutanasia/.

ASSOCIAZIONE VIDAS, *Accompagnare l'anima: l'importanza dell'assistente spirituale nelle cure palliative*, 21 febbraio 2023, www.vidas.it/assistente-spirituale-cure-palliative.

V. BELLAVITE, G. DEIANA, *La morte buona: è possibile l'eutanasia cristiana? Le posizioni di punta dei cattolici e dei protestanti*, San Pietro in Cariano (Verona), Gabrielli editori, 2021.

BENEDETTO XVI, *Messaggio pontificio in occasione della XL Giornata mondiale della pace. La persona umana, cuore della pace*, 2 gennaio 2007.

L. BIARELLA, *Morte volontaria medicalmente assistita: alla Camera primo via libera alle norme*, in «Altalex», 16 marzo 2022, www.altalex.com/documents/news/2022/03/11/morte-volontaria-medicalmente-assistita-alla-camera-primo-via-libera-alle-norme#p2.

M.E. BUCALO, *Il cammino indicato dalla Corte costituzionale per la disciplina del suicidio medicalmente assistito fra giurisprudenza di merito e perdurante attesa del legislatore*, in «BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto», n. 3/2021, <https://doi.org/10.15168/2284-4503-1782>.

M. CAGNA, F. LAURENTI, L. MANFREDINI, G. MICCINESI, C. RITOSSA, S. VALERANI, G. ZANINETTA, *Core Curriculum per l'assistenza spirituale in cure palliative*, Milano, Società Italiana di Cure Palliative, 2019, www.sicp.it/wp-content/uploads/2019/12/CC-assistenza-spirituale-edited_2022.pdf.

S. CANESTRARI, G. FERRANDO, C.M. MAZZONI, S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di Biodiritto. Il governo del corpo (Tomo II)*, Milano, Giuffrè Editore, 2011.

M. CANONICO, *Eutanasia e testamento biologico nel magistero della Chiesa cattolica*, in «Stato, chiese e pluralismo confessionale», maggio 2009, www.statoechiese.it.

A. CAROLEI, G. GIGLI, P.M. ROSSINI, R. ZYLBERMAN (a cura di), “*Stato vegetativo e di minima coscienza*”: *Epidemiologia, evidenze scientifiche e modelli assistenziali*, 4 dicembre 2009, www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1378_allegato.pdf.

P. CHIARELLA, *Il diritto comprensivo e l'altruità del corpo: alcune riflessioni sul fine vita*, in «Politica del diritto», n. 1/2020, www.rivisteweb.it/doi/10.1437/96617.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Dichiarazioni anticipate di trattamento*, 18 dicembre 2003, <https://bioetica.governo.it/it/>.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *L'alimentazione e l'idratazione di pazienti in stato vegetativo persistente*, 30 settembre 2005, <https://bioetica.governo.it/it/>.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Sedazione Palliativa profonda e continua nell'imminenza della morte*, 29 gennaio 2016, <https://bioetica.governo.it/it/>.

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA (CNB), *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, 18 luglio 2019, <https://bioetica.governo.it/it/>.

COMMISSIONE BIOETICA DELLE CHIESE BATTISTE, METHODISTE E VALDESI IN ITALIA, *“É la fine, per me l'inizio della vita”. Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante*, Milano, aprile 2017, www.chiesavaldeese.org/documents/eutanasia_doc18.pdf.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'eutanasia*, 5 maggio 1980.

CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Samaritanus Bonus. Lettera sulla cura delle persone nelle fasi critiche e terminali della vita*, 14 luglio 2020, www.vatican.va.

CONSIGLIO EPISCOPALE PERMANENTE, *Comunicato finale*, Roma, 26 settembre 2019, <https://www.chiesacattolica.it/per-la-vita-e-la-dignita/>.

Consulta, inammissibile referendum su eutanasia perché non si tutela vita umana, in «Il Sole 24 Ore», 15 febbraio 2022, www.ilsole24ore.com/art/referendum-consulta-decide-giustizia-eutanasia-e-cannabis-AEmjKCEB.

Consulta: «Sì al suicidio assistito in casi come Dj Fabo, legge indispensabile». *Cappato: da oggi tutti più liberi*, in «Il Gazzettino», ultimo aggiornamento 26 settembre 2019, www.ilgazzettino.it/italia/cronaca_bianca/consulta_suicidio_assistito_diretta_oggi_ultime_notizie-4757414.html.

A. D'ALOIA, *Dopo Le Decisioni Della Corte Costituzionale Sul Suicidio Medicalmente Assistito*, in «La Società Degli Individui», n. 72, 2021/3, <https://doi.org/10.3280/LAS2021-072006>.

L. D'AVACK, *Consenso informato e scelte di fine vita: riflessioni etiche e giuridiche*, Torino, Giappichelli, 2020.

B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita [risorsa elettronica]*, Padova, CEDAM, 2018.

M.N. DE LUCA, *Antonio: “Il sì al suicidio assistito mi ha fatto tornare la voglia di vivere ancora”*, in «La Repubblica», 23 luglio 2023, www.repubblica.it/cronaca/2023/07/23/news/antonio_il_si_al_suicidio_assistito_mi_ha_fatto_tornare_la_voglia_di_vivere_ancora-408635998.

Dj Fabo, Vaticano: "Sconfitta per la società". Suicidio assistito per un altro italiano in Svizzera, in «La Repubblica», 28 febbraio 2017, www.repubblica.it/cronaca/2017/02/28/news/dj_fabo_cappato_alle_14_45_vado_ad_autodenunciarmi_-159414132/.

Eutanasia. "Ero vivace e ribelle, ma ora voglio morire". La lettera e il video di un malato a Mattarella, in «Quotidiano Sanità», 19 gennaio 2017, www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=47067.

FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE (FCP), *Breve storia delle Cure Palliative e del loro sviluppo in Italia,* n.d., www.fedcp.org/cure-palliative/storia.

FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE (FCP), *Cure palliative domiciliari: la figura del Caregiver,* n.d., www.fedcp.org/cure-palliative/domiciliari/caregiver.

FEDERAZIONE CURE PALLIATIVE (FCP), *Nutrizione artificiale,* n.d., www.fedcp.org/cure-palliative/glossario/nutrizione-artificiale.

FONDAZIONE FLORIANI, *Il Modello Floriani,* n.d., <https://fondazionefloriani.eu/modello-floriani/>.

G. FORNERO, *Indisponibilità e disponibilità della vita. Una difesa filosofico giuridica del suicidio assistito e dell'eutanasia volontaria,* Milano, UTET, 2020.

G. FORNERO, *Küng: un cristiano – e un grande teologo – a favore dell'eutanasia,* in ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, 8 aprile 2021, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/blog/kung-un-cristiano-e-un-grande-teologo-a-favore-delleutanasia.

FRANCESCO, *Messaggio rivolto ai partecipanti al meeting regionale europeo World Medical Association sulle questioni di fine vita*, Roma, 16-17 novembre 2017.

FRANCESCO, *Discorso ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Congregazione per la Dottrina della Fede*, Città del Vaticano, Sala Clementina, 30 gennaio 2020, www.vatican.va.

F. FRENI, *La protezione della vita umana 'al tramonto', tra legge e libertà di coscienza*, in «Stato, chiese e pluralismo confessionale», n. 6/2023, www.statoechiese.it.

L. GAITA, *Dj Fabo, Eluana, Welby e gli altri: le battaglie di chi voleva scegliere e invece è diventato bersaglio della politica*, in «il Fatto Quotidiano», 27 febbraio 2017, www.ilfattoquotidiano.it/2017/02/27/dj-fabo-eluana-welby-e-gli-altri-le-battaglie-di-chi-voleva-scegliere-e-invece-e-diventato-bersaglio-della-politica/3420083/.

V. GIACOMETTI, *Dj Fabo, il Cardinale Bagnasco: "E' una sconfitta grave per la società"*, in «ACI Stampa», 1 marzo 2017, www.acistampa.com/story/dj-fabo-il-cardinale-bagnasco-e-una-sconfitta-grave-per-la-societa-5528.

GIOVANNI PAOLO II, enc. *Evangelium vitae*, 25 marzo 1995.

HOSPICE DI ABBIATEGRASSO, *Fine Vita: dall'approvazione della Legge, alle DAT in Hospice*, 1 febbraio 2022, www.hospicediabbiategrasso.it/approfondimenti/pillole-di-bioetica/fine-vita.

INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR HOSPICE & PALLIATIVE CARE (IAHPC), *Global Consensus Based Palliative Care Definition*, Houston (TX),

The International Association for Hospice and Palliative Care, 2018, <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>.

V.A. LOVERO, *Referendum eutanasia legale: profili giuridici e politici*, in «Ius in Itinere», ultimo aggiornamento 4 agosto 2022, <https://www.iusinitinere.it/referendum-eutanasia-legale-profil-giuridici-e-politici-40349>.

S. MADIOTTO, *Fine vita, centrodestra spaccato. La legge (con 9 mila firme) è ferma*, in «Corriere del Veneto», ultimo aggiornamento 16 ottobre 2023, https://corrieredelveneto.corriere.it/notizie/politica/23_ottobre_15/fine-vita-centrodestra-spaccato-la-legge-con-9-mila-firme-e-ferma-f2e90beb-2508-404c-a6da-722e907fbxIk.shtml.

M. MAINARDI, *Eutanasia: le proposte di legge depositate alla Camera*, in COMITATO EUTANASIA LEGALE, 23 novembre 2019, www.eutanasialegale.it/articolo/eutanasia-le-proposte-legge-depositate-alla-camera.

M. MAINARDI, *Intergruppo parlamentare per le scelte di fine vita*, in ASSOCIAZIONE LUCA COSCIONI, 20 luglio 2023, www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/intergruppo-parlamentare-le-scelte-fine-vita.

C. MANNI, *Accanimento terapeutico: definizione e aspetti scientifici*, 22 giugno 2021, www.patriarcatovenezia.it/wp-content/uploads/2021/06/4.accanimento_terapeutico.pdf.

R. MANTOVANI, E. G. PARODI, M. PERELLI ERCOLINI (a cura di), *Il consenso informato in medicina*, Collana universalium multimedialium ENPAM, quattordicesima edizione, ultimo aggiornamento 20 novembre 2023, www.enpam.it/wp-content/repository/universaliamultimediale/CI/index.html.

Marco Cappato riceve l'ambrogino d'oro e lo dedica a Dj Fabo, in «La Stampa», 7 dicembre 2022, www.lastampa.it/cronaca/2022/12/07/news/marco_cappato_riceve_lambrogino_doro_e_lo_dedica_a_dj_fabo-12399057/.

Mina Welby: «Piergiorgio condannato», in «Corriere della Sera», 15 luglio 2007, www.corriere.it/Primo_Piano/Cronache/2007/07_Luglio/14/moglie_welby_letter_a.shtml.

MINISTERO DELLA SALUTE DELLA REPUBBLICA ITALIANA, *Disposizioni anticipate di trattamento*, ultimo aggiornamento 11 febbraio 2020, <https://www.salute.gov.it/portale/dat/dettaglioContenutiDat.jsp?lingua=italiano&id=4954&area=dat&menu=vuoto>.

P. MIRABELLA, *La vita dentro il morire: cure palliative, accanimento terapeutico, eutanasia*, Assisi (PG), Cittadella, 2021.

NOI SIAMO CHIESA, *Noi Siamo Chiesa dice la sua su art.580 c.p., suicidio assistito ed eutanasia. No alle posizioni rigide di Bassetti, sì all'apertura di una vera discussione*, Roma, 14 settembre 2019, www.noisiamochiesa.org/noi-siamo-chiesa-dice-la-sua-su-art-580-c-p-suicidio-assistito-ed-eutanasia-no-alle-posizioni-rigide-di-bassetti-si-allapertura-di-una-vera-discussione/.

NOI SIAMO CHIESA, *Per una eutanasiabuonamorte di ispirazione cristiana. Leggi le riflessioni di Noi Siamo Chiesa*, Roma, 25 ottobre 2021, [www.noisiamochiesa.org/per-una-eutanasiabuonamorte-di-ispirazione-cristiana-
leggi-le-riflessioni-di-noi-siamo-chiesa/](http://www.noisiamochiesa.org/per-una-eutanasiabuonamorte-di-ispirazione-cristiana-leggi-le-riflessioni-di-noi-siamo-chiesa/).

C.M. ODDO, U. TASCOTTI e M. TINERI, *L'eutanasia e il suicidio assistito*, Canterano (RM), Aracne, 2020.

L. ORSI, M. RICCIO e A. STAJANO, *Fine vita: un problema di tutti: riflessioni e proposte per una legge italiana condivisa sul suicidio assistito e l'eutanasia*, Torino, Lindau, 2021.

G. ORTOLANI, *La rilevanza spazio-temporale del contributo causale nella partecipazione materiale nel suicidio altrui: un'analisi costituzionalmente orientata dell'art. 580 c.p.*, in «Giurisprudenza Penale Web», Fascicolo n. 1-bis/2019 – “Questioni di fine vita”, www.giurisprudenzapenale.com/wp-content/uploads/2019/01/gortolani_fine-vita_gp_2019_1bis.pdf.

A. PAGNI, M. PIAZZA, S. RASSU (diretto da), A. ZILLI, *Il paziente terminale*, in «Caleidoscopio», Genova, 1987, anno 5, n. 28, http://www.medicalsystems.it/wp-content/uploads/1987/07/28_Paziente_Terminale.pdf.

L. PALAZZANI, *Il suicidio assistito medicalizzato: riflessioni filosofico-giuridiche sulla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale*, in «BioLaw Journal - Rivista di BioDiritto», n. 2/2020, <https://doi.org/10.15168/2284-4503-662>.

P. PAROLIN, Lettera inviata al Congresso internazionale *Palliative Care: Everywhere & by Everyone. Palliative Care in Every Region. Palliative Care in*

Every Religion or Belief, promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita, svoltosi in Vaticano, 28 febbraio 2018-1 marzo 2018.

G. PASQUALIN TRAVERSA, *Cure palliative: Chiesa è favorevole. Sedazione profonda in caso di sintomi refrattari e morte imminente*, in «Agenzia S.I.R.», 9 marzo 2018, www.agensir.it/quotidiano/2018/3/9/cure-palliative-chiesa-e-favorevole-sedazione-profonda-in-caso-di-sintomi-refrattari-e-morte-imminente.

G. PASQUALIN TRAVERSA, *Hospice cattolici. Una presenza per colmare di senso, di vita e di speranza il tempo che rimane*, in «Agenzia S.I.R.», 18 settembre 2020, www.agensir.it/chiesa/2020/09/18/hospice-cattolici-una-presenza-per-colmare-di-senso-di-vita-e-di-speranza-il-tempo-che-rimane/.

PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Italia Fine-Vita Corte Costituzionale*, Città del Vaticano, 18 febbraio 2022, www.academyforlife.va/content/pav/it/notizie/2022/comunicato-stampa-fine-vita-italia.html.

PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA PASTORALE DELLA SALUTE (a cura di), *Nuova carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano, Libreria Editrice Vaticana, 2016.

G. RODRIQUEZ, *Suicidio medicalmente assistito. Il PD deposita un ddl al Senato. E il M5S presenta ddl alla Camera che apre anche all'eutanasia*, in «Quotidiano Sanità», 21 novembre 2022, www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=109076.

I. SCARAMUZZI, *Fine vita, monsignor Paglia: no all'eutanasia ma è possibile una mediazione giuridica*, in «la Repubblica», 24 aprile 2023,

www.repubblica.it/cronaca/2023/04/24/news/fine_vita_monsignor_paglia_no_eutanasia_mediazione_giuridica-397467134/.

SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP), *Audizione della SICP alla Camera dei Deputati su eutanasia e suicidio medicalmente assistito*, 28 aprile 2019, www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/04/audizione-della-sicp-alla-camera-dei-deputati-su-eutanasia-e-suicidio-medicalmente-assistit.

SOCIETÀ ITALIANA DI NUTRIZIONE PARENTERALE ED ENTERALE (SINPE), *Linee guida SINPE per la Nutrizione Artificiale Ospedaliera 2002 - Parte Generale*, in «Rivista Italiana di Nutrizione Parenterale ed Enterale», Anno 20 S5, Wichtig Editore, 2002, www.sifoweb.it/images/pdf/attivita/attivita-scientifica/aree_scientifiche/nutrizione_clinica/Linee_guida_sinpe_na_ospedaliere.pdf.

O. TARANTINO, *Assistenza ai malati terminali: aspetti etico-valoriali*, 22 giugno 2021, www.patriarcatoveneziana.it/wp-content/uploads/2021/06/7.assistenza_malati_terminali.pdf.

F.V. TISO, G. VACCHIANO, *Il fine vita e la dignità del morire riflessioni etico giuridiche [risorsa elettronica]*, Padova, CEDAM, 2022.

A. TORNIELLI, *Monsignor Vincenzo Paglia: “Non tocca a noi fare il lavoro sporco della morte”*, in «La Stampa», 26 ottobre 2018, www.lastampa.it/cultura/2018/10/26/news/monsignor-vincenzo-paglia-non-tocca-a-noi-fare-il-lavoro-sporco-della-morte-1.34055634/.

F. TOSATTO, *Fine vita, arriva il no dei vescovi del Triveneto*, in «La Tribuna di Treviso», 25 ottobre 2023, https://tribunatreviso.gelocal.it/regione/2023/10/25/news/suicidio_assistito_vesco

vi_triveneto-13807971/.

A. URCIUOLI, *Fine vita: antichi dilemmi e questioni irrisolte*, Napoli, Edizioni scientifiche italiane, 2021.

A. VIZZARRI, *L'assistenza spirituale al malato*, Chieti, 28 novembre 2018, www.diocesichieti.it/wp-content/uploads/sites/2/2020/04/Assistenza-spirituale-al-malato.pdf.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), *Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course*, Executive Board 134th session, Provisional agenda, 20 dicembre 2013.

Sitografia

<https://bioetica.governo.it>
<https://corrieredelveneto.corriere.it>
<https://ednh.news/it>
<https://fondazionefloriani.eu>
<https://hospicecare.com>
<https://liberisubito.it>
<https://referendum.eutanasialegale.it>
<https://teseo.unitn.it/biolaw>
<https://tribunatreviso.gelocal.it>
www.academyforlife.va
www.acistampa.com
www.agensir.it
www.altalex.com
www.associazionelucacoscioni.it
www.asst-pg23.it
www.aulss8.veneto.it
www.biodiritto.org
www.brocardi.it
www.camera.it
www.chiesacattolica.it
www.chiesavaldese.org
www.corriere.it
www.cortecostituzionale.it
www.diocesichieti.it
www.enpam.it
www.eutanasialegale.it

www.fedcp.org
www.garanteprivacy.it
www.giurisprudenzapenale.com
www.hospicediabbiategrasso.it
www.ilfattoquotidiano.it
www.ilgazzettino.it
www.ilsole24ore.com
www.iusinitinere.it
www.lastampa.it
www.medicalsystems.it
www.noisiamochiesa.org
www.patriarcatovenezia.it
www.quotidianosanita.it
www.repubblica.it
www.rivisteweb.it
www.salute.gov.it
www.senato.it
www.sicp.it
www.sifoweb.it
www.statoechiese.it
www.torrossa.com
www.vatican.va
www.vidas.it

Giurisprudenza citata

- Corte costituzionale, sentenza n. 161/1985.
- Corte costituzionale, sentenza n. 561/1987.
- Corte costituzionale, sentenza n. 471/1990.
- Corte d'assise di Firenze, sentenza n. 13/1990.
- Corte di cassazione penale, sez. V, sentenza n. 5639 del 13 maggio 1992.
- Corte costituzionale, sentenza n. 258/1994.
- Corte costituzionale, sentenza n. 238/1996.
- Corte di cassazione penale, sez. I, sentenza n. 3147 del 6 febbraio 1998.
- Tribunale di Lecco, decreto del 2 marzo 1999.
- Corte di appello di Milano, decreto del 31 dicembre 1999.
- Corte di cassazione penale, sez. IV, sentenza n. 35822 dell'11 luglio 2001.
- Tribunale di Lecco, decreto del 20 luglio 2002.
- Corte di Appello di Milano, decreto del 10 dicembre 2003.
- Corte di cassazione civile, sez. I, ordinanza n. 8291 del 20 aprile 2005.
- Tribunale di Lecco, decreto del 20 dicembre 2005.
- Corte di cassazione penale, sez. VI, sentenza n.11640 del 14 febbraio 2006.
- Corte di Appello di Milano, decreto del 16 dicembre 2006.
- Tribunale di Roma, sez. I, ordinanza del 16 dicembre 2006.
- G.I.P. del Tribunale di Roma, ordinanza del 7 giugno 2007.
- G.U.P del Tribunale di Roma, sentenza n. 2049 del 23 luglio 2007.
- Corte di cassazione civile, sentenza n. 21748 del 16 ottobre 2007.
- Corte di Appello di Milano, decreto del 9 luglio 2008.
- Tribunale di Modena, decreto del 5 novembre del 2008.
- Corte costituzionale, sentenza n. 438 del 23 dicembre 2008.
- Corte di cassazione penale, SS.UU., sentenza n. 2437 del 21 gennaio 2009.

Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia, sez. III, sentenza n. 214 del 26 gennaio 2009.

G.I.P. del Tribunale di Udine, decreto dell'11 gennaio 2010.

Tribunale di Milano, richiesta di archiviazione del 2 maggio 2017.

G.I.P. del Tribunale di Milano, ordinanza del 10 luglio 2017.

Corte d'assise di Milano, sez. I, ordinanza n. 1 del 14 febbraio 2018.

Corte costituzionale, ordinanza n. 207 del 16 novembre 2018.

Corte costituzionale, sentenza n. 242 del 22 novembre 2019.

Corte d'assise di Milano sentenza n. 8 del 30 gennaio 2020.

Corte d'assise di Massa, sentenza n. 1 del 27 luglio 2020.

Corte costituzionale, sentenza n. 50 del 15 febbraio 2022.

