



CONSULTA ONLINE

PERIODICO TELEMATICO ISSN 1971-9892



2022 FASC. I

(ESTRATTO)

ANTONIO RUGGERI

**OSCURITÀ E CARENZE DELLA PROGETTAZIONE LEGISLATIVA IN
TEMA DI MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA (PRIME NOTAZIONI)**

31 MARZO 2022

IDEATORE E DIRETTORE RESPONSABILE: PROF. PASQUALE COSTANZO

Antonio Ruggeri

Oscurità e carenze della progettazione legislativa in tema di morte medicalmente assistita (prime notazioni)*

ABSTRACT: *The paper aims to note the law proposal concerning the medically assisted death, outlining that the legislator has distorted in several points the indications provided by the Constitutional Court in the “Cappato” decision.*

SOMMARIO: 1. Il vizio di fondo della progettazione in cantiere, indebitamente rivestita della forma propria delle leggi comuni, laddove a motivo del carattere materialmente costituzionale esibito dall’oggetto della normazione avrebbe richiesto di venire alla luce con le procedure di cui all’art. 138. – 2. Il ribaltamento della “logica” che sta a base della decisione in due tempi su Cappato, col passaggio dalla mera *non punibilità* del medico che asseconi la volontà suicidaria del paziente al *diritto* di quest’ultimo alla sua realizzazione, di cui tuttavia non si vede quale sia il fondamento costituzionale. – 3. Aporie e lacune di costruzione di una procedura che dapprima rimarca il ruolo del medico e del Comitato per la valutazione clinica e di poi ammette che possano esserne vanificati, *iussu iudicis*, gli effetti. – 4. L’incerto ed opaco diritto di obiezione di coscienza riconosciuto al medico e l’obbligo comunque gravante sulle strutture sanitarie di dar appagamento alla volontà suicidaria del paziente.

1. *Il vizio di fondo della progettazione in cantiere, indebitamente rivestita della forma propria delle leggi comuni, laddove a motivo del carattere materialmente costituzionale esibito dall’oggetto della normazione avrebbe richiesto di venire alla luce con le procedure di cui all’art. 138*

L’approvazione da parte della Camera di un testo unificato di più progetti di legge in materia di morte medicalmente assistita¹ ha ulteriormente animato un dibattito per vero mai sopito attorno alle esperienze di fine-vita sollecitando a riflettere ancora più a fondo su una questione spinosa e per più versi inquietante, ad oggi bisognosa di critico e, per quanto possibile, distaccato ripensamento.

Chi scrive ne ha fatto più volte oggetto di attenzione, ancora da ultimo con riguardo alla pronunzia della Consulta che ha dichiarato inammissibile l’iniziativa referendaria volta alla parziale abrogazione dell’art. 579 c.p.², riguardante – come si sa – l’omicidio del consenziente³. Confesso tuttavia di aver esitato non poco prima di decidermi di svolgere alcune notazioni a margine del testo in parola, per il timore che esso possa non vedere mai la luce ovvero andare incontro a modifiche sostanziali, rendendosi pertanto infruttuoso il lavoro ora fatto. Ho poi rotto gli indugi nella considerazione che gli operatori di ricerca possono (e devono) comunque offrire il loro contributo alla progettazione in cantiere, specie con spunti idonei a rimediare a talune storture e a tener conto di indicazioni a finalità integrativa, tanto più poi con riguardo all’articolato qui preso in esame che, per un verso, ripropone antichi e, a conti fatti, aperti interrogativi e, per un altro verso, ne aggiunge di nuovi, rendendo viepiù aggrovigliata una matassa il cui bandolo si fatica per vero a trovare.



¹ Cam. dep. XVIII legisl. proposte n. 2-1418-1586-1655-1875-1888-2982-3101-A (testo unificato).

² V., dunque, volendo, il mio *Autodeterminazione versus vita, a proposito della disciplina penale dell’omicidio del consenziente e della sua giusta sottrazione ad abrogazione popolare parziale* (traendo spunto da Corte cost. n. 50 del 2022), in Dirittifondamentali.it, 1/2022, 22 marzo 2022, 464 ss.

³ La questione è stata alla vigilia della pronunzia della Corte animatamente discussa: *ex plurimis*, AA.VV., *La via referendaria al fine vita. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull’art. 579 c.p.*, *Amicus curiae*, a cura di G. Brunelli - A. Pugiotto - P. Veronesi, in Forum di Quaderni costituzionali, 1/2022, 194 ss., e AA.VV., *Il referendum sull’art. 579 c.p.: aspettando la Corte costituzionale*, a cura di M. D’Amico e B. Liberali, in Rivista del Gruppo di Pisa, 1/2022, Quad. n. 4.

Muovo in questa succinta riflessione da un dato apparentemente di mera natura giuridico-formale ma, in realtà, gravido di sostanziali valenze; ed è quello per cui, persino laddove ci si accinga ad apprestare la disciplina positiva di beni o interessi di cruciale rilievo (e quale mai ne ha più della vita della persona?⁴), si ritiene comunemente che possa bastare allo scopo il ricorso allo strumento di normazione per eccellenza, la legge ordinaria, laddove – come si è tentato di argomentare in altri luoghi – sarebbe a ciò necessaria l’adozione della procedura prescritta per la formazione delle leggi costituzionali.

Plurime ragioni depongono a favore della soluzione qui nuovamente patrocinata; e, per avvedersene, è sufficiente ripensare alla *ratio* sottesa alla previsione della Carta concernente la procedura aggravata. La legge comune, infatti, è strumento per sua natura divisivo, diciamo pure di lotta politica, in occasione della cui venuta alla luce può dunque legittimamente consumarsi e ogni volta rinnovarsi lo scontro tra la maggioranza di turno e le opposizioni presenti in Parlamento.

In relazione alla disciplina di alcuni beni di particolare rilievo (costituzionale, appunto), tuttavia, non è pensabile che la maggioranza possa, con la stessa facilità con cui regola qualunque altro bene (anche non di rilievo costituzionale), decidere per tutti. Qui, poi, essendo in gioco la stessa vita di esseri umani, ancora meno è accettabile una soluzione siffatta. Non è, infatti, in alcun caso o modo tollerabile l’idea che la stessa maggioranza possa volere oggi e, magari a breve distanza di tempo, disvolere domani persino in relazione a questioni di siffatto rilievo. Lo strumento della legge costituzionale, di contro, assicura per sua natura una maggiore ponderazione sulle scelte per il suo tramite adottate e – ciò che più importa – in via di principio la convergenza su di esse di forze politiche di diverso (e persino opposto) schieramento. Non è a caso, d’altronde, che, eccezion fatta dello statuto siciliano (venuto alla luce – non si dimentichi – in un tempo anteriore alla entrata in vigore della Carta repubblicana), non vi sia mai stata alcuna norma di legge costituzionale caducata dalla Consulta per violazione dei principi fondamentali dell’ordinamento.

Ora, è chiaro che può ben darsi il caso di legge comune approvata a larghissima maggioranza, come pure all’inverso di legge costituzionale venuta alla luce col voto favorevole della sola maggioranza di turno (laddove dotata dei numeri necessari alla sua formazione). Esempi in tal senso se ne conoscono diversi e sicuramente altri ancora si avranno. Non è questo tuttavia il cuore della questione qui nuovamente discussa. Occorre, infatti, puntare l’attenzione sul principio sotteso alle procedure stabilite per la venuta alla luce, rispettivamente, delle leggi comuni e di quelle costituzionali, ciascun tipo – come si è appena rammentato – rispondendo a “logiche” istituzionali diverse: quella del possibile scontro ovvero dell’incontro tra le forze politiche schierate su fronti opposti.

Si aggiunga poi un dato a prima vista estraneo al complessivo ingranaggio predisposto dalla Carta ma, in realtà, sotteso alla sua stessa struttura; ed è che, in un sistema politico, quale quello che con alterne vicende ha accompagnato la Repubblica nel suo non sempre lineare e non di rado sofferto cammino, connotato da endemica frantumazione politica, in alcuni momenti della nostra storia persino esasperata, il coagulo di forze (di maggioranza o di opposizione che siano) attorno ad un progetto politico ha sempre costituito un’impresa non facile. Ogni cartello di forze parrebbe essere lì per lì per dissolversi, magari a scomporsi e a ricomporsi in vario modo, comunque segnato appunto da una *stabile... instabilità*. Talvolta, dunque, la stessa maggioranza semplice, sufficiente per la venuta alla luce delle leggi comuni, è ardua da conseguire; s’immagini, dunque, come poi possa presentarsi il quadro con riguardo alla formazione delle leggi costituzionali...

⁴ Per vero, il discorso dovrebbe subito estendersi altresì alla dignità della persona, altrove definito come valore “superconstituzionale”, cui nondimeno a breve si farà riferimento. Il rapporto che s’intrattiene tra la stessa e la vita appare invero essere complesso, ove si consideri che, per un verso, la dignità presuppone la vita e, però, per un altro verso, dà alla vita stessa senso ed orientamento, segnandone le più salienti esperienze [maggiori ragguagli nei miei *Appunti per uno studio sulla dignità dell’uomo, secondo diritto costituzionale*, in *Rivista AIC*, 1/2011, e *La dignità dell’uomo e il diritto di avere diritti (profili problematici e ricostruttivi)*, in questa *Rivista*, 2018/II, 392 ss.].

Il discorso tocca da vicino il testo di legge qui di specifico rilievo, approvato dall'assemblea con 253 voti a favore, 117 contrari ed un astenuto. Ebbene, se fosse stato rivestito di forma costituzionale, si sarebbe considerato approvato in prima deliberazione ma bocciato in seconda.

Forse, qualcuno dirà che una cattiva legge è pur sempre meglio che una “non legge”; mi si consenta tuttavia, rispettosamente, di dissentire, ribaltando i termini della questione. D'altronde, ad oggi, in difetto di una disciplina legislativa concernente le esperienze di fine-vita in parola, si è già fatta applicazione del quadro ricostruttivo definito dalla Consulta con la decisione in due tempi presa in *Cappato*, peggiorato – come si tenterà ora di mostrare – dall'articolato in commento che pure dichiara di volersi porre nei suoi riguardi in funzione servente. Meglio, dunque, una “non legge” ad una cattiva legge che dichiara di voler dare attuazione alle indicazioni contenute nella decisione della Corte, distorcendone tuttavia – a me pare – il senso complessivo.

2. Il ribaltamento della “logica” che sta a base della decisione in due tempi su Cappato, col passaggio dalla mera non punibilità del medico che asseconi la volontà suicidaria del paziente al diritto di quest'ultimo alla sua realizzazione, di cui tuttavia non si vede quale sia il fondamento costituzionale

Ora, il primo (e più rilevante) appunto critico che può essere mosso al testo di legge in esame riguarda proprio la sua essenza o – come suol dirsi – la *ratio*. La “logica” sottesa all'ardita manovra posta in essere dalla Consulta in *Cappato* al fine di dotare di “copertura” il comportamento volto a dar modo alla volontà suicidaria di avere effetto era quella di qualificare come non punibile il comportamento stesso, non già l'altra (e ben diversa) di far luogo alla “invenzione” di un diritto costituzionale alla morte assistita⁵ che nella Carta non c'è e – checché se ne dica da parte di coloro che con vigore ne caldeggiavano la esistenza – non può esservi. Il suicidio, insomma, è (e resta), a mio modo di vedere⁶, un *fatto*, tristissimo per chi lo compie così come per chi resta, sovente schiacciato oltre che dal dolore dal rimorso di non aver saputo impedirlo o magari di averlo seppur involontariamente causato, non già però l'oggetto di un *diritto*, di cui non si vede quale mai possa essere il fondamento costituzionale, sol che si convenga – come deve – che la Costituzione tutela la vita, presupposto di ogni diritto e dovere, non già la morte, mai incoraggiata e anzi finché possibile ostacolata⁷, quali che siano le condizioni e i modi con cui vi si pervenga⁸.

Non v'è, dunque, chi non veda la differenza sostanziale che si ha tra lo scenario delineato dalla Consulta e quello in cui s'inscrive l'articolato in commento. Per il primo, ciò che dapprima era punibile ex art. 580 c.p. non lo è più in relazione ai casi considerati dalla Corte; e qui si ferma il ragionamento svolto da quest'ultima. Per il secondo, di contro, ammettendosi il diritto alla morte assistita, il soggetto che intenda avvalersene può vantare la pretesa nei riguardi del personale sanitario ad essere accompagnato e sorretto nel suo intento volto alla sua realizzazione.

Balza poi subito all'occhio la considerevole e preoccupante dilatazione, operata dall'articolato in esame, del contesto entro il quale possono maturare le esperienze di fine-vita

⁵ Mutuo questo rilievo da G. RAZZANO, *La proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»: una valutazione nella prospettiva costituzionale anche alla luce della sent. n. 50/2022*, in federalismi.it, 9/2022, 23 marzo 2022, 53 ss., e C.D. LEOTTA, *Eutanasia approvata alla camera il 10 marzo: testo peggiorato rispetto a quello delle commissioni riunite*, in Centro studi Livatino, 23 marzo 2022.

⁶ Mi sono sforzato di argomentare questa tesi in più luoghi di riflessione scientifica, tra i quali, di recente, *Il referendum sull'art. 579 c.p.; inammissibile e, allo stesso tempo, dagli effetti incostituzionali*, in AA.VV., *La via referendaria al fine vita. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p.*, cit., 194 ss.

⁷ ... con la conseguenza che la disciplina penale relativa all'istigazione al suicidio è da considerare giuridicamente imposta, sottraendosi pertanto alla sua eventuale rimozione “secca”.

⁸ Lo stesso divieto di accanimento terapeutico, giustamente prescritto anche dal codice deontologico degli operatori sanitari, non può essere visto quale incoraggiamento in senso stretto della morte, traducendosi unicamente nell'astensione dal compimento di atti inservibili a finalità curativa.

rispetto alla descrizione fattane dalla Consulta, con le quattro condizioni richieste perché il comportamento dell'agente possa essere considerato non punibile: il paziente deve, infatti, essere *a)* affetto da una patologia irreversibile che *b)* è fonte di sofferenze fisiche o psicologiche dallo stesso giudicate non tollerabili; *c)* tenuto in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale e tuttavia *d)* in grado di prendere decisioni libere e consapevoli. Deve, inoltre, essergli comunque previamente assicurato il trattamento a mezzo di cure palliative quale ulteriore “prerequisito” della scelta suicidaria da mettere in atto.

Il testo in esame, di contro, aggiunge allo stato patologico suddetto una non meglio precisata “condizione clinica irreversibile”, prefigurata come alternativa rispetto al primo, senza che peraltro sia chiaro in cosa questa si differenzi da quello⁹.

I maggiori problemi, nondimeno, li pongono i requisiti, giustamente richiesti dal testo in commento, del volere che deve caratterizzarsi come *attuale, libero e consapevole* da parte di un soggetto “*pienamente capace*” di manifestarlo (art. 2). Ebbene, di nessuno di tali attributi può aversi con certezza riscontro, sol che si ammetta – come devesi – che la maturazione del volere stesso può risultare, anche in rilevante misura, condizionata e distolta dal solco in cui prende forma e si svolge per effetto dello stato patologico o della condizione clinica in cui versa il soggetto.

Il vero è che si fatica a tutt'oggi a fare chiarezza a riguardo dei concetti di autodeterminazione e di vulnerabilità¹⁰, specie per ciò che attiene al lineare processo formativo della prima ed al carattere – per dir così – “graduato” della seconda, dandosi appunto forme varie per intensità in cui la stessa può presentarsi, senza che sia peraltro agevole stabilirne la misura. Non poche volte (per non dire sempre) chi versa in condizioni di salute gravemente pregiudicate è, comunque, persona vulnerabile, ora più ed ora meno di altre, ma pur sempre appunto tale. La qual cosa, poi, ridonda, talvolta in modo significativo, sulla formazione del volere, senza che non di rado il soggetto ne abbia consapevolezza. Ed è importante sin d'ora (e con riserva di approfondimenti a breve) ribadire con forza che solo il personale medico che offre assistenza a tali persone è in grado di avvedersi, seppur non senza incertezze e margini di errore, di quali siano le reali condizioni psico-fisiche del paziente. Purtroppo, però, come si vedrà, l'avviso del medico non risulta decisivo al fine di distogliere il paziente stesso dal suo proposito suicidario e, quindi, a fugare il rischio che quest'ultimo si realizzi malgrado il difetto dei requisiti richiesti dalla normativa in cantiere.

V'è di più. A rendere ancora più scivoloso il terreno sul quale vanno effettuati gli accertamenti richiesti dalla disciplina in esame e, dunque, a rendere gli accertamenti stessi – se posso dire avvalendomi di un ossimoro – ancora più *incerti* è il riferimento al carattere, a un tempo *necessario* e però non poche volte... *impossibile*, dell'attualità del volere, specie con riguardo a persone da lungo tempo non coscienti e, perciò, non in grado di apprezzare i passi avanti fatti nel frattempo dalla scienza. Non decisivo risulta, dunque, addurre il c.d. *testamento biologico*, fatto dal soggetto in un momento anteriore al sopravvenire delle sue precarie condizioni o al loro sensibile peggioramento, che potrebbe non rispecchiare l'*attuale* volere. Ed è persino banale dover qui rammentare che lo stesso *testamento tout court* può essere cambiato di sana pianta più volte; come, escludere perciò che la medesima cosa possa aver luogo laddove si tratti di disporre della stessa vita?

⁹ Preoccupate notazioni possono al riguardo vedersi anche nello scritto di G. RAZZANO, sopra richiamato, 60 ss.

¹⁰ Riferimenti, quanto alla prima, nella mia voce *Autodeterminazione (principio di)*, in *Digesto/Disc. Pubbl.*, VIII Agg. (2021), 1 ss., nonché, più di recente, in C. CASONATO, *Il Principio di autodeterminazione. Una modellistica per inizio e fine vita*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2022, 1° febbraio 2022, 51 ss.; quanto, poi, alla seconda, *ex plurimis*, M. GENSABELLA FURNARI, *Vulnerabilità e cura. Bioetica ed esperienza del limite*, Rubbettino, Soveria Mannelli 2008; G. RAZZANO, *Dignità del morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*, Giappichelli, Torino 2014 e, della stessa, *Le incognite del referendum c.d. «sull'eutanasia», fra denominazione del quesito, contenuto costituzionalmente vincolato e contesto storico*, in questa *Rivista*, 2021/III, spec. 979 s.; P.F. BRESCIANI, *Chi sono i “vulnerabili” che l'art. 579 c.p. deve proteggere?* in AA.VV., *La via referendaria al fine vita. Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p.*, cit., 45 ss.

Per l'aspetto ora considerato, parrebbe essere meno soggetta a fattori distorsivi la condizione dei minori e di coloro che, già a prescindere dalla malattia, non erano in grado di autodeterminarsi, dal momento che spetta ad altri pronunciarsi in loro vece. Tali soggetti sono però, per fortuna, esclusi dalla cerchia di coloro che possono giovare delle opportunità offerte dal testo legislativo in esame¹¹. Peraltro, nessuno è in grado di apprezzare i segni nascosti che una sofferenza acuta, tanto più se lungamente protratta nel tempo, può lasciare anche su chi amorevolmente accudisce un familiare malato.

Fuori centro è, poi, la prospettiva adottata dall'autore del testo in esame, peraltro – come si sa – condivisa da una nutrita schiera di studiosi di varia estrazione (filosofi, medici, giuristi, ecc.), secondo cui porre fine alla vita di persona gravemente colpita dal destino sarebbe un modo (per alcuni, l'unico) per far valere la sua dignità. L'articolato fa a quest'ultima (ed ai suoi derivati, quale “dignitoso”) insistito riferimento, già a partire dall'art. 2, in sede di definizione del concetto di “morte medicalmente assistita”. Si tratta tuttavia – come si è tentato di argomentare altrove – di un improprio utilizzo del termine. Sembra, infatti, di capire che, a giudizio dell'autore del testo, la malattia comporti il degrado della dignità e che porre fine alla vita sia un modo (forse, *il modo*) per salvarla.

Viene però così a confondersi – inammissibilmente – la dignità con la qualità della vita, se si conviene che la prima attiene alla *humanitas* stessa della persona e che, perciò, non si affievolisce o, peggio, disperde a causa della malattia che solo può incidere – questo sì, certamente – sulla qualità dell'esistenza. D'altronde, lo stesso articolato in commento, nell'art. 2 sopra cit. (al III comma), tiene opportunamente distinte l'una dall'altra, col fatto stesso di sollecitare le strutture sanitarie ad operare nel rispetto di entrambe.

3. Aporie e lacune di costruzione di una procedura che dapprima rimarca il ruolo del medico e del Comitato per la valutazione clinica e di poi ammette che possano esserne vanificati, iussu iudicis, gli effetti

Discutibile è, poi, l'itinerario descritto al fine di pervenire all'esito desiderato dal paziente, specie per ciò che attiene al rapporto da quest'ultimo intrattenuto con il personale sanitario. Va messo al riguardo in evidenza che il testo in esame chiama – doverosamente – a compiti di grande delicatezza e responsabilità il medico che riceve la richiesta di morte medicalmente assistita, manifestata nelle forme indicate nell'art. 4 (a mezzo di atto pubblico o scrittura privata autenticata), che è infatti sollecitato a prospettare al paziente e, dietro consenso di questi, ai suoi familiari le “possibili alternative” ed a promuovere “ogni azione di sostegno”. È quindi tenuto a trasmettere al Comitato per la valutazione clinica competente per territorio un rapporto da lui redatto in modo dettagliato circa le “condizioni cliniche e psicologiche del richiedente”, nel quale si dà conto del fatto che la persona è stata adeguatamente informata delle sue condizioni di salute, “dei trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le possibili alternative terapeutiche”, nonché del “diritto di accedere alle cure palliative”. Stabilisce, poi, l'art. 5 che il medico, laddove reputi che “manchino palesemente i presupposti e le condizioni” richieste dall'art. 3 per far luogo alla morte medicalmente assistita, non trasmette la richiesta al Comitato suddetto¹².

Due rapidissime notazioni con riferimento a tale previsione.

¹¹ Non vorrei dare un *input* perverso al legislatore ma, per onestà intellettuale, sento di dover dire che la esclusione dei soggetti in parola, strutturalmente impediti di formarsi e manifestare il loro volere, può considerarsi lesiva del principio di eguaglianza. D'altronde, per una delle usuali finzioni del diritto, ogni persona può volere ed agire per il tramite di altre persone che vogliono ed agiscono per loro conto e nel loro interesse. Potrebbe immaginarsi che valga così anche nel caso nostro?

¹² Mia, ovviamente, l'enfasi posta sull'avverbio, per la ragione che si dirà di qui ad un momento.

La prima riguarda la forma verbale adoperata per indicare la mancata trasmissione suddetta (al presente indicativo: “non trasmette”) che – come si sa – negli enunciati normativi non ha valore di descrizione di una mera eventualità, che può come può non aversi, bensì esprime una carica deontica, traducendosi nella specie nell’obbligo di non trasmissione in parola. È chiaro che è un obbligo pur sempre subordinato ad una condizione soggettiva che però qui non è data da un dubbio interiore a riguardo di come stanno oggettivamente le cose bensì dalla certezza della insussistenza delle condizioni suddette.

Se ne ha conferma – e vengo così alla seconda notazione – dal fatto che la insussistenza in parola deve risultare in modo palese. Una garanzia, questa, per la persona che voglia la propria morte e, però, anche un requisito allarmante, dal momento che pur in difetto (ma non *palese*...) delle condizioni stesse, a rigore, il medico sarebbe ugualmente tenuto alla trasmissione delle carte al Comitato. Confesso, dunque, che l’avverbio sopra evidenziato m’inquieta non poco, alimentando il timore che possa portare all’esito di selezionare in modo eccessivamente rigoroso i casi di non trasmissione.

Il Comitato, ad ogni buon conto, è chiamato ad esprimere un parere motivato in merito alla sussistenza dei presupposti richiesti perché possa essere assecondata la volontà suicidaria del richiedente. Ed è interessante notare che, mentre è semplicemente prevista la eventuale audizione del medico o dell’*équipe* che ha in cura il paziente, è fatto invece obbligo di sentire quest’ultimo al fine di verificare che la sua richiesta sia stata informata, consapevole e libera¹³. Si fa, dunque, luogo ad un ulteriore riscontro di ciò che già è stato accertato dal medico prima ed al fine della trasmissione suddetta.

Vi è però di più; e fino al momento prima del decesso è fatto obbligo al medico presente di accertare previamente il persistere della volontà suicidaria, unitamente a tutte le condizioni indicate dall’art. 3, se del caso avvalendosi allo scopo anche della collaborazione di uno psicologo.

Ebbene, lo scrupolo sotteso a siffatto, plurimo riscontro non può, invero, non apprezzarsi, rendendo però esso ancora più palese, scoperto, il *punctum dolens* della procedura. Si prevede, infatti, che al diniego del medico di trasmissione ovvero al parere contrario del Comitato la persona richiedente possa opporsi rivolgendosi al giudice territorialmente competente.

Ora, è singolare e francamente ripugnante che un accertamento ripetuto e condotto da esponenti del mondo della scienza e della cultura in genere¹⁴ possa essere messo nel nulla dal verdetto emesso da un operatore di giustizia che di sicuro non ha le competenze richieste per verificare la infondatezza dei punti di vista manifestati dal medico e/o dal Comitato. Non mi spingo fino al punto di affermare, con una sensibile dottrina¹⁵, che il ricorso al giudice preluda alla incondizionata affermazione della volontà del paziente. Il giudice non è, di certo, un mero notaio chiamato ad autenticare la volontà stessa ed a consentirle di produrre gli effetti avuti di mira. Non escludo, dunque, che possano darsi casi (e mi auguro, anzi, che siano numerosi) in cui il giudice confermi le indicazioni venute dal medico e/o dal Comitato. Sta di fatto, tuttavia, che queste ultime possono essere messe nel nulla con un colpo di penna dell’operatore di giustizia. Un pensiero, questo, che m’inquieta non poco.

Non intendo, ad ogni buon conto, riprendere qui – sia chiaro – complesse e vessate questioni riguardanti il rapporto tra diritto e scienza, alcuni profili del quale ho peraltro, ancora di recente, già

¹³ Si fermi l’attenzione su questo squilibrato rilievo assegnato ai maggiori protagonisti delle vicende in parola, cui a mia opinione sarebbe opportuno porre rimedio.

¹⁴ Meritevole di considerazione e di apprezzamento è il carattere multidisciplinare della composizione del Comitato in parola, di cui saranno chiamati a far parte, oltre a medici (compresi – si precisa – i palliativisti), altresì professionisti “con competenze cliniche, psicologiche, giuridiche, sociale e bioetiche” (art. 7). Non è tuttavia chiarito se sarà assicurata una pari rappresentatività delle categorie suddette, restando ogni determinazione al riguardo demandata al regolamento del Ministro della salute, di cui si dirà a momenti.

¹⁵ V., ancora una volta, G. RAZZANO, [La proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»](#), cit., spec. 64 s.

fatto oggetto di studio¹⁶. Mi limito solo ad osservare che si danno talune circostanze al ricorrere delle quali residuano, a mio modo di vedere, margini a volte di non secondaria consistenza di apprezzamento discrezionale da parte del giudice degli esiti consegnatigli da tecnici e scienziati, specie laddove si presentino insicuri. Se, però, così non dovesse essere, come potrebbe non essere nel caso nostro, segnatamente nel caso di palese mancanza dei presupposti accertata da chi appartiene al mondo della medicina, non vedo come possa esserne ribaltato l'avviso da parte del giudice, se non con un atto – diciamo le cose come stanno – di pura autorità.

Il punto è però che qui il verdetto del giudice non può essere messo nel nulla neppure da una pronuncia di un altro giudice. Non è, infatti, prevista – ed è una grave lacuna – la possibilità di fare appello da parte del medico e/o del Comitato avverso la decisione del giudice adito dal paziente, essendo il compito loro demandato meramente consultivo. Insomma, il rapporto tra il paziente stesso e gli appartenenti al mondo della scienza e della cultura in genere è (e resta), nell'articolato in commento, comunque irragionevolmente squilibrato, a conferma di quel *favor mortis* cui – come rilevato da una sensibile dottrina¹⁷ – esso s'ispira.

Per vero, non è esclusa la eventualità che il giudice stesso possa avvalersi dell'assistenza di un perito al fine di emettere *causa cognita* la decisione. Sta di fatto, però, che di questa eventualità non si fa stranamente parola alcuna; ed è, perciò, da mettere in conto che la decisione stessa sia adottata senza alcun sussidio da parte dei medici (ed anzi – come si è veduto – avverso le risultanze di questi ultimi), restando poi – temo – non soggetta ad alcuna impugnazione¹⁸.

4. *L'incerto ed opaco diritto di obiezione di coscienza riconosciuto al medico e l'obbligo comunque gravante sulle strutture sanitarie di dar appagamento alla volontà suicidaria del paziente*

Al medico è, nondimeno, pur sempre dato di far valere il proprio diritto di obiezione di coscienza, escludendosi così dal circuito in cui viene a prendere forma e concretezza la volontà suicidaria del paziente. L'articolato, tuttavia, sul punto appare alquanto appannato ed incerto non precisando – e la questione è di cruciale rilievo – a partire da quale momento il medico possa esercitare il diritto stesso, col rischio – paventato in dottrina¹⁹ – che possa considerarsi tenuto al compimento di atti preparatori dell'intervento volto a dare la morte, astenendosi unicamente da quest'ultimo.

È opportuno, poi, segnalare che l'obiezione di coscienza è subordinata all'adozione di un regolamento del Ministro della salute, di cui si prevede la venuta alla luce entro il termine di centottanta giorni dalla entrata in vigore della legge in commento²⁰ e con il quale saranno disciplinati i Comitati per la valutazione clinica²¹. Decorso quindi altri tre mesi dalla emanazione del regolamento suddetto, il medico può far valere il proprio diritto di obiezione; può farvi luogo anche fuori termine ma in tal caso la sua dichiarazione produce effetto dopo un mese dalla sua

¹⁶ V., dunque, volendo, il mio [Diritti fondamentali e scienza: un rapporto complesso](#), in questa [Rivista](#), 2022/I, 130 ss.

¹⁷ C.D. LEOTTA, *Eutanasia approvata alla camera il 10 marzo: testo peggiorato rispetto a quello delle commissioni riunite*, cit., 23 marzo 2022.

¹⁸ Perlomeno questo versante richiederebbe, a mia opinione, di essere attentamente rivisto nel corso dei lavori parlamentari precedenti il varo del testo in esame, colmandosi dunque una lacuna intollerabile.

¹⁹ V., nuovamente, G. RAZZANO, [La proposta di legge sulle «Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita»](#), cit., 62 ss.

²⁰ ... che, peraltro, è differita al novantesimo giorno dopo la pubblicazione della legge in Gazzetta Ufficiale, eccezion fatta del II comma dell'art. 11, riguardante l'aggiornamento delle prestazioni gravanti sul Servizio sanitario nazionale ex art. 1, commi 554 e 559, l. n. 208 del 2015.

²¹ Il termine fissato al Ministro per l'adozione del regolamento è, ad ogni buon conto, da considerare non tassativo, non escludendosi di certo la validità e l'efficacia dell'atto ancorché venuto alla luce in un tempo ancora successivo.

presentazione (art. 6). Di conseguenza, può darsi che, sia pure per un comportamento a lui imputabile (e magari dovuto ad una iniziale esitazione), il medico possa trovarsi costretto a prendere parte alle procedure sopra descritte, malgrado ciò lo obblighi a fare i conti con la propria coscienza.

Si tenga inoltre presente che le strutture sanitarie sono comunque tenute ad assicurare la realizzazione della volontà suicidaria; e, francamente, non si vede come l'obiettivo possa essere centrato laddove tutti i medici in esse operanti dovessero avvalersi del loro diritto di obiezione.

Anche per l'aspetto ora considerato, si rende dunque palese il carattere squilibrato dell'intera "filosofia" che sta a base dell'articolato in commento, che – come si è venuti dicendo – è nel senso di dar modo alla volontà suicidaria di pervenire all'esito avuto di mira, riuscendo in un modo o nell'altro a superare gli eventuali ostacoli frapposti alla sua realizzazione da parte di medici ed esponenti della cultura in genere chiamati a verificare la sussistenza delle condizioni legislativamente richieste per il perfezionamento della procedura. L'ultima barriera, che potrebbe rivelarsi materialmente invalicabile, è quella appena indicata che viene a costituirsi ogni qual volta nessun operatore sanitario si renda disponibile ad assecondare il volere del paziente. E così persone che versano in condizioni non dissimili potrebbero avviarsi lungo percorsi reciprocamente divaricati, pur laddove gli stessi medici si siano pronunciati nell'identico modo: ora perché diversi siano i verdetti emessi dai giudici cui si siano eventualmente rivolte ed ora perché, indipendentemente da ciò, non egualmente attrezzate siano le strutture sanitarie presso le quali dovrebbe farsi luogo alla morte medicalmente assistita.