

CONSIDERAZIONI SPARSE, IN CHIAVE COMPARATISTICA, SULLE PROPOSTE DI LEGGE IN MATERIA DI EUTANASIA E DI SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

Giuseppe Giaimo*

COMPARATIVE REMARKS ABOUT PROPOSED LEGISLATIONS WITH REGARD TO EUTHANASIA AND ASSISTED DYING

ABSTRACT: The essay deals with proposed legislations, in Italy and in England, about euthanasia and assistance in dying. It aims to confront the different solutions in both legal systems, for the purpose of finding the best result for the respect of the dignity of people suffering for terminal illness.

KEY-WORDS: euthanasia; assisted suicide; comparative law

SOMMARIO: 1. Il punto di partenza: l'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018. – 2. Le proposte di legge sull'eutanasia ed il suicidio medicalmente assistito attualmente in discussione in Italia. – 3. Un raffronto con l'Inghilterra: l'*Assisted Dying Bill*.

1. Il punto di partenza: l'ordinanza della Corte costituzionale n. 207/2018

L'accorto commentatore, in genere, rivolge la propria attenzione verso un oggetto di indagine connotato dai caratteri di stabilità e certezza: a quel dato dell'esperienza giuridica, cioè, ormai assestato all'interno di una legge vigente, ovvero a quel precetto formulato da un giudice ed enunciato in una sentenza. Parecchio più rara, invece, è un'analisi condotta su un progetto normativo, in ordine al quale manca ancora ogni sicurezza sul suo futuro effettivo contenuto e, addirittura, sul fatto stesso che esso – prima o poi – si trasformi in una disposizione cogente. Questa sensazione di incertezza, che rende malsicuro il passo dell'interprete, si fa ancor più acuta quando l'attenzione è rivolta ai tentativi di regolamentazione legislativa di materie eticamente sensibili, in ragione della potenzialità inerente a determinati argomenti di creare divisioni nel tessuto sociale, lacerato da posizioni ideologiche contrapposte che si contendono il campo e delle quali si fa espressione diretta anche il dibattito parlamentare. Al ricorrere di simili ipotesi, infatti, il maggior rischio per chi voglia tentare uno studio ragionato delle soluzioni ipotizzate dal legislatore – ed ancora prive di effettività – è quello di svolgere un compito che, in futuro, potrebbe rivelarsi del tutto inutile, a causa di una sempre possibile variazione (se non, addirittura, di uno stravolgimento) del testo nel corso dell'*iter legis*, dovuto

*Professore ordinario di Diritto Privato Comparato nell'Università degli Studi di Palermo. Mail: giuseppe.giaimo@unipa.it. Il contributo, previo doppio referaggio anonimo, è stato accettato per la pubblicazione sul n. 3/2019 di *BioLaw Journal* – Rivista di BioDiritto.

al mutevole gioco delle maggioranze parlamentari quando sono in discussione questioni che, travalicando l'appartenenza politica, incidono direttamente sul piano della coscienza.

Una volta chiarite le ragioni che, con un esercizio di prudenza, sconsigliano di porre mano ad un materiale ben lungi dall'essere stabile e sedimentato, è bene esporre i motivi che – in palese contraddizione con le premesse ora enunciate – inducono a compiere una riflessione sui contenuti e sullo stato attuale di un progetto di legge che, a determinate condizioni, consenta in Italia il ricorso all'eutanasia attiva¹.

Il contesto nel quale muoversi deve essere rintracciato nell'ormai nota questione² che ha dato luogo ad un giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 580 c.p., nella parte in cui esso incrimina le condotte di aiuto al suicidio, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o al rafforzamento del proposito altrui di togliersi la vita. In altri termini, dunque, il quesito posto alla Consulta se possa essere punito quel soggetto che, spinto da ragioni compassionevoli, si limiti ad agevolare un intento suicidario frutto di una deliberazione consapevole e determinata,

¹ Come è noto, per «eutanasia attiva» si intendono tutti quei comportamenti, posti in essere dal personale sanitario, diretti a provocare il decesso di chi soffre di una patologia caratterizzata da una prognosi infausta ed irreversibile, al fine di abbreviarne i conseguenti patimenti e di preservare una (altrimenti difficile) dignità nella sofferenza. Tra queste condotte rientra anche l'aiuto al suicidio prestato a chi voglia porre termine alla propria esistenza, senza che le proprie condizioni fisiche gli consentano di agire in autonomia. Al contrario, si parla di «eutanasia passiva» quando ci si riferisce a quel comportamento omissivo – normalmente proprio di coloro che hanno la responsabilità delle cure e del mantenimento in vita del paziente – che si estrinseca nel cessare l'idratazione e l'alimentazione artificiale, le terapie antisettiche ed antibiotiche e la ventilazione forzata, dalla cui interruzione non può che conseguire il decesso del paziente stesso (cfr., *ex pluribus*, G. Smorto, *Note comparatistiche sull'eutanasia*, in *Diritto e questioni pubbliche*, 2007, n° 7, p. 144; G. Giaimo, *Il diritto di morire naturalmente nel confronto tra la giurisprudenza inglese ed italiana*, in *Ann. di dir. comp. e di studi legisl.*, 2015, p. 616).

² La vicenda è quella di un uomo (Fabiano Antoniani) che un incidente stradale rese cieco e tetraplegico, bisognoso di continua assistenza per l'espletamento delle funzioni respiratorie e fisiologiche, così come per l'alimentazione in assenza di deglutizione. Le condizioni generali erano aggravate, inoltre, da frequenti e violenti spasmi, ma rimanevano inalterati la capacità intellettuale e lo stato di coscienza. Le sofferenze derivanti da quello stato patologico, insieme alla piena consapevolezza della totale assenza di prospettive di miglioramento, indussero nell'infermo una invincibile determinazione di porre termine alla propria esistenza e, a tal fine, prese contatti con una persona (Marco Cappato), di cui era noto l'impegno perché fossero rese lecite in Italia le pratiche di eutanasia attiva. Quest'ultimo – preso atto del rifiuto del degente di lasciare che la morte intervenisse naturalmente, in seguito alla rinuncia a quei presidi sanitari che ne assicuravano la sopravvivenza, contestualmente ad una sedazione profonda che lenisse eventuali sofferenze nella fase di trapasso – provvide ad accompagnare l'invalido in Svizzera, dove questi (mediante un'apparecchiatura azionata con i denti, che gli iniettò in corpo un farmaco letale) realizzò la propria volontà di morte. Cappato, quindi, si autodenunciò per aiuto al suicidio (di cui all'art. 580 c.p.), con l'evidente finalità di provocare un giudizio su un argomento estremamente controverso. La Corte d'Assise di Milano, con ordinanza di rimessione del 14 febbraio 2018, ha dunque investito la Consulta del compito di valutare la persistente aderenza dell'art. 580 c.p. alla Costituzione, soprattutto alla luce del moderno modo di intendere il diritto all'autodeterminazione sanitaria come potestà assoluta dell'individuo sul proprio corpo, tale da giustificare ogni deliberazione in ordine al modo in cui ciascuno decide di vivere (sempre, s'intende, nel rispetto dell'altrui pari diritto) o morire. In altri termini, la Corte di Assise si è soffermata sul concetto di intangibilità del principio di autodeterminazione, nel senso che – attraverso una lettura coordinata degli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione – la libertà di decidere su sé stessi potrebbe essere limitata esclusivamente al fine di evitare un pericolo per gli altri e, non invece, sulla base di considerazioni di stampo paternalistico tendenti ad imporre al singolo un concetto di salute generico, senza alcuna calibratura sulle esigenze di natura personale, con il rischio fondato di comprimere lo sviluppo e l'esercizio della personalità del singolo individuo. Sui contenuti (e sulle notevoli criticità) dell'ordinanza di rimessione si rinvia, per tutti, al condivisibile pensiero di C. Tripodina, *Quale morte per gli "immersi in una notte senza fine"? Sulla legittimità costituzionale dell'aiuto al suicidio e sul "diritto a morire per mano di altri"*, in questa *Rivista*, 3, 2018, p. 139 ss. Cfr., anche, G. Giaimo, *La volontà e il corpo*, Torino, 2019, p. 116 ss.

maturata in completa autonomia allo scopo di sottrarsi a sofferenze, causate da uno stato patologico, non più sopportabili.

La Corte costituzionale, attraverso un articolato ragionamento la cui descrizione ed il cui svolgersi esulano dai fini dell'odierna analisi³, è giunta alla considerazione per la quale le questioni connesse ad un tema tanto divisivo e denso di implicazioni etiche non possono essere risolte se non nella sede parlamentare, luogo deputato alla ricerca di una sintesi delle diverse – e tutte degne di considerazione – istanze sociali. La decisione è stata, dunque, quella di assegnare al Parlamento stesso il compito di predisporre una regolamentazione legislativa dell'assistenza al suicidio dei malati terminali, nella piena ed espressa consapevolezza che una mera ed incondizionata dichiarazione di incostituzionalità dell'art. 580 c.p. esporrebbe ad un ingiustificato ed intollerabile pericolo le persone vulnerabili, in quanto “in assenza di una specifica disciplina della materia (...), qualsiasi soggetto – anche non esercente una professione sanitaria – potrebbe lecitamente offrire, a casa propria o a domicilio, per spirito filantropico o a pagamento, assistenza al suicidio a pazienti che lo desiderino, senza alcun controllo *ex ante* sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti. Di tali possibili conseguenze della propria decisione questa Corte non può farsi carico (...). I delicati bilanciamenti ora indicati restano affidati, in linea di principio, al Parlamento, il compito naturale di questa Corte essendo quello di verificare la compatibilità di scelte già compiute dal legislatore nell'esercizio della propria discrezionalità politica”⁴

La richiamata ordinanza, tuttavia, trasmette al lettore una duplice impressione dai contorni ben nitidi: il riferimento è, in primo luogo, alla piena consapevolezza della Consulta

³ Il riferimento è all'ordinanza n. 207 del 24 ottobre 2018. Senza alcuna pretesa di completezza, tra i numerosi contributi che hanno commentato quel provvedimento, si rimanda a M. Bignami, *Il caso Cappato alla Corte costituzionale: un'ordinanza ad incostituzionalità differita*, in *Questione Giustizia*, 19/11/2018 (http://questionegiustizia.it/articolo/il-caso-cappato-alla-corte-costituzionale-un-ordinanza-ad-incostituzionalita-differita_19-11-2018.php); U. Adamo, *In tema di aiuto al suicidio la Corte intende favorire l'abbrivio di un dibattito parlamentare*, in *Diritti comparati*, 23/11/2018 (<http://www.diritticomparati.it/tema-di-aiuto-al-suicidio-la-corte-intende-favorire-labbrivio-di-un-dibattito-parlamentare>); C. Cupelli, *Il caso Cappato, l'incostituzionalità differita e la dignità nell'autodeterminazione alla morte*, in *Dir. Pen. Contemp.*, 3/12/2018 (<https://www.penalecontemporaneo.it/d/6357-il-caso-cappato-l-incostituzionalita-differita-e-la-dignita-nell-autodeterminazione-alla-morte>); S. Prisco, *Il caso Cappato tra Corte Costituzionale, Parlamento e dibattito pubblico. Un breve appunto per una discussione da avviare*, in questa *Rivista*, 3, 2018, p. 153 ss.; G. Giaimo, *op. cit.*, p. 120 ss.; R. Bin, *La Corte, i giudici e la dignità umana*, in questa *Rivista*, 2, 2019, p. 1; M. E. Bucalo, G. Giaimo, *Le sollecitazioni delle Corti e l'inerzia del legislatore in tema di suicidio assistito. Un confronto tra Italia e Inghilterra*, in questa *Rivista*, 2, 2019, p. 171; F. G. Pizzetti, *L'ordinanza n. 201/2018 della Corte costituzionale, pronunciata nel corso del “Caso Cappato”, è il diritto del paziente che rifiuta le cure salvavita a evitare un'agonia lenta e non dignitosa*, in questa *Rivista*, 2, 2019, p. 151; O. Spataro, *La legge n. 219 del 2017 e la disciplina del fine-vita tra principi costituzionali e problemi aperti. Spunti di riflessione*, in questa *Rivista*, 2, 2019, p. 214 ss.; R. Potenzano, *Brevi note comparatistiche in tema di suicidio assistito*, in corso di pubblicazione su *Riv. Dir. Fam. Pers.*, 2019, letto in anteprima grazie alla cortesia dell'Autrice.

⁴ Corte cost., cit., par. 10.

del pericolo che tale sollecitazione possa rimanere inascoltata, con la conseguenza di lasciare indefinitamente aperta una questione che, per la gravità del suo contenuto, necessita invece di una pronta regolamentazione atta a rispondere alle esigenze di chi è reso più vulnerabile dalla sofferenza e dalla malattia. Per tale ragione, la Corte ha fissato un termine temporale all’auspicata azione legislativa, rinviando – in maniera inedita – di un anno la propria decisione, con l’auspicio espresso che *medio tempore* sia esaudita l’aspirazione (o forse sarebbe meglio dire, il pressante invito) a che sia emanata una legge la quale, finalmente, affronti le questioni di fine vita in senso ampio. La stessa diffidenza, in secondo luogo, sembra essere rivolta nei confronti della capacità del legislatore di dotare il provvedimento di contenuti idonei a soddisfare le reali esigenze di coloro che vorrebbero sfuggire alle sofferenze arrecate da un irreversibile stato patologico, attraverso il suicidio realizzato con un altrui ausilio. La Consulta, quindi, ha indirizzato il Parlamento spingendosi sino al punto di indicare il «luogo» nel quale dovrebbe confluire la disciplina, individuato nella legge n° 219/2017, quale contenitore idoneo all’argomento, da riformare nel senso indicato. Al contempo, ha suggerito (nemmeno troppo sommessamente) quei profili che dovrebbero far parte dell’auspicato provvedimento normativo, con specifico riferimento alla necessità di apprestare una serie di cautele adatte a prevenire ogni possibile abuso nelle ipotesi di suicidio assistito del malato terminale. In particolare, quindi, la Corte ha segnalato l’esigenza di disciplinare “le modalità di verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l’aiuto, la disciplina del relativo «processo medicalizzato», l’eventuale riserva esclusiva di somministrazione di tali trattamenti al servizio sanitario nazionale, la possibilità di una obiezione di coscienza del personale sanitario coinvolto nella procedura”⁵.

Una volta chiarite le premesse che giustificano una indagine a commento di un progetto di legge (di questo specifico progetto di legge), occorre valutare se – ed in che modo – il legislatore stia, o meno, reagendo al pungolo della Corte costituzionale, anche attraverso la misurazione del suo contenuto rispetto alla via indicata dalla Consulta.

2. Le proposte di legge sull’eutanasia ed il suicidio medicalmente assistito attualmente in discussione in Italia

Il Parlamento italiano non è rimasto inerte alla sollecitazione contenuta nella richiamata ordinanza n. 207/2018⁶, successivamente alla quale sono state presentate quattro proposte di

⁵ Corte cost., cit., par. 10.

⁶ La Corte costituzionale – come detto – ha evidenziato come, nell’ipotesi in cui “la soluzione del quesito di legittimità costituzionale coinvolga l’incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta e immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere, questa Corte reputa doveroso – in

legge alla Camera dei Deputati⁷, attualmente abbinata⁸ ed in fase di esame da parte di un comitato ristretto incaricato da parte delle Commissioni riunite (II-Giustizia e XII-Affari Sociali) in sede referente⁹.

Una avvertenza preliminare è doverosa. L'analisi che segue sarà condotta, in maniera prevalente, sul testo n. 1875 del 30 maggio 2019, in quanto il contenuto degli altri documenti presenta una serie di criticità parecchio evidenti, delle quali è opportuno dare immediato conto.

Le proposte di legge n. 1586 e 1655, in primo luogo, omettono entrambe di disciplinare la possibilità, per il personale sanitario ed ausiliario, di sollevare obiezione di coscienza e, quindi, sottrarsi al compimento di quelle attività dirette ad aiutare il suicidio o a praticare l'eutanasia (addirittura, l'art. 1 del progetto n. 1586 stabilisce testualmente che “il personale medico e sanitario è tenuto a rispettare la volontà del paziente”, senza alcuna deroga dovuta alla libera determinazione dei professionisti nell'esercizio dei propri compiti in maniera aderente alle proprie convinzioni morali). In secondo luogo, nessuno dei due testi compie la pur necessaria discriminazione tra l'ipotesi dell'assistenza al suicidio e quella, parecchio differente sotto varie prospettive, del compimento di atti con i quali si pone fine alla vita altrui – a determinate condizioni – in maniera immediata e senza arrecare sofferenze. Infine, nessuna delle due richiamate proposte esclude dall'applicabilità della prospettata disciplina quei pazienti affetti da una patologia di natura psichiatrica o psicologica, tralasciando così di considerare gli evidenti rischi sottesi ad una siffatta lacuna¹⁰.

uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale – consentire al Parlamento ogni opportuno riflessione e iniziativa” (Corte cost., cit., par. 11).

⁷ Il riferimento è alle proposte di legge n. 1586 dell'11 febbraio 2019, n. 1655 del 7 marzo 2019, n. 1875 del 30 maggio 2019 e n. 1888 del 5 giugno 2019.

⁸ Come è noto, l'abbinamento delle proposte di legge, a norma dell'art. 77 del Regolamento della Camera dei Deputati, consente alla Commissione incaricata dei lavori di procedere alla redazione di un testo unificato che prende spunto dai differenti progetti presentati su un medesimo tema, ovvero alla scelta di quella proposta ritenuta maggiormente idonea alla regolamentazione della materia in questione.

⁹ Occorre dar conto, sebbene in nota, dell'esistenza di due disegni di legge (rispettivamente, n. 900 del 25 ottobre 2018 e 912 del 30 ottobre 2018) presentati al Senato, entrambi assegnati alle Commissioni riunite (II-Giustizia e XII-Igiene e Sanità) in sede redigente che, tuttavia, non ne hanno ancora iniziato l'esame. Questi progetti normativi non presentano scostamenti degni di nota rispetto alle omologhe proposte incardinate alla Camera dei Deputati e, dunque, in considerazione del più progredito stato di avanzamento di queste ultime, si preferisce procedere all'illustrazione ed al commento dei testi che, verosimilmente, prima arriveranno alla discussione in Aula.

¹⁰ Una materia di così ampia presa sulle coscienze individuali e sul sentire collettivo necessita di una accuratezza, da parte del legislatore, di particolare intensità, in modo da scampare il pericolo di quello che è stato definito come «linguaggio omissivo»: secondo G. Alpa (*Il linguaggio omissivo del legislatore*, in *Riv. Trim. Dir. Proc. Civ.*, 2017, p. 415), infatti, l'aggettivo scelto “per denotare una delle caratteristiche del linguaggio del legislatore oggi particolarmente evidente ha un connotato negativo. Avrei potuto ricorrere ad altre locuzioni come «laconico», «sincopato» (...). Tuttavia, gli aggettivi o le formule alternative non avrebbero reso il senso del mio assunto, che non riguarda un comportamento intenzionale, volto ad esprimere nella formula normativa una fattispecie sintetica, quanto piuttosto una scelta dipesa da incuria, sciattezza o, addirittura, da una ambiguità voluta”. Una volta operata questa premessa, non ci si esime dal definire «omissive», nel senso appena descritto, le proposte di legge n. 1586 e 1655, con l'auspicio che esse siano considerate recessive – nei lavori in Commissione – rispetto a quella senz'altro più completa (e, dunque, preferibile) di cui al n. 1875.

La proposta di legge n. 1888 del 5 giugno 2019 (allo stato, ultima della serie) affronta il tema del suicidio assistito sotto una prospettiva differente, destinata ad introdurre nell'ordinamento italiano una forma attenuata del reato di cui all'art. 580 c.p.. In particolare, l'art. 1 della citata proposta – a differenza degli ulteriori progetti ai quali è stata abbinata – non esclude la punibilità di coloro che, al ricorrere dei presupposti normativamente stabiliti, abbiano agevolato l'infermo nell'attuazione del proposito suicidario; esso, invece, riduce la durata della pena detentiva a carico di chi abbia reso possibile, con la propria assistenza, la morte auto-inflitta nell'ipotesi in cui si verificano, contemporaneamente, due condizioni. La prima di queste è che il fatto sia commesso “nei confronti di una persona tenuta in vita solo mediante strumenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile fonte di intollerabile sofferenza”; la seconda è che l'autore “conviva stabilmente con il malato e agisca in stato di grave turbamento determinato dalla sofferenza dello stesso”. In sintesi, quindi, il trattamento penale più favorevole è riservato esclusivamente a chi – secondo una prospettiva soggettiva – patisce un grave turbamento dalla sofferenza alla quale è sottoposto il proprio convivente a causa di una patologia irreversibile, che determina un'esistenza resa possibile soltanto dagli strumenti di sostegno vitale. Nessun favore, invece, è riconosciuto al personale sanitario che, in qualche modo, abbia cooperato al suicidio.

La disciplina appena prospettata rende necessarie alcune osservazioni, al fine di evidenziare alcune insufficienze del testo. Il presupposto di fondo dell'argomentazione svolta dai Giudici costituzionali nell'ordinanza n. 207/2018 risiede nel valore assegnato all'autodeterminazione del malato il quale, nell'esercizio della propria dignità, dovrebbe essere messo nelle condizioni di poter decidere di porre termine alla propria esistenza – resa intollerabile per le sofferenze arrecate dallo stato patologico – anche con l'aiuto di altri, quando non abbia la possibilità di provvedere autonomamente¹¹. Una siffatta deliberazione dell'infermo, attesa la gravità delle conseguenze di essa, deve necessariamente essere accompagnata da una serie di garanzie a tutela del paziente stesso, tra le quali l'indispensabile verifica dei presupposti oggettivi (l'esistenza di una patologia o condizione clinica irreversibile, che sia tale da arrecare patimenti evidenti ed insostenibili) e soggettivi (la scelta del malato deve essere consapevole, informata e priva di qualsiasi condizionamento esterno). In definitiva, quindi, l'autodeterminazione dell'aspirante suicida non può in alcun modo andare disgiunta dall'opera di un professionista sanitario, sia per la sua competenza ad attestare la ricorrenza delle condizioni – oggettive e soggettive – sopra indicate; sia quale soggetto capace di governare le modalità della morte auto-inflitta, senza che questa si risolva in tentativi maldestri forieri di

¹¹ Cfr. Corte cost., cit., par. 9.

sofferenze ancora maggiori¹². La proposta di legge n. 1888 procede, invece, in senso opposto rispetto alla rilevata necessità di garantire in massima misura il paziente. L'esclusione dei medici da coloro che potrebbero beneficiare della riduzione di pena per avere agevolato l'altrui suicidio (attenuazione riservata soltanto ai conviventi del malato, a prescindere dalla qualifica professionale di questi ultimi) comporta, in definitiva, un *vulnus* arrecato proprio a quel soggetto – l'infermo – la cui tutela, al contrario, è lo scopo principale della regolamentazione legislativa raccomandata dalla Corte costituzionale con l'ordinanza n. 207/2018. In altri termini, quindi, il predetto disegno di legge sposta il fuoco dell'attenzione dalle precauzioni che devono assistere la formazione e la manifestazione della volontà del sofferente (precauzioni che, come visto, possono essere garantite soltanto attraverso l'operato dei sanitari) al turbamento che i patimenti di quest'ultimo arrecano ai propri conviventi: turbamento che, addirittura, assume il rilievo di circostanza idonea ad ottenere uno sconto di pena.

Le osservazioni svolte in merito alle diverse proposte di legge tra loro abbinata conducono, dunque, a ritenere preferibile quella di cui al n. 1875 del 30 maggio 2019 in quanto, allo stato, sembra essere il documento che, in misura maggiore degli altri, risponde alle sollecitazioni della Consulta: per tale ragione, allora, soltanto questa costituirà adesso oggetto di analisi e commento.

Il presupposto ideale che sta a fondamento della prospettata disciplina è racchiuso in un breve enunciato contenuto nella relazione che accompagna il testo, nella parte in cui si afferma che "l'autodeterminazione è un diritto"¹³; principio, quest'ultimo, ribadito e meglio specificato nell'art. 1 della proposta di legge, ove si afferma che il bene tutelato dalla progettata normativa è "il diritto al rispetto della dignità della persona e il diritto alla libertà di autodeterminazione del paziente nella scelta dei trattamenti sanitari, compresi quelli finalizzati al suicidio medicalmente assistito e al trattamento eutanasi". L'insistito richiamo al ruolo risolutivo della volontà individuale nella decisione di anticipare la propria morte sottintende, in maniera nemmeno troppo velata, un preciso orientamento dei parlamentari proponenti sul modo di intendere la dignità umana, su cui sono opportune alcune riflessioni.

Il punto di partenza del ragionamento risiede nel prendere atto di come alla dignità stessa possono essere assegnati due significati antitetici¹⁴. In particolare, infatti, il concetto può essere inteso come presidio dell'autonomia volitiva dell'uomo nei confronti di qualsiasi potenziale interferenza esterna che sia perturbatrice delle prerogative che gli sono proprie ed

¹² La stessa Corte costituzionale (cit, par. 10) fa riferimento ad un "processo medicalizzato" relativo al suicidio assistito, dimostrando una piena consapevolezza in ordine alla necessaria presenza dei professionisti sanitari nel processo formativo della volontà suicidaria, a tutela dell'infermo.

¹³ Proposta di legge n. 1875 del 30/5/2019, p. 3.

¹⁴ Cfr. D. Beylvelde e R. Brownsword, *Human dignity in bioethics and biolaw*, Oxford, 2001, *passim*.

alle quali è dovuta una necessaria ed inderogabile considerazione: prerogative, queste ultime, che si esercitano attraverso la capacità di libera autodeterminazione la quale, quindi, è il nucleo fondante ed il significato più profondo del concetto stesso di dignità che si esplicita (a) nel diritto ad ottenere rispetto in quanto essere umano, da parte di ogni altro essere umano; (b) nel diritto, di segno negativo, a non subire interventi indebiti nella propria sfera personale; (c) nel diritto, di segno affermativo, ad essere posto nelle migliori condizioni perché possa svilupparsi la propria personalità¹⁵. In sintesi, allora, può dirsi che il principio opera in questo senso come garanzia, di cui ognuno gode, di poter esprimere una volontà circa le decisioni che lo riguardano, senza che alcuno possa intervenire in senso difforme ad essa o limitarla per esigenze diverse da quelle di pubblico interesse.

In senso opposto al primo, il concetto di dignità umana può farsi coincidere con la fonte di “una serie di interdizioni e divieti non suscettibili di essere derogati neanche attraverso il consenso del titolare della garanzia, data la valenza tipicamente meta-individuale dei valori coinvolti”¹⁶. In altre parole, allora, il fondamento di questa teorica risiede nella circostanza per cui i comportamenti umani dovrebbero essere tali da risultare sempre aderenti a valori che trascendono l’individuo e, per questa ragione, essere soggetti a interdizioni non suscettibili di deroga nemmeno con il consenso del titolare – singolarmente osservato – delle garanzie di cui i valori stessi sono a presidio.

In sintesi, quindi, la distinzione è tracciata usando come discrimine la rilevanza dei comportamenti dell’individuo che riguardano la propria sfera personale, a seconda che ad essi si attribuisca una efficacia soltanto interna all’agente, ovvero si opini che questi possano avere una incidenza sugli interessi di tutti i consociati collettivamente considerati: con il conseguente divieto, in quest’ultimo caso, posto alle condotte contrarie a quel sentire comune che permette di differenziare ciò che è «dignitoso» da ciò che non lo è¹⁷.

Una volta esposti i termini della bipartizione teorica tra i differenti significati ascrivibili alla dignità umana, è del tutto chiaro come l’unica interpretazione del lemma coerente con l’impostazione del tema fatta propria dalla Corte costituzionale nell’ordinanza n. 207/2018 (che amplia la latitudine delle scelte che concernono il corpo e la salute del disponente, sino al punto di risolversi a porre termine alla propria vita) è quella che coincide con la facoltà piena dell’individuo di assumere ogni decisione su sé stesso, con la garanzia che nessun potere sociale interferisca sulla decisione medesima in nome di un astratto interesse collettivo sovraordinato a

¹⁵ Cfr. D. Beylveled e R. Brownsword, *op. cit.*, p. 15.

¹⁶ G. Resta, *La dignità*, in S. Rodotà, M. Tallacchini (a cura di), *Ambito e fonti del biodiritto*, Milano, 2010, p. 268.

¹⁷ Per le osservazioni critiche nei confronti di entrambe le accezioni del termine si rinvia a G. Giaimo, *op. cit.*, p. 13 ss.

quello del singolo¹⁸. In questo scenario, naturalmente, gioca un ruolo essenziale – oltre alla capacità volitiva – la piena coscienza del soggetto agente in merito agli effetti che discendono (anche soltanto in maniera potenziale) dalla sua volontà: consapevolezza, questa, che può essere raggiunta soltanto attraverso una informazione completa in ordine alle circostanze del caso specifico, resa in modo tale da porre il soggetto medesimo nelle condizioni ideali per compiere ogni scelta destinata ad incidere sulla propria sfera personale.

Gli estensori della proposta di legge n. 1875¹⁹, dal loro canto, hanno dimostrato una altrettanto convinta adesione all'identificazione del concetto di dignità con il principio di autodeterminazione, attestata sia con la già richiamata enunciazione dei fini del provvedimento normativo nell'inciso iniziale dell'art. 1, sia – e soprattutto – con l'aver escluso dalle fattispecie regolamentate di suicidio assistito o di eutanasia coloro che sono affetti da patologie di natura psichiatrica o psicologica, a causa dell'evidente incidenza che la patologia medesima potrebbe avere sulla genuinità del volere (art. 3, punto 1). La stessa attenzione alla consapevolezza dell'infermo si riverbera nell'importanza correttamente assegnata al momento informativo che precede la manifestazione della volontà²⁰, così come alle caratteristiche e alle modalità di espressione di essa. Con riferimento a queste ultime, in particolare, il comma 2 dell'art. 3 del progetto di legge n. 1875 stabilisce che la richiesta diretta a porre anticipatamente fine alla propria vita deve essere frutto “di una scelta libera, attuale e consapevole, ponderata e volontaria e deve essere manifestata nelle forme del testamento olografo alla presenza di due testimoni che devono datare e sottoscrivere il documento, ovvero per atto pubblico o scrittura privata autenticata”²¹. Sul punto, tuttavia, è necessaria un'osservazione. Il requisito dell'integrale

¹⁸ In questo senso, G. Piepoli (*Dignità e autonomia privata*, in *Pol. dir.*, 2003, p. 49), secondo il quale la dignità “definisce semplicemente l'attitudine del soggetto sovrano e libero ad autodeterminarsi in funzione dei fini che egli stesso si è dato. Ed in questa prospettiva, al rifiuto di una gerarchia di valori oggettivi ed imposti dall'esterno si accompagna la garanzia di una eguale libertà di tutti i soggetti dell'ordinamento, nonché il riconoscimento in ogni individuo della qualità di soggetto razionale, capace di azioni conseguenti”.

¹⁹ La stessa considerazione vale anche per le proposte di legge n. 1586 e 1655, le quali – sebbene attraverso una disciplina poco accurata – sono dirette ad eliminare la punibilità dell'assistenza al suicidio, al ricorrere di determinate condizioni. Al contrario, invece, la proposta di legge n. 1888 sembra aderire all'opposta concezione di dignità umana, per la quale esistono dei valori super-individuali (tra i quali, la vita) che non possono essere oggetto di disposizione da parte del singolo. Da qui, dunque, la scelta di mantenere la punibilità di coloro che agevolino l'altrui suicidio, sebbene con l'attenuante dovuta al turbamento indotto dalla sofferenza del convivente desideroso di porre termine ad un'esistenza connotata da intollerabili sofferenze.

²⁰ A questo proposito, il comma 3 dell'art. 4 della proposta di legge in commento stabilisce l'onere per il personale medico – al quale sia richiesto ausilio al suicidio, ovvero un trattamento eutanasi – di verificare che quell'intenzione provenga da un paziente “consapevole e informato della situazione clinica e della prognosi, nonché dei trattamenti sanitari ancora attuabili e del diritto di accedere alle cure palliative, fornendo un adeguato supporto psicologico finalizzato al sostegno del paziente e all'informazione sulle possibili e dignitose alternative alla scelta fatta”.

²¹ Con riferimento a coloro che versino in condizioni fisiche tali da non consentire il ricorso alle modalità espressive sopra indicate, il medesimo comma prosegue stabilendo che, con riferimento a costoro, “la richiesta può essere espressa attraverso video-registrazione o dispositivi idonei che consentano di comunicare e di esprimere personalmente la propria volontà”.

autografia del documento – proprio dell’olografo – è destinato, come è noto, ad accertare la provenienza dell’atto dal suo estensore a garanzia di autenticità della scheda stessa²². Nel caso specifico di richiesta di suicidio assistito o di trattamenti eutanasi, tuttavia, questa esigenza non è avvertita per almeno due motivi: in primo luogo, la necessaria compresenza di due testimoni alla redazione dell’istanza dovrebbe già essere utile a fugare qualsiasi dubbio in merito alla riferibilità dello scritto al suo estensore. In secondo luogo, il punto 4 dell’art. 4 della proposta di legge in commento stabilisce che il medico è “tenuto a verificare la perdurante volontà del paziente fino all’atto del trattamento e a darne atto nel diario clinico”: ciò significa, quindi, che non può esistere dubbio alcuno in ordine al ricondurre l’espressione del volere al suo autore, atteso che del consenso stesso occorre verificarne l’attualità al momento in cui deve darsene esecuzione concreta²³. Ferma rimanendo, dunque, l’opportunità degli altri requisiti (sottoscrizione e datazione) del testamento olografo, la necessità di una integrale redazione autografa – senza l’ausilio dei moderni e diffusi mezzi informatici – appare essere del tutto eccedente rispetto al fine; con il rischio di una possibile invalidazione di quella richiesta originariamente compilata attraverso video-scrittura, magari non più ripetibile a causa di un deterioramento delle condizioni fisiche del paziente divenute tali da non consentirgli una ulteriore manifestazione di volontà nelle forme richieste dalla legge.

Nessuna formalità, infine, è richiesta per l’eventuale revoca dell’istanza diretta a porre fine anticipatamente ai propri giorni, attesa l’importanza annessa al bene-vita la cui tutela cede soltanto di fronte al rispetto tributato alla dignità – intesa come possibilità di autodeterminazione – dell’infermo affetto da una condizione clinica irreversibile, fonte di sofferenze evidenti ed insostenibili²⁴.

Alcune ulteriori considerazioni devono essere compiute a riguardo del prospettato testo di legge, anche con riferimento ad alcune significative differenze che intercorrono con le altre proposte abbinata (quelle che ammettono la non punibilità, a determinate condizioni, dell’assistenza al suicidio) e che, come detto, rendono preferibile l’impianto normativo di cui al testo n. 1875 del 30 maggio 2019.

In primo luogo, i progetti di legge n. 1586 e n. 1655 stabiliscono (rispettivamente, all’art. 2, punto 1, lett. *e*) e all’art. 1 lett. *f*) che la richiesta dell’infermo deve essere motivata da

²² Cfr., *ex pluribus*, G. Azzariti, G. Martinez, S.F. Azzariti, *Successioni per causa di morte e donazioni*, Padova, 1973, p. 406; G. Branca, *Dei testamenti ordinari*, Bologna-Roma, 1986, p. 64; G. Criscuoli, *Il testamento. Norme e casi*, Padova, 1991, p. 40; M. Di Marzio, *Art. 602*, in *Commentario al codice civile a cura di Paolo Cendon*, Vol. VI, Milano, 2009, p. 971.

²³ La verifica di attualità del volere, con il conseguente accertamento della riferibilità dell’atto al suo autore, è ovviamente esclusa nell’ipotesi di testamento per il quale, quindi, è necessaria l’autografia integrale della scheda, anche al fine di evitarne manomissioni o aggiunte.

²⁴ Cfr. proposta di legge n. 1875 del 30/5/2019, art. 3, punto 4.

una patologia “inguaribile o con prognosi infausta inferiore a diciotto mesi”. Quest’ultimo termine è opportunamente assente nella proposta n. 1875, evidentemente in base alla considerazione per cui non è utile vincolare la volontà del malato di sottrarsi a sofferenze insostenibili ad un dato temporale nemmeno certo, ma derivante da un giudizio dei medici fondato sull’*id quod plerumque accidit*.

In secondo luogo, i progetti di legge n. 1586 e n. 1655 prescrivono²⁵ che “i parenti entro il secondo grado e il coniuge, con il consenso del paziente, siano stati informati della richiesta e, con il consenso del paziente, abbiano avuto modo di colloquiare con lo stesso”, mentre tale requisito di ammissibilità dell’istanza dell’infermo non è previsto – altrettanto opportunamente – nella proposta del 30 maggio 2019. Una siffatta disposizione, in effetti, provoca qualche perplessità, sia con riferimento all’assenza tra i destinatari dell’informazione di coloro che sono legati al degente da una relazione affettiva diversa dal vincolo matrimoniale (si pensi, ad esempio, ai rapporti di convivenza disciplinati dalla l. n. 76 del 20 maggio 2016), sia per l’eventuale incidenza che i parenti stessi potrebbero avere sulla spontaneità del volere del malato, magari attraverso condotte dirette a dissuaderlo dal proposito di abbreviare la propria vita e, di conseguenza, le sofferenze che lo affliggono. Posto, quindi, che l’informazione ai congiunti dovrebbe essere sempre subordinata al consenso dell’infermo, probabilmente sarebbe appropriato lasciare questa decisione soltanto alla determinazione del paziente, senza che essa sia annoverata tra le condizioni di non punibilità del personale sanitario che abbia praticato trattamenti eutanasi su richiesta del degente.

L’ultima, cospicua differenza tra le proposte abbinate risiede nella possibilità – prevista nei primi due progetti di legge e non nell’ultimo – per cui “ogni persona può compilare un atto scritto, con firma autenticata dall’ufficiale di anagrafe (...) con il quale chiede l’applicazione dell’eutanasia nell’ipotesi in cui egli diventi incapace di intendere e di volere ovvero di manifestare la propria volontà, nominando contemporaneamente un fiduciario (...) perché confermi la richiesta ricorrendone le condizioni”²⁶. La circostanza che attrae immediatamente l’attenzione del commentatore è relativa al fatto che per la confezione di una siffatta dichiarazione anticipata non è richiesta la maggiore età del disponente, con la conseguente percezione che – nell’ipotesi di trattamenti eutanasi da praticarsi in futuro, senza alcun collegamento ad uno stato patologico in atto al momento della manifestazione di volontà – sia sufficiente la capacità di intendere e di volere, invece che quella di agire. Questa conclusione potrebbe essere valida se rapportata, in maniera generica, ai diritti fondamentali dell’individuo,

²⁵ Cfr., rispettivamente, l’art. 2, punto 1, lett. d) e l’art. 1 lett. e).

²⁶ Cfr. proposta di legge n. 1655 del 7/3/2019, art. 4-ter. Il testo ripropone, con poche modifiche lessicali, quanto contenuto all’art. 3 della proposta di legge n. 1586 dell’11/2/2019.

in ordine ai quali non avrebbe alcun senso limitare in base all'età del titolare la possibilità di avvalersi del loro contenuto, con la conseguente valorizzazione dell'elemento volontaristico – e, dunque, della mera capacità di intendere e di volere – sganciato dal dato anagrafico formale sottostante all'acquisto della capacità di agire. Del tutto diversa, invece, è l'ipotesi di richiesta di eutanasia, formulata in anticipo rispetto al momento in cui dovesse insorgere uno stato patologico particolarmente afflittivo: in questo caso, infatti, non si tratta soltanto di manifestare un volere utile alla definizione di un percorso di cure – quale estrinsecazione del potere di autodeterminazione dell'individuo, in ordine alla sua possibilità di partecipare alla pianificazione del trattamento terapeutico conseguente allo stato patologico in cui egli versa – ma di disporre di sé stessi e, addirittura, della propria vita. L'effetto di una siffatta manifestazione di volontà sarebbe tale, infatti, da comportare una compromissione irrimediabile degli interessi fondamentali della persona, per la gestione dei quali è necessaria una piena capacità del disponente, connotata da una sicura attitudine a compiere quelle attività direttamente incidenti sulla propria sfera giuridica e personale²⁷: in sintesi, quindi, “non sembra fuori luogo ritenere che la forma di capacità che dovrebbe qualificare lo stato soggettivo del dichiarante non potrebbe essere soltanto la naturale capacità di intendere e di volere, dovendo, altresì, ricorrere la piena capacità legale di agire”²⁸.

Il presupposto dell'eutanasia, infine, risiede nell'attualità di una condizione patologica che arrechi sofferenze così gravi da rendere insopportabile l'esistenza dell'infermo. Questa circostanza, come è evidente, si pone in radicale antitesi con uno scenario nel quale un soggetto, ancora non tormentato da quei penosi patimenti, dichiara di voler porre anticipatamente termine alla propria vita nel caso in cui l'afflizione dovesse sopravvenire in futuro, magari in una condizione di sopraggiunta incapacità volitiva dell'infermo o nell'impossibilità di costui di potersi esprimere. Alla luce di queste considerazioni, dunque, sembra del tutto preferibile l'opzione legislativa di cui alla proposta n. 1875, la quale non contempla la possibilità di redigere dichiarazioni anticipate che abbiano ad oggetto il suicidio assistito del malato o l'applicazione su di esso di pratiche eutanasiche.

3. Un raffronto con l'Inghilterra: l'Assisted Dying Bill

La Corte costituzionale, nella sua ordinanza n. 207/2018, ha compiuto un esplicito riferimento al contesto inglese, richiamando una pronuncia²⁹ con la quale la *Supreme Court*

²⁷ Con riferimento alla capacità del disponente, si rinvia a G. Giaimo, *op. cit.*, p. 25 ss.

²⁸ T. Pasquino, *Autodeterminazione e dignità della morte*, Padova, 2009, p. 98. Cfr., anche, A. Nicolussi, *Al limite della vita: rifiuto e rinuncia ai trattamenti sanitari*, in *Quaderni Cost.*, 2010, p. 269 ss.

²⁹ *R (on the application of Nicklinson and another) v. Ministry of Justice*, [2014], UKSC, 38.

affermerò, con una travagliata decisione, l'opportunità che la materia del suicidio medicalmente assistito fosse regolamentata non per via giudiziaria ma, a cagione dell'asperità del tema, attraverso il dibattito parlamentare. Non è questa la sede per approfondire l'operato della Corte inglese³⁰, ma è utile rilevare come – a seguito di quella sentenza – sia stata presentata alla *House of Lords* (nel 2015 da parte di Lord Falconer of Thoroton e integralmente riproposta, l'anno successivo, da Lord Hayward) una articolata proposta di legge in materia di aiuto a morire, denominata *Assisted Dying Bill*. Questo progetto normativo, al momento attuale, non fa parte del calendario dei lavori della House of Lords, ma possiede una sicura utilità come pietra di paragone sulla quale testare le soluzioni adesso all'esame del Parlamento italiano, anche al fine di valutare l'eventuale completezza di queste ultime o l'esistenza di possibili lacune. Si procederà, dunque, con una preliminare esposizione ragionata dei contenuti del *Bill* per proseguire, successivamente, con un raffronto tra questi e l'ipotesi di regolamentazione della materia in discussione in Italia.

Il presupposto soggettivo che, secondo la prefigurata normativa inglese, sta a fondamento della richiesta di assistenza per porre anticipatamente termine alla propria vita consiste nella circostanza per la quale l'istante deve essere un malato terminale, affetto da una patologia a decorso progressivo e resistente alle cure, con una prospettiva di vita non superiore a sei mesi³¹. La domanda, inoltre, può essere presentata esclusivamente da un infermo maggiorenne, dotato della piena capacità volitiva, che dimostri un desiderio chiaro, consapevole e informato di porre termine alla propria vita e, infine, che sia residente in Inghilterra o in Galles da almeno un anno.

La richiesta di aiuto al suicidio, inoltre, è soggetta ad una serie di accorgimenti, tutti evidentemente destinati a garantire, attraverso molteplici tutele, una piena coscienza del malato in ordine ad una decisione tanto rilevante. Il perseguimento di tale scopo traspare già, in maniera ialina, dalla prevista necessità che l'istanza dell'infermo sia rivolta alla *Family Division*

³⁰ Sul punto, in via meramente orientativa e senza alcuna pretesa di completezza, si rinvia a E. Wicks, *The Supreme Court Judgment in Nicklinson: One Step Forward on Assisted Dying; Two Steps Back on Human Rights*, in *Medical Law Review*, Vol. 23, 2015, p. 144 ss.; E. Wicks, *Nicklinson and Lamb v United Kingdom: Strasbourg Fails to Assist on Assisted Dying in the UK*, in *Medical Law Review*, Vol. 24, 2016, p. 633 ss.; J. Downie, *Permitting Voluntary Euthanasia and Assisted Suicide: Law Reform Pathways for Common Law Jurisdictions*, in *QUT L. Rev.*, 2016, p. 84 ss.; N. Papadopoulou, *From Pretty to Nicklinson: Changing Judicial Attitudes to Assisted Dying*, in *European Human Rights Law Review*, 2017, p. 298 ss.; S.W. Smith, J. Coggon, C. Hobson, R. Huxtable, S. McGuinness, J. Miola, M. Neal (eds), *Ethical Judgments: Re-Writing Medical Law*, London, 2017; S.S. Martin, *Assisted Suicide and the European Convention on Human Rights: A Critical Analysis of the Case Law*, in *Trinity C.L. Rev.*, 2018, p. 244 ss.; M. E. Bucalo, G. Giaimo, *op. cit.*, p. 188 ss.; P. Szawarski, *Classic cases revisited. Tony Nicklinson and the question of dignity*, in *Journal of the Intensive Care Society*, 2019, p. 1 ss.; R. Potenzano, *op. cit.*, in corso di pubblicazione su *Riv. Dir. Fam. Pers.*, 2019.

³¹ Assisted Dying Bill 2016, *section 2*.

della High Court³², la quale ha il preliminare compito di accertare la genuinità del volere del richiedente, che deve essere frutto di un convincimento chiaro, stabile e, soprattutto, formatosi sulla scorta di tutte le informazioni relative a soluzioni alternative alla morte (ad esempio, il ricorso a cure palliative, ovvero il ricovero in centri specializzati nella terapia del dolore dei pazienti in fase terminale) utili a lenire quelle sofferenze che rendono insopportabile la permanenza in vita³³. La Corte adita, inoltre, ha l'onere di verificare che siano state osservate le formalità – anch'esse previste a protezione del malato – che devono accompagnare la confezione dell'istanza. In particolare, è stabilito che l'atto debba essere redatto e sottoscritto dal suo estensore in presenza di un testimone (che non può essere un parente³⁴ o un soggetto in qualche modo coinvolto nell'assistenza all'infermo) che, a sua volta, deve controfirmare l'atto stesso insieme al medico al quale sia stata richiesta l'assistenza al suicidio (*attending doctor*) e ad un ulteriore professionista (*independent doctor*) che non sia in alcun modo legato – nemmeno da vincoli di parentela – al primo³⁵. Ciascuno dei due sanitari, inoltre, prima di sottoscrivere l'istanza alla Corte deve avere visitato l'infermo e studiato la sua cartella clinica, in modo da accertarsi che si tratti di un malato terminale con una prognosi infausta non superiore a sei mesi e, soprattutto, che sia capace di assumere una decisione consapevole in merito alla propria esistenza attraverso una espressione di un volere informato, in alcun modo influenzato dall'esterno³⁶.

La proposta di legge inglese contiene anche un'articolata disciplina della maniera in cui deve attuarsi in concreto l'assistenza al suicidio. In particolare è previsto che – trascorsi almeno quattordici giorni dalla data dell'ordinanza autorizzativa del giudice adito³⁷ ed in assenza di revoca del consenso (espressa anche oralmente, senza alcuna formalità³⁸) da parte dell'infermo – l'*attending doctor* predisponga quanto necessario affinché l'aspirante suicida assuma da sé i farmaci che lo condurranno a morte e, se del caso, lo aiuti nel compimento dell'atto senza,

³² Assisted Dying Bill 2016, *section* 1(1).

³³ Assisted Dying Bill 2016, *section* 3(1)(a).

³⁴ Secondo la *section* 12, rientrano nella categoria dei parenti, che non possono assolvere al compito di controfirmare la richiesta di suicidio assistito, il coniuge o ex coniuge (o il *civil partner*), gli ascendenti e i discendenti in linea retta, i fratelli e le sorelle, gli zii e i nipoti (insieme ai loro coniugi o *civil partners*) sia del richiedente che del suo coniuge o ex coniuge (o *civil partner*).

³⁵ Assisted Dying Bill 2016, *section* 3(1)(b).

³⁶ Assisted Dying Bill 2016, *section* 3(3)(4). La *subsection* (5) stabilisce, inoltre, che nell'ipotesi in cui anche soltanto uno dei medici chiamati a controfirmare la richiesta dell'infermo abbia dei dubbi circa i presupposti soggettivi a fondamento della richiesta stessa, occorre rivolgersi ad uno specialista terzo che sia in grado di rendere un parere utile a risolvere le perplessità manifestate dai colleghi.

³⁷ Assisted Dying Bill 2016, *section* 4(2)(d). Questo periodo di tempo, tuttavia, può essere ridotto a sei giorni nel caso in cui l'*attending doctor* e l'*independent doctor* concordino sul fatto che, con ogni probabilità, il decorso della patologia terminale condurrà a morte il paziente entro un mese dalla data dell'autorizzazione giudiziaria (*section* 4[3]).

³⁸ Assisted Dying Bill 2016, *section* 3(7).

tuttavia, sostituirsi al paziente nella somministrazione delle sostanze letali causandone il decesso³⁹.

La *section 5*, infine, consente a chiunque di sottrarsi dal partecipare ad ogni attività connessa all'altrui suicidio assistito manifestando obiezione di coscienza, nonostante l'eventuale esistenza di un dovere – dipendente da una norma di legge o da un contratto – che gli imponga di agire in senso assertivo rispetto alla volontà del malato.

Gli spunti di riflessione, in chiave di comparazione con l'ordinamento italiano, non sono pochi ed alcuni di essi, auspicabilmente, potrebbero contribuire al miglioramento delle proposte di legge adesso all'esame delle competenti Commissioni parlamentari.

La prima considerazione che è possibile compiere riguarda la determinazione del prospettico legislatore inglese di restringere il perimetro applicativo della depenalizzazione dell'aiuto al suicidio (sempre limitata, come si è visto poco sopra, alle sole ipotesi in cui la fattispecie riguardi malati terminali), riservando la possibilità di attivare il relativo procedimento a coloro che siano residenti in Inghilterra o in Galles da almeno un anno: ciò comporta, infatti, l'evidente conseguenza di non consentire a dei soggetti stranieri – cittadini di Stati nei quali non è permessa l'assistenza all'infermo a porre termine anticipatamente alla propria vita – di recarsi in Inghilterra al fine di compiere quell'atto estremo vietato nei luoghi di provenienza.

La preoccupazione di assicurare ogni cautela in ordine alla consapevolezza inerente alla volontà sottesa alla decisione suicida si riverbera, anche, nel particolare procedimento che deve essere seguito al fine di giungere ad ottenere quanto desiderato. La necessità che ben due medici attestino – dopo avere esaminato separatamente il malato e la sua storia clinica – l'esistenza dei presupposti che legittimano il suicidio assistito e, soprattutto, il prescritto controllo dell'istanza e la conseguente autorizzazione da parte di un giudice costituiscono una perfetta garanzia contro l'eventualità di una assistenza prestata a pazienti che vogliano suicidarsi, senza alcun controllo *ex ante* sull'effettiva sussistenza, ad esempio, della loro capacità di autodeterminarsi, del carattere libero e informato della scelta da essi espressa e dell'irreversibilità della patologia da cui sono affetti. In definitiva, quindi, questa sorta di doppio controllo elimina in radice ogni probabile abuso che possa dipendere sia dalla compiacenza di un medico eccessivamente pronto ad assecondare una richiesta magari non perfettamente supportata dai suoi presupposti soggettivi (ad esempio, senza che sia conclamata una situazione clinica definitivamente compromessa dalla malattia); sia, ancora, dall'esistenza di una pressione indebita sul volere del malato non rilevabile da un medico come potrebbe esserlo, invece, da parte di un giudice.

³⁹ Assisted Dying Bill 2016, *section 4(4)(5)*. Le successive *subsections* stabiliscono, inoltre, il dovere per il medico di rimanere in prossimità del malato sino a che non sopraggiunga la morte e – nell'ipotesi in cui il malato stesso muti il proprio intendimento – di provvedere immediatamente a ritirare le sostanze letali rimaste inutilizzate.

La lettura dell'*Assisted Dying Bill* provoca un'ulteriore riflessione relativa al contenuto delle proposte di legge italiane. Queste ultime, infatti, hanno ampliato la portata dell'invito a legiferare compiuto dalla Corte costituzionale con l'ordinanza n. 207/2018, in quanto non si limitano a regolamentare le modalità di assistenza sanitaria al suicidio dell'infermo (così come era stato unicamente richiesto dalla Corte stessa), ma estendono la progettata normativa sino al punto da rendere ammissibile la condotta attiva del medico diretta a porre fine, in modo immediato e privo di sofferenze, alla vita di un paziente che, consapevolmente, ne abbia fatto richiesta⁴⁰. In vista, allora, di un futuro dibattito parlamentare che – per la delicatezza ed il peculiare carattere etico del tema trattato – non si preannuncia semplice e di piana conduzione, probabilmente sarebbe opportuno rinunciare ad ammettere la liceità dell'arrecare ad altri la morte (sebbene per un intento compassionevole e socialmente accettabile) e, così come avviene in Inghilterra, limitarsi a regolamentare la possibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito.

Per altro verso, alcune soluzioni italiane sembrano senz'altro preferibili rispetto alle omologhe inglesi. Alcune cautele previste dall'*Assisted Dying Bill*, ad esempio, sembrano eccedenti rispetto allo scopo prefisso e, soprattutto, foriere di possibili sperequazioni tra infermi che patiscono le stesse sofferenze. Ci si riferisce, in particolare, alla necessità presupposta che il richiedente sia afflitto da una patologia irreversibile, il cui decorso lascia una prospettiva di vita non superiore a sei mesi. Come si è sottolineato nel precedente paragrafo, infatti, subordinare una decisione così impegnativa ad una circostanza che dipende dall'opinione dei medici, senza alcuna certezza in ordine al suo verificarsi nei tempi previsti, limita eccessivamente la portata normativa, con il rischio evidente di trattare in modo differente coloro che – pur sopportando la medesima afflizione – hanno, nell'opinione dei professionisti sanitari, una differente prospettiva in merito a quanto la malattia gli lascia da vivere.

Il raffronto comparatistico tra le proposte di legge italiane ed inglese rende evidente, infine, come il progetto n.1875 del 30/5/2019 contenga – rispetto all'*Assisted Dying Bill* – un'appropriata delimitazione del perimetro di liceità del suicidio medicalmente assistito e del trattamento eutanascico, restringendo l'applicabilità delle relative regole a coloro che patiscono a causa di “sofferenze evidenti, insostenibili e irreversibili”⁴¹. Nonostante, infatti, l'attenzione

⁴⁰ Il riferimento è alle prime tre proposte di legge (di cui ai nn. 1586, 1655 e 1875), atteso che l'ultima (la n. 1888), come si è visto, non esclude la punibilità di chi abbia agevolato l'altrui suicidio – pure al ricorrere delle condizioni di legge – ma si limita ad affievolire la pena per chi abbia commesso il fatto nei confronti di persona affetta da patologia irreversibile, spinta dal grave turbamento arrecato dalla convivenza con un infermo gravemente sofferente.

⁴¹ Una ulteriore differenza consiste nel fatto che la proposta di legge italiana, a differenza che in Inghilterra, esclude espressamente l'applicabilità del suicidio assistito (o dei trattamenti eutanascici) alle patologie di natura psichiatrica o psicologica. A bene vedere, tuttavia, non si tratta di una effettiva diversità: l'attenzione riservata dall'*Assisted Dying Bill* alla verifica della sussistenza della capacità volitiva del richiedente – attraverso il concorde giudizio di almeno

prestata in Inghilterra al fine di circoscrivere la concreta portata della prospettata normativa soltanto a quelle situazioni nelle quali si tratta esclusivamente di anticipare, con il suicidio, una morte ormai prossima ed inevitabile, curiosamente non vi è alcun riferimento a quelle afflittive tribolazioni dovute allo stato di malattia, tali da incidere sull'esistenza stessa rendendola poco aderente a canoni di dignità. In altri termini, quindi, il presupposto applicativo della norma inglese pare essere la prossimità dell'evento fatale e non, invece, le condizioni di vita estremamente deteriorate in cui versa l'infermo e che giustificano un intervento diretto, in maniera compassionevole, ad abbreviarle. In tal modo, allora, è tributata una ben maggiore attenzione all'opinione dei medici⁴² – quali depositari di quella sapienza utile a pronosticare la rimanente durata dell'esistenza dell'infermo – rispetto all'autodeterminazione del paziente il quale, invece, dovrebbe poter decidere in merito al porre termine alla propria vita, sulla base dell'unico parametro (necessariamente soggettivo) dell'intollerabilità delle condizioni causate dalla malattia rispetto al proprio ideale di esistenza dignitosa.

due medici e la successiva verifica giudiziale – rende superfluo escludere dal novero dei soggetti interessati coloro che soffrano di malattie che alterano la percezione e la consapevolezza. Allo stesso modo, l'aver riservata la possibilità di accedere al suicidio medicalmente assistito a chi versa in condizioni di salute tali da non lasciargli una speranza di vita superiore a sei mesi impedisce, di fatto, ad eventuali pazienti psichiatrici di rientrare nell'ambito di applicazione della legge, posto che siffatte patologie non danno luogo a prognosi infauste a breve termine.

⁴² Sul ruolo che l'*Assisted Dying Bill* riserva ai professionisti sanitari, si rinvia a A. Mullock, *The Assisted Dying Bill and the role of the physician*, in *Journal of Medical Ethics*, 2015, p. 621 ss.