

Il disegno di legge sulla cosiddetta “morte volontaria medicalmente assistita”. Una lettura critica del documento in discussione al Senato

CLAUDIO SARTEA

Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia, Perugia.

Corrispondenza: Claudio Sartea, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia, Perugia, Italia; e-mail: claudio.sarte@unipg.it.

Ricevuto il 1 marzo 2022; accettato il 31 marzo, 2022

RIASSUNTO

Il saggio analizza il testo del disegno di legge sulla cosiddetta “morte volontaria medicalmente assistita” in discussione al Senato dopo l’approvazione alla Camera dei Deputati, evidenziandone alcune criticità biogiuridiche.

ABSTRACT

The proposal of law about “doctor-assisted voluntary death”. Critical issues on the document under discussion in the Senate.

The essay analyzes the proposal of law about “doctor-assisted voluntary death” that the Italian Senate is discussing in recent weeks after the approval of the Italian Chamber of Deputies, and highlights its main critical issues from a bio-juridical perspective.

Parole chiave: morte volontaria medicalmente assistita, suicidio assistito, eutanasia, indisponibilità della vita umana, vulnerabilità.

Key words: doctor-assisted voluntary death, assisted suicide, euthanasia, human life’s unavailability, vulnerability.

1. Presentazione

Il 10 marzo 2022 la Camera dei Deputati del Parlamento italiano ha approvato il testo unificato risultante da numerose proposte di legge confluite in un disegno di legge unitario che ha ottenuto 253 voti favorevoli, 117 voti contrari ed un solo astenuto. Nell’occasione, 69 Deputati risultavano in missione, cosicché in Aula gli Ono-

revoli presenti erano 371 su 630.¹ Attualmente, il disegno di legge risulta in esame in commissione al Senato, dal 26 aprile 2022.²

¹ Secondo i dati ufficiali disponibili presso il sito istituzionale della Camera dei Deputati: <https://www.camera.it/leg18/410?idSeduta=0654&tipo=stenografico#sed0654.stenografico.tit00050.sub00090>.

² <https://www.senato.it/leg/18/BGT/Schede/Ddliter/54050.htm> (sito consultato il 1 giugno 2022).

Il testo unificato costituisce l'esito ultimo (non per forza il definitivo o il migliore, come vedremo) di un tortuoso processo di approfondimento e dibattito sulla disciplina legale della fine della vita umana in situazioni di elevata medicalizzazione, che nel nostro Paese ha visto il suo esordio alla fine degli anni '90 dello scorso secolo. Come noto, non si tratta di una circostanza anomala o peculiare: quasi tutti gli ordinamenti a medicina avanzata (in Europa ed in America, per lo meno) sono su questi aspetti alle prese con logomachie molto vivaci, più o meno rispettose della delicatezza ed importanza dei beni in discussione. A fare da contrappunto o da stimolo del lavoro degli organi legislativi, oltre ai mezzi di comunicazione e di diffusione di opinioni, è stato da noi come altrove anche il potere giurisdizionale, con decisioni a vario livello, talvolta dirompenti.

In estrema sintesi, possiamo qui ricordare la lunga e dolorosa vicenda legata al cosiddetto "caso Englaro", conclusa sul piano normativo dalla prima sezione civile della Corte di Cassazione con la sentenza 21748 del 16 ottobre 2007.³ Prima dei sostanziosi interventi della Corte Costituzionale italiana, a cui di seguito faremo ripetuto riferimento anche per la loro rilevanza nella strutturazione del disegno di legge in esame, è importante qui ricordare il parallelo percorso effettuato dalla Corte Europea dei Diritti Umani (CEDU) a partire dal noto "caso Pretty", deciso nel 2002.⁴ Negli

anni immediatamente successivi, all'attenzione dei giudici della CEDU si sono presentati alcuni casi di suicidio assistito per sentenziare sui quali la Corte ha in parte ammorbidito le conclusioni cui era pervenuta per quel caso, fino all'ultimo pronunciamento, sul cosiddetto "caso Lambert",⁵ che pur non integrando gli estremi di un suicidio assistito ha permesso ai giudici di Strasburgo di ribaltare la "dottrina Pretty" ed autorizzare l'interruzione dei trattamenti vitali (si trattava di una situazione clinica per molti aspetti simile a quella di Eluana Englaro).

Mentre in Parlamento, con il susseguirsi delle legislature, si arenavano i disegni di legge con cui era stata tentata una reazione alla grave crisi politica e giuridica determinata dall'esito del "caso Englaro", si è proposta all'attenzione dell'opinione pubblica tramite l'intensa attività di sensibilizzazione di alcuni gruppi politici e non politici molto operosi su queste tematiche la vicenda di Fabiano Antoniani, giovane in gravi condizioni di tetraplegia a seguito di un incidente motociclistico. La decisione di accedere ai servizi di suicidio assistito in Svizzera (dove l'eutanasia è vietata ma è possibile darsi la morte dietro prescrizione medica di farmaci letali a condizioni stabilite dalla legge e valide anche per i cittadini di altri Paesi), supportata da un esponente di uno dei suddetti gruppi, ha innescato una vicenda giudiziaria che secondo copione ha portato all'interessamento della

³ Per un approfondimento al riguardo, nella sterminata letteratura sia permesso segnalare [1], se non altro perché offre un compendio interdisciplinare di considerazioni biogiuridiche e medico-legali.

⁴ Per la *press release* può consultarsi sul sito istituzionale della Corte di Strasburgo questa pagina: <https://hu->

[doc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22003-542432-544154%22%7D](https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22003-542432-544154%22%7D).

⁵ La *information note* relativa a questo caso è reperibile in <https://hudoc.echr.coe.int/fre#%7B%22itemid%22:%5B%22002-10758%22%7D>.

Corte Costituzionale italiana per dirimere il dubbio di costituzionalità dell'art. 580 del codice penale (disposizione in cui dal 1930 trova disciplina il delitto di istigazione ed aiuto al suicidio). La fattispecie chiamata in causa era quella dell'aiuto (materiale), e la Consulta, con un'inedita successione di provvedimenti⁶ volta a favorire l'invocato intervento legislativo dell'organo competente, il Parlamento, ha concluso per la declaratoria di parziale illegittimità costituzionale della norma penale, «nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 2019 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) [...] agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».

È all'interno di questo scenario che si è approdati alla discussione prima in Commissione e poi in Aula del disegno di legge sulla “morte volontaria medicalmente assistita”, con l'approvazione di cui si è detto da parte della Camera dei Deputati. Sebbene non sia certo che il testo, così com'è stato licenziato dalla Camera,

venga approvato definitivamente dal Senato e diventi legge dello Stato italiano, esso – per l'importanza del tema affrontato e per l'ambiguità di alcune soluzioni – solleva questioni biogiuridiche meritevoli di attenta considerazione: in premessa, va chiarito che tale attenta considerazione non si limiterà ad un approccio che potremmo chiamare di biodiritto, intendendo con questo termine lo studio (analitico e descrittivo) delle norme vigenti di un ordinamento positivo. Il tentativo è quello di fornire riflessioni provenienti dalla diversa scienza chiamata “biogiuridica” [2; 3], che propone uno studio critico delle norme vigenti (o, come in questo caso, in fase di approvazione), in vista del miglioramento dell'ordinamento giuridico (considerando come un miglioramento un maggior avvicinamento alla giustizia, al classico *dare unicuique suum* a cui ad avviso di molti ogni ordinamento giuridico dovrebbe tendere per principio). È ovvio che questa prospettiva, che trascende lo *jus conditum* e semmai indaga lo *jus condendum* come il miglior diritto possibile in relazione a determinati parametri ideali (o filosofici), muove da visioni antropologiche cui è debitrice ogni specifica concezione sostantiva del diritto come fenomeno non casuale né accidentale all'interno dell'esperienza umana [4].

2. Lettura critica del testo

Il disegno di legge in discussione al Senato si compone di 9 articoli, senza ulteriori suddivisioni in capi o sezioni. Il titolo è “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita”. A questa

⁶ L'ordinanza 207/2018 e la sentenza 242/2019.

espressione si è pervenuti dopo il vaglio di numerose altre diciture, ciascuna a proprio modo rivelativa degli intenti dei proponenti e del disegno complessivo della legislazione in esame, e che è utile riprodurre qui di seguito: “rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell’eutanasia”,⁷ “disposizioni in materia di rifiuti di trattamenti sanitari e di eutanasia”,⁸ “modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n. 2019, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia”,⁹ “introduzione degli articoli 4-*bis* e 4-*ter* della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia”,¹⁰ “disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasiaco”,¹¹ “modifiche all’articolo 580 del codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative”,¹² “disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasiaco”,¹³ ed infine “disposizioni in materia di morte volontaria me-

dicalmente assistita”.¹⁴ Al di là di altre considerazioni, richiama l’attenzione il fatto che in quasi tutti i titoli proposti finora, con l’eccezione di due soli, sia espressamente indicata l’eutanasia come oggetto della disciplina legale in discussione: come constateremo a breve, si tratta di un aspetto importante nel determinare l’ambiguità del disegno di legge infine approvato dalla Camera. La cosa è tanto più rilevante se si considera che in nessuno dei suoi interventi la Corte Costituzionale ha mai richiamato l’attenzione su ipotetiche lacune legali in tema di eutanasia, limitando le proprie censure all’ordinamento agli aspetti di carenza normativa in materia di suicidio assistito (e per di più in modo strettamente limitato alla casistica del cosiddetto “fine vita” ipermedicalizzato). Almeno a sentire della Consulta, dunque, l’urgenza regolatoria *non ha mai riguardato* l’eutanasia in Italia.

Il primo articolo indica le finalità della normativa, volta a disciplinare «la facoltà della persona affetta da una patologia irreversibile e con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile di richiedere assistenza medica, al fine di porre fine volontariamente ed autonomamente alla propria vita». ¹⁵ La norma è intuitivamente centrale: non solo perché inaugura la legge, ma anche e soprattutto perché s’impegna

⁷ Proposta di legge n. 2, d’iniziativa popolare.

⁸ Proposta di legge n. 1418, d’iniziativa dei Deputati Zan, Nardi e Migliore.

⁹ Proposta di legge n. 1586, d’iniziativa dei Deputati Cecconi e Magi.

¹⁰ Proposta di legge n. 1655, d’iniziativa dei Deputati Rostan, Conte, Fornaro, Occhionero, Speranza.

¹¹ Proposta di legge n. 1875, d’iniziativa dei Deputati Sarli, Trizzino, Sportiello, Perantoni, Palmisano, Di Sarano, Lorefice, Nesci, Lapia, Sapia, Massimo Enrico Baroni, Mammi, Zolezzi, Sarti, Piera Aiello, Penna, Misiti, Brescia, Corneli, Magi, Termini.

¹² Proposta di legge n. 1888, d’iniziativa dei Deputati Alessandro Pagano, Turri, Panizzut, Bisa, Boldi, Boniardi, De Martini, Cantalamessa, Foscolo, Di Muro, Lazzarini, Marchetti, Locatelli, Paolini, Tiramani, Potenti, Ziello, Tateo.

¹³ Proposta di legge n. 2982, d’iniziativa dei Deputati Sportiello, Cornelli, D’Arrando, Giuiano, Lorefice, Perantoni, Ricciardi, Elisa Tripodi, Trizzino.

¹⁴ Proposta di legge n. 3101, d’iniziativa del Deputato Trizzino.

¹⁵ In ogni successiva citazione di norme contenute nel disegno di legge in cui si contenessero parole in corsivo, il corsivo è da attribuire ovviamente all’autore di questo contributo: l’ovvietà discende sia dal fatto che nei testi di legge non si ammettono, ordinariamente, espressioni accentuate in qualsivoglia maniera, sia dall’intento illustrativo della presente trattazione critica, che legittima il ricorso alle evidenziazioni stilistiche per orientare l’attenzione del lettore.

espressamente ad illustrarne le finalità. Purtroppo, non è chiara ed univoca come si potrebbe supporre (e si dovrebbe auspicare): il termine impiegato per descrivere la situazione giuridica soggettiva è “facoltà”, la descrizione clinica delle condizioni del paziente è estremamente vaga (che cosa significa “prognosi infausta”? entro quale termine di esito letale?), ed al limite generica (numerose “condizioni cliniche”, anche tutt’altro che gravi, sono “irreversibili”: basterebbe un’artrosi cervicale idonea a produrre dolori ritenuti dal paziente insopportabili a legittimare la richiesta di assistenza al suicidio?). Vi è poi, più rilevante ancora per i giuristi, la questione degli avverbi di libertà: sono omologhi (e dunque costituiscono un’inutile ripetizione) l’avverbio “volontariamente” e l’avverbio “autonomamente”? Se non lo sono, quale profilo li differenzia? La volontà fa riferimento alla formazione interiore del proposito, e l’autonomia alla sua attuazione? Ma in tal caso in che cosa consisterebbe la “assistenza medica” che pure costituisce evidentemente il centro nevralgico della disciplina che si vorrebbe introdurre in un ordinamento che non solo proibisce l’eutanasia (sotto il *nomen juris* di “omicidio del consenziente”, art. 579 c.p.), ma incrimina anche le condotte di istigazione ed aiuto al suicidio (art. 580 c.p., sopravvissuto al vaglio di costituzionalità della sentenza 242/2019 di cui si è già detto)?

In via teorica, il successivo art. 2 potrebbe venire in aiuto degli interpreti, giacché reca in rubrica la dicitura “definizione”: «Si intende per morte volontaria medicalmente assistita il decesso cagionato da un atto autonomo con il quale, in esito al percorso disciplinato dalle norme della

presente legge, si pone fine alla propria vita in modo volontario, dignitoso e consapevole, con il supporto e sotto il controllo del Servizio sanitario nazionale». Senonché, il ginepraio ermeneutico invece di sfoltersi qui s’infittisce ancor di più: anzitutto, per la scelta dei redattori del disegno di legge di non menzionare in questa norma chiave il suicidio (parola che, stranamente, appare solo una volta in tutto l’articolo, quasi di sfuggita ed in una norma marginale come quella contenuta nell’art. 6.3 sull’obiezione di coscienza). Dunque la legge sul suicidio assistito invocata dalla Corte Costituzionale non usa mai l’espressione “suicidio assistito”, ricorrendo ad ogni altra parola disponibile nella lingua italiana per descrivere la fine dell’esistenza biologica individuale (qui “morte volontaria”, “decesso cagionato da un atto autonomo”, e “porre fine alla propria vita in modo volontario”). Inoltre, anche senza soffermarsi sul sovraccarico avverbiale (anche in questo caso) con cui si descrive il “modo” (volontario, dignitoso e consapevole: c’è volontarietà priva di consapevolezza? E che cos’è la dignità di cui qui si parla?), resta in sospenso proprio il punto decisivo di questa norma, della precedente e si direbbe di tutto il *corpus* approvato dalla Camera: vale a dire la rilevanza dell’apporto di soggetti *altri* (operatori sanitari e, come vedremo, non solo), nel “percorso” suicidario che la normativa vorrebbe disciplinare proprio sotto questo rispetto. In effetti, non si vedono altri motivi per tentare una legalizzazione del suicidio se non quello di configurare, qualificare e disciplinare con qualche precisione giuridica l’apporto (limiti, funzioni, responsabilità, possibili abusi, e così via) di *altre persone* nell’at-

tuazione del proposito suicidario del malato. Di per sé infatti il suicidio è fuori dalla legalità sia per difetto di giuridicità (nel senso che è un atto anti-giuridico in tutti gli ordinamenti che si pongono al servizio della protezione della vita umana – e senza dubbio l'ordinamento italiano al pari di numerosi altri ordinamenti liberali oggi vigenti si concepisce in tal modo¹⁶), sia per eccesso (nel senso che anche l'eventuale esecuzione di un proposito suicidario, in contrasto con le previsioni e gli auspici dell'ordinamento, non è in alcun modo perseguibile o sanzionabile, per l'incapacità dell'ordinamento stesso di raggiungere il responsabile, dovunque egli si trovi). È appunto l'aggiungersi di altri soggetti parzialmente responsabili, dunque intenzionalmente o per posizione di garanzia inclusi nella catena causale che porta al decesso del suicida, che fa scaturire l'esigenza di una eventuale lettura legale idonea a delinearne il ruolo e di conseguenza la responsabilità. Abbiamo altresì notato che quasi tutti i titoli delle proposte di legge confluite poi in quella approvata dalla Camera facevano espresso riferimento all'eutanasia: e potrebbe essere proprio questa mai risolta né chiarita ambiguità tra le azioni che si intende disciplinare (eutanasia e suicidio assistito) a spiegare la singolare e grossolana carenza in cui incappa qui il disegno di legge.

L'art. 3 è rubricato “presupposti e condizioni”, anche se indica quelli che nel linguaggio legale normalmente vengono de-

finiti “requisiti soggettivi”: la maggiore età del richiedente, la sua capacità d'intendere e volere («e di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli», come se questa dicitura aggiungesse qualcosa alla capacità d'agire di base, e non confondesse invece – e non poco – il quadro di riferimento soggettivo: a cui vengono poi aggiunte altre due caratteristiche, l'adeguata informazione ed il previo coinvolgimento «in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenze», cure che però dovranno essere state rifiutate esplicitamente. Anche questo dettaglio, che sembra quasi colpevolizzare il paziente, in realtà vuole solo garantire la compatibilità della nuova normativa con le regole deontologiche e legali vigenti).

In caso di approvazione di questo testo, sarà compito dell'interprete assegnare un qualche significato a tali espressioni: per ora, è già possibile registrare il disagio con cui la classe medica assume il rifiuto di cure palliative (il fallimento definitivo della relazione terapeutica, che coincide con l'emarginazione – per rifiuto – dei sanitari dalla vicenda personale del malato), per esempio ben visibile nel primo caso di applicazione della decisione della Consulta, verificatosi nelle Marche.¹⁷ La Corte Costituzionale aveva affermato che «il coinvolgimento in un percorso di cure palliative

¹⁶ Basti per tutti rileggere quanto affermato in modo in-contrastato da CEDU Pretty sul diritto alla vita ed il diritto alla morte, cui fa esplicitamente eco anche la nostra Corte Costituzionale nelle sentenze 242/2019 e 50/2022.

¹⁷ Nel Parere del Comitato Etico Regionale delle Marche, rilasciato il 9 novembre 2021, si sottolinea che «il soggetto ha espresso soddisfazione per il livello terapeutico assistenziale attuale e non ha accettato le proposte terapeutiche di integrazione della terapia con farmaci antidolorifici o con ulteriori aiuti domiciliari»; poco oltre, si aggiunge la segnalazione della «indisponibilità del soggetto ad accedere ad una terapia antidolorifica integrativa».

deve costituire un pre-requisito della scelta, in seguito, di qualsiasi percorso alternativo da parte del paziente»: ¹⁸ la legge in discussione, dunque, non fa che recepire un'indicazione espressa della Consulta; ma la coerenza tra le istituzioni giuridiche si mostra qui come altrove condizione necessaria, non di per sé sufficiente alla piena soddisfazione delle esigenze del concreto vissuto clinico.

Le condizioni vere e proprie del paziente sono delineate nel secondo comma dell'art. 3, con due lettere che indicano situazioni che devono essere necessariamente concomitanti per risultare tali da legittimare, secondo il disegno di legge, la richiesta di assistenza *de qua*: la persona deve soffrire di una patologia «irreversibile e con prognosi infausta», oppure soffrire di una condizione clinica irreversibile, l'una e l'altra tali da produrre sofferenze «fisiche e psicologiche che la persona stessa trova assolutamente intollerabili», e deve *concomitantemente* «essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente». Non è la prima volta che il discorso del legislatore pretende di farsi tecnico, nell'intento di importare nell'ordinamento giuridico i tecnicismi dell'area medica. Anche in questo caso, il risultato è problematico, come già notato da medici ed operatori sanitari: che cosa significa infatti “prognosi infausta”? L'assenza di riferimenti temporali rende amplissima (e dunque eccessivamente generica) tale indicazione, anche se la si applica a patologie irreversibili fonti di sofferenze intollerabili. Anche

la condizione di intollerabilità (delle sofferenze sia fisiche sia psicologiche, secondo il dettato letterale della norma), viene espressamente sottratta a qualunque vaglio obiettivo (cioè propriamente clinico: numerosi sono gli *score* disponibili per misurare secondo criteri oggettivanti questo parametro, come sono numerosi i questionari internazionalmente validati per ottenere informazioni dai pazienti in tal senso), assegnando esclusivamente alla percezione soggettiva del paziente tale qualificazione. Apparentemente più univoco e meno sfuggente è il criterio introdotto dalla lettera b, con il riferimento ai trattamenti di sostegno vitale che tengono in vita il paziente al punto che la loro interruzione provocherebbe il suo decesso: ma approfondendo anche solo un poco tale criterio se ne intuisce la scarsa affidabilità, vuoi per l'assenza, anche in questo caso, di qualsiasi parametro temporale (quale decorso di tempo tra l'interruzione dei trattamenti e la morte del paziente è da considerare ragionevolmente significativo per stabilire che quei trattamenti “lo tengono in vita” ai sensi di una legge sul suicidio assistito?), vuoi perché vi sono casi (e paradossalmente anche quello che ha provocato l'interessamento della Corte Costituzionale e l'inesco giuridico delle attuali aperture alla legalizzazione di queste pratiche) in cui l'interruzione di trattamenti di sostegno vitale anche estremi come il respiratore artificiale non provoca il decesso del paziente, o almeno non lo provoca in modo immediato e diretto. Ma si pensi anche – tenuto conto della genericità del dettato normativo – a trattamenti quali la fisioterapia passiva o l'igiene quotidiana o la mobilitazione nel letto, sospendendo i quali il paziente va incontro a morte certa,

¹⁸ Corte Costituzionale, sentenza 242/2019, n. 2.4.

anche se forse non immediata, per compli-
canze non già della patologia di cui soffre,
ma delle conseguenze dannose dell'assenza
di trattamenti, come piaghe da decubito
o infezioni. In una più lontana decisione
dettata a tutt'altro fine, in materia di pro-
creazione medicalmente assistita, la Con-
sulta aveva già avvertito il legislatore circa
l'inopportunità di ingerirsi nella gestione
concreta del rapporto clinico, rivendicando
alla relazione tra il malato ed i curanti uno
spazio di autonomia all'interno del quale è
abusivo che il legislatore si intrometta, in
danno (almeno potenziale) del bene giuri-
dico costituito dalla salute del paziente.¹⁹

Il successivo articolo 4, e così il lunghis-
simo art. 5, sono dedicati alla descrizione
analitica delle procedure di "morte volonta-
ria medicalmente assistita". Disciplinati, con
il primo disposto, "requisiti e forma della ri-
chiesta", con l'ormai abituale apertura alla
forma per «videoregistrazione o qualunque
altro dispositivo idoneo» (ed il carico di in-
certezza che questa postmoderna forma le-
gale può aggiungere per gli operatori sani-
tari, vista la posta in gioco), nel secondo di-
sposto il disegno di legge descrive le "mo-
dalità". Sintetizzando molto, se la richiesta
di assistenza supera il primo vaglio, quello
del medico di medicina generale o del me-
dico curante a seconda dei casi, essa, corre-
data di un rapporto di questi dettagliatamen-
te descritto nella norma, viene recapitata al
«Comitato per la valutazione clinica», che
entro trenta giorni esprime un parere moti-
vato sulla stessa: se il parere è favorevole,
senza indugio va trasmesso alla struttura sa-

nitaria di riferimento, la quale ha l'onere di
rendere possibile l'attuazione della richiesta
di morte anche qualora essa provenga da
persone «prive di autonomia fisica» (e dun-
que incapaci di provvedere autonomamente,
con buona pace di quanto più volte disposto
in precedenza). Interessante osservare che
vi sono due possibili inceppamenti della
procedura: o a livello del medico che riceve
la richiesta, che può ritenerla «palesamente
priva dei presupposti e condizioni dell'art.
3» e dunque bloccarla, o a livello del Comi-
tato, che può esprimere un parere contrario.
In entrambi i casi, contro i dinieghi delle fi-
gure clinicamente responsabili il paziente
può «ricorrere al giudice territorialmente
competente».

L'art. 6 disciplina l'obiezione di coscienza
del "personale sanitario ed esercente le
attività sanitarie ausiliarie", in modo del tut-
to analogo a come è stato fatto in occasione
della depenalizzazione dell'interruzione vo-
lontaria della gravidanza (art. 9 della legge
194/1978). Esattamente come allora, nem-
meno in questa occasione il legislatore si
preoccupa di fornire una definizione del-
l'istituto e qualsivoglia precisazione circa le
sue ragioni e motivazioni (che proprio a cau-
sa dell'estrema genericità tollerata, hanno
negli anni favorito la diffidenza degli osser-
vatori ed anche, talora, dell'opinione pub-
blica, senza che questo peraltro impensieris-
se gli obiettori, che almeno per la pratica
abortiva sono rimasti la grande maggioranza
dei ginecologi e la più parte degli altri ope-
ratori sanitari²⁰); e proprio come allora, il le-

¹⁹ Si tratta della sentenza 151/2009, se interessa un
commento biogiuridico e medico-legale della quale, sia
consentito rimandare a [6].

²⁰ Come conferma di anno in anno la Relazione sull'at-
tuazione della legge 194 che il Ministro della Salute è
tenuto a presentare alle Camere e viene poi pubblicata
sul sito istituzionale.

gislatore non si preoccupa di altre figure, non sanitarie, potenzialmente coinvolte nella procedura eticamente problematica e dunque potenzialmente vittime di dilemmi di coscienza (si pensi al giudice per i casi di ricorso, o ai membri non sanitari del Comitato, la cui opinione è in ogni caso necessaria per la completa istruzione legale della pratica). In questo articolo, per il resto come detto piuttosto traluzio ed insignificante, spicca tuttavia l'unica apparizione della parola "suicidio" in tutto l'articolato normativo in discussione (come già accennato, nel comma terzo: «L'obiezione di coscienza esonera [...] dal compimento delle procedure e delle attività specificamente dirette al *suicidio* e non dall'assistenza antecedente l'intervento»).

L'art. 7 istituisce e regola i "Comitati per la valutazione clinica", presso le aziende sanitarie locali. Il loro scopo, secondo questa norma, è quello di «garantire la dignità delle persone malate e di sostenere gli esercenti nelle scelte etiche a cui sono chiamati»: il che farebbe pensare ad un ruolo non burocratico e passivo, ma compatibile sia con reiterati dinieghi (rispetto alle richieste dei pazienti che desiderano porre fine alle proprie sofferenze), sia con iniziative formative in favore dei pazienti stessi ed ancor di più degli operatori sanitari. Ma non è facile immaginare come concretamente questi nuovi organismi potrebbero assolvere ai propri compiti (ancor di più se in relazione alla loro composizione si riproponessero le problematiche che hanno accompagnato i tentativi di esclusione o emarginazione degli obiettori di coscienza dai Consultori incaricati del rilascio delle autorizzazioni all'interruzione volontaria della gravidanza).

L'ultimo articolo prima del solito articolo di "disposizioni finali" (molto interessante dal punto di vista operativo, ma che qui non verrà preso in esame) riguarda l'esclusione di punibilità dei soggetti che hanno partecipato a procedure disciplinate dalla legge e dalle quali è derivata la morte di qualcuno, in eccezione al disposto degli artt. 580 e 593 del codice penale (rispettivamente dedicati ai delitti di istigazione ed aiuto al suicidio ed all'omissione di soccorso). Rilevano in questa disposizione almeno due profili: l'assenza di qualsiasi riferimento all'art. 579 (sull'omicidio del consenziente, cioè sull'eutanasia), che dunque viene implicitamente considerata esterna al perimetro di regolazione della normativa in approvazione; e l'inattesa (e fin qui del tutto assente) inclusione tra i soggetti non punibili di «tutti coloro che abbiano agevolato in qualsiasi modo la persona malata ad attivare, istruire e portare a termine la predetta procedura». Dunque d'improvviso la fattispecie disciplinata dal disegno di legge, fin qui pacificamente "propria", cioè relativa all'operato di figure professionali qualificate (al punto da incidere sulla stessa definizione legale della pratica disciplinata, appunto "morte volontaria *medicalmente assistita*"), si allarga indefinitamente a tutti i possibili soggetti cooperanti nell'attuazione del proposito suicidario del malato che versa nelle condizioni descritte, senza alcun riferimento alle loro competenze e responsabilità specifiche e soprattutto senza più vincoli comportamentali (vale a dire senza limitazione di azioni di cooperazione nella morte del paziente): ne risulterebbe che mentre la condotta degli operatori sanitari è sottoposta a (più o meno) rigorosi requisiti procedurali, l'apporto di questi

cooperatori “laici” (nel senso di non qualificati) potrebbe avvenire in qualsiasi modo, senza implicare punibilità ai sensi delle norme incriminatrici dell’istigazione ed aiuto al suicidio e dell’omissione di soccorso.

3. Principali criticità

La lettura critica del disegno di legge proposta nel precedente paragrafo è sufficientemente esplicita da far intendere chiaramente quali ne siano le principali questioni aperte. Di seguito esse verranno ricapitolate per gruppo tematico, allo scopo di favorire l’opportuna discussione su ognuna di esse.

3.1. Equivocità delle espressioni

In un testo legale, la lettera è essenziale quanto lo spirito: si tratta di elementi – forma e sostanza – che nel linguaggio giuridico sono per definizione in equilibrio,²¹ e non è consentito trascurarne uno pur di rafforzare l’altro, come magari è invece possibile fare in altri ambiti semantici. È facile immaginare le ragioni di questa affermazione, piuttosto intuitiva di per sé: sono ra-

²¹ Questo punto è un classico rovello della filosofia del diritto recente: per tutti è sufficiente riandare alla dottrina di Radbruch sul bilanciamento di forma e contenuto nella norma giuridica: può anche essere ingiusta, ma andrà rispettata in quanto appartenente all’ordinamento (valida: cioè formalmente ineccepibile), fino al limite dell’intollerabile ingiustizia delle conseguenze del suo rispetto [7]. La dottrina, come ben noto, segnò la svolta antipositivista dell’Autore e fornì un inquadramento in termini di giustizia ai processi di Norimberga contro i misfatti del Terzo Reich.

gioni che rimandano all’esigenza strutturale di disporre di leggi chiare, la cui interpretazione – di per sé sempre aperta, e dunque suscettibile di influenze soggettive da ridurre al massimo – sia il più possibile incanalata verso gli obiettivi che il legislatore intende realizzare con la sua entrata in vigore. Più il testo legale si avvicina e lambisce beni fondamentali, più c’è da aspettarsi che questo criterio venga rispettato, ed il linguaggio risulti univoco, chiaro, refrattario ad ermeneutiche conflittive o addirittura contraddittorie. Se poi l’articolato normativo riguarda il bene per antonomasia, la vita umana, l’esigenza di cui stiamo parlando si fa estrema. Non è quello cui assistiamo nel caso di questo disegno di legge, e sarebbe grave omettere di rilevarlo come il suo primo difetto: abbiamo notato che non viene detto con chiarezza in nessun punto nemmeno quale sia l’oggetto della disciplina proposta (se il suicidio assistito o l’eutanasia, o magari entrambi), gli stessi requisiti soggettivi che abilitano alla richiesta di assistenza nella cosiddetta “morte volontaria” sono descritti con inaccettabile approssimatività (sia sul piano clinico, sia persino su quello giuridico), c’è poi lo sconcertante ampliamento della fattispecie di aiuto a soggetti non operatori sanitari, che costringe a rivedere l’intero apparato normativo alla luce di questa de-qualificazione.

3.2. Il problema del contributo causale di terzi

Il cuore problematico dell’intera normativa è comunque, come emerso anche nel precedente paragrafo, quello relativo al

concetto di “assistenza” evocato in numerose norme e nell’intitolazione del disegno di legge (dedicato, lo ricordiamo, alla morte volontaria “medicalmente assistita”). Si è già osservato che l’assistenza potrebbe anche non essere medica, se bisogna dare qualche significato alle espressioni dell’art. 8 sull’esclusione di punibilità, estesa come detto anche a soggetti non qualificati da titoli sanitari. Ma ora conviene concentrare l’attenzione sull’assistenza medica, che è quella che si trova al centro del dibattito politico-culturale e che dovrebbe trovare in questa proposta normativa una regolazione definitiva. Appare subito chiaro che non è così: il fallimento di questo intento regolatorio è però intrinsecamente correlato al fallimento dell’intero progetto normativo.

Vi è *in primis* la questione della definizione di *assistenza* presupposta dalla normativa. In nessun luogo del disegno di legge è dato comprendere con chiarezza in che cosa essa possa o debba consistere: il che potrebbe anche essere richiesto dall’intento del legislatore di lasciare margini ampi ed indefiniti alle fattispecie regolate dalla normativa, ma sortisce l’effetto, ermeneuticamente molto problematico, di proiettare ombre rilevanti sulle attribuzioni di responsabilità e mancare di conseguenza il principale bersaglio della nuova legge. Se il testo disciplina il suicidio assistito, allora l’assistenza sanitaria dovrebbe presumersi limitata alla certificazione della sussistenza dei requisiti clinici indicati dalla legge (certificazione, per inciso, che può avvenire solo ad opera di soggetti qualificati, e dunque non di tutti quelli la cui punibilità viene esclusa dall’art. 8), ed eventualmente, come in Svizzera, dalla prescrizione e ove necessario dalla fornitura del prodotto letale

(si avverte una certa resistenza a chiamarlo *farmaco*, a meno che non si ricordi che nella lingua greca da cui deriva la parola contiene l’ambivalenza sintomatica su cui tante volte si è riflettuto, giacché copre tutto il territorio semantico compreso tra il significato di rimedio e quello di veleno). Fin qui il ruolo del personale sanitario appare paragonabile a quello di un supporto tecnico (cognitivo e pratico), per la decisione e l’esecuzione del paziente. Ma la casistica che ha generato il dibattito parlamentare che ha portato all’approvazione di questo disegno di legge alla Camera, ed il suo tenore letterale per quanto ambiguo ed a tratti oscuro, spingono a ritenere che a questo ruolo di supporto possano ed in alcuni casi debbano aggiungersi anche compiti assai più coinvolgenti, che giustificano il passaggio da espressioni di distanza (come quella di cui all’art. 5.10, che parla in maniera linguisticamente molto discutibile di «medico *presente* all’atto del decesso») ad espressioni che sembrano al contrario veicolare significati di cooperazione attiva (come quelle di cui all’art. 8.1, che si riferisce «al medico e al personale sanitario e amministrativo che abbiano *dato corso* alla procedura di morte volontaria medicalmente assistita»).

Il secondo aspetto gravemente problematico della questione qui in esame è di tipo più generale, ma probabilmente è in esso che risiede il nucleo da cui derivano tutte le principali criticità qui evidenziate. Si tratta di quello che diversi anni fa Sergio Cotta rimarcò come il vero scandalo teorico (almeno in senso giuridico) del problema dell’eutanasia. In uno scritto risalente agli anni ’70 dello scorso secolo [8], con la lucidità e lungimiranza che è difficile ne-

gare a molte pagine del suo lascito giusfilosofico, questo autore analizzava la dinamica concreta della richiesta eutanasi ed osservava che «la decisione del soggetto (al di là della sua genericità e discontinuità) e quella dell'operatore non coincidono necessariamente in tutto e per tutto. Perciò, in tale situazione, si presenta la seguente alternativa: o il soggetto è signore della coscienza dell'operatore, o l'operatore è signore della vita del soggetto. Si tratta di due soluzioni che contraddicono la realtà della vicenda eutanasi e, per giunta, ontologicamente e moralmente inaccettabili, poiché o l'uno o l'altro dei membri del rapporto è ridotto a un oggetto: la relazione inter-soggettiva è dissolta» (p. 235). Sul piano teorico, questo implica che «allora cade il fondamentale (unico?) argomento in favore della liceità dell'eutanasi. La decisione di questa non si colloca nell'ambito della mera soggettività, della signoria su se stesso (secondo quanto si afferma), bensì nell'ambito della relazione inter-soggettiva. L'altro è sempre implicato in persona propria nella vicenda: tanto materialmente – poiché la sua opera è necessaria e come tale è richiesta nella dichiarazione iniziale di volontà – quanto moralmente, poiché la sua autonomia di giudizio e quindi la sua responsabilità non sono eliminabili» (p. 234). Se il diritto è regola della relazione intersoggettiva, e regola che per definizione salvaguarda la libertà di entrambi i soggetti in relazione proprio per preservare la natura intersoggettiva del rapporto, che impedisce la riduzione ad oggetto di uno dei due termini del medesimo, allora la richiesta eutanasi è uno «scandalo giuridico», o almeno un paradosso: né l'una né l'altra soluzione logicamente ammissibili sono

davvero in grado di render giustizia alla soggettività dei protagonisti (per non parlare della loro qualificazione professionale, che nel caso del medico è decisamente, si direbbe costitutivamente sbilanciata in senso favorevole alla vita:²² ed allora la soluzione dell'obiezione di coscienza legale appare più come una foglia di fico che come un contemperamento in termini di giustizia²³).

Sembra insomma che la legge in discussione, lungi dall'inquadrare correttamente il principale problema giuridico in questione e dal disciplinarlo secondo giustizia, tenda piuttosto a misconoscerlo, concentrandosi su profili procedurali in ultima analisi addirittura secondari. Non è improbabile che la ragione delle infelici scelte lessicali già rimarcate (prima fra tutte quella che dà il titolo al disegno di legge, ove non si parla di suicidio assistito ma di morte volontaria medicalmente assistita, con un'espressione inedita che sembra voler rievocare quella precedentemente utilizzata per intitolare la legge destinata a regolare la fecondazione artificiale in Italia: «procreazione *medicalmente assistita*»), sia da rinvenire proprio in queste ambiguità strutturali di tutto l'impianto normativo. Il che ne costituisce, ad

²² Come ribadiscono anche recentissimi *statement* delle associazioni professionali internazionali: dalla World Medical Association (Tbilisi, Georgia, 2018), alla American Medical Association (Code of Medical Ethics, Opinion 5.8), senza trascurare il Codice di Deontologia Medica italiano (art. 17).

²³ Come ha osservato D'Agostino, la strategia postmoderna della «neutralizzazione» è quella che apparentemente risolve il dilemma, ma nella sostanza lo banalizza e forse persino lo fraintende [8]. Più ampiamente sul problema giusfilosofico dell'obiezione di coscienza, sia permesso rimandare, sempre in questa Rivista, a [9].

avviso di chi scrive, il limite principale forse insuperabile: che si presenta anche come una grave lacuna se si considera la cornice predisposta dalla Corte Costituzionale per invitare il legislatore a normare le situazioni in questione.

3.3. I requisiti soggettivi: questioni aperte

Un ulteriore fronte ermeneutico assai problematico è quello dei requisiti soggettivi richiesti per accedere alla “facoltà” di assistenza nella morte volontaria che la legge avrebbe il compito di regolare. Come si è notato nel corso della lettura del testo in discussione, tali requisiti, oltre a sovrapporsi in maniera non sempre limpida con presupposti e condizioni, insistono molto su aspetti che, quando vogliono essere obiettivi, includono situazioni le quali *prima facie* sfuggono alle fattispecie di suicidio assistito depenalizzate dalla Consulta, e quando vogliono riferirsi al soggetto, sottraggono le sue valutazioni a qualsivoglia controllo obiettivante, destituendo i clinici e gli operatori sanitari da qualunque funzione, compito e ruolo. Quest’ultimo profilo, piuttosto problematico dal punto di vista della teleologia e della deontologia delle professioni sanitarie, era già presente nella legge 219/2017 sul consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento: e denota un disagio crescente nel posizionamento sociale della classe medica. Si tratta di un profilo più socioculturale che biogiuridico, e per questo qui non possiamo occuparcene direttamente, nonostante la sua evidente importanza anche ai fini regolatori (impoverimento della professionalità degli operatori della salute, crisi di

fiducia da parte dei pazienti e dei familiari, innalzamento utopistico delle pretese come conseguenza dell’impennata di aspettative associate al cosiddetto “progresso biomedico”,²⁴ reazione degli operatori attraverso atteggiamenti sempre più diffusi di cosiddetta “medicina difensiva”, molto lontani da una corretta interpretazione della posizione di garanzia [12], ed altro, includendo ovviamente le gravi responsabilità dei giuristi e dei giudici in questa deriva di crisi fiduciale). Resta il fatto che il delicato equilibrio su cui si regge la relazione clinica sembra oggi giorno irreversibilmente minato, a meno che non si ritorni ad un’armonia e ad un realismo che non sembrano, per la verità, affatto prossimi. Qui possiamo anche osservare che la logica introdotta dalla Corte Costituzionale con le sue recenti decisioni in tema di fine della vita umana, cui comunque il legislatore è tenuto ad adeguarsi se non altro per l’implicita minaccia di incostituzionalità che incombe su qualsiasi normativa che la disattendesse, presenta delle criticità rilevanti che in larga parte corrispondono alle osservazioni problematiche fin qui avanzate nei riguardi del disegno di legge: prima fra tutte la questione terminologica, che nei *decisa* della Consulta non cade certo nelle inventive ambivalenze della “morte volontaria medicalmente assistita” ma presuppone in maniera non specialmente ponderata l’accettazione dell’espressione suicidio assistito per desi-

²⁴ Contestato già sul piano concettuale da Callahan [11, p. 84]. Degno di interesse l’approccio di questo studioso: non contesta né il fatto né l’idea del progresso medico, ma ne suggerisce (come urgente e necessaria) una risemantizzazione, basata su quattro presupposti concettuali di estrema attualità e rilevanza.

gnare situazioni in cui sembra piuttosto la sospensione di trattamenti obiettivamente o soggettivamente non tollerabili ciò di cui si dovrebbe parlare. A questo limite principale si aggiungono poi quelli secondari, compresi i relativi ai requisiti soggettivi dei pazienti in questione che qui abbiamo richiamato brevemente.

3.4. Obiezione di coscienza e dissensi procedurali

Ad inceppare il percorso che il paziente intraprende verso la propria morte volontaria possono essere due tipi di ostacoli, entrambi previsti e disciplinati nella proposta di normazione *de qua*. Come detto, si tratta del dissenso del medico di medicina generale o nel caso del medico curante del paziente ospedalizzato, chiamato ad un primo vaglio circa la sussistenza dei requisiti di cui all'art. 3 – e che può stabilire la loro insussistenza, annotarla e motivarla in cartella clinica, e respingere subito la richiesta di assistenza alla morte volontaria del paziente. L'altro inghippo consiste nell'ipotetico parere sfavorevole del Comitato per la valutazione clinica di cui all'art. 7: l'art. 5.8 accorpa questo parere sfavorevole alla situazione del medico che "ritenga che manchino palesemente i presupposti e le condizioni", e prospetta al paziente un rimedio giurisdizionale al rigetto in entrambi i casi. La soluzione giudiziaria dei dissensi è diventata dal 2017 una cosa normale (allora, ai sensi della legge 219, riguardava i conflitti tra personale sanitario e fiduciario sull'applicazione delle DAT, in base all'art. 4.5, che a sua volta rimandava all'art. 3.5), confermandosi in tal modo la già ravvisata

compromissione definitiva della relazione di cura. La sua trasformazione praticamente immediata in una crisi di rilievo giurisdizionale evidenzia la scarsa fiducia che persino il legislatore ha ormai nei riguardi delle possibilità di riabilitare appieno le dinamiche di affidamento e posizione di garanzia che un'ormai lunga tradizione normativa (soprattutto giurisprudenziale) ha profondamente intaccato, nel nostro Paese e non solo. Abbiamo già detto che questo è con buona probabilità il cuore del problema: qui possiamo aggiungere che la soluzione giurisdizionale conferma la deriva nomolatrice²⁵ della nostra civiltà secolarista.

L'altro inghippo che la volontà di morte del paziente può incontrare sulla propria strada verso l'autosoppressione è, come già considerato con la lettura dell'art. 6, quello dell'obiezione di coscienza del personale sanitario. In ogni caso, al quarto comma del medesimo articolo in discussione troviamo espressamente dichiarato che «gli enti ospedalieri pubblici autorizzati sono tenuti in ogni caso ad assicurare l'espletamento delle procedure previste dalla presente legge». Al di là delle conseguenze pratiche di siffatta previsione, ove approvata ed entrata in vigore nel nostro ordinamento, nelle strutture private convenzionate eticamente orientate (tema complesso che impinge sulla limitrofa questione dell'obiezione di coscienza collettiva, o delle persone giuridiche), rimane il problema dell'attuazione di una simile previsione cogente («sono tenuti in ogni caso»), nell'eventualità che gli specialisti coinvolti di un determinato nosocomio siano tutti

²⁵ Così la chiamerebbe Charles Taylor [13].

obiettori. L'eventualità non è di per sé remota,²⁶ e mostra dei profili di elevata complessità clinica poiché mentre per l'interruzione volontaria della gravidanza la gestante può dirigersi alla struttura preferita, presumibilmente selezionata anche in base alla presenza di operatori non obiettori, in alcuni casi di pazienti di cui al presente disegno di legge ci potremmo trovare in situazioni di ospedalizzazione anche di lungo corso, forse presso un ospedale ad obiezione unanime, rispetto alle quali un trasferimento potrebbe risultare complicato o addirittura pericoloso per la salute del paziente. Siccome si tratta di consentire l'assistenza ad un suicidio legale, si obietterà, poco importa l'eventuale danno alla salute: e tuttavia se la cosa poco o punto importa al paziente, è possibile che interessi, e magari molto, agli operatori sanitari: che non di rado saranno sinceramente preoccupati del miglior trattamento del paziente, oltre che contrari alla propria collaborazione nel suo suicidio. Ed ancora una volta ci si erge dinnanzi la questione della posizione di garanzia e rientrano dalla finestra tutti i doveri della deontologia professionale che si è cercato di cacciare dalla porta.

4. Riflessioni conclusive

Il legislatore, negli Stati di diritto liberaldemocratici contemporanei a base plu-

ralista o addirittura multiculturale,²⁷ è chiamato ad un'opera certamente ardua di bilanciamento non solo di situazioni giuridiche non di rado incompatibili come tali, ma anche di temperamento di prospettive assiologiche e visioni del mondo plurali ed inconciliabili. Nelle questioni biogiuridiche il potenziale esplosivo di questa sfida si fa massimo, giacché i beni da proteggere sono letteralmente vitali.²⁸

Il caso specifico della legge sul suicidio assistito che, negli auspici della Corte Costituzionale italiana, dovrebbe colmare una lacuna ordinamentale determinata dall'evoluzione delle medicina contemporanea in specie nell'assistenza terminale, presentava, almeno sulla carta, una piccola ma significativa agevolazione per il Parlamento: quella di muovere da indicazioni piuttosto analitiche (per quanto discutibili) che la Consulta medesima aveva trasmesso agli organi legiferativi in occasione delle tre decisioni menzionate, tutte recenti e dunque tali da considerare con affidabile realismo lo stato dell'arte medica. Alcuni profili, soprattutto procedurali, sono indubbiamente coerenti con tali indicazioni, ed anzi sembrano seguirne meticolosamente il dettaglio. Quel che però – anche senza entrare nel merito di una critica delle decisioni costituzionali medesime – appare chiaro nel testo in discussione al Senato è che non vengono qui prese in considerazione solamente le situazioni estreme evocate – a partire da una di esse, realizzatasi concreta-

²⁶ Basti ricordare gli *statements* summenzionati, oppure anche il parallelo dibattito sull'obiezione di coscienza all'aborto, che ha costretto il Ministero per la Salute ad integrare l'annuale Relazione sull'attuazione della legge 194/1978 con una complessa appendice dedicata alle ripercussioni dell'obiezione di coscienza massiva sull'accessibilità e la disponibilità del servizio.

²⁷ Sul "politeismo dei valori" di cui parlava Max Weber rimane di grande interesse la riflessione di D'Agostino [14].

²⁸ Molto espressivo il titolo che un noto studioso iberico di biodiritto ha dato al suo libro in argomento [15].

mente – dalla Consulta, ma attraverso espressioni a volte ambigue, a volte semplicemente generiche, si provvede alla disciplina di una sorta di generalizzata facoltà di ottenere assistenza (medica, ma non solo) alla propria morte, fino al limite – mai espressamente richiamato ma nemmeno esplicitamente estromesso dagli intenti del legislatore – della cooperazione attiva di terzi all’iniziativa autosoppressiva del paziente. Tutto ciò dovrebbe far riflettere i parlamentari ed augurabilmente aprire ad un dibattito più franco nella seconda camera repubblicana.

References

- [1] La Monaca G, Sarte C. Lo stato vegetativo tra norme costituzionali e deontologia: la Cassazione indica soggetti e oggetti. *Rivista Italiana di Medicina Legale* 2008; 30 (2): 583-607.
- [2] Palazzani L. Introduzione alla Biogiuridica. Torino: Giappichelli; 2002.
- [3] Sarte C. Bioetica e biogiuridica. Itinerari, incontri e scontri. Torino: Giappichelli; 2019.
- [4] Cotta S. Il diritto nell’esistenza. Linee di ontofenomenologia giuridica. Milano: Giuffrè; 1991.
- [5] Anzilotti S, La Monaca G, Sarte C. Tra autonomia professionale e autonomia del paziente: discrezionalità nelle scelte terapeutiche e posizioni di garanzia. Limiti e doveri del medico alla luce dei più recenti orientamenti giurisprudenziali. *Diritto di Famiglia e delle Persone* 2010; 39: 1391-1412.
- [6] D’Agostino F. Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto. Torino: Giappichelli; 1997.
- [7] Carlizzi G. I fondamenti giusfilosofici della “Duplice formula di Radbruch”. *Annali dell’Università degli Studi Suor Orsola Benincasa* 2016-2018: 51-70.
- [8] Cotta S. Aborto ed eutanasia: un confronto. In: Cotta S. *Diritto Persona Mondo umano*. Torino: Giappichelli; 1989.
- [9] D’Agostino F. Obiezione di coscienza. In: D’Agostino F. *Lezioni di filosofia del diritto*. Torino: Giappichelli; 2006.
- [10] Sarte C. ‘Obiezione vostro onore’. Un problematico consensus statement sull’obiezione di coscienza sanitaria. *Medicina e Morale* 2017; 1: 63-81.
- [11] Callahan D. La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna. Milano: Baldini e Castoldi; 2009.
- [12] Anzilotti S. La posizione di garanzia del medico. Uno studio giuridico, bioetico e deontologico. Milano: Giuffrè; 2013.
- [13] Taylor C. L’età secolare. Milano: Feltrinelli; 2009.
- [14] D’Agostino F. Pluralità delle culture ed universalità dei diritti. In: D’Agostino F. *Lezioni di filosofia del diritto*. Torino: Giappichelli; 2006.
- [15] Ollero A. Bioderecho: entre la vida y la muerte. Cizur Menor: Thomson Aranzadi; 2006.