



Associazione San Tommaso Moro
Il Presidente On. Avv. Simone Pillon
Via XIV Settembre, 71
06121 PERUGIA
simone.pillon@infolegale.info

Senato della Repubblica

AUDIZIONE DDL 104 e altri

Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita

I) PARTE GENERALE: LE CONSEGUENZE DI UNA NORMATIVA CHE APRÀ AL SUICIDIO ASSISTITO E ALL'EUTANASIA

1. L'associazione san Tommaso Moro riunisce giuristi da tutta Italia e mantiene saldi collegamenti con analoghe realtà principalmente nei Paesi Bassi e nel Regno Unito. L'esperienza maturata in casi internazionali di eutanasia, suicidio assistito e abbandono terapeutico relativi principalmente ai minorenni ha permesso di avere una prospettiva di insieme relativa ad esperienze in altri Paesi.
2. Alla luce di tali esperienze non possiamo che manifestare tutta la nostra preoccupazione per il disegno di legge emarginato. Nel prosieguo tenteremo di evidenziare per sommi capi i principali punti critici sia sotto il profilo generale che particolare della forma giuridica e della sostanza, fermo restando che a nostro modo di vedere **tale norma è da ritenersi contraria ai principi fondamentali del nostro ordinamento e in particolare al supremo principio della intangibilità della vita umana oltre che pericolosa nella sua applicazione pratica in quanto foriera di un "piano inclinato" relativo alla percezione stessa della vita, della morte, della malattia e delle cure, tanto da avere già nel breve e ancor più significativamente nel medio e lungo periodo un effetto obliterativo sulla qualità dei trattamenti medici e in generale sulla presa in carico dei soggetti più fragili e malati oltre che sulla ricerca.**
3. In ogni ordinamento in cui si sia perduta al sacralità della vita umana e si sia aperto al suicidio assistito si è poi arrivati all'eutanasia anche attiva e alla fine si è giunti – nei fatti - a togliere di mezzo anziani, disabili, dementi, depressi, è qualcosa che non è possibile fermare se viene meno il principio dell'intangibile dignità della vita umana. Se si fa eccezione a questo principio tutto diventa eccezione possibile: se il suicidio assistito deve esser ritenuto ammissibile per il paziente malato terminale perché non per il depresso, o per la persona affetta da disturbo alimentare?

Suicidio assistito ed eutanasia per persone con depressione

4. I casi concreti di suicidio assistito ed eutanasia per depressi non mancano, purtroppo. Se ne potrebbero citare centinaia. Ci si limita ad un paio:
5. La storia di Aurelia Brouwers, 29 anni, suicida per depressione:
"I'm 29 years old and I've chosen to be voluntarily euthanised. I've chosen this

because I have a lot of mental health issues. I suffer unbearably and hopelessly. Every breath I take is torture...". La ragione è la seguente: "When I was 12, I suffered from depression. And when I was first diagnosed, they told me I had Borderline Personality Disorder," she says. "Other diagnoses followed - attachment disorder, chronic depression, I'm chronically suicidal, I have anxiety, psychoses, and I hear voices."Fonte: <https://www.bbc.com/news/stories-45117163>

6. La Storia di Zoraya Ter Beek, 29 anni, - suicidio assistito per condizioni psichiatriche multiple: Soffriva di depressione cronica, ansia, trauma e disturbo di personalità non specificato. Fonte: <https://www.theguardian.com/society/article/2024/may/16/dutch-woman-euthanasia-approval-grounds-of-mental-suffering>

7. In generale, nella sola Olanda, dal 2008 si è registrato un aumento esponenziale di casi EAS legati a disturbi di personalità:

I casi di EAS (eutanasia e suicidio assistito) in pazienti con disturbo di personalità (PD) sono specificati nei rapporti annuali dell'RTE (tabella sotto). Da allora, c'è stato un aumento nei casi di PD segnalati, fino a un totale di 138 casi nel 2023 (1,52% di tutti i casi di EAS riportati). Fonte:

<https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2024.1452835/full>

Year	Reported cases (total)	Reported PD cases	Share PD cases	PD cases handled by an EE physician
	N	N	%	N (%)
2008	2.331	2	0,09%	-
2009	2.636	0	0,00%	-
2010	3.136	2	0,06%	-
2011	3.695	13	0,35%	-
2012	4.188	14	0,33%	-
2013	4.829	42	0,87%	-
2014	5.306	41	0,77%	-
2015	5.516	56	1,02%	-
2016	6.091	60	0,99%	37 (62)
2017	6.585	83	1,26%	52 (63)
2018	6.126	67	1,09%	44 (66)
2019	6.361	68	1,07%	52 (76)
2020	6.938	88	1,27%	68 (77)
2021	7.666	115	1,50%	83 (72)
2022	8.720	115	1,32%	65 (57)
2023	9.068	138	1,52%	70 (51)

- Not specified in annual reports.

¹EAS, euthanasia or assisted suicide; PD, psychiatric disorder; EE, Euthanasia Expertise center.

Suicidio assistito ed eutanasia per persone minorenni

8. Purtroppo non mancano i casi in cui lo strumento viene applicato ai minorenni: è vero che la norma in esame prevede il divieto ma anche le normative in Belgio lo prevedevano e poi è stato travolto dall'applicazione. Si veda in proposito:
9. Minore di 17 anni, Belgio: Eutanasia permessa dai 12 anni, il giovane ha scelto di morire perché "stava patendo una grande sofferenza." Fonte:
<https://www.bbc.com/news/world-europe-37395286>
10. Le conseguenze dell'apertura a consimili normative sono dunque quelle di una sostanziale e rapida erosione dei limiti di legge, fino a giungere ad una sostanziale liberalizzazione di ogni forma di suicidio ed eutanasia, a semplice richiesta.

II. PARTE SPECIALE: LE CARENZE DEL DISEGNO DI LEGGE 104

11. Ci si appunta ora nel dettaglio alle carenze rilevabili nel testo del DDL 104, estensibili per analogia anche ai DDL 65, 124 e 579
12. Quanto all'art. 1 sussistono numerosi punti di rischio. In particolare la norma si applica a chi soffre di patologia irreversibile e con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile.
13. TUTTAVIA tra le "Patologia irreversibile e con prognosi infausta" l'OMS annovera
Malattie neurodegenerative (es. Alzheimer, SLA, Huntington)
Malattie oncologiche (es. tumori maligni in fase avanzata come cancro al pancreas, glioblastoma multiforme)
Malattie cardiovascolari (es. insufficienza cardiaca terminale)
Malattie respiratorie (es. fibrosi polmonare idiopatica terminale)
Malattie renali ed epatiche (es. insufficienza renale cronica e cirrosi scompensata in fase terminale) ma il National Institutes of Health (NIH) - Stati Uniti ritiene tali anche i **Disturbi mentali gravi** (es. schizofrenia resistente ai trattamenti, disturbo bipolare grave) e la World Federation of Neurology (WFN) include anche i **Disturbi neurologici resistenti ai trattamenti** (epilessia refrattaria)
14. Anche la definizione di "Condizione clinica irreversibile" Secondo l'OMS, la National Institutes of Health (NIH), l'European Medicines Agency (EMA) e il Ministero della Salute Italiano, ricomprende le Malattie Neurodegenerative, l'Alzheimer e altre demenze, Malattie Infettive Gravi, Diabete Mellito Tipo 1 e Tipo 2, Disturbi Alimentari, Anoressia Nervosa in fase avanzata, Bulimia e Binge Eating Disorder non trattati, Disturbi Mentali e Psichiatrici, Depressione Maggiore Resistente ai Trattamenti, Schizofrenia e Psicosi Cronica, Disturbo Bipolare Grave in stadio avanzato etc.
15. Nello stesso articolo appare contraddittorio il riferimento alla normativa del suicidio assistito che sarebbe da applicarsi "nel rispetto dei principi della Costituzione, della Convenzione europea dei diritti dell'uomo e della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea" ove si consideri che questi sono, primi fra tutti gli altri **il diritto alla vita come diritto fondamentale e inviolabile**

16. L'art. 2 riporta un riferimento normativo alla c.d. "**qualità della vita**" che pare appena il caso di accennarlo, diventa criterio elastico tale da adattarsi a legittimare qualsiasi richiesta per ora, imposizione domani, di cessazione della vita stessa in quanto non più rispondente alla "qualità richiesta". Chi stabilisce la qualità di una vita? Quale vita è degna di essere vissuta e quale no? Abbiamo visto con i nostri occhi legittimare il distacco dei sostegni vitali a bambini di pochi mesi, contro la volontà dei loro genitori, in nome di una presunta quanto inafferrabile "qualità della vita". **Mi riferisco ai casi di Indi Gregory, Charlie Guard, Alfie Evans e molti altri bambini, giustiziati nel Regno Unito da un sistema giudiziario che ha la pretesa di saper determinare le vite utili e quelle futili.** Voglio essere molto chiaro sul punto: una volta aperta questa diga non sarà più possibile tornare indietro. Non si tratta di osservazioni peregrine, e il requisito della maggiore età, previsto dal DDL 104 sarà presto facilmente spazzato via in nome del principio di eguaglianza sostanziale dalla magistratura di legittimità o dalla Consulta.
17. L'indeterminatezza di questo articolo espone la legge a un elevato rischio di abusi. La vulnerabilità dei pazienti, unita al margine di discrezionalità dei professionisti della salute che "certificano" la volontà del paziente, può compromettere gravemente la protezione dei diritti individuali, dando luogo al rischio di gravi abusi come meglio si vedrà nel prosieguo.
18. La normativa proposta implica inoltre un grave impatto sulla fiducia nel sistema sanitario il quale dovrebbe dedicarsi alla cura dei pazienti, anziché offrire soluzioni rapide e semplici che sfociano nell'eliminazione del malato.
19. Con riferimento all'art. 2 si ritiene sia in contraddizione e in contrasto con i successivi articoli 3 e 4. Si elencano astrattamente riferimenti a dignità, sostegno sanitario etc. ma poi si dà atto che tutto ciò può essere interrotto ponendo termine a quella stessa vita. **Ciò contrasta insanabilmente con la Carta dei diritti del Paziente redatta dall'Unione Europea** e in particolare con il suo articolo 1 - Diritto alla vita e alla dignità: (Questo articolo sancisce il diritto del paziente alla vita e alla dignità, considerandolo inviolabile. Il rispetto della dignità e della vita come valore assoluto va contro l'eutanasia, poiché implica che ogni intervento medico deve avere l'obiettivo di proteggere e sostenere la vita del paziente, anche nelle fasi terminali.) Contrasta altresì con l'Articolo 3 - Diritto alla continuità delle cure: in cui si stabilisce il diritto a ricevere cure appropriate e continue, anche nei casi di malattie incurabili. Le cure palliative rientrano in questo ambito offrendo trattamenti che alleviano la sofferenza senza interrompere volontariamente la vita del paziente. Il DDL in esame contrasta infine con l'Articolo 8 della Carta dei Diritti del Paziente - Diritto all'autodeterminazione: Pur riconoscendo infatti il diritto del paziente a partecipare attivamente alle decisioni sulla propria salute, la Carta stabilisce limiti al consenso informato, in particolare per quanto riguarda le pratiche che potrebbero violare il diritto alla vita. Il diritto all'autodeterminazione, infatti, non include la possibilità di richiedere l'eutanasia o il suicidio assistito, poiché non sono considerate pratiche di cura.
20. Ad avviso di chi scrive la norma di cui al DDL 104 contrasta insanabilmente anche col con **giuramento di Ippocrate** e con i **principi di deontologia medica** e non si crede ci si possa seriamente nascondere dietro al comodo paravento del sofisma per cui, alla fine, a compiere l'atto terminale sarebbe il paziente stesso, posto che il medico ha comunque preparato tutto quanto il necessario perché l'atto si possa

compiere efficacemente. Sarebbe come – mutatis mutandis – sostenere che sia scriminabile chi fornisca al suicida l'arma carica... Vediamo nel dettaglio le norme:

21. Nel **Giuramento di Ippocrate**, due principi fondamentali sono in contrasto con l'eutanasia:
 - Primum non nocere (prima di tutto, non nuocere): Questo principio guida il medico a evitare intenzionalmente danni o azioni che possano accelerare la morte del paziente. Il suicidio assistito e l'eutanasia, essendo pratiche che causano deliberatamente la morte, violano questo principio di base della medicina.
 - Rispetto della vita: Il giuramento include un obbligo morale per il medico di preservare e rispettare la vita umana. Interventi finalizzati a terminare la vita del paziente, anche su richiesta dello stesso, contraddicono l'etica ippocratica, che vede la vita come un valore che va oltre le sofferenze e le difficoltà individuali.
22. **Codice Deontologico Medico (FNOMCeO)**: Il Codice Deontologico dei Medici italiani, approvato dalla FNOMCeO, stabilisce vari articoli che possono essere visti in contrasto con pratiche di eutanasia e suicidio assistito:
 - Articolo 3 - Doveri del medico: Questo articolo afferma che il medico ha il dovere di promuovere e tutelare la salute del paziente, mirando alla cura e alla prevenzione. L'eutanasia contrasta con questo principio, poiché non rappresenta una forma di cura, ma una scelta che termina la vita.
 - Articolo 17 - Atti finalizzati a provocare la morte: Il Codice esplicitamente vieta al medico di compiere atti diretti a provocare la morte del paziente. Anche se il paziente è in fase terminale o chiede assistenza per morire, il medico ha il dovere di rispettare la vita fino alla sua conclusione naturale.
 - Articolo 22 - Cure palliative e accompagnamento: Viene stabilito che il medico deve offrire cure palliative e accompagnamento durante la fase terminale della vita del paziente. L'attenzione è posta sulla riduzione della sofferenza, senza compromettere intenzionalmente la durata della vita stessa
23. Quanto all'art. 3, relativo ai presupposti, e al successivo art. 4 si rileva la mancanza di una norma che **preveda l'obbligo per il medico e la struttura di rimuovere le cause che hanno portato alla richiesta di suicidio assistito.** E' dato di comune esperienza che la richiesta sia causata ad esempio da trattamenti particolarmente dolorosi o invalidanti. Il mero riferimento a possibili "alternative" di cui all'art. 4 comma 4 non pare sufficiente a configurare un obbligo positivo a carico del medico e della struttura che dovrebbero al contrario adoperarsi efficacemente per rimuovere tali situazioni
24. Nell'art. 6 del DDL 104 e più in generale in tutti i DDL in esame **manca l'obiezione di coscienza per la struttura** (azienda ospedaliera o sanitaria locale) e per il **farmacista**. Si tratta pur sempre di una prestazione sanitaria che una struttura può anche decidere di non erogare. Oltre all'obiezione c'è anche la libertà se erogarla o no, non può essere imposta ed obbligatoria per tutte le strutture mediche; si pensi ad esempio agli ospedali cristiani o alle strutture vaticane convenzionate con il SSN. Come potrebbe un ospedale come il Policlinico Gemelli esser richiesto di praticare una pratica in contrasto con l'insegnamento della chiesa Cattolica?
25. Dalla procedura tratteggiata dal DDL 104 appare l'assoluta mancanza di ogni **coinvolgimento anche solo consultivo dei familiari**, possibile solo se esplicitamente autorizzato dal paziente (Cfr art. 4 comma 4). Ciò è tuttavia in aperto contrasto con il buonsenso e la logica: proprio in un momento tanto delicato, in cui il paziente manifesta la propria volontà di farla finita, come è possibile escludere

l'apporto, il possibile sostegno e l'aiuto che potrebbero essere offerti dai familiari anche in funzione dissuasiva?

26. Nel DDL 104 e più in generale in tutti i DDL in esame **mancono le sanzioni penali in caso di inosservanza delle statuizioni** come invece previsto nella legge 194/1978 o nella Legge 40/2004.
27. **L'informativa obbligatoria** tratteggiata dall'art. 3, dal medesimo art. 4 comma 4 e del successivo art. 5 comma 3 è **insufficiente** e limitata alle cure palliative e a generiche "alternative terapeutiche" mentre dovrebbe essere estesa a eventuali terapie sperimentali, anche costose, terapie antidolore, accompagnamento hospice e trattamenti domiciliari, indipendentemente dai costi.
28. Il consenso richiesto dall'art. 3 commi 1 e 2 del DDL 104 è contraddittorio in re ipsa in relazione ai presupposti de facto della normativa: **come può essere capace di prendere decisioni libere una persona che sia in preda a sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili?** La premessa fondamentale è che tali sofferenze fisiche e psicologiche siano portate sotto la soglia della tollerabilità, ciò come pre-condizione necessaria per poter esprimere un consenso giuridicamente Valido. Si pensi ad una persona che contragga matrimonio o stipuli un negozio giuridico di qualunque natura solo per far cessare una sofferenza psicologica o fisica intollerabile: una ragazzino al primo anno di giurisprudenza saprebbe motivare circa la nullità di quel consenso! Come può dunque sussistere in tali casi quella volontà libera attuale e consapevole di cui all'art. 2 comma 2 del DDL 104?
29. La giurisprudenza della Suprema Corte ha confermato che, in casi di gravi patologie psicologiche o neurologiche, una persona può presentare una capacità di intendere e di volere compromessa anche senza perdere del tutto la consapevolezza delle proprie azioni. Le Sezioni Unite della Cassazione, per esempio, hanno stabilito che disturbi della personalità possono influenzare significativamente la capacità decisionale e il controllo dell'azione, rendendo l'individuo incapace di apprezzare pienamente le conseguenze delle proprie scelte quando questi disturbi sono di intensità tale da pregiudicare la capacità volitiva o intellettuale. Questo vale anche per altre condizioni psicologiche, come la ludopatia e la cleptomania, che possono incidere sulla capacità di volere in specifiche circostanze, se comprovate da perizie psicologiche e psichiatriche.
30. Tale principio è stato confermato dalla Corte di Cassazione, Sezioni Unite, con la Sentenza n. 9163/2005, che stabilisce come solo i disturbi della personalità di particolare intensità e rilevanza — tali da limitare concretamente la capacità di comprensione o di controllo delle proprie azioni — possano costituire causa di parziale o totale incapacità giuridica ai sensi degli articoli 88 e 89 del Codice Penale.
31. È dunque di fatto impossibile che la persona sia completamente capace di intendere e di volere in una situazione del genere. Si potrebbe tentare di inserire una norma demandando ad uno psichiatra di accertare tale capacità assumendosi la responsabilità di garantire la genuinità della decisione rispondendo penalmente qualora si sia certi che dalla rispondenza non sia stata attuale effettiva e completa, ma quale psichiatra si assumerebbe tale onere?

32. **Sussistono anche seri dubbi sulla rispondenza alla realtà di quanto previsto al citato articolo 2 in relazione alla “volontà attuale, libera e consapevole”** considerando che in base alla Legge 219/17 per un adeguato consenso informato da parte del paziente, devono essere fornite 4 diverse tipologie di informazioni:
1. informazioni dello specifico Paziente (diagnosi),
 2. informazioni relative ai trattamenti individuati dal Medico come più utili al paziente,
 3. informazioni relative alle alternative,
 4. informazioni ulteriori (probabile prognosi, conseguenze del rifiuto/revoca, eventuali indicazioni per l'assistenza psicologica prevista dall'art. 1 comma 5).
- Come si ha la certezza che la volontà si è formata in modo libero e consapevole?*
33. Si nutrono ancora seri dubbi in ordine alla compatibilità della normativa proposta dal DDL 104 con il principio della responsabilità del **medico** che – come sappiamo – **non è tenuto a dar corso** alla richiesta del paziente **in ordine a trattamenti che il medico ritenga inutili o pericolosi o inadeguati**. La valutazione in scienza e coscienza del medico deve prevalere sulla burocrazia inumana e deresponsabilizzante prevista dall'art. 5 del DDL 104 (commissione, pareri, giudici etc.)
34. **Paradossalmente la norma di cui al DDL 104 contrasta anche con il dettato della Corte Costituzionale, Sentenza N. 135/2024**: la corte sottolinea più volte e riafferma il principio già enunciato nell'ordinanza n. 207 del 2018 di “evitare il pericolo di abusi in danno della vita di persone in situazioni di vulnerabilità”. Questo DDL tuttavia non tutela alcun modo le persone vulnerabili dall'abuso di questa pratica. La Corte costituzionale per evitare gli abusi chiede che il suicidio assistito sia una pratica residuale, ma nel DDL 104 manca l'obbligo di rimuovere le cause. Nella norma inoltre non risulta in alcun modo evidenziata la **residualità** della pratica proposta, anzi sembra essere proposto come l'unico naturale epilogo nei casi di malattie incurabili con sofferenze difficili e trattamenti vitali. Ciò a detrimento proprio delle persone vulnerabili che si dice di voler tutelare.
35. Anche la **CEDU** ha più volte ribadito che non sussiste alcun obbligo per lo Stato di legalizzare il suicidio assistito:
- CEDU Sentenza *Haas v. Svizzera*, 2011: uno Stato non ha obbligo di assistere il suicidio, ma deve comunque garantire che i diritti dei pazienti siano rispettati.
 - CEDU Sentenza *Pereira Henriques v. Lussemburgo*, 2009: obbligo per gli Stati di offrire trattamenti palliativi.
 - CEDU Sentenza *Daniel Karsai v. Hungary*, req. n. 32312/23: non esiste il diritto a morire ma quello di essere curati
36. Sui singoli Disegni di Legge
- Quanto al DDL 65 (Parrini) è perfino peggiorativo del 104 visto che all'art. 3 apre a suicidio praticamente per chiunque.
 - Quanto al DDL 104 (Bazoli) si è dato conto più sopra
 - Quanto al DDL 124 (Pirro) è peggio del 104, aprendo esplicitamente a eutanasia
 - Quanto al DDL 570 (De Cristofaro) è del tutto da respingersi in quanto apertamente eutanasico
 - Quanto al DDL 1083 (Paroli) è sostanzialmente condivisibile, specialmente nella definizione dei trattamenti di idratazione e alimentazione che non possono in nessun caso essere considerati trattamenti sanitari.

III. CONCLUSIONI

NON SERVE UNA LEGGE. La normativa vigente è più che sufficiente a normare le situazioni limite. Servono invece cospicui finanziamenti nel settore sanità per portare a tutti i pazienti i benefici delle cure palliative, delle terapie antidolore, delle cure sperimentali

L'apertura a SUICIDIO ED EUTANASIA minerebbe in via definitiva il concetto stesso di intangibile dignità della vita umana, introducendo il concetto giuridico di vite degne e vite indegne di essere vissute, con ogni conseguenza.

Quello che appare come una richiesta libera e consapevole di suicidio è in realtà – come sempre in casi consimili - una richiesta di aiuto da parte di una persona in preda a sofferenze intollerabili. PRIMA VANNO ELIMINATE LE SOFFERENZE, SOLO ALLORA SI AVRÀ UNA AUTENTICA E LIBERA AUTODETERMINAZIONE DELLA PERSONA.

Tutti i PALETTI E I LIMITI DI UNA CONSIMILE NORMATIVA SONO DESTINATI AD ESSERE TRAVOLTI NEL GIRO DI POCO TEMPO, COME ACCADUTO ALL'ESTERO.

Quello che oggi appare come una richiesta in casi limite, diventerà presto l'ordine del Giudice sulla vita di vostro figlio, contro la vostra stessa volontà, come già è accaduto più volte in Gran Bretagna. Esisteranno presto vite UTILI e vite FUTILI.

Una normativa così configurata SCORAGGERA' AUTOMATICAMENTE OGNI RICERCA SCIENTIFICA SU TERAPIE ANTIDOLORE E CURE PALLIATIVE.

Alla fine è inutile nascondersi, SI TRATTA DI UN MODO MESCHINO E VILE PER FARE CASSA sulla pelle dei più fragili, risparmiando costose terapie domiciliari, cure palliative e accompagnamenti hospice e risolvendo la situazione con i due o tre Euro necessari per l'acquisto di una fiala di pentione sodico, lo stesso veleno usato dai torturatori per ottenere la verità dalle loro vittime.

La vera libertà non è quella di farla finita, ma di avere a disposizione le migliori cure, le migliori terapie, i migliori trattamenti, il miglior accompagnamento, fino all'ultimo respiro.

Grazie

Roma, 5 novembre 2024

Associazione San Tommaso Moro

Il presidente

(On. Avv. Simone Pillon)

A handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Simone Pillon', written over the typed name.