

## Istituzioni di diritto pubblico

### Il diritto a non curarsi

Prof. Albino– Data: 13/11/2023 – Sbobinatori: Iannucci, Brancatisano– Revisionatori: Iannucci, Brancatisano

---

#### COORDINATE DEL PROBLEMA

Il problema del diritto a non curarsi possiede aspetti problematici quando la conseguenza di tale scelta possa essere verosimilmente o con certezza la morte (c.d. fine vita).

L'ultimo argomento che rimane da trattare è il diritto di astenersi dalla conservazione del proprio stato di salute che, detto in maniera molto più semplice, è il **diritto di non curarsi**. Quest'ultimo è l'aspetto più controverso del diritto alla salute perché le soluzioni attualmente vigenti, ma probabilmente anche quelle che ci saranno in futuro, sono le più difficili proprio per la difficoltà del tema. Quindi, qualsiasi soluzione di oggi o di domani non sarà mai considerata una soluzione soddisfacente.

Il problema del diritto a non curarsi è in quelle situazioni che sono chiamate, con un termine giuridico-giornalistico, “**fine vita**” (cioè, quando una persona muore).

#### COORDINATE DI DIRITTO COSTITUZIONALE GENERALE

- 1) Quando il mondo del diritto si trova ad affrontare questioni che sono al confine o vanno oltre i suoi confini tradizionali (c.d. hard cases) si muove in spazi dai contorni vaghi e indefiniti dove ogni soluzione è possibile e quindi si affievoliscono certezza e affidabilità delle stesse.

Il **primo problema** è che se ci si trova all'interno della fattispecie tradizionale del diritto, la soluzione la si può trovare e comprendere, ma quando ci si trova di fronte a delle grandi questioni di fondo come la vita, la morte, il diritto può dare una qualsiasi soluzione perché i contorni sono molto indefiniti. Per cui, per il diritto contemporaneo, che è molto raffinato e sofisticato, quando ci si trova in casi chiamati in gergo “**hard cases**”, ogni soluzione diventa possibile.

- 2) La materia dei diritti non è mai neutra; ma fortemente intrisa di scelte politiche che trovano il loro fondamento in scelte valoriali che hanno le loro radici in ambiti culturali, etici, morali, filosofici, religiosi etc. a volte incommensurabili tra loro.

Il **secondo problema** è che, quando si parla di diritti, non solo di diritto alla salute ma di diritti in generale, la materia dei diritti fondamentali non è **mai neutra**. Dietro ogni rivendicazione di diritti c'è sempre una scelta politica la cui radice non è nel diritto stesso ma nel nostro modo di vivere, perché ognuno di noi ha una propria etica, una propria morale, una propria filosofia, ecc. A volte, se si parte da posizioni (etiche, morali, religiose, filosofiche, ecc.) diverse, non si trova un punto di incontro. Quindi, dietro ogni scelta che riguarda, ad esempio, la scuola, l'università, la salute, ecc., ci sono sempre scelte politiche;

infatti, i grandi studiosi del diritto dicono: “*lo stato di diritto è diritto, ma è soprattutto stato e, quindi, politica*”. Anche i famosi governi tecnici sono definiti, appunto, tecnici perché formati da personalità dotate di specifiche competenze tecniche e che rimangono al governo perché hanno una **fiducia politica**. Ad esempio, Mario Draghi non è un politico di professione, ma il suo governo è rimasto in carica perché aveva la fiducia politica di una maggioranza in parlamento.

In tutto ciò, il punto di incontro è sicuramente la **legge vigente**.

- 3) La necessità del ragionevole bilanciamento tra diritti o interessi si scontra con l'esistenza stessa di uno dei diritti e degli interessi, con la conseguenza che lo stesso bilanciamento diviene impossibile (diritto a non curarsi vs. dovere di preservare la vita umana).

Si è detto che i diritti tra loro si bilanciano, cioè un diritto pesa di più rispetto ad un altro perché funziona così il meccanismo giuridico. Quando si parla del problema del diritto a non curarsi, soprattutto alle estreme conseguenze, il bilanciamento diventa impossibile se il paziente muore. Il legislatore, dunque, si sforza di fare un bilanciamento con scelte che possono piacere o non piacere, ma quando si arriva alle estreme conseguenze il bilanciamento non c'è più.

- 4) I problemi giuridici connessi al c.d. fine vita stanno emergendo con forza negli ultimi decenni in considerazione dell'esistenza di nuove tecnologie che rendono possibile la sopravvivenza biologica anche quando non ci sia la coscienza di sé, la convivenza con malattie croniche o degenerative che spesso implicano particolari sofferenze fisiche o psicologiche. Queste tecnologie, infatti, consentono il protrarsi della vita oltre i limiti estremi che tradizionalmente le erano propri.

## IL DIRITTO A NON CURARSI: DUE CONCEZIONI A CONFRONTO

Sul **diritto alla vita** ci sono **due concezioni**.

1. Alcuni studiosi di diritto dicono che: “*l'art. 32 Cost. riconosce il diritto a non curarsi quale manifestazione generale di una libertà individuale, di autodeterminazione. Il limite che si può opporre a tale diritto è solo quello dei trattamenti sanitari disposto dalla legge nel rispetto della persona umana nell'interesse della collettività. Il diritto a non curarsi, anche quando può comportare la perdita della vita, deve essere garantito. **Il diritto alla vita deve essere disponibile da parte del suo titolare***”.

C'è chi dice, quindi, che la libertà individuale, il diritto di autodeterminarsi, deve essere garantito sempre e comunque, e questa non è una posizione neutra. L'unico limite che si può opporre a tale diritto, secondo i sostenitori di questa visione, è solo quello dei trattamenti sanitari disposto dalla legge nel rispetto della persona umana e nell'interesse della collettività. Nella frase “***il diritto alla vita deve essere disponibile da parte del suo titolare***”, il termine **disponibile** significa che si può disporre come meglio si crede del diritto alla vita e anche la struttura sanitaria deve assecondare questa pretesa.

2. L'altra concezione dice: *“l'art. 32 Cost. riconosce il diritto a non curarsi; tuttavia, non si può escludere che la legge preveda dei limiti al diritto di rifiutare le cure nell'interesse stesso del paziente, purché ciò avvenga nel rispetto della persona umana. **Il diritto alla vita è indisponibile** da parte del suo stesso titolare. Il bene protetto in questo caso (la vita) è il presupposto per il godimento di tutti gli altri diritti. La facoltà di rinunciare ad un diritto esiste ma solo nella misura in cui tale rinuncia sia revocabile e ciò non è evidentemente possibile nel caso in cui la rinuncia alle cure comporti la perdita della vita”.*

Gli altri studiosi di diritto partono dall'idea che il diritto alla vita sia **indisponibile** da parte del suo stesso titolare perché fanno il seguente ragionamento giuridico: la vita non è un diritto come tutti gli altri, ma è il presupposto per godere degli altri diritti (se non si è vivi, non si può godere degli altri diritti). Quindi, secondo questi studiosi si può rinunciare ad un diritto, ma solo se la rinuncia è revocabile (ad esempio, si può rinunciare a partecipare ad una riunione, ma si può anche cambiare idea). Invece, nel momento in cui si prende una decisione irreversibile che comporta la perdita della vita, non si può più tornare indietro e siccome, secondo altri giuristi, questa concezione del diritto non è accettabile, il diritto alla vita è indisponibile.

## **I PRINCIPI VIGENTI NELL'ORDINAMENTO ITALIANO SUL DIRITTO A NON CURARSI**

In via generale, l'ordinamento italiano non riconosce l'esistenza di un autonomo c.d. “diritto a morire”. La morte di un individuo anche se inevitabile è un evento valutato negativamente che deve essere evitato quando sia possibile.

La Corte costituzionale afferma che non esiste nell'ordinamento italiano quello che si chiama il “**diritto a morire**”. L'idea di fondo è che, la morte è inevitabile, però è un evento che viene valutato dall'ordinamento in modo negativo, quindi se si può evitare, si deve operare in tal senso.

La corte **nell'ordinanza n.207 del 2018** dice: *“dall'art. 2 Cost. - non diversamente che dall'art.2 CEDU (convenzione europea dei diritti dell'uomo) - discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall'art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo proprio in relazione alla tematica dell'aiuto al suicidio.”*

Il problema del medico è l'**articolo 580 del Codice penale (istigazione o aiuto al suicidio)**, cioè se succede qualcosa si rischia l'incriminazione per aiuto al suicidio.

Quando si parla di **diritto a morire** si parla di chiedere al medico un aiuto a morire perché la persona non ce la fa più a sopportare la condizione in cui si trova.

*“Se l'autodeterminazione del paziente svolge un ruolo centrale e diviene quasi assoluta quando il paziente è capace di decidere attualmente e di adottare comportamenti fisicamente indipendenti, essa si affievolisce quando il paziente non è in grado di decidere attualmente”.*

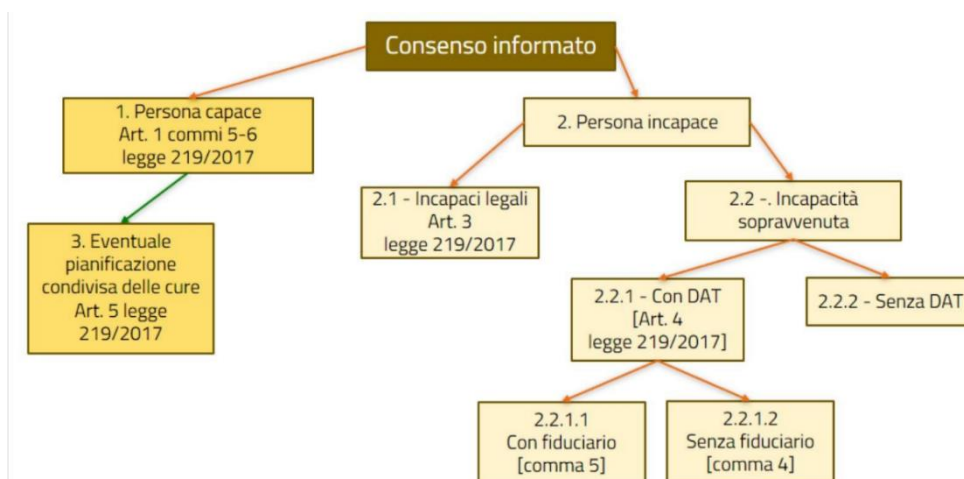
In questa riflessione, il giurista **Marco Olivetti** vuole intendere che, quando si è capaci di intendere e di volere, la legge non pone grossi limiti; quando invece si è totalmente incapaci di decidere, oppure la condizione psicologica è abbastanza compromessa dalla situazione che si sta vivendo, allora sorgono dei problemi perché bisogna verificare chi può decidere e soprattutto fino a che punto può decidere.

### Corte costituzionale, ordinanza n. 207 del 2018

“Neppure, poi, è possibile desumere la generale inoffensività dell'aiuto al suicidio da un generico diritto all'autodeterminazione individuale, riferibile anche al bene della vita: la ratio dell'art. 580 cod. pen. può essere agevolmente scorta, alla luce del vigente quadro costituzionale, nella «tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio. Essa assolve allo scopo, di perdurante attualità, di tutelare le persone che attraversano difficoltà e sofferenze, anche per scongiurare il pericolo che coloro che decidono di porre in atto il gesto estremo e irreversibile del suicidio subiscano interferenze di ogni genere”.

La Corte dice che non si può dire che l'aiuto al suicidio è generalmente inoffensivo se a decidere è la persona (generico diritto all'autodeterminazione individuale). Inoltre, dice che, quando una persona si trova in una situazione grave irreversibile, diventa più debole e vulnerabile (anche se, al livello giuridico, è pienamente capace di intendere e di volere) e l'ordinamento penale, poiché si sta parlando di una scelta estrema e irreparabile, come quella del suicidio, deve porre una serie di tutele mirate a proteggere tali persone. La corte, quindi, dice che il problema è tutelare i più deboli, le persone che si trovano in difficoltà di fronte ad un problema estremo, senza interferenze.

### IL DIRITTO DI NON CURARSI



Questi sono i possibili casi che schematizza la legge 219.

## **Persone capaci**

- Eventuale pianificazione condivisa delle cure Art. 5 legge 219/2017: è il dialogo serrato in cui il medico tiene costantemente informato il paziente sull'evolversi della malattia, su quello che si può fare, su quello che ci si può attendere, ecc.

## **Persone incapaci**

- Tra le persone incapaci vi sono gli **incapaci legali** minori, interdetti e inabilitati.
- Poi c'è il problema **dell'incapacità sopravvenuta**, cioè quando si diventa incapaci per una situazione improvvisa che non si può prevedere. In questo caso la legge dice che ci sono due possibilità:
  - Con DAT**→ oggi, se ci si dovesse trovare in una situazione estrema si potrebbero scrivere, nei modi previsti dalla legge, delle **disposizioni anticipate di trattamento**. Se si fa la disposizione anticipata di trattamento, si può nominare o non un **fiduciario** che prende delle decisioni.
  - Senza DAT**→ se, invece, in casi estremi, non c'è una disposizione anticipata di trattamento, allora bisogna capire come procedere.

## **IL DIRITTO DI NON CURARSI PER IL PAZIENTE CAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE**

Art. 1 comma 5 Legge 219 del 2017: Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento.

Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza,

- a) il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione
- b) e le possibili alternative
- c) e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo,
- d) anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

Art. 1 comma 6 Legge 219 del 2017: Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

## IL DIRITTO DI NON CURARSI. IL PROBLEMA DELLA NUTRIZIONE ARTIFICIALE E DELL'IDRATAZIONE

Art. 1 comma 5 Legge 219 del 2017: Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici.

### Corte cassazione sent. 21748 del 2007

Non v'è dubbio che l'idratazione e l'alimentazione artificiali con sondino nasogastrico costituiscono un trattamento sanitario. Esse, infatti, integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche. Al giudice non può essere richiesto di ordinare il distacco del sondino nasogastrico: una pretesa di tal fatta non è configurabile di fronte ad un trattamento sanitario, come quello di specie, che, in sé, non costituisce oggettivamente una forma di accanimento terapeutico, e che rappresenta, piuttosto, un presidio proporzionato rivolto al mantenimento del soffio vitale.

### Valutazione di segno opposto

Gli argomenti della Cassazione del 2007 e del legislatore del 2017 sono formalistici. Idratazione e alimentazione artificiali non sono atti con finalità terapeutiche e quindi non possono essere considerati trattamenti sanitari per i quali deve essere richiesto il consenso. Non sono finalizzati a ristabilire lo stato di salute della persona cui sono corrisposti ma solo a consentire lo svolgimento delle sue funzioni vitali. D'altro canto, l'alimentazione dei degenti non è sottoposta alle procedure del consenso informato. La sospensione di tali trattamenti condanna la persona cui essi vengono rifiutati a morire di fame e di sete.

L'idratazione e la nutrizione artificiale sono considerati dalla legge trattamenti sanitari. Quindi il paziente può scegliere se rifiutarli o no; questa decisione è stata riscontrata nel caso Englaro.

## IL DIRITTO DI NON CURARSI PER IL PAZIENTE INCAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE. GLI INCAPACI LEGALI

### Art. 3 legge 219 del 2017: Espressione del consenso

1. **Persona minore di età**: decidono i **genitori** o il **tutore** e va tenuta in considerazione anche la **volontà della persona minore**, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità. Se è diciassettenne, va coinvolto nella decisione, se è un bambino di un anno, no. In casi di contrasto tra genitori decide il giudice tutelare.
2. **Persona interdetta**: decide il **tutore**, sentito l'interdetto ove possibile.
3. **Persona inabilitata**: decide l'**amministratore di sostegno** tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere.

Nel caso in cui il rappresentante legale della persona interdetta o inabilitata oppure l'amministratore di sostegno, in assenza delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) o il rappresentante legale della persona minore, **rifiuti le cure proposte** e il medico ritenga invece che queste siano

**appropriate e necessarie**, la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

## **IL DIRITTO DI NON CURARSI PER IL PAZIENTE DIVENUTO INCAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE. LE DAT**

Art. 4 comma 1-2-3 legge 219 del 2017 - Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, **in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi** e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata «**fiduciario**», che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie. Indicare il fiduciario non è un atto obbligatorio ma opzionale. Le DAT possono essere scritte 10 anni prima dell'incidente, quindi non sono aggiornate e i trattamenti possono cambiare riguardo una malattia o un trattamento.

### **LE DAT CON NOMINA DI UN FIDUCIARIO**

Art. 4 comma 5 legge 219 del 2017 - Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) con nomina di un fiduciario.

I 2 problemi principali che si possono creare sono:

1. La possibilità di disattendere alle DAT: Il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.
2. Ci può essere un contrasto medico-fiduciario in ordine alle DAT: Nel caso di conflitto tra il fiduciario e il medico la decisione è rimessa al giudice tutelare su ricorso del rappresentante legale della persona interessata (fiduciario) o dei soggetti di cui agli articoli 406 e seguenti del codice civile (es, coniuge, persona stabilmente convivente) o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria.

### **LE DAT SENZA FIDUCIARIO**

Art. 4 comma 4 legge 219 del 2017 - Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) senza nomina di un fiduciario o con un fiduciario divenuto incapace.

Nel caso in cui le DAT non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o sia divenuto incapace, le DAT mantengono efficacia in merito alle volontà del disponente. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno.

Se il medico propone una nuova terapia, una nuova cura che potrebbe salvare la vita al paziente, in assenza di fiduciario o di un parente che acconsenta, bisogna andare dal giudice che nomina l'amministratore di sostegno che prende le decisioni con il medico.

## **IL DIRITTO DI NON CURARSI PER IL PAZIENTE INCAPACE DI INTENDERE E DI VOLERE CHE NON HA SOTTOSCRITTO DAT**

In questo caso si vengono a creare due problemi:

1. Il medico non è in grado di informare adeguatamente il paziente.
2. Il paziente non può esprimere il proprio consenso (o il proprio dissenso), né effettuare alcuna scelta consapevole. Problemi aggravati in caso di situazioni di urgenza o di particolare gravità.

Il medico, limitatamente ai trattamenti indispensabili per salvare la vita dell'ammalato, è esonerato dall'obbligo di acquisire il suo consenso, in caso di emergenza, che però successivamente egli dovrà ricevere dal paziente dopo averlo adeguatamente informato, nel caso in cui quest'ultimo dovesse riacquisire la capacità di esprimersi e autodeterminarsi.

Se invece dovesse perdurare lo stato di incapacità di intendere e volere del paziente, il medico dovrà proseguire nella cure ritenute necessarie e quindi rivolgersi al Giudice Tutelare (direttamente o sollecitando i parenti del paziente a farlo) chiedendo l'adozione dei provvedimenti necessari, tra cui la nomina di un amministratore di sostegno (o di tutore nei casi più gravi di incapacità) autorizzato ad affiancare il malato nelle proprie determinazioni o, nei casi più gravi, sostituirsi ad esso.

Il dialogo, il confronto tra medico e familiari non comporta per il medico obbligo di seguire le indicazioni di questo ultimi

- sia perché nessuno, nemmeno i familiari, può in alcun modo sostituirsi al paziente in questa decisione, nemmeno in ipotesi di incapacità del malato di manifestare la propria volontà;
- sia perché le opinioni/indicazioni dei familiari potrebbero essere divergenti.

## **LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE**

### Art. 5 legge 219 del 2017

Nel caso in cui non siano state sottoscritte le DAT:

1. Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa (chiamasi le DAT in corso d'opera, nel caso in cui il paziente si trovasse in una determinata situazione, può decidere il trattamento futuro) tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.
2. Il paziente e, con il suo consenso, i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di sua fiducia sono adeguatamente informati, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quanto il paziente può realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervenire e sulle cure palliative.



3. Il paziente esprime il proprio consenso rispetto a quanto proposto dal medico e i propri intendimenti per il futuro, compresa l'eventuale indicazione di un fiduciario.
4. Il consenso del paziente e l'eventuale indicazione di un fiduciario sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, attraverso video-registrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. La pianificazione delle cure può essere aggiornata al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico.

## **TERAPIA DEL DOLORE, DIVIETO DI OSTINAZIONE IRRAGIONEVOLE NELLE CURE E DIGNITÀ NELLA FASE FINALE DELLA VITA**

### Art. 2 legge 219 /2017

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.
2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.
3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

## **LA CORTE COSTITUZIONALE E L'ART. 580 C.P.**

### Art. 580 c.p. Istigazione o aiuto al suicidio

“Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni. Se il suicidio non avviene, è punito con la reclusione da uno a cinque anni, sempre che dal tentativo di suicidio derivi una lesione personale grave o gravissima.”

Questa legge è stata scritta negli anni '40, in cui il suicidio era visto come qualcosa di negativo e non includeva le possibili cause di suicidio assistito. Per questo nel 2019 è stata promulgata una legge che protegge quelle persone che aiutano quelle affette da determinate gravi patologie, e che decidono di porre fine alla loro vita.

### Corte costituzionale, ordinanza 207/2018 e sentenza 242/2019

Esiste una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie criminosa, corrispondente segnatamente ai casi in cui l'aspirante suicida si identifichi in una persona

- a) Affetta da una patologia irreversibile e

- b) Fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale
- c) Che sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, (intubato o nutrito artificialmente)
- d) Ma resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli

In tali casi, l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unico modo per sottrarsi, secondo le proprie scelte individuali, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare in base all'art. 32, secondo comma, Cost.

## **LA CORTE COSTITUZIONALE E L'ART. 580 C.P.**

### Corte costituzionale sentenza 242/2019

In assenza di una legislazione specifica sul problema la Corte ha ricavato dalla legge 217 del 2019 i seguenti criteri:

La richiesta di aiuto al suicidio deve provenire da un paziente capace di agire:

- a) Il paziente deve prestare un consenso libero e informato
- b) Il medico deve prospettare al paziente tutte le conseguenze della sua scelta e le possibili alternative
- c) L'aiuto al suicidio deve essere prestato nelle strutture del S.S.N cui spetta altresì verificare le relative modalità di esecuzione, le quali dovranno essere tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze.
- d) La delicatezza del valore in gioco richiede l'intervento di un organo collegiale terzo, munito delle adeguate competenze, il quale possa garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità. Nelle more dell'intervento del legislatore, tale compito è affidato ai comitati etici territorialmente competenti.
- e) È garantito ai medici il diritto di rifiutarsi di prestare l'aiuto al suicidio richiesto dal paziente perché la sentenza si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici.

## **LA GIURISPRUDENZA DELLA CORTE COSTITUZIONALE: QUESTIONI DI METODO E DI LIMITI**

### Valutazioni di segno opposto

#### **Favorevoli**

La Corte si è pronunciata sull'illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. dopo aver inviato al Parlamento il monito ad approvare una legge specifica sul tema. (ordinanza 207 del 2018). Vista l'inerzia del Parlamento, la Corte, ha ritenuto di essere tenuta a porre rimedio (sentenza n. 242 del 2019) in quanto posta di fronte a un vulnus costituzionale, non sanabile in via interpretativa - tanto più visto il suo essere attinente a diritti fondamentali. Secondo la Corte occorre evitare che l'ordinamento presenti zone franche immuni dal sindacato di legittimità costituzionale: e ciò specie negli ambiti, come quello penale, in cui è più impellente l'esigenza di assicurare una tutela effettiva dei diritti fondamentali, incisi dalle scelte del legislatore.

#### **Contrari**

La sentenza della Corte appare contraddittoria in quanto prima nega che sia ricavabile dalla Costituzione un autonomo diritto a morire e successivamente ne desume l'esistenza nelle forme di un diritto all'autodeterminazione nella scelta delle cure che comprende anche trattamenti che producono la morte della persona. Inoltre, l'attivismo giudiziale della Corte non è giustificabile. Essa non è legittimata a svolgere una funzione legislativa. Il compito di adeguare la legislazione all'evoluzione della coscienza sociale è compito esclusivo del Parlamento.