EUTANASIA APPROVATA ALLA CAMERA IL 10 MARZO: TESTO PEGGIORATO RISPETTO A QUELLO DELLE COMMISSIONI RIUNITE | LIVATINO



Il testo unificato in materia di ‘morte medicalmente assistita’, approvato dalla Camera il 10 marzo 2022 agevola la procedura di suicidio assistito, accentua la sua identità eutanasica; non prescrive più al medico e al Comitato per la valutazione clinica di tenere conto delle ragioni familiari e sociali che motivano la richiesta di morte; consente al Comitato di accertare la volontà di morire del paziente anche in modalità telematica; restringe l’obiezione di coscienza. Esso non contiene alcun impegno di spesa per attuare la disciplina, e quindi per favorire l’accesso alle cure palliative e per aiutare le famiglie. Emblematica del valore conferito alla vita, alla dignità e all’autonomia del malato, è la disciplina provvisoria che consentirebbe l’accesso al suicidio assistito

per un tempo di 270 giorni dall'eventuale approvazione definitiva, in assenza delle garanzie procedurali minime previste dallo stesso t.u.

1. Il testo unificato in contrasto con le indicazioni della Corte costituzionale. La proposta di legge approvata il 10 marzo scorso alla Camera, assegnata al Senato il successivo 16 marzo (Atto S.2553) recante *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*, presenta modifiche rispetto al testo unificato licenziato dalle Commissioni riunite Giustizia e Affari sociali il 9 dicembre 2021 (Atto C.3101). Per comodità di lettura, verrà indicata come t.u.

Di tali modifiche si può prendere visione tramite la tabella di confronto tra i due testi, che pubblichiamo a seguire; in taluni casi si tratta di semplici mutamenti lessicali, come la sostituzione della parola "malato" con la parola "persona" all'art. 2 co. 3 lett. a); in altri casi le modifiche, se colte nel loro contesto, radicalizzano la scelta di fondo del t.u., sostanzialmente ispirata ad un *favor mortis* del malato. Tale impostazione disattende gravemente le indicazioni della Corte costituzionale che, pochi giorni prima dell'approvazione della p.d.l. da parte della Camera, con la sentenza n. 50 depositata il 2 marzo (ud. 15 febbraio), ha dichiarato l'inammissibilità della proposta referendaria sull'omicidio del consenziente (art. 579 cod. pen.). Con tale decisione, la Consulta ha ribadito, richiamando la propria costante giurisprudenza, che "*il diritto alla vita, riconosciuto implicitamente dall'art. 2 Cost., è "da iscriversi tra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell'ordinamento una posizione, per dir così, privilegiata, in quanto appartengono – per usare l'espressione della sentenza n. 1146 del 1988 – all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana" (sentenza n. 35 del 1997). Esso "concorre a costituire la matrice prima di ogni altro diritto, costituzionalmente protetto, della persona" (sentenza n. 238 del 1996)*"

(cf. https://www.centrostudilivatino.it/omicidio-del-consenziente-e-droga-le-motivazioni-della-corte-costituzionale/#more-10292).

2. Elementi di divergenza rispetto alle sentenze della Consulta. La sentenza n. 50/2022, che pur si è espressa per la non ammissibilità della proposta referendaria avente a oggetto l'omicidio del consenziente, non ha mancato di richiamare l'ordinanza n. 207/2018 e la sentenza n. 242/2019 della medesima Consulta in materia di aiuto al suicidio (art. 580 cod. pen.), nelle quali si è detto a chiare lettere che il godimento del diritto alla vita, "*primo dei diritti inviolabili dell'uomo*" (sentenza n. 223/1996) comporta "*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*".

Ancorché l'impostazione fatta propria dalla Corte costituzionale con l'ordinanza n. 207/2018 e con la sentenza n. 242/2019 non sia condivisibile nel suo contenuto decisorio – perché ammette una deroga, seppur in casi limitati, al principio di indisponibilità della vita e fa un'equiparazione, tutt'altro che pacifica, tra rifiuto della cura e suicidio assistito (sui problemi posti dall'ordinanza cf. il volume (a cura) di Mauro Ronco, *Il 'diritto' di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, Giappichelli 2019 https://www.centrostudilivatino.it/il-diritto-di-essere-uccisi-verso-la-morte-del-diritto/; sulla sentenza, ex multis, (a cura) di Alfredo Mantovano, *Eutanasia le ragioni del no. Il referendum, la legge, le sentenze*, Cantagalli 2021 https://www.edizionicantagalli.com/shop/eutanasia-le-ragioni-del-no/)– essa ha avuto il pregio di escludere che la richiesta di morte assurga a diritto soggettivo del malato e si è limitata a prevedere una causa di non punibilità a vantaggio di chi, liberamente accogliendo la richiesta dell'interessato, ne abbia cagionato il decesso.

L’impostazione del t.u. che, già nella versione dello scorso dicembre, allargava rispetto alla sentenza n. 242 del 2019 l’accesso al suicidio assistito (sui cambiamenti apportati dalle Commissioni riunite rispetto al testo originario sottoposto al loro esame cf. https://www.centrostudilivatino.it/eutanasia-le-ragioni-del-no-il-referendum-le-legge-le-sentenze-aggiornamento-con-gli-emendamenti-approvati-in-commissione/), è ora peggiorata stanti, in particolare:

- l’ulteriore agevolazione nella procedura;
- l’affievolimento degli strumenti di controllo sulla libertà di scelta del malato;
- la restrizione dell’obiezione di coscienza;
- la previsione di una disciplina provvisoria.

Che, d’altronde, la tutela del diritto alla vita non sia tema di particolare interesse per il t.u. è dato inequivocabile, posto che all’art. 2 co. 3 nell’elenco dei princìpi fondamentali che il Servizio sanitario nazionale deve rispettare in materia di suicidio assistito, si menzionano la dignità e l’autonomia del malato; la qualità della vita e il sostegno al malato, ma (nella versione del 9 dicembre così come in quella approvata il 10 marzo) del diritto alla vita… nessuna traccia! Ciò premesso, si segnala nel dettaglio quanto segue.

3. Art. 5 co. 2: soppressa la considerazione delle condizioni familiari e sociali del suicidio assistito. Il medico che riceve la richiesta di morte medicalmente assistita da parte del paziente, nella versione del t.u. approvata il 10 marzo, redige “*un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche e psicologiche del richiedente e sulle motivazioni che l’hanno determinata*”.

La precedente versione prevedeva che oggetto del rapporto fossero anche le condizioni familiari e sociali del malato. Tale espunzione è grave e foriera di conseguenze negative per

la tutela del malato; il rapporto è infatti oggetto di vaglio da parte del Comitato di valutazione clinica (art. 5 co. 5 ss.) e si conclude con il parere dello stesso Comitato, favorevole o contrario alla richiesta di morte medicalmente assistita. L'esclusione, prima per il medico che riceve la richiesta poi per il Comitato, dell'esame delle condizioni sociali e familiari del paziente rende impossibile, soprattutto da parte del Comitato, una valutazione complessiva che tenga conto, per es., di quanto possano avere inciso sulla scelta di morire opinioni o pressioni familiari ed eventuali ristrettezze economiche. Tale modifica è segno evidente e inequivocabile del fatto che, nell'impianto del t.u., il suicidio assistito, anziché essere la risposta estrema a mali ritenuti non altrimenti affrontabili – soluzione che comunque non è eticamente e giuridicamente ammissibile perché comporta la partecipazione a un atto causativo della morte di una persona –, si presta a divenire una sempre più larga "via di uscita" dall'esistenza, di fronte a situazioni di grave problematicità sociale e familiare generate dalla malattia.

L'espunzione delle condizioni familiari e sociali dal campo di indagine del medico e del Comitato non solo snellisce e agevola l'accesso al suicidio assistito ma è anche indice del reale valore che il t.u. assegna all'autonomia del paziente; a fronte dei proclami altisonanti sull'autonomia, sull'autodeterminazione e sulla dignità personale, la soluzione normativa che la Camera ha adottato è di non prevedere che il medico che riceve la richiesta e il Comitato che la valuta debbano tenere in conto proprio quei fattori ambientali che maggiormente interferiscono con la formazione della volontà del malato .

4. Art. 5 co. 5: volontà di morire accertabile per il Comitato anche 'da remoto'. Non sono bastati due anni di vita sulle piattaforme *online* per rendere evidente a chiunque che l'interazione telematica tra le persone non è efficace come quella "in presenza": ne parlano docenti, psicologici, esperti

della comunicazione, sociologi, ma non ne tiene conto la Camera; essa rettifica l'art. 5 co. 5, prevedendo che l'audizione personale del malato finalizzata – si badi – ad "*accertare che la richiesta di morte medicalmente assistita sia stata informata, consapevole e libera*" possa avvenire anche telematicamente. La precedente versione del testo, pur senza qualificare tale procedura come obbligatoria, quanto meno prevedeva che, ove il Comitato intendesse sentire il malato, si dovesse recare, anche tramite un delegato, al domicilio del paziente.

La modifica è chiaramente pur essa volta, come la precedente, a snellire la procedura di accertamento delle condizioni che consentono la richiesta di morte medicalmente assistita, in vista di un suo più rapido espletamento. Anche in questo caso è evidente quanto poco stia a cuore il reale controllo della libertà di scelta del malato, da sentire tranquillamente in modalità *smart*. In fondo il malato che ha deciso di morire potrebbe già aver assorbito tante risorse di denaro e di tempo: un'ultima *call* basta per mettere "agli atti" che davvero la morte era ciò che voleva, precludendo quel contatto diretto che permetterebbe di coglierne fino in fondo le reali motivazioni e i disagi sottostanti!

5. L'obiezione di coscienza. Nessuna obiezione (art. 6 t.u.) per il pubblico ufficiale che, nel testo approvato il 10 marzo, interviene nella procedura di morte medicalmente assistita, ai sensi dell'art. 4 co. 2, attestando l'autenticità, la data e il luogo di espressione della volontà dell'interessato. Eppure, l'intervento del pubblico ufficiale – non contemplato nel t.u. del 9 dicembre – ha un'efficacia causale indispensabile e diretta nell'espletamento della procedura, e quindi realizza quel contrasto fra il precetto normativo, la deontologia e i dettami intimi della coscienza, tale da meritare tutela.

Circa l'operatore sanitario, la precedente formulazione dell'art. 6 t.u. prevedeva che l'obiezione di coscienza

spettasse al "*personale sanitario ed esercente le attività sanitarie ausiliarie*": il testo del 10 marzo riferisce invece il diritto all'obiezione solo all'esercente la professione sanitaria in senso stretto, escludendo quanti esercitano attività ausiliarie, senza essere al contempo esercenti professioni sanitarie.

6. La clausola di invarianza finanziaria. L'art. 9 t.u. fissa la clausola di invarianza finanziaria, in virtù della quale, dall'attuazione della legge "*non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Le amministrazioni competenti provvedono agli adempimenti ivi previsti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente*".

La previsione è neutra solo in apparenza, e costituisce il contrario di quel segnale virtuoso che parrebbe costituire per la finanza pubblica, rassicurante per chi è contrario al suicidio assistito e all'eutanasia. Se davvero il suicidio assistito, come si fa credere all'opinione pubblica, fosse inteso, nell'impianto del t.u., come il rimedio estremo dinnanzi al fallimento di tutte le altre vie proposte al malato, come è possibile, nel momento in cui se ne consente la pratica, non investire contestualmente sulle cure palliative e sul sostegno agli *informal caregiver*, vale a dire a quei soggetti, appartenenti alla rete familiare e amicale del malato, che gli prestano assistenza?

La scelta del t.u. che da un lato esige, per l'accesso al suicidio assistito, il previo coinvolgimento del malato (salvo il suo rifiuto) in un percorso di cure palliative, dall'altro non impiega nessuna risorsa per rendere concrete tali cure, mostra come in realtà il suicidio assistito sia, nel testo approvato dalla Camera, non tanto la soluzione di *extrema ratio* per chi non sopporta più le proprie sofferenze, quanto la via più semplice, immediata ed economica offerta a chi deve affrontare un grave dolore.

7. L’entrata in vigore e la disciplina transitoria. Il t.u. approvato dall’Aula si conclude con un nuovo art. 11, che stabilisce l’entrata in vigore della legge 90 giorni dopo la pubblicazione in *Gazzetta.*

L’art. 11 co. 2 prevede tuttavia che, nelle “*more dell’entrata in vigore della presente legge, si provvede all’aggiornamento delle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell’articolo 1, commi 554 e 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, conformemente alle prestazioni previste dalle disposizioni della presente legge e nei limiti delle risorse finanziarie destinate al medesimo Servizio sanitario nazionale dalla legislazione vigente*”: è un comma avente efficacia dal giorno successivo alla pubblicazione.

Occorre chiedersi, tuttavia, se le pratiche di suicidio assistito possano effettivamente essere inserite, stando al diritto vigente, nelle prestazioni a carico del Servizio sanitario nazionale, in via provvisoria prima dell’entrata in vigore di una (eventuale) disciplina organica qual è quella dettata dagli art. 1-10, dai regolamenti istitutivi dei Comitati per la valutazione clinica (art. 7) e dal decreto del Ministro della salute (art. 10). Per verificare tale ipotesi occorre richiamare alcune norme in materia.

Anzitutto, l’art. 1 co. 554 L. n. 208/2015 (legge di stabilità 2016) – cui l’art. 11 co. 2 t.u. rinvia – stabilisce che i livelli essenziali di assistenza (c.d. LEA) di cui all’art. 1 co. 7 D.Lgs. 502/1992 siano definiti con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari. L’art. 1 co. 7 D.Lgs. n. 502/1992 prevede, a sua volta, che sono “*posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche*

condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate".

Ai sensi dello stesso art. 1 co. 7 cit., sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale, tipologie di assistenza, servizi e prestazioni sanitarie che (tra gli altri casi di esclusione) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai *principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale*, di cui all'art. 1 co. 2 dello stesso D.Lgs. Il co. 2 da ultimo richiamato sancisce espressamente che i livelli essenziali di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale, attraverso le risorse finanziarie pubbliche, siano in coerenza con i princìpi e gli obiettivi indicati dagli art. 1 e 2 L. n. 833/1978, istitutiva del servizio sanitario nazionale. L'art. 1 L. n. 833 al co. 3 stabilisce che finalità del servizio sanitario nazionale siano la promozione, il mantenimento e il recupero della salute fisica e psichica (e non, ad es., il dare la morte al paziente). L'art. 2 della stessa L. n. 833, sempre elencando i princìpi ispiratori del S.S.N., prevede al comma 2, lett. f) «*la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*».

In breve, le prestazioni di suicidio assistito, a fortiori prima dell'entrata in vigore di una disciplina organica, non tollerano l'inserimento nei LEA, perché incompatibili con i principi ispiratori di erogazione delle prestazioni rese dal S.S.N. in base alla L. n. 833/ 1978 e al D.Lgs. n. 502/1992.

Vi è poi da chiedersi come sia possibile prevedere una disciplina provvisoria prima della istituzione, di cui all'art. 7 t.u., dei Comitati di valutazione clinica, i quali hanno la funzione precipua di garantire la tutela della dignità del malato. I Comitati potranno essere istituiti in un termine di 180 giorni dall'entrata in vigore della legge, la quale a sua volta entrerebbe in vigore dopo 90 giorni dalla

pubblicazione in *Gazzetta.* La disciplina provvisoria dell'art. 11 co. 2 invece entrerebbe in vigore il giorno successivo alla pubblicazione della legge in *Gazzetta*, come previsto dallo stesso art. 11 co. 3. Discorso analogo riguarda l'emanazione del decreto del Ministro della salute, considerato dall'art. 10 t.u., in cui dovrebbero essere previste norme di prim'ordine, relative ai requisiti delle strutture del Servizio sanitario nazionale idonee ad accogliere le persone che fanno richiesta di morte (lett. a); ai protocolli e alle modalità per la prescrizione, la preparazione, il coordinamento e la sorveglianza della procedura di morte (lett. b); alle procedure di sostegno psicologico alla persona malata e ai suoi familiari (lett. c); alle modalità di un'informazione capillare sulle possibilità offerte dalla legge 22 dicembre 2017, n.219 (lett. e); alle modalità di monitoraggio e di potenziamento delle cure palliative (lett. f).

La norma provvisoria prevista dall'art. 11 co. 2 t.u. è pertanto inattuabile: ancora una volta, segnala l'inadeguatezza tecnica del testo approvato dall'Aula della Camera. L'inserimento della disposizione provvisoria dice molto sul piano politico: che un ramo del Parlamento approvi un testo che permette l'accesso al suicidio assistito in totale assenza di una tutela minima per il malato per un tempo di 270 giorni dalla pubblicazione della legge in *Gazzetta* – 180 giorni necessari per l'istituzione dei Comitati e per l'emanazione del decreto ministeriale dall'entrata in vigore della legge, cui aggiungere 90 giorni per la stessa entrata in vigore della legge, che decorrono dalla sua pubblicazione – è il segnale più chiaro e incontrovertibile di quanto poco valga, per l'odierna rappresentanza della Nazione, la vita della persona malata.

Continua la lettura dei testi a confronto sul sito del Centro studi Livatino