

ACCADEMIA NAZIONALE DEI LINCEI COMMISSIONE BIOETICA
QUESTIONI BIOETICHE IN MATERIA DI MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA

Premessa.

La Commissione Bioetica dell'Accademia Nazionale dei Lincei ha da tempo avviato una riflessione sul tema generale del c.d. "fine vita" e in particolare su quello della morte volontaria medicalmente assistita. Base di discussione è stato, inizialmente, il d.d.l. Senato della Repubblica n. 2553, recante "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita". La fine della XVIII Legislatura e l'avvio della XIX ne ha determinata la decadenza e attualmente, a quanto consta, risultano depositati i dd.dd.ll. Senato nn. 65 (Parrina e Fini), 104 (Bazoli e altri), 124 (Pirro e altri), 570 (De Cristofaro e altri) e 1083 (Paroli e altri), nonché le pp.dd.ll. nn. 87 (Costa), 251 (Magi), 313 (Sportiello e altri), 949 (Zanella e altri), 1559 (Serracchiani e altri) e 1659 (Zanella e altri). Nessuno di tali atti di iniziativa legislativa è ancora giunto alla fase della discussione finale e della votazione in aula. Esiste tuttora, dunque, una lacuna normativa, poiché la l. 22 dicembre 2017, n. 219, non disciplina tutte le fattispecie di morte volontaria medicalmente assistita, ma solo quella della morte derivante dall'esercizio del diritto di non farsi curare.

La stessa giurisprudenza costituzionale intervenuta in materia, pur avendo ampliato l'area della non punibilità del suicidio assistito, dichiarando parzialmente incostituzionale l'art. 580 cod. pen., non ha sciolto tutti i nodi aggrovigliatisi in questa delicata problematica. Inizialmente, essa si è occupata solo della condizione della *"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"* (sent. n. 242 del 2019). In una recente pronuncia, invece, ha affermato che *"Dal punto di vista costituzionale, non vi può essere [...] distinzione tra la situazione del paziente già sottoposto a trattamenti di sostegno vitale, di cui può pretendere l'interruzione, e quella del paziente che, per sopravvivere, necessita, in base a valutazione medica, dell'attivazione di simili trattamenti, che però può rifiutare"*. In entrambi i casi, infatti, è garantito il *"diritto di scegliere di congedarsi dalla vita con effetti vincolanti nei confronti dei terzi"* (sent. n. 135 del 2024).

In ispirito di collaborazione, la Commissione auspica di poter interloquire con le istituzioni rappresentative, nella prospettiva dell'adozione di quell'intervento legislativo in materia che la Corte costituzionale – come è noto – ha dichiarato indispensabile (v., in particolare, ord. n. 208 del 2018; sentt. nn. 242 del 2019 e 135 del 2024 citt.).

Certo, a una cattiva normativa si fa probabilmente preferire il perdurare del silenzio del legislatore, ma è chiaro che l'attuale condizione aumenta a dismisura l'incertezza per i cittadini nonché il margine di discrezionalità della Corte costituzionale e dei giudici comuni. Né – è opinione della Commissione – una regolazione normativa per legge può essere supplita dal codice di deontologia medica, con il quale – semmai – si porrebbe un problema di coordinamento.

Il lavoro istruttorio è stato intenso e intenso è stato il dialogo fra tutti i componenti della Commissione. La Commissione ha altresì promosso un confronto – interdisciplinare – con altri

studiosi. A questo scopo ha organizzato un incontro seminariale cui hanno partecipato i Proff. Teresa Pasquino (con una relazione su “La morte medicalmente assistita”), Eugenio Lecaldano (con una relazione su “La questione dell’obiezione di coscienza”) e Vittorio Manes (con una relazione su “Il medico e il giudice nel processo decisionale”).

Una prima versione del documento è già stata sottoposta all’attenzione del Consiglio di presidenza dell’Accademia, nella prospettiva di rendere poi noto il documento stesso alle Camere del Parlamento, presso le quali pendono le iniziative legislative precedentemente ricordate, come contributo alla discussione parlamentare. La presente versione è aggiornata soprattutto con alcune sollecitazioni suggerite dalle cit. sent. Corte cost., n. 135 del 2024 e n. 66 del 2025, nelle more sopravvenute, ed ha da ultimo tenuto conto di alcune riflessioni suscitate tra i soci in base alla bozza del documento.

1.- Il diritto a non farsi curare. Le cure palliative.

Il diritto a non farsi curare è da tempo pacifico ed è considerato il coerente risvolto negativo del diritto a farsi curare, scolpito nell’art. 32 Cost. Che questo diritto possa essere eventualmente spinto alle estreme conseguenze – dunque sino a che si verifichi la morte – è detto, fra l’altro, dalla notissima sent. Cass., Sez. I civ., 16 ottobre 2007, n. 21748 (che si pronunciò sul c.d. “caso Englaro”).

Il diritto a non farsi curare abbraccia dunque il rifiuto di qualunque trattamento sanitario (e trattamento sanitario sono anche, secondo la giurisprudenza attuale, l’idratazione e l’alimentazione forzate). La stessa morte medicalmente assistita è da qualificare in tal modo, anche ai fini dell’inserimento della relativa pratica fra le prestazioni del SSN, con tutte le conseguenze anche sul piano finanziario.

Esercitare il diritto a non farsi curare non equivale però a formulare un’implicita richiesta di morte, che è cosa giuridicamente e logicamente ben distinta (e, appunto, tuttora sfornita di compiuta regolazione legislativa).

Parimenti, esercitare quel diritto non significa rinunciare alle cure palliative. Un ordinamento fondato sul principio personalista non può tollerare che una persona sia lasciata o fatta morire senza sottrarla alle inutili sofferenze che il processo che conduce alla morte può comportare (e anzi, in pratica, normalmente comporta), ancorché sempre si miri alla liberazione dalle sofferenze mediante l’estrema soluzione della morte.

Il tema delle cure palliative, sovente trascurato, è dunque centrale in tutta la problematica del c.d. “fine vita” (lo ricorda già la cit. sent. Corte cost., n. 135 del 2024) e sarebbe indispensabile ch’esse fossero garantite anche nella prospettiva di rendere davvero libera la scelta sul farsi morire, sull’autoprocurarsi la morte o sull’assentire alla propria morte come sottolineato da ultimo dalla sent. Corte cost. n. 66 del 2025, considerando sempre la posizione di tutela dei soggetti deboli e fragili, ancorché capaci di intendere e volere. Si pone qui, ovviamente, il problema della piena attuazione della l. 15 marzo 2010, n. 38, e dunque delle risorse economico-finanziarie necessarie per le cure palliative, che dovrebbero essere garantite su tutto il territorio nazionale. A questo riguardo va ribadito il diritto all’accesso alle cure palliative pediatriche, rispondendo ad un’esigenza sociale sempre più ampia e diffusa. Occorre pertanto che anche di questa esigenza si tenga conto in fase di redazione dei cc.dd. “LEP”, cioè di quei livelli

essenziali delle prestazioni che in materia sanitaria sono già previsti come “LEA” (livelli essenziali di assistenza) e che comunque devono essere precisamente identificati in sede di attuazione dell’art. 1, commi da 791 a 801, della l. 29 dicembre 2022, n. 197 (legge di bilancio per l’anno 2023), ove appunto si prevede (riprendendo la formulazione degli artt. 116, comma 2, e 117, comma 2, lett. m), Cost.) *“la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti in tutto il territorio nazionale”*.

2.- Il suicidio come diritto?

La morte medicalmente assistita si delinea come una procedura regolata, nei presupposti e nei modi, dalla legge. La disputa sul ‘diritto al suicidio’ – che vede contrapposti metodi giuridici, valutazioni etiche, preoccupazioni personali – rimane estranea alla procedura, che così acquista una sorta di tipicità e inconfondibilità legislativa.

La Commissione, nel proposito di offrire un contributo al futuro legislatore, non ha il compito di prendere posizione in dibattiti teorici, approvando o negando il diritto al suicidio. È suo dovere di lasciare alle dottrine giuridiche questi interrogativi, restringendosi alla concreta configurazione delle procedure di ‘morte volontaria medicalmente assistita’.

3.- Il problema della volontà

In tutte le forme di morte medicalmente assistita risulta centrale la questione della volontà.

Preliminarmente, è bene sottolineare che sul piano del vigente assetto normativo occorre distinguere la fattispecie dell’omicidio del consenziente (da parte anche di soggetti non legati da rapporti di coniugio o parentela) e quella del suicidio assistito (che rispetto alla prima è *“fattispecie finitima”*: Corte cost., sent. n. 135 del 2024, cit.). Il punto sembra ormai chiarito, da ultimo, dalla sent. Corte cost., n. 50 del 2022, che ha dichiarato inammissibile una richiesta di *referendum* abrogativo dell’art. 579 cod. pen., ove si configura il delitto di omicidio del consenziente. La Corte costituzionale, infatti, ha rilevato che *“Si tratta di norma incriminatrice strettamente finitima, nell’ispirazione, a quella del successivo art.*

580 cod. pen., che incrimina l’aiuto (oltre che l’istigazione) al suicidio. Le due disposizioni riflettono, nel loro insieme, l’intento del legislatore del codice penale del 1930 di tutelare la vita umana anche nei casi in cui il titolare del diritto intenderebbe rinunciarvi, sia manu alius, sia manu propria, ma con l’ausilio di altri”. Il discrimine tra le due fattispecie, pertanto, sembra abbastanza chiaro (*“manu alius”* oppure *“manu propria”*). Entrambe, comunque, meritano d’essere disciplinate.

In tutti e due i casi occorre tuttavia interrogarsi sulla qualità del desiderio e della conseguente volontà di terminare la propria vita.

Perché si manifesti *validamente* tale volontà dovrebbero richiedersi una condizione medica e una condizione giuridica.

Quanto alla *condizione medica*, dovrebbe prevedersi che: a) esista una patologia; b) questa patologia sia incurabile oppure inguaribile ovvero guaribile solo a prezzo di sofferenze intollerabili (le tre ipotesi dovrebbero essere contemplate come alternative, non essendo necessario che siano concorrenti, il che è stato già in parte rilevato dalla sent. Corte cost., n. 242 del 2019, cit.); c) la patologia comporti di per sé nel soggetto interessato una intollerabile

sofferenza, fisica o psicologica, dichiarata in modo inequivocabile e continuativo da parte del soggetto stesso (anche qui le due ipotesi dovrebbero essere richieste come alternative, non essendo necessario che siano concorrenti). Secondo alcuni la legge dovrebbe stabilire adeguate modalità di accertamento oggettivo della sofferenza, ma si consideri che tale accertamento finirebbe per coincidere con la specifica esperienza individuale riportata dalla persona interessata (la Corte costituzionale, infatti, nella pronuncia ora ricordata, ha ammesso alla scelta di terminare la propria vita la persona afflitta da sofferenze “*che ella trova intollerabili*”, così rimettendosi all’apprezzamento della persona stessa). Si noterà che non si menziona fra le condizioni la dipendenza del richiedente da un sostegno vitale: la cit. sent. Corte cost. n. 135 del 2024 ha affermato che tale requisito “*svolge, in assenza di un intervento legislativo, un ruolo cardine nella logica della soluzione adottata con l’ordinanza n. 207 del 2018, poi ripresa nella sentenza n. 242 del 2019*”. Poiché qui si discute proprio dell’“intervento legislativo” auspicato dalla Corte costituzionale, ma non ancora intervenuto, tale requisito può ben essere pretermesso.

Quanto alla *condizione giuridica*, si dovrebbe prevedere la manifestazione di una volontà autentica. Autentica – ovviamente – nella prospettiva del diritto (non in quelle della filosofia o delle neuroscienze), cioè di una volontà che l’ordinamento, secondo i suoi parametri, considera non viziata da pressioni o condizionamenti esterni. Trattandosi di nozione squisitamente giuridica, l’accertamento della sua autenticità, fondata in primo luogo sulla soggettiva insopportabilità delle sofferenze quand’anche lenite da cure palliative, spetterebbe necessariamente al giudice.

La Commissione ritiene comunque essenziale una più precisa definizione legislativa della nozione di capacità di intendere e di volere in questo specifico campo. Ritiene anche necessario che quella capacità permanga per un tempo congruo e che non sia considerata sufficiente una volontà lucida che sia però espressa *per intervalla insaniae* (si pensi ai momenti di lucidità che caratterizzano le persone colpite da patologie quali il morbo di Alzheimer). Si ritiene, infine, necessario stabilire che la volontà sia attuale, nel senso che il richiedente deve manifestarla nell’imminenza del trattamento richiesto. Fanno eccezione i casi in cui una volontà attuale non possa essere manifestata per perdurante perdita della coscienza o per disfunzione dei mezzi ordinari di comunicazione. In tali casi è possibile fare ricorso a disposizioni pregresse (delle quali sarebbe assai opportuno prevedere il periodico aggiornamento), a dati inequivoci (quali precedenti dichiarazioni dell’interessato o manifestazioni oggettive di uno stile di vita incompatibile con la prosecuzione delle funzioni vitali in certe condizioni) o ai recenti metodi delle neuroscienze – tuttora oggetto di discussione e sperimentazione – che permettono a pazienti immobili e muti, ma consci, di esprimersi tramite le loro attività cerebrali.

È inevitabile che a fronte della previsione di condizioni mediche e giuridiche emergano margini di discrezionalità soggettiva (soprattutto del giudice, ma anche dei suoi consulenti, del medico o dei testimoni dei quali egli si avvale), tuttavia tale discrezionalità va delimitata al massimo dal legislatore, anzitutto con un’adeguata procedimentalizzazione. Questa procedimentalizzazione vede necessariamente protagonisti il medico e – come detto – il giudice, al quale deve essere confidato l’accertamento finale delle condizioni di legge. Tuttavia il giudice – pur conservando l’autonomia di decisione implicata dalla sua indipendenza istituzionale –

non può prescindere dalle indicazioni del medico e dal confronto con il paziente o con chi lo rappresenta (quando sono state manifestate le disposizioni anticipate di trattamento – cc.dd. DAT – ai sensi della l. n. 219 del 2017 o comunque nelle ipotesi di difetto di attuale capacità di intendere e di volere). La Commissione non ritiene, invece, che sia necessario il coinvolgimento dei comitati di bioetica, che la Corte costituzionale ha imposto solo “*nelle more dell'intervento del legislatore*” (sent. n. 242 del 2019, cit.; analogamente, sent. n. 135 del 2024, cit., ora sent. n. 66 del 2025). Ciò in quanto esso potrebbe introdurre la valutazione di elementi estranei ai profili strettamente clinici e giuridici (il “bilanciamento” delle questioni bioetiche, una volta che fosse approvata la legge, sarebbe stato compiuto direttamente dal legislatore) e all’“alleanza terapeutica” fra paziente e medico che, mediata dal giudice, appare sufficiente ad assicurare l’idoneo governo della fattispecie.

Sembra tuttavia alla Commissione necessario che: a) la competenza a gestire le procedure di morte medicalmente assistita sia riservata alle strutture sanitarie pubbliche (e non sia dunque possibile estenderla a strutture sanitarie private o – più ancora – a coniugi, parenti, amici o conoscenti della persona interessata); b) il medico non sia lasciato solo, ma sia coadiuvato da una struttura consultiva collegiale interna alle singole Aziende sanitarie locali (o a più Aziende sanitarie locali della medesima Regione), alla quale dovrebbe essere tenuto a rivolgersi, per la valutazione clinica del caso (l’essenzialità di un intervento delle strutture pubbliche è sottolineata dalla cit. sent. Corte cost., n. 135 del 2024).

La volontà deve poter essere manifestata anche da un minore, ma in questo caso, trattandosi di un soggetto per definizione debole, le garanzie dell’autenticità della volontà dovrebbero essere particolarmente rigorose a causa della più facile influenzabilità del suo pensiero, eventualmente differenziandole per fasce di età (tanto più rigorose le condizioni, dunque, quanto minore è l’età, così valorizzando uno spunto già presente nell’art. 3, comma 2, della l. n. 219 del 2017). Il problema, semmai, è in questo caso quello della possibile sovrapposizione della volontà di terzi (dei genitori, del tutore, del giudice) a quella dell’interessato. L’esigenza congiunta di tutelare al massimo sia l’autodeterminazione individuale che l’autenticità e maturità della volontà suggerisce di prevedere per i minori un procedimento che dia specifiche e particolarissime garanzie di completezza e oggettività dell’istruttoria. In questo caso, poi, l’intervento del giudice tutelare dovrebbe essere comunque imprescindibile.

4.- Le condotte ammissibili.

È noto che si può distinguere (come si fa in Germania) fra “eutanasia pura” (somministrazione di un farmaco palliativo, senza abbreviare direttamente la vita); “eutanasia attiva” (uccisione su richiesta dell’interessato); “eutanasia indiretta” (somministrazione di un farmaco palliativo, che abbrevi la vita); “eutanasia passiva” (rinuncia a un trattamento sanitario essenziale per evitare la morte).

In questa classificazione il lemma “eutanasia” varrebbe a coprire tutte le ipotesi di aiuto alla terminazione volontaria della vita del paziente. Si ritiene che – ricorrendone i presupposti di legge – tutte queste condotte siano ammissibili, non parendo eticamente (e comunque, al di là delle intense discussioni etiche sul punto, giuridicamente) significativo distinguere – salva la possibilità di una diversa valutazione da parte del legislatore anche attraverso opportune

declinazioni dell'assenza di punibilità o di colpevolezza – fra condotte attive e condotte omissive, le quali (sebbene vi siano studi che registrano una tendenza della mente umana a considerare le omissioni meno gravi delle azioni) sul piano morale appaiono perfettamente equivalenti.

Nondimeno, la Commissione ritiene che alla estrema soluzione dell'omicidio del consenziente possa essere ammesso solo chi, per impedimento materiale, non abbia la possibilità o capacità di usufruire della pratica del suicidio assistito. Ampliando ulteriormente l'ambito della tutela si svilirebbe il bene-vita, mentre escludendola si determinerebbe un'ingiustificata disparità di trattamento fra persone che hanno esattamente il medesimo bisogno e si distinguono unicamente per le condizioni fisico-materiali in cui si trovano. Dovrebbe essere invece esclusa la liceità del dare la morte a coloro che sono in grado di darsela autonomamente nel contesto di una pratica di suicidio assistito.

5.- La specifica posizione del medico e del giudice.

La posizione del medico e del giudice è particolarmente delicata. Si ritiene, in particolare, che:

- a) il medico abbia il dovere di informare nel dettaglio il paziente sul procedimento da seguire, sul suo esito e sulle alternative possibili (in particolare, sulle cure palliative);
- b) l'informazione debba essere il più possibile oggettiva e non possa essere utilizzata per indirizzare la volontà dell'interessato in un senso o nell'altro;
- c) spetti al medico, quale unico soggetto legittimato alla valutazione clinica, di accertare le condizioni previste nella fattispecie normativa della morte volontaria medicalmente assistita, segnalando al giudice le circostanze del caso e indicando al medesimo una misura massima di tempo entro cui assumere la correlativa decisione;
- d) il giudice debba essere adeguatamente formato, il che vuol dire che la competenza in materia dovrebbe spettare a una sezione specializzata del Tribunale, eventualmente anche derogando alla competenza territoriale ove tale sezione non sia stata ancora istituita;
- e) poiché la procedura di morte medicalmente assistita è necessariamente attivata a domanda e poiché la domanda presuppone una condizione di grave sofferenza fisica o psicologica, il giudice dovrebbe essere tenuto a pronunciarsi nel più breve tempo compatibile con la serietà dell'istruttoria;
- f) conseguentemente, la procedura di morte medicalmente assistita dovrebbe essere equiparata alle procedure di urgenza e – anzi – dovrebbe avere priorità su tutte le altre.

6.- L'obiezione di coscienza.

Il diritto all'obiezione di coscienza si atteggia in forme diverse per i vari soggetti coinvolti nel procedimento inteso a condurre alla morte medicalmente assistita.

Per quanto riguarda il *medico*, il riconoscimento del diritto all'obiezione di coscienza dovrebbe essere pieno per tutte le condotte attive e omissive implicate dal procedimento. Ovviamente, considerate le premesse esposte al par. 1, l'esercizio di tale diritto non potrebbe compromettere il diritto del paziente a non farsi curare. L'opposizione del diritto all'obiezione di coscienza, poi,

non dovrebbe essere consentita quando al medico è richiesto soltanto di manifestare, con la massima oggettività, le sue conoscenze cliniche.

Per quanto riguarda il *restante personale sanitario* dovrebbe valere un regime analogo a quello concernente il medico, in considerazione dello stretto nesso eziologico che lega l'azione di tale personale e il possibile esito finale del procedimento.

Per quanto riguarda il *personale amministrativo*, sebbene nella Commissione siano emerse anche delle perplessità, si ritiene che il diritto all'obiezione di coscienza non debba essere riconosciuto. Ciò in quanto, in questo caso, tale personale è coinvolto in modo eccessivamente indiretto perché si possa immaginare la tutelabilità della sua sfera coscienziale.

Per quanto riguarda il *giudice*, parimenti, l'obiezione di coscienza dovrebbe essere esclusa. Il giudice, infatti, è soggetto "solo" alla legge ai sensi dell'art. 101 Cost., ma alla legge è pur sempre soggetto, sicché non appare coerente con quel principio costituzionale esonerarlo dall'obbedienza alla legge quando questa comporta un conflitto con i suoi convincimenti morali.

Il regime dell'obiezione di coscienza, in definitiva, dovrebbe variare in ragione (oltre che delle previsioni del citato art. 101 Cost.) del rapporto causale – più o meno diretto – con le attività sanitarie che conducono all'evento conclusivo del procedimento. E la necessità di disciplinare la materia con legge generale e astratta sembra consentire al legislatore di normare per categorie e non contemplando nel dettaglio le singole situazioni soggettive (con un eccesso di protezione – cioè – di convincimenti esclusivamente soggettivi). In ogni caso, il legislatore dovrebbe prevedere modalità organizzative tali che l'amministrazione assicuri la presenza di personale sanitario non obiettore.

7.- Legge statale o legge regionale.

In tempi recenti si sono succedute iniziative politiche volte a introdurre una disciplina regionale della morte medicalmente assistita. La copertura costituzionale di tali iniziative è stata ravvisata nella competenza legislativa regionale in materia di salute, ai sensi dell'art. 117, comma 3, Cost. È da ritenere, però, che tale copertura sia assai dubbia.

Si deve considerare, infatti, che lo Stato, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. l), ha competenza esclusiva in materia di "*ordinamento civile e penale*", il che (salvi marginali interventi organizzativi finalizzati all'erogazione delle prestazioni sanitarie necessarie ovvero a regolamentare le procedure affidate alle strutture pubbliche territorialmente competenti) appare di per sé preclusivo di qualunque appropriazione regionale di una competenza in ordine alla fattispecie della morte medicalmente assistita, che involge direttamente profili di diritto penale e di diritto dei rapporti fra i privati.

Al di là delle questioni tecnico-giuridiche, in ogni caso, appare irragionevole che una questione sensibile come il fine vita sia oggetto di regolazione differenziata a seconda delle zone del territorio nazionale in cui essa si pone. Peraltro, le iniziative delle quali s'è detto appaiono essere state sollecitate dall'inerzia del legislatore statale, inerzia che, alla luce della messa in mora da parte della Corte costituzionale, non appare più possibile protrarre. Il Parlamento italiano, anzi, potrebbe cogliere la straordinaria occasione istituzionale di adottare una legge equilibrata, compassionevole e prudente allo stesso tempo, che potrebbe essere esemplare nella stessa

esperienza giuridica europea, la cui armonizzazione risulta anche su questo delicato terreno opportuna.

12 giugno 2025