



Regione Toscana

Commissione Regionale di  
**Bioetica**

**PARERE NR. 2/2020  
DEL 14/02/2020**

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del Servizio sanitario regionale” e successive modifiche e integrazioni;

Visto il Capo III (Commissione regionale di bioetica e comitati etici) ed in particolare gli articoli dal 95 al 98 della suddetta legge che istituiscono e disciplinano la “Commissione regionale di bioetica”;

Vista la deliberazione di Consiglio regionale n. 108 del 4 dicembre 2018 “Commissione regionale di bioetica nomina dei componenti”;

Dato atto che in data 29 gennaio 2019 è stata insediata la Commissione regionale di bioetica e nella stessa seduta è stato eletto il Presidente nella persona del Dr. Alfredo Zuppiroli;

Dato atto inoltre che nella seduta del 15 febbraio 2019 la Commissione ha approvato il regolamento interno della stessa, così come previsto dall'articolo 98 comma 3 della citata legge regionale;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 325 del 11 marzo 2019 “Preso d'atto del regolamento di organizzazione e funzionamento della Commissione regionale di bioetica ai sensi dell'articolo 98 comma 3 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40”;

Dato atto che, in data 20 settembre 2019, la Commissione ha ritenuto di costituire uno specifico gruppo di studio denominato “Aiuto medico al morire”, in previsione dell'annunciata decisione della Corte Costituzionale ai sensi dell'ordinanza n. 207/2018 riguardante i profili di illegittimità nel generalizzato divieto penale di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p.;

Preso atto che la Commissione regionale di bioetica, anche per tramite del suddetto gruppo di studio, ha esaminato il testo della sentenza della Corte costituzionale, n. 242 del 22 novembre 2019 in materia di suicidio medicalmente assistito;

Visto l'Ordine del giorno della seduta del 14/02/2020;

**LA COMMISSIONE REGIONALE DI BIOETICA**

All'unanimità

**DECIDE**

di approvare il parere proposto dell'apposito gruppo di studio “**Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale**”.

Il Responsabile del Settore Consulenza  
Giuridica e Supporto alla Ricerca  
in Materia di Salute

**Avv. Katia Belvedere**

Il Presidente della  
Commissione Regionale di Bioetica

**Dr. Alfredo Zuppiroli**

## Liceità condizionata del suicidio medicalmente assistito e sistema sanitario regionale<sup>1</sup>

(con riferimento alla sentenza della Corte costituzionale, n. 242 del 22 novembre 2019)

Dopo aver rilevato, con ordinanza n. 207 del 2018, profili di illegittimità nel generalizzato divieto penale di aiuto al suicidio di cui all'art. 580 c.p., e dopo aver constatato la successiva inerzia del Parlamento, pur sollecitato a superare simili criticità mediante una legge organica, con sentenza n. 242/2019 la Corte costituzionale ha infine dichiarato incostituzionale quella disposizione del codice penale:

*«nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento) – ovvero, quanto ai fatti anteriori alla pubblicazione della presente sentenza nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica, con modalità equivalenti nei sensi di cui in motivazione –, agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».*

La decisione è, dunque, per così dire, *self-executing*: sebbene l'auspicio di una disciplina della materia mediante legge sia stato rinnovato, questa volta il dispositivo riconosce fin da subito una facoltà di ricorrere al suicidio medicalmente assistito, laddove sussistano le condizioni cliniche, sostanziali e procedurali indicate. In altri termini, oltre ad escludere la rilevanza penale di fatti passati sostanzialmente corrispondenti ai requisiti indicati, la sentenza delinea una disciplina già operativa per il futuro; sicché, in qualsiasi momento, una richiesta di suicidio medicalmente assistito potrebbe adesso essere avanzata da pazienti nei confronti di singoli medici e/o di una struttura sanitaria toscana, i quali dovrebbero valutare tale istanza alla luce dei criteri indicati dalla Consulta per, eventualmente, darle seguito.

Tanto premesso, la Commissione regionale di bioetica, preso atto della proposta avanzata dal gruppo di studio sull'aiuto al morire, incaricato di tematizzare quanto di rilevante possa derivare, da questa sentenza, rispetto ai compiti istituzionali della Commissione stessa, ha in primo luogo deciso di compiere una precisa delimitazione di campo.

Considerata la circoscritta prospettiva regionale e la necessaria funzionalità rispetto alle attribuzioni della Giunta, è parso fuori luogo sia produrre l'ennesimo documento circa il rilievo bioetico del suicidio medicalmente assistito (v. il Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito", del 18 luglio 2019), sia, a maggior ragione, fornire indicazioni su quale potrebbe essere un'adeguata regolamentazione del fenomeno con legge statale. Piuttosto, si è deciso di prendere atto degli esiti della decisione - a prescindere da quanto essi, e le motivazioni che li sorreggono, possano reputarsi convincenti – in considerazione delle sue immediate ripercussioni su due

---

<sup>1</sup> Il parere della Commissione Regionale di Bioetica è stato redatto sulla base del lavoro del Gruppo di studio "Aiuto medico al morire" cui hanno preso parte: Antonio Vallini – Coordinatore del gruppo di studio -, Gianni Baldini, Alessandro Bichi, Vittorio Gasparini, Mariella Immacolato, Paolo Malacarne, Piero Morino, Mariella Orsi, Antonio Panti, Monica Toraldo di Francia, Francesca Torricelli, Alfredo Zuppiroli.

livelli: il livello “istituzionale” e amministrativo del servizio sanitario regionale, il livello “personale” e professionale entro il quale si colloca la relazione tra i pazienti, con i loro diritti, ed i medici operativi nella nostra regione, con le loro prerogative e i loro obblighi professionali. Ripercussioni che è urgente prevedere e governare, su scala locale, nei limiti delle competenze e degli strumenti disponibili.

Sebbene sia possibile che una richiesta di suicidio medicalmente assistito venga avanzata in Toscana prima di ogni regolamentazione, e prima che siano stati adottati accorgimenti organizzativi, la prospettiva preferibile appare quella più strettamente programmatica, attinente, cioè, a quali interventi possano in ipotesi essere compiuti - almeno fintantoché il legislatore nazionale non offrirà indicazioni organiche - al fine di bene impostare pro futuro azioni in questa materia. Il fine è la tutela vuoi dei cittadini toscani, vuoi dei sanitari e delle loro opzioni professionali e di coscienza, sul presupposto che, rispetto a una fattispecie di tale delicatezza, sia da scongiurare il rischio di soluzioni estemporanee, “localistiche” e diseguali, quali quelle che potrebbero derivare dall’esercizio di una troppo libera discrezionalità (comportante un’eccessiva responsabilità) del singolo direttore sanitario o comitato etico (laddove istituito e operativo), investiti del problema dal singolo medico, sollecitato dal singolo paziente (in un caso del genere, sarebbe comunque opportuno che il comitato etico si confrontasse con la Commissione Regionale di Bioetica, che, ai sensi della normativa regionale, svolge funzioni di indirizzo rispetto ai comitati per l’etica clinica; la Commissione Regionale di Bioetica parrebbe, poi, l’unico interlocutore possibile rispetto a casi che dovessero verificarsi in aziende al momento prive di comitato per l’etica clinica).

In questa prospettiva, l’attenzione della Commissione Regionale di Bioetica si è concentrata principalmente sui seguenti aspetti:

1. quali possano ritenersi, nel dettaglio, i presupposti clinici e personali in presenza dei quali è oggi possibile accedere al suicidio medicalmente assistito;
2. quali accorgimenti organizzativi e procedure operative potrebbero risultare meglio conformi alle indicazioni della Corte;
3. come deve intendersi, nello specifico, il ruolo dei comitati etici;
4. quali scelte sono possibili al singolo medico, anche in relazione ai suoi obblighi deontologici e ai suoi orientamenti di coscienza, e cosa ne deriva per il Sistema sanitario.

## **1. I presupposti clinici e personali per l’accesso al suicidio medicalmente assistito**

Secondo la Corte costituzionale, è legittimata a chiedere il suicidio assistito la persona «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli».

Il requisito sub a) è il meno problematico: il relativo accertamento, di competenza medica, non dovrebbe creare difficoltà particolari e tantomeno la relativa certificazione - attuabile anche dal medico di famiglia - da inserire in cartella clinica.

Il requisito sub b) si riferisce a “sofferenze intollerabili” anche soltanto psichiche: la soggettività del paziente è, dunque, preminente rispetto all’oggettività del sintomo (dolore misurabile con le scale validate a tale fine). In linea di principio, la certificazione dello stato di sofferenza refrattaria ai trattamenti sanitari può essere fatta dal medico curante. Nondimeno, tale requisito deve essere comprovato mediante una apposita procedura (v. *infra*); nello specifico, il livello di “tollerabilità” della sofferenza verrà a dipendere anche dalla disponibilità di un’appropriata offerta di cure palliative, e/o da un adeguato supporto psicologico (previsto all’art1/c.5 della L.219). La definizione del requisito, dunque, incide in

modo significativo sul tipo di competenze da impegnare nella procedura.

Il requisito sub c) – che la Corte valorizza in aderenza al caso concreto da cui era originata la questione di costituzionalità - è apparso quello maggiormente critico, non solo per la sua scarsa determinatezza, ma anche perché fonte di una discutibile discriminazione ai danni di pazienti egualmente colpiti da sofferenze intollerabili a causa di una patologia irreversibile, ma la cui sopravvivenza non dipende da “trattamenti di sostegno vitale”; non a caso, nessuna legislazione europea sull’aiuto al morire contempla un simile presupposto.

Il parallelismo tracciato, in sentenza, con il “diritto di rifiutare cure anche salvavita”, lascia comunque immaginare che il requisito sub c) sia riscontrabile, più in generale, ogni qual volta il paziente sia dipendente da trattamenti di sostegno vitale (in atto o prescritti, continuativi o intermittenti), tali essendo quei trattamenti la cui mancata attuazione, o la cui interruzione, determini una sensibile anticipazione del momento della morte, in ragione di una patologia o di una disabilità cui i trattamenti medesimi pongono rimedio (in altro passaggio della sentenza, la Corte parla in effetti di “trattamenti sanitari necessari” per la “sopravvivenza”, quali quelli cui si riferisce l’art. 1, comma 5, l. n. 219/2017).

La capacità di prendere decisioni libere e consapevoli (d) deve essere intesa come riferita alla facoltà di comprendere e valutare, nello specifico, vuoi la propria condizione di salute e la relativa prognosi, vuoi le implicazioni della scelta di ricorrere al suicidio medicalmente assistito, vuoi la natura delle alternative disponibili (ad es. cure palliative, sedazione palliativa profonda continua, ma anche sostegno psicologico, sociale ed economico). La volontà del paziente, precisa la Corte, deve manifestarsi “in modo chiaro e univoco, compatibilmente con quanto è consentito dalle sue condizioni”, e deve essere sostenuta da un’adeguata informazione. Di per sé, ove non assurga a patologia conclamata, non basta ad escludere questa capacità lo stato di afflizione e di alterazione psicologica che normalmente si associa alle patologie che tipicamente spingono alla richiesta di aiuto al morire: si rammenti che il fatto di essere vittima di una sofferenza anche psicologica intollerabile, lungi dal costituire un ostacolo al suicidio medicalmente assistito, è un presupposto essenziale affinché la relativa richiesta possa trovare accoglimento.

La Commissione regionale di bioetica ritiene che la richiesta di suicidio assistito non possa essere avanzata mediante Disposizioni anticipate di trattamento, se non altro perché le DAT, per definizione, divengono efficaci a fronte di una sopravvenuta incapacità del paziente, incompatibile con l’ipotesi che il paziente medesimo possa suicidarsi.

## **2. La procedura e i soggetti coinvolti**

Pur scontando le limitate capacità di organo non propriamente dotato di potere legislativo, la Corte costituzionale indica una sorta di percorso da compiere una volta che una richiesta di suicidio medicalmente assistito sia stata avanzata, a garanzia del fatto che si giunga, in concreto, al miglior bilanciamento di tutti gli interessi in gioco, e ad una scelta che possa ritenersi senz’altro autentica, fondata, ponderata, non influenzata da condizioni di vulnerabilità affrontabili con altri mezzi, priva di alternative praticabili (le quali dovrebbero essere, in linea di principio, favorite, pur senza coercizioni o colpevolizzazioni del paziente o metodi comunque offensivi della sua dignità).

Questo percorso in larga misura è ricostruito in analogia – per così dire - con quanto già previsto dalla legge n. 219/2017, in materia di relazione di cura, rifiuto di trattamenti salvavita, terapia del dolore e sedazione palliativa profonda continua.

In specie, la procedura dovrà essere garantita da «strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale», e dovrà essere principalmente finalizzata alla «verifica medica della sussistenza dei presupposti in presenza dei quali una persona possa richiedere l’aiuto», accertando «la

capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa»; al tempo stesso, le strutture pubbliche avranno il compito di «verificare le [...] modalità» di realizzazione dell'atto finale, «le quali dovranno essere evidentemente tali da evitare abusi in danno di persone vulnerabili, da garantire la dignità del paziente e da evitare al medesimo sofferenze»: fermo restando che la condotta causale rispetto alla morte dovrà essere tenuta dal paziente (ad es.: autosomministrazione dei farmaci), non potendo il medico, né altri, provocare il decesso, pena altrimenti l'integrazione del reato di omicidio del consenziente (art. 579 c.p.)

Il medico della struttura pubblica dovrà dunque chiarire al malato «le conseguenze [della] decisione e le possibili alternative», in una prospettiva tuttavia non “statica” – limitata al momento dell'informazione – bensì dinamica, cioè comprendente un percorso di accompagnamento e dialogo funzionale ad una elaborazione “assistita” della volontà del paziente, fatto anche della concreta sperimentazione di quelle “possibili alternative”. In particolare, si aggiunge in sentenza, il medico dovrà promuovere «ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica». Altra preconditione da attivare è costituita dalla offerta effettiva di un percorso di cure palliative, comprensivo della sedazione palliativa profonda continua, o dall'attuazione di una appropriata terapia del dolore, sul presupposto che «l'accesso alle cure palliative, ove idonee a eliminare la sofferenza, spesso si presta, infatti, a rimuovere le cause della volontà del paziente di congedarsi dalla vita».

La manifestazione di volontà, preceduta e sostenuta da questi interventi, dovrà essere acquisita «nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente» e documentata «in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare», per poi essere inserita nella cartella clinica. Ciò, «[f]erma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà»: il che, peraltro – aggiunge la Corte costituzionale - «nel caso dell'aiuto al suicidio, è insito nel fatto stesso che l'interessato conserva, per definizione, il dominio sull'atto finale che innesca il processo letale».

«In questo contesto», precisa ulteriormente il Giudice delle leggi, «deve evidentemente darsi conto anche del carattere irreversibile della patologia: elemento indicato nella cartella clinica e comunicato dal medico quando avvisa il paziente circa le conseguenze legate all'interruzione del trattamento vitale e sulle “possibili alternative”. Lo stesso deve dirsi per le sofferenze fisiche o psicologiche: il promovimento delle azioni di sostegno al paziente, comprensive soprattutto delle terapie del dolore, presuppone una conoscenza accurata delle condizioni di sofferenza».

Se tutto questo percorso inerisce alla relazione tra medico e paziente (art.1 l. n. 219/2017), in sentenza si pretende, altresì, «l'intervento di un organo collegiale terzo [rispetto a quella relazione], 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».

Per il resto, l'opinione che all'interno della Commissione ha incontrato maggiori consensi è quella favorevole alla precostituzione almeno per ogni Area vasta, su base volontaria, di una *équipe* di professionisti, nella quale siano presenti alcuni medici che abbiano dichiarato di non avvalersi della clausola di coscienza rispetto alla messa in atto del suicidio assistito, dotati delle competenze necessarie per verificare e accertare i presupposti clinici e personali in modo formale e definire gli aspetti procedurali: 1) un medico palliativista – così da risolvere a monte il problema dell'effettiva disponibilità, presso ogni singola struttura toscana, di un servizio di medicina palliativa, di cui molto si è discusso; 2) uno psicologo (competente per il dialogo con il paziente, anche al fine di valutare la irremovibilità del proposito autonomamente e liberamente formatosi, e la capacità di prendere decisioni libere e

consapevoli, con eventuale coinvolgimento di uno psichiatra ove dovessero riscontrarsi possibili patologie mentali); 3) un medico specialista nel trattamento di sostegno vitale cui è sottoposto il malato o per il quale c'è indicazione, ma che il malato rifiuta.

A queste tre figure, di volta in volta sarà affiancato un medico specialista nella patologia da cui è affetto il malato (patologia irreversibile), ed, eventualmente, il medico di fiducia del paziente.

Tanto presupposto, la procedura potrebbe seguire già “a diritto vigente” i passaggi che seguono.

1) Il malato si rivolge al proprio medico di medicina generale o ad un medico di sua fiducia, oppure al medico che lo ha in cura presso la struttura sanitaria in cui è ricoverato, e avanza la richiesta di aiuto al morire.

2) Il medico coinvolto dal malato si rivolge alla Azienda competente per territorio, ai fini della verifica delle condizioni e per lo svolgimento della procedura delineata dalla sentenza della Corte costituzionale.

3) Le strutture pubbliche coinvolte attivano l'*équipe* precostituita, la quale instaura con il paziente a tutti gli effetti una “relazione di cura” ex art. 1 l. n. 219/2017. L'*équipe*, supportata dalle figure sopra individuate, provvede a verificare collegialmente le condizioni (presupposti clinici e personali), proponendo fattivamente possibili alternative (ad es. attivando un percorso di cure palliative anche presso il domicilio o in *hospice* - con conseguente sospensione della procedura per il suicidio medicalmente assistito - e procedendo nel tempo in un dialogo finalizzato a valutare se possano esservi motivi di ripensamento del paziente, ovviamente nel pieno rispetto della sua identità e dignità), nonché a raccogliere formalmente la richiesta di suicidio medicalmente assistito (forma scritta o videoregistrazione).

4) L'*équipe*, oltre ovviamente ad annotare e motivare rigorosamente ogni passaggio compiuto in cartella clinica, produce al termine una relazione scritta da inviare al comitato etico territorialmente competente, soggetto “terzo” e con funzioni di controllo rispetto alla relazione di cura e alle esigenze di tutela di soggetti vulnerabili, affinché esso possa attivarsi e produrre un parere. L'individuazione e la funzione del comitato etico competente sono stati oggetti di una riflessione specifica, riguardo alla quale v. *infra*.

5) Visto il parere del comitato etico – obbligatorio, ma non vincolante – l'*équipe* decide, infine, se dare o non dare seguito alla richiesta del malato. La scelta dovrà essere adeguatamente motivata per iscritto e riportata in cartella clinica. Qualora venisse opposto un rifiuto, il malato deve avere la possibilità di una ulteriore interlocuzione con l'*équipe*, in tempi adeguati alla sua condizione clinica; in ogni caso, gli interessati potranno eventualmente esperire le azioni loro disponibili presso l'autorità giudiziaria competente.

6) Se, invece, il Gruppo di lavoro decide di dar seguito alla richiesta, il malato indicherà dove desidera mettere in atto il suicidio medicalmente assistito (domicilio o struttura sanitaria): fermo restando che, stando alla sentenza, rimane in carico al Servizio sanitario la responsabilità di verificare le modalità di concreta realizzazione del suicidio, 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». Il medico curante, se non oppone una clausola di coscienza, prescrive i farmaci e accompagna il malato nella fase finale se questa avviene a domicilio, potendo eventualmente chiedere il supporto di uno dei medici dell'*équipe* che ha avallato la richiesta; se, invece, il malato sceglie l'ospedale, deve essere individuata da parte della Direzione Sanitaria della ASL e/o AO, su base volontaria, la U.O. di ricovero dove verrà data attuazione al suicidio medicalmente assistito, nel pieno rispetto della dignità del paziente (presenza di medici ed infermieri non obiettori, stanza singola, ecc.).

In questi ultimi momenti della procedura, l'unica professionalità che sembra davvero indispensabile è quella di chi possa intervenire con appropriata competenza in caso di

complicanze, per evitare ulteriori inutili sofferenze al paziente.

Superfluo precisare che ogni singolo momento del protocollo dovrà essere attentamente registrato e motivato in cartella clinica.

Al di là, peraltro, dei singoli passaggi tecnici, resta fermo che la migliore garanzia acciocché procedure come queste possano effettivamente attivarsi nel momento e svolgersi nei modi più adeguati, a salvaguardia di tutti gli interessi coinvolti, è costituita da un'opera di sensibilizzazione del personale sanitario e della cittadinanza, che potrebbe prendere le mosse dalla pubblicizzazione, nelle sedi opportune, di questo stesso documento.

### **3. Individuazione e ruolo dei comitati etici quali soggetti della procedura**

Scriva la Corte:

*«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. Tali comitati – quali organismi di consultazione e di riferimento per i problemi di natura etica che possano presentarsi nella pratica sanitaria – sono, infatti, investiti di funzioni consultive intese a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in confronto alle sperimentazioni cliniche di medicinali o, amplius, all'uso di questi ultimi e dei dispositivi medici (art. 12, comma 10, lettera c, del d.l. n. 158 del 2012; art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, recante "Criteri per la composizione e il funzionamento dei comitati etici"): funzioni che involgono specificamente la salvaguardia di soggetti vulnerabili e che si estendono anche al cosiddetto uso compassionevole di medicinali nei confronti di pazienti affetti da patologie per le quali non siano disponibili valide alternative terapeutiche (artt. 1 e 4 del decreto del Ministro della salute 7 settembre 2017, recante "Disciplina dell'uso terapeutico di medicinale sottoposto a sperimentazione clinica")».*

L'indicazione della Corte è parsa, alla Commissione Regionale di Bioetica, altamente problematica e di non agevole traduzione in pratica.

In primo luogo, non è immediata l'individuazione dei comitati cui vien fatto riferimento. Il richiamato art. 12, co. 10, lett. c), del d.l. n. 158/2012 (convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189), si riferisce indubbiamente alla organizzazione dei comitati etici per le sperimentazioni cliniche sui medicinali ad uso umano: in questa prospettiva di scopo, che niente ha a che fare con la peculiare complessità bioetica del suicidio medicalmente assistito (ove non è in gioco alcuna "sperimentazione" di medicinali o pratiche cliniche), sembrerebbe dover poi essere intesa l'estensione delle competenze, sancita in questa norma, a «ogni altra questione sull'uso dei medicinali e dei dispositivi medici, sull'impiego di procedure chirurgiche e cliniche o relativa allo studio di prodotti alimentari sull'uomo generalmente rimessa, per prassi internazionale, alle valutazioni dei comitati». La Corte sembra invece leggere in modo particolarmente estensivo il concetto di "uso dei medicinali e dei dispositivi medici", fino a farvi rientrare, evidentemente, *l'uso ai fini del suicidio medicalmente assistito*; a supporto di questa tesi richiama, altresì, la competenza successivamente attribuita ai comitati in materia di "uso compassionevole" dei medicinali. Entrambi questi argomenti suscitano perplessità: vuoi perché "l'uso del farmaco" riguarda solo l'ultima fase della procedura per il suicidio medicalmente assistito, mentre è soprattutto nei passaggi precedenti che si annidano quelle problematiche bioetiche, e quei rischi di abuso di condizioni di vulnerabilità, che spingono la Corte a chiedere l'intervento di un

soggetto terzo e collegiale; vuoi perché la questione dell'uso compassionevole non ha niente a che vedere con una "consulenza bioetica" a favore di una relazione medica ad alta complessità valoriale, bensì è ancora strettamente imparentata con il tema dei rapporti tra sperimentazione e applicazione clinica di un farmaco. In ogni caso, per il tipo di formazione, di professionalità rappresentate, e di esperienze maturate (e tradotte nei regolamenti interni), i comitati per la sperimentazione non sembrano affatto garantire quelle "adeguate competenze [a] garantire la tutela delle situazioni di particolare vulnerabilità" che la stessa Corte richiede.

La motivazione della Corte guadagna tuttavia una nuova luce quando richiama l'art. 1 del decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2013, norma attuativa del già citato art. 12, co. 10, d.l. n. 158/2012, il cui comma 2 è così formulato: «*Ove non già attribuita a specifici organismi*, i comitati etici possono svolgere anche funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona [...]». Si tratta di un'estensione di competenza operata direttamente dalla fonte subordinata, la quale, oltretutto, dà fondamento all'istituzione di distinti, "specifici organismi" concepiti appunto come organi di consulenza bioetica locale riguardo a casi clinici e più in genere attività assistenziali, e non riguardo alla sperimentazione clinica. Lasciando da parte la questione di quanto queste indicazioni normative siano state adeguatamente implementate nelle diverse regioni, e senza poterci qui attardare in una valutazione della prassi delle istituzioni titolari di questo compito di consulenza bioetica in sede locale, quel che maggiormente interessa ai fini del presente documento è come la Regione Toscana abbia appunto istituito, a livello aziendale, i comitati per l'etica clinica, distinti dal comitato etico per la sperimentazione clinica, in virtù dell'art. 99 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40, che così ne definisce natura e funzioni: «I comitati per l'etica clinica sono organismi indipendenti e multidisciplinari di livello aziendale garanti dei diritti, della dignità e della centralità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie e strumenti di diffusione della cultura bioetica. Sono finalizzati all'esame degli aspetti etici attinenti alla programmazione e all'erogazione delle prestazioni sanitarie, nonché a sviluppare e supportare i relativi interventi educativi della popolazione e di formazione bioetica del personale; la Commissione regionale di bioetica supporta l'attività regionale di indirizzo e coordinamento dei comitati per l'etica clinica». Nel sistema sanitario toscano, detti comitati sono una realtà già avviata – sia pure senz'altro perfettibile - e pare indubbio che, almeno a livello regionale, la loro competenza sia quella che più precisamente risponde alle premure della Corte costituzionale. Lo stesso orientamento è stato d'altronde già condiviso dalla Commissione Regionale di Bioetica che, in data 10 gennaio 2020, ha approvato un parere positivo al documento "Elementi essenziali per l'organizzazione dei Comitati per l'Etica Clinica", nel quale viene attribuito a tali comitati, tra gli altri, un ruolo di "revisione e consulenza su questioni e casi etici critici", consistente precisamente nel «fornire raccomandazioni, indirizzi e consulenza all'ente, agli operatori e ai cittadini, relativamente a questioni etiche connesse con le attività assistenziali e scientifiche, anche mediante l'analisi etica di casi clinici particolarmente critici, *anche ai sensi di quanto disposto dalla sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito*».

All'interno della Commissione di Bioetica ha trovato altresì condivisione l'idea dell'istituzione di organismi *ad hoc* per le procedure di suicidio medicalmente assistito, così come è stata ventilata l'ipotesi di un'attribuzione di competenza direttamente alla Commissione Regionale di Bioetica. Prevalente, però - anche per la sua più immediata esperibilità - è la proposta di dar seguito all'indicazione della Corte assegnando appunto ai comitati per l'etica clinica già esistenti, e prossimi ad essere riorganizzati, questa delicata funzione, auspicando piuttosto che la Commissione regionale di bioetica eserciti il proprio potere-dovere di indirizzo nei loro

confronti, al fine di evitare marcate diseguaglianze di trattamento ed orientamento tra diverse aree di competenza. Questo stesso documento contiene d'altronde, in nuce, i contenuti fondamentali di linee di indirizzo che, tuttavia, meriterebbero forse di essere ulteriormente ponderate alla luce di un prossimo confronto con rappresentanti dei comitati per l'etica clinica e con le competenti istituzioni regionali.

Seconda questione problematica è quale tipo di attribuzioni debbano essere riconosciute a questi soggetti, rispetto alla procedura delineata dalla Corte nella sentenza n. 242/2019.

Quel che è sicuro è che i comitati assumono, sta scritto in sentenza, un *ruolo terzo*: terzo, v'è da intendere, rispetto alla relazione medica entro la quale la stessa sentenza colloca gli accertamenti e le scelte decisive che connotano il percorso attivato dalla richiesta di suicidio medicalmente assistito; accertamenti e scelte che, d'altronde, toccano l'essenza di quella relazione come definita dalla l. n. 219/2017 ("bussola" della Corte costituzionale), fatta appunto non solo di "tecnica" e competenze mediche, ma anche di informazione, dialogo, consenso, valorizzazione dell'identità del paziente. Non spetta, dunque, al comitato ripetere nel dettaglio i singoli accertamenti compiuti dal medico curante e dall'*équipe*, non rientrando questo tipo di attività nella sua competenza istituzionale, e dovendosi evitare il rischio di una duplicazione di un processo già faticoso e complesso per il paziente e per i professionisti responsabili.

Altro aspetto chiaro è lo *scopo* che la Corte assegna all'intervento dei comitati: esso è funzionale a *garantire situazioni di vulnerabilità implicate nel singolo caso clinico* (quindi, non si attribuisce loro né il compito di ponderare "in astratto" la valenza bioetica del suicidio medicalmente assistito, dando generiche indicazioni operative al riguardo – in effetti, sebbene siano emerse motivate perplessità a questo proposito, pare indubbio che la Corte investa il comitato di una responsabilità in rapporto al singolo caso concreto – né, men che mai, quello di sindacare eticamente le motivazioni degli attori della vicenda). Tutti convergono infine che il comitato, conformemente alla sua stessa natura, sia chiamato ad esprimere un *parere sì obbligatorio, ma non vincolante* (la stessa Corte evoca una funzione soltanto *consultiva*), sostenuto tutt'al più da un ruolo di mediazione e controllo. Come già detto, le scelte decisive devono originare e concludersi all'interno della relazione cui strettamente ineriscono, cioè quella medico (*équipe*) – paziente.

Tanto premesso, all'interno della Commissione sono emerse, per il resto, fondamentalmente due visioni (peraltro, forse, conciliabili tra loro):

1. il comitato etico come mero organo di verifica dei presupposti *ex post*
2. il comitato etico come strumento di mediazione bioetica

1. Secondo la prima impostazione, funzione dell'organismo "terzo" sarebbe quella di svolgere un controllo metodologico dall'esterno – a partire dalla relazione rilasciata dall'*équipe* che ha instaurato la rapporto col paziente richiedente il suicidio medicalmente assistito – circa la "regolarità" e completezza della procedura; la quale, di per sé, se ben sviluppata, varrebbe già ad evitare l'abuso di posizioni di vulnerabilità.

2. Adottando la seconda visuale, il comitato non assumerebbe un compito di mera "verifica notarile" dell'operato dei medici e delle strutture sanitarie, ma sarebbe chiamato ad ingerirsi virtuosamente (e rispettosamente) nella relazione tra medico e paziente, non certo allo scopo di scardinarla o di sostituirsi agli unici legittimi titolari di quella relazione, bensì con la funzione di rilevare – anche attraverso il dialogo con il malato e i professionisti coinvolti – criticità e vulnerabilità non necessariamente già messe a fuoco, spazi per soluzioni alternative non necessariamente già proposte o sperimentate. In specie, il comitato dovrebbe senz'altro verificare che il paziente abbia avuto a disposizione tutte le migliori cure possibili, e il corretto espletamento dei passaggi della procedura – a partire dall'effettiva

offerta di un valido percorso di cure palliative -, ma soprattutto dovrebbe sondare in un lasso di tempo ragionevole la presenza, e la persistenza, di una richiesta esplicita, irremovibile, espressa in forma chiara e ripetuta, pienamente consapevole e informata, non sottoposta a condizionamenti. Tra questi condizionamenti, bisognerebbe in particolare verificare che il paziente non sia stato influenzato da motivi o cause transitorie, o che comunque la sua opzione non sia “rivedibile” a seguito di un adeguato supporto psicologico e sociale (nei comitati è rappresentata anche la figura dell’assistente sociale), considerando come ben possa accadere che a pesare siano condizioni di deprivazione economica, familiare o sociale altrimenti gestibili.

Il comitato per l’etica clinica sarebbe, poi e soprattutto, il luogo dove eventuali divergenze tra medici e paziente, all’interno dell’equipe di cura o con i familiari, dovrebbero essere vagliate e discusse, al fine di trovare una conciliazione, in funzione preventiva di ogni successivo contenzioso.

Questa seconda impostazione valorizza, insomma, la funzione di organo non già di valutazione clinica “di secondo grado”, bensì di consulenza e mediazione bioetica, che già le norme citate sembrano assegnare ai comitati, e che trova corrispondenza in un parere del Comitato Nazionale di Bioetica (*I comitati per l’etica nella clinica*, 31 maggio 2017), stando al quale gli organismi in discussione dovrebbero segnatamente «assumere le funzioni di *valutazione* di casi clinici che non rientrano nella sperimentazione clinica e farmacologica, e quindi *analizzare e discutere* la natura dei *problemi morali* che l’assistenza ai pazienti e la pratica terapeutica possono presentare nelle situazioni più delicate (es.: inizio e fine vita), con i soggetti vulnerabili (es.: minori, incapaci, anziani, immigrati), negli eventi imprevisti (es: *incidental findings*).... Ad essi sarà, quindi, affidata l’individuazione e la definizione dei problemi morali o culturali che si manifestano nell’attività assistenziale e terapeutica con il compito di *proporre* le possibili soluzioni e *operare le opportune mediazioni*, ponendo insomma le basi per una compiuta attuazione degli ideali dell’alleanza terapeutica».

La prima impostazione è animata, d’altronde, da un’opportuna prudenza riguardo al rischio che il comitato – comunque “soggetto terzo”, che interviene in una fase già molto avanzata dell’esperienza di malattia del paziente - se investito di un potere di ingerenza e sindacato troppo pronunciato, almeno nei fatti possa alterare i delicati equilibri maturati nel “luogo” più adatto, vale a dire all’interno della relazione medico-paziente.

È vero che, in ogni caso, il parere del comitato (che adottando la prima impostazione avrà un contenuto essenzialmente certificativo, adottando la seconda potrebbe anche contenere direttive e sollecitazioni) non vincola le scelte di medici e le opzioni del paziente; è altrettanto vero, purtuttavia, che tale documento è in grado di esercitare una notevole *moral suasion*, se non altro per il peso che potrebbe assumere in un successivo procedimento civile o penale. Per tale ragione, il ruolo dei comitati rimane di particolare delicatezza, e di particolare importanza si rivelano le funzioni di indirizzo che la normativa regionale assegna alla Commissione regionale di bioetica.

#### **4. Le opzioni di coscienza del singolo medico e i compiti del Servizio Sanitario**

Venendo a trattare il tema dell’obiezione di coscienza, la Corte ribadisce che, rispetto alle situazioni indicate, viene meno la legittimazione di un divieto penale (non avendo senso tutelare “ad oltranza”, con la più grave delle sanzioni, un “bene vita” di cui il paziente potrebbe comunque disporre rifiutando le cure); senonché, la circostanza che un fatto *non sia penalmente rilevante*, non significa affatto che esso sia *obbligatorio*: «la presente declaratoria di illegittimità costituzionale», si legge in 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*. Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico *scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato*» (corsivi nostri).

La Corte è insomma chiarissima nel ritenere che il medico sia titolare non già di un *dovere* di dar seguito alla richiesta del paziente – salva la possibilità di una obiezione di coscienza – bensì di una *facoltà* in tal senso. Si può dunque, al più, parlare di *clausola di coscienza*, nel senso che la scelta (di coscienza appunto) circa la risposta da offrire a colui che richieda un aiuto al morire sia già in linea di principio libera, in quanto sottratta sia ad obblighi che a divieti.

Purtuttavia, da altri passaggi delle motivazioni emerge come la declaratoria di incostituzionalità parziale dell'art.580 c.p. dipenda non solo dal venir meno di un ragionevole "scopo di tutela" della fattispecie stessa, ma dalla circostanza che, nelle ipotesi definite, il paziente, chiedendo il suicidio, esercita una vera e propria *libertà di autodeterminazione* in ambito sanitario *costituzionalmente tutelata* ex artt. 2, 13 e 32 Cost. Invero, scrive la Corte, «il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare ingiustificatamente nonché irragionevolmente *la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli artt. 2, 13 e 32, secondo comma, Cost.*, imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita»; diversi altri momenti delle motivazioni tendono poi a ricondurre la richiesta di accesso al suicidio ai contenuti e agli scopi della legge n. 219/2017, la quale disciplina nel dettaglio la facoltà, costituzionalmente salvaguardata, di sottrarsi ai trattamenti sanitari, anche salvavita.

In definitiva, le motivazioni della Corte – le si ritenga o non le si ritenga condivisibili - possono essere così intese, nel loro complesso: il paziente che chieda il suicidio medicalmente assistito non invoca un, inesistente, "diritto di ottenere la morte", ma neppure si muove in un ambito semplicemente "libero dal diritto penale", né agisce in nome di una mera "libertà di fatto", alla quale potrebbe essere abbandonato. Egli piuttosto esercita, in un modo peculiare, una libertà costituzionalmente tutelata dagli artt. 2, 13 e 32 Cost. Quando detto esercizio si traduca "soltanto" in una richiesta ad essere liberato dalle cure di sostegno vitale, ad esso – come già stabilito dalla legge n. 219/2017 - corrisponde un divieto per il medico di interferire, o continuare ad interferire, in quella sfera di libertà (quindi un divieto di attuare o proseguire i trattamenti sanitari), per la ragione basilare che l'esercizio di una libertà fondamentale non può essere *impedito*. Quando l'attuazione di quella libertà sia, invece, orientata al suicidio, ad essa non può corrispondere un obbligo del medico *ad aiutare con gesto attivo*: in termini generali, a fronte di una libertà vi è, per i terzi, un dovere di non interferire, non già un obbligo di collaborare; nello specifico contesto sanitario, poi, non si intravede alcuna ragione in virtù della quale il medico sia tenuto ad impegnarsi fattivamente nel favorire scelte autolesive che non hanno direttamente a che fare con la salvaguardia del diritto alla salute del paziente (oggetto della posizione di garanzia del sanitario), ma che, piuttosto, ineriscono a uno spazio di "autodeterminazione" e di "libertà da" le cure, sebbene costituzionalmente presidiato.

Sotto altro profilo ancora, nondimeno, assistere taluno nell'esercizio di una libertà costituzionalmente tutelata, se non può considerarsi oggetto di un obbligo, neppure può essere oggetto di un divieto, penale o extra-penale: la valutazione positiva che l'ordinamento dà di quella libertà si "trasmette", per così dire, a ogni condotta che renda quella libertà effettivamente attuabile. La sentenza, come già si è ricordato, è d'altronde netta nell'attribuire *pari legittimità tanto alla scelta di non corrispondere come a quella di corrispondere alla richiesta del malato* (attuata in presenza delle rigorose condizioni indicate, e sottoposta al vaglio della descritta procedura). Per questa ragione le Direzioni dovrebbero adoperarsi affinché nessuna discriminazione di carattere professionale,

neppure indiretta, possa incidere sulla piena libertà di esercitare la scelta di coscienza, quale che sia.

Quel che più interessa in questa sede, peraltro, concerne il ruolo del Servizio sanitario: è esso *obbligato* ad offrire un servizio di assistenza medica al suicidio, alle condizioni stabilite in sentenza, anche laddove singoli medici decidano liberamente di non offrire la loro collaborazione?

Su questo punto, le indicazioni della Corte lasciano propendere per una risposta positiva: il Servizio sanitario “pubblico” è chiamato espressamente in causa, non certo per garantire un “diritto al suicidio” che da un lato viene negato, dall’altro lato comunque non atterrebbe alla missione istituzionale del Servizio, ma perché non sarebbe costituzionalmente tollerabile che la “libertà di suicidarsi”, di cui si è detto, si concretizzasse in un vuoto di tutela. Il Servizio deve, insomma, presidiare eventuali “condizioni di vulnerabilità” che potrebbero rendere quella scelta estrema apparente, o invalida, o superabile, e deve altresì offrire prestazioni, in specie cure palliative, che potrebbero dissuadere il paziente, tutto questo pienamente corrispondendo alla sua funzione istituzionale di salvaguardia della salute. In questi termini, *sembra imprescindibile che i Servizi si predispongano per garantire quell’assistenza e quelle procedure pretese in sentenza, a prescindere dalle variabili di coscienza di singoli professionisti.*

Si potrebbe persino asserire, per ricondurre l’intero quadro a maggiore coerenza, che i singoli medici dipendenti delle strutture pubbliche, pur certo non obbligati ad *aiutare* il paziente *nell’effettuazione* dell’atto autosoppressivo (ad es. prescrivendo i farmaci necessari per darsi la morte, predisponendo la flebo cui il paziente potrà attingere per l’autosomministrazione letale, ecc.), per le ragioni dianzi evidenziate, siano comunque tenuti ad intervenire nelle *fasi preliminari di quell’atto* (nella “procedura”), dove la funzione naturale del medico quale garante della salute si manifesta appieno. In quei momenti, per vero, si devono focalizzare eventuali fragilità e, in tal caso, intervenire in funzione di salvaguardia; si deve accertare la piena consapevolezza del paziente offrendogli l’opportunità di un dialogo; si devono tentare, con il consenso dell’interessato, strategie cliniche e di medicina palliativa – così come percorsi di assistenza psicologica o sociale - che possano anche farlo desistere dal proposito.

Persino l’assistenza finale al paziente, di cui si è detto, che non si risolva in una facilitazione dell’atto suicida, bensì valga ad escludere che il paziente incorra in sofferenze evitabili, parrebbe da annoverare tra quelle doverose perché appunto orientata non già ad anticipare la morte, bensì a salvaguardare la salute residua di chi, con gesto autonomo, si sta congedando dalla vita.