

La falsa analogia tra rifiuto-rinuncia alle cure e suicidio medicalmente assistito. Riflessioni bioetiche sull'ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018

ANTONIO DA RE

Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), Università degli Studi di Padova, Padova

Corrispondenza: Antonio Da Re, Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata (FISPPA), Università degli Studi di Padova, Padova, Italia; e-mail: antonio.dare@unipd.it

Ricevuto il 28 maggio 2019; Accettato il 5 luglio 2019

RIASSUNTO

Il saggio sviluppa alcune riflessioni di carattere bioetico, singolarmente carenti nella recente ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018. Tale ordinanza è intervenuta sulla sospetta illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, con riferimento al caso di Fabiano Antoniani, meglio conosciuto come DJ Fabo, che, accompagnato in Svizzera da Marco Cappato, aveva chiesto e ottenuto di porre termine alla propria vita attraverso il suicidio medicalmente assistito. Il saggio per un verso mette in luce come secondo la Corte l'incriminazione del reato di aiuto al suicidio non sia in generale contraria alla Costituzione; per un altro verso critica la giustificazione dell'aiuto medico al suicidio che la Corte propone, sia pure rispetto ad alcune situazioni eccezionali ed estreme. Tale giustificazione si basa sull'indebita presupposizione che non vi siano differenze sostanziali tra il rifiuto e la rinuncia alle cure da un lato e il suicidio medicalmente assistito dall'altro. Sulla base di tale assunto la Corte perviene alla proposta, assai discutibile, di modificare la recentissima legge n. 219/2017 su "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Il saggio critica pertanto la fallacia logica della falsa analogia nella quale incorre l'ordinanza della Corte. Tale fallacia si sviluppa in quattro momenti, nei quali si fa valere un'equiparazione indebita tra concetti e situazioni tra loro ben differenti. I quattro momenti riguardano 1) il binomio concettuale uccidere – lasciar morire; 2) il significato di morte; 3) il significato del trattamento farmacologico; 4) il valore della relazione medico – paziente.

ABSTRACT

The false analogy between refusal-renunciation of treatments and physician-assisted suicide. Bioethical considerations about the Constitutional Court Ordinance No. 207/2018.

The paper provides some bioethical considerations that are particularly lacking within Ordinance n. 207/2018 issued by the Constitutional Court. With reference to the case of Fabiano Antoniani, better known as DJ Fabo, who requested and subsequently committed assisted suicide after being accompanied by Marco Cappato to Switzerland, the ordinance deals with the dubious constitutional illegitimacy of Article 580 of the Italian Criminal Code.

On the one hand, the paper brings attention to the Constitutional Court's thesis that criminal provision on assisted suicide is not incompatible with the Constitution. On the other hand, it criticizes how the Court justifies medical aid to suicide – albeit in relation to certain exceptional situations. This justification is based on the erroneous assumption that there are not significant differences between refusal-renunciation of treatments and physician-assisted suicide. On the basis of this assumption, the Court has come up with the highly questionable proposal of modifying the recent law, n. 219/2017, titled "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". The paper then argues that Ordinance n. 207/2018 is characterized by the logical fallacy of false analogy. The fallacy is developed in four phases in which different concepts and situations are erroneously equalized. The four phases con-

cern 1) the binomial of killing–letting die; 2) the meaning of death; 3) the meaning of drug treatment; 4) the value of the patient-physician relationship.

Parole chiave: suicidio medicalmente assistito, uccidere-lasciar morire, rifiuto-rinuncia alle cure, astensione-sospensione dei trattamenti medici.

Keywords: physician-assisted suicide, killing-letting die, refusal-renunciation of treatments, withholding-withdrawing of health treatments.

1. Il doppio volto dell'ordinanza n. 207/2018

Con l'ordinanza n. 207/2018 del 24 ottobre 2018 la Corte Costituzionale è intervenuta sulla questione, sollevata dalla Corte di Assise di Milano (ordinanza 14 febbraio 2018), in merito al cosiddetto caso Cappato e alla sospetta illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale [1]. Come è noto, Marco Cappato nel febbraio del 2017 aveva accompagnato in Svizzera Fabiano Antoniani, meglio conosciuto come DJ Fabo, che si era rivolto all'associazione *Dignitas* per chiedere di porre termine alla propria vita attraverso il suicidio medicalmente assistito. La sua richiesta era stata esaminata e infine accolta. La morte sarebbe poi sopraggiunta il 27 febbraio 2017, a causa dell'iniezione di una sostanza letale. Da notare che l'iniezione era stata avviata dallo stesso DJ Fabo, premendo con i denti uno stantuffo; ovviamente la preparazione del farmaco letale e l'intero procedimento erano stati predisposti da altri ovvero dal personale di *Dignitas*. È bene poi ricordare che DJ Fabo era rimasto tetraplegico e affetto da cecità bilaterale corticale, a seguito di un gravissimo incidente stradale avvenuto nel giugno del 2014; prima di compiere il gesto estremo che l'avrebbe condotto alla morte, egli

aveva cercato in vari modi, anche facendo ricorso in India a terapie sperimentali a base di cellule staminali, di poter migliorare la propria condizione, fortemente invalidante.

Questo è dunque il contesto, riassunto in maniera essenziale, rispetto al quale si colloca l'importante pronunciamento della Corte. Nelle pagine che seguono non s'intende sviluppare una riflessione di carattere strettamente giuridico, per la quale fra l'altro chi scrive non ha la necessaria competenza; s'intende piuttosto presentare alcune riflessioni di carattere bioetico, che meritano di essere considerate, anche ai fini di una migliore interpretazione dei risvolti più strettamente biogiuridici. Anticipo già qual è il limite principale dell'ordinanza della Corte ovvero l'indebita analogia che viene stabilita tra il rifiuto e la rinuncia alle cure da un lato e il suicidio medicalmente assistito dall'altro, sia pure considerato – come si vedrà – in riferimento a casi del tutto eccezionali; da tale ipotesi interpretativa conseguono poi soluzioni biogiuridiche assai discutibili, quali quelle prospettate dalla Corte e consistenti nella proposta di modifica della recentissima legge n. 219/2017 “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” [2].

Prima però di addentrarci nell'analisi critica di questa impropria equiparazione,

che sul piano logico dà luogo alla fallacia della falsa analogia,¹ è opportuno spendere alcune parole esplicative sulla struttura dell'ordinanza, articolata fondamentalmente in due parti. La prima parte comprende i paragrafi dal n. 1 al n. 7: qui con argomenti piuttosto convincenti la Corte afferma con chiarezza che l'aiuto al suicidio è un reato e come tale non può essere giustificato e legalizzato. Nella seconda parte (parr. 8, 9, 10), invece, si ammette che in alcuni casi particolarissimi e a determinate condizioni l'aiuto al suicidio, nei termini di un'assistenza *medica* al suicidio, può non essere considerato reato. Segue infine il par. 11, nel quale la Corte stabilisce di rinviare il giudizio sul caso in questione (la nuova discussione è fissata per il 24.9.2019), per dar modo al Parlamento di assumere eventualmente «ogni opportuna riflessione e iniziativa».

L'articolazione dell'ordinanza nei termini appena enunciati fa sì che essa venga ad assumere, per così dire, un doppio volto, con tratti non sempre coerenti tra loro, al punto che alcuni argomenti fatti valere nei parr. 1-7 potrebbero essere invocati per depotenziare quanto sostenuto nei paragrafi successivi, dall'8 al 10. Entrando brevemente nel merito dei contenuti dell'ordinanza, va ricordato che all'inizio [1, par. 1] si affronta la questione, sollevata dalla Cor-

te d'Assise di Milano, della sospetta illegittimità dell'art. 580 cod. pen. «nella parte in cui incrimina le condotte di aiuto al suicidio in alternativa alle condotte di istigazione e, quindi, a prescindere dal loro contributo alla determinazione o rafforzamento del proposito di suicidio», e inoltre nella parte in cui il medesimo articolo non distingue le condotte di semplice agevolazione da quelle di istigazione.

La risposta della Corte Costituzionale al quesito posto dalla Corte d'Assise è molto netta e non lascia adito a dubbi: l'art. 580 cod. pen., infatti, è «funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell'ordinamento» [1, par. 6] e quindi «l'incriminazione dell'aiuto al suicidio non può essere ritenuta incompatibile con la Costituzione» [1, par. 8]. Per la Corte l'incriminazione dell'aiuto (e ancor più dell'istigazione) al suicidio continua a rimanere valida: essa infatti assolve al compito di tutelare il diritto alla vita, soprattutto delle persone che sono più deboli e vulnerabili. Il principio etico della tutela della vita trae giustificazione dall'art. 2 della Costituzione e dall'art. 2 della Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo. Ne consegue che in base a tale principio lo Stato ha il dovere di approntare tutte le misure affinché la vita di ogni individuo sia adeguatamente tutelata, «non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all'individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire» [1, par. 5]. Si potrebbe obiettare – come fa la Corte d'Assise di Milano – che originariamente, nel codice penale entrato in vigore nel 1930, il reato di aiuto al suicidio era concepito dal legislatore come una forma di tutela della vita umana sulla base del preminente inte-

¹ Una simile fallacia può essere così descritta: «In un'analogia (...), due elementi appartenenti a due ambiti diversi X e Y sono presentati come simili per il fatto di avere in comune una proprietà. Ma un'analogia non può avere estensione illimitata e, soprattutto, non può fondarsi sulla condivisione di una sola proprietà. La fallacia di falsa analogia applica indiscriminatamente il principio per cui se due cose sono simili per un aspetto, lo sono in tutto» [3, p. 180].

resse della collettività; la Corte, da parte sua, fa presente come ciò non escluda che successivamente la ratio dell'art. 580 cod. pen. abbia potuto reperire una sua più adeguata giustificazione nel principio personalistico, proprio della Costituzione repubblicana [1, par. 6]. È quindi al primato della persona che deve ispirarsi il dovere di tutelare la vita umana; ne deriva che l'incriminazione dell'aiuto al suicidio continua a mantenere la sua validità.

All'enunciazione di tali principi etico-giuridici fa seguito poi, nella seconda parte, la rilevazione di un limite dell'attuale assetto normativo concernente il fine vita. Tale assetto, infatti, secondo la Corte lascia prive di adeguata tutela alcune particolarissime situazioni, che ugualmente meriterebbero di essere protette e rispetto alle quali il valore della tutela della vita andrebbe bilanciato con altri beni costituzionalmente rilevanti. Si tratta di situazioni che erano del tutto imprevedibili nel 1930 (ma anche nei decenni successivi) e che sono paradossalmente il prodotto delle straordinarie capacità dell'apparato tecnico-scientifico della medicina; tale apparato, sempre più sofisticato sul piano conoscitivo e tecnico-applicativo, è in grado di strappare alla morte pazienti in condizioni molto critiche, che fino a qualche decennio fa non sarebbero sopravvissuti e che ora però si trovano a vivere in uno stato gravemente e irreversibilmente compromesso. In particolare, la Corte individua quattro requisiti che potrebbero giustificare un'assistenza di terzi nel porre fine alla vita di una persona malata. Il "soggetto agevolato", come viene detto con infelice espressione, frutto di un linguaggio asettico-burocratico, viene individuato in

una 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» [1, par. 8].

Si è già detto però che per la Corte il legislatore dovrebbe intervenire per definire modalità e condizioni dell'assistenza al suicidio; in altri termini, si ritiene che sia necessario integrare l'art. 580 cod. pen. con una norma capace di corrispondere a quelle situazioni estreme di cui si diceva (persona affetta da una patologia irreversibile e fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, tenuta in vita attraverso trattamenti di sostegno vitale, ma capace di decisioni libere e consapevoli) e per questo rimanda a data futura (24 settembre 2019) l'udienza pubblica in cui si tratterà la questione di legittimità costituzionale, assegnando il medesimo limite temporale al legislatore per eventuali interventi normativi. Da ciò risulta che per la Corte l'incriminazione dell'aiuto al suicidio (l'art. 580 cod. pen.) continua ad essere costituzionalmente legittima, salvo l'eccezione dell'ipotesi considerata, corrispondente a situazioni estreme e drammatiche come quella in cui si trovava DJ Fabo. Contrariamente quindi ad alcune interpretazioni, che hanno letto il testo dell'ordinanza in senso estensivo, come se essa avesse aperto le porte al riconoscimento *tout court* del suicidio assistito, va precisato che la Corte individua una ben precisa e particolare situazione, che costituisce un'eccezione rispetto al principio generale costituzionale della tutela della vita, da salvaguardare anche attraverso l'incriminazione dell'aiuto al suicidio. In

quanto eccezione, essa andrebbe ben circoscritta in modo da non compromettere il principio generale.

2. Rifiuto-rinuncia e suicidio medicalmente assistito: la falsa analogia

Sulla base della considerazione di quelle situazioni eccezionali, identificate attraverso i cosiddetti quattro requisiti, la Corte arriva a proporre di intervenire sulla legge 219 del 2017 (L. 219). Per chiarezza riporto per esteso il passaggio dell'ordinanza in cui viene avanzata questa (discutibile) proposta: «D'altra parte, una disciplina delle condizioni di attuazione della decisione di taluni pazienti di liberarsi delle proprie sofferenze non solo attraverso una sedazione profonda continua e correlativo rifiuto dei trattamenti di sostegno vitale, ma anche attraverso la somministrazione di un farmaco atto a provocare rapidamente la morte, potrebbe essere introdotta, anziché mediante una mera modifica della disposizione penale di cui all'art. 580 cod. pen., in questa sede censurata, inserendo la disciplina stessa nel contesto della L. 219 e del suo spirito, in modo da inscrivere anche questa opzione nel quadro della "relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico", opportunamente valorizzata dall'art. 1 della legge medesima» [1, par. 10].

In queste righe viene formulata e difesa la tesi secondo la quale non vi sarebbe una sostanziale differenza concettuale e contestutistica tra il quadro normativo disegnato dalla L. 219 e una possibile disciplina del suicidio medicalmente assistito, sia pure limitato ai casi di cui sopra. In sintesi la proposta normativa, concernente l'assistenza

medica al suicidio, dovrebbe andare a integrarsi con la fattispecie del rifiuto e della rinuncia ai trattamenti, inclusi quelli di sostegno vitale, così come stabilito dalla L. 219 (art. 1, c. 5 e art. 2, c. 2), che prevede anche la possibilità di ricorrere alla sedazione profonda continua. La linea di continuità che in tal modo viene tracciata fa leva sull'affermazione dell'esistenza di una analogia tra suicidio medicalmente assistito e rifiuto-rinuncia alle cure; si tratta però di una falsa analogia come si cercherà di mostrare ora, mettendo in risalto i quattro momenti nei quali si fa valere un'equiparazione indebita tra concetti e situazioni tra loro ben differenti. I quattro momenti riguardano 1) il binomio concettuale uccidere-lasciar morire; 2) il significato di morte; 3) il significato del trattamento farmacologico; 4) il valore della relazione medico-paziente.

2.1. Il binomio uccidere-lasciar morire e la diversa responsabilità di altri ovvero del medico

La filosofia della L. 219 si regge fondamentalmente sulla distinzione tra uccidere e lasciar morire e soprattutto sulla presupposizione che essa sia moralmente rilevante. Senza entrare troppo nello specifico del complesso dibattito bioetico sulla *killing-letting die distinction*,² la L. 219 assume che l'atto di provocare la morte di un paziente somministrandogli una sostanza letale non sia moralmente equivalente a la-

² Sull'argomento la trattazione più esauriente, e anche più equilibrata per gli elementi di valutazione critica che fornisce, è quella di Francesca Marin [4].

sciarlo morire, vuoi decidendo di non avviare un trattamento sanitario di sostegno vitale, vuoi sospendendolo.³ Per chiarire meglio il senso di queste affermazioni, conviene rifarsi ai lavori di un'autrice, Philippa Foot, che ha approfondito a lungo la *killing-letting die distinction*, fornendo delle analisi molto rigorose. Sostenere infatti che nel comportamento del medico vi è una chiara differenza tra il somministrare al paziente una sostanza mortale e il lasciarlo morire, non significa trarre la conclusione che la distinzione uccidere-lasciar morire sia sovrapponibile *in toto* a quella tra azione e omissione: l'uccidere infatti si qualifica sempre come un agire, come un fare (*doing*), mentre il lasciar morire, in quanto permettere che qualcosa avvenga (*allowing*), può assumere una duplice valenza ossia può declinarsi nel senso dell'omettere, non dando inizio al trattamento, come pure nel senso dell'agire, interrompendo il trattamento stesso [6; 7].⁴ Dalla rilevazione dell'importanza della distinzione uccidere-lasciar morire non consegue neppure che sul piano morale l'uccidere sia sempre come tale riprovevole, né che il la-

sciar morire sia sempre ammissibile: l'uccidere può, a determinate condizioni, come per esempio nel caso della legittima difesa,⁵ essere giustificato, mentre ciò può non accadere con il lasciar morire, quando questo si configuri come colpevole [10], ovvero quando esso ricerchi intenzionalmente la morte del paziente, astenendosi o sospendendo le cure proporzionate e rispetto alle quali il paziente non ha espresso rifiuto o rinuncia.

Sta di fatto che intuitivamente e *prima facie* l'uccidere si presenta come moralmente (e giuridicamente) assai più problematico e in linea di principio non giustificabile, al punto da richiedere, come opportunamente fa la Corte nella prima parte dell'ordinanza, il mantenimento di un presidio chiaro a tutela della vita, specie delle persone più vulnerabili, attraverso l'incriminazione del reato di aiuto al suicidio. L'uccidere infatti, per riprendere un'ulteriore distinzione concettuale, comporta la trasgressione di un dovere negativo di non interferenza (Non uccidere, Non far del male), come tale assai più vincolante del mancato rispetto del dovere positivo di fare del bene.⁶

In ambito clinico, la somministrazione di una sostanza letale si configura come

³ L'art. 1, c. 6 al riguardo è esplicito: «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» [2]. Stante il dettato di questo articolo, pertanto, il paziente non potrebbe richiedere di essere sottoposto all'eutanasia o al suicidio medicalmente assistito; ciò verrebbe escluso proprio dall'art. 580 cod. pen., ma anche dall'art. 17 del Codice di Deontologia Medica (2014), che recita: «Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte» [5].

⁴ Nel dibattito contemporaneo ha invece sostenuto la tesi dell'irrelevanza morale della distinzione tra uccidere e lasciar morire James Rachels [8]. In modo simile argomenta Ben Bronner [9].

⁵ Beninteso, purché si qualifichi l'aggettivo 'legittima' secondo quei criteri rigorosi, stabiliti dalla tradizione teologico-morale e filosofico-morale risalente alla Seconda Scolastica e ancor prima a Tommaso d'Aquino [11, II^a-II^{ae}, q. 64, a. 7] e confluiti nel cosiddetto principio del duplice effetto (PDE). Il riferimento al PDE non è affatto fuori luogo: i saggi di Foot, qui menzionati [6, 7], discutono in modo dettagliato di tale principio e della possibilità di applicarlo all'analisi di questioni bioetiche di inizio vita (aborto) e di fine vita (eutanasia).

⁶ Anche l'opportuna differenza tra doveri negativi e doveri positivi è ripresa da Philippa Foot [12].

l'infrangere un dovere negativo (Non uccidere), sia pure dettato dall'adempimento di un altro dovere negativo, quello di rispettare la volontà del paziente di porre fine alla propria vita, non interferendo quindi con l'espressione della sua libertà personale e autonomia. Al contrario, il lasciar morire si potrebbe configurare al più come la mancata attuazione del dovere positivo di beneficiare l'altro, attraverso il non avvio o l'interruzione della cura (nel senso del termine inglese *cure*). Ora, a parere di chi scrive, non è affatto detto che l'astensione o la sospensione del trattamento rappresentino necessariamente una lesione del dovere positivo di beneficenza, per lo meno tenendo conto della particolarità di molte situazioni cliniche; ma senza volersi addentrare troppo nel merito della questione, basti qui osservare come ci si trovi comunque di fronte alla richiesta di adempiere al dovere negativo di rispettare la volontà del paziente di rifiutare o rinunciare al trattamento sanitario. Tale dovere negativo è assai vincolante: vi è infatti un corrispettivo diritto di ognuno alla intangibilità della propria sfera corporea e di conseguenza vi è un diritto a non subire trattamenti sanitari contro la propria volontà.

La rilevanza di un simile dovere negativo è tale che esso va adempiuto, anche nell'eventualità che si prospetti al medico un dovere positivo di beneficiare l'altro attraverso la prosecuzione del trattamento medico (*cure*). In questo caso, nel conflitto (eventuale) che si verrebbe a creare tra un dovere positivo e un dovere negativo, è quest'ultimo che risulta essere prevalente e maggiormente vincolante. Il lasciar morire, quindi, nei termini dell'astensione o della sospensione da parte del medico non

è colpevole. Esso fa seguito al rifiuto o alla rinuncia del paziente ed è finalizzato al bene di questi, attraverso l'alleviamento del dolore e la prosecuzione della cura (nel senso della *care*), che mai deve cessare, nonostante non si dia più la *cure*. Per inciso, su questo aspetto la L. 219 è molto precisa, quando afferma che il medico, a seguito del rifiuto o rinuncia di «trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza», «promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica» (art. 1, c. 5.)⁷; non solo: egli «deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze» e garantire «un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative» (art. 2, c. 1).

In tal modo emerge con chiarezza anche la diversità di compiti e di responsabilità che riguardano il medico. Nel caso dell'assistenza al suicidio egli non solo si trova di fronte a un conflitto morale tra doveri negativi di non interferenza; il suo agire è finalizzato alla morte del paziente e anche i mezzi che egli adotta sono adeguati al perseguimento di tale fine, ovvero la preparazione di un farmaco letale; egli poi si pone come causa materiale dell'evento fatale e la sua responsabilità è rilevante, anche quando essa sembra risultare ridimensionata per il fatto che egli coadiuva il pa-

7 Stefano Canestrari [13, p. 5] sottolinea come si produrrebbe un «effetto tremendo e perverso», qualora si negasse valore alla possibilità per il paziente di rinunciare a un trattamento salvavita; il rischio potrebbe essere quello di «dissuadere il paziente a intraprendere un trattamento sanitario salvavita per il timore di rimanere in una "condizione di schiavitù"».

ziente nel suo intento.⁸ Diversa è la posizione del medico che rispetti la volontà del paziente di non avviare o sospendere il trattamento, anche quello salvavita, oramai avvertito come troppo gravoso e insopportabile; è questo un dovere negativo di non interferenza, assai vincolante e prevalente rispetto a eventuali doveri positivi. Il medico persegue in verità il beneficio dell'alleviamento del dolore e del prendersi cura del paziente nei termini del *care*; ciò che intenziona con il suo comportamento improntato al lasciar morire non è tanto la morte del paziente, anche se questa, per usare le categorie del PDE (principio del duplice effetto), può essere prevista, ma appunto non intesa. Egli piuttosto vuole accompagnare nel suo ultimo tratto di strada il paziente, rispettandolo nella sua volontà e confortandolo. Più che come causa materiale dell'evento fatale, il suo comportamento (beninteso, sulla base delle scelte del paziente) è semmai la condizione in forza della quale la vera e propria causa, la patologia, in assenza di ulteriori trattamenti, può esplicarsi in modo definitivo.⁹

⁸ Prova ne sia che l'art. 580 cod. pen. non sanziona chi tenti di togliersi la vita, eppure punisce chi cooperi materialmente al suicidio; e nell'ordinanza si legge che tale scelta è «funzionale alla protezione di interessi meritevoli di tutela da parte dell'ordinamento» [1, parag. 6].

⁹ Sulla differenza tra causa e condizione e sulla corrispettiva differenza nell'attribuzione della responsabilità morale al soggetto che è causa oppure condizione si veda Marin [4, pp. 167-170 e, per la citazione che segue, p. 167]: «Mentre la causa permette il verificarsi di un effetto e deve essere presente affinché l'effetto stesso si verifichi, la condizione contribuisce al manifestarsi di un risultato, ma non permette il darsi di un effetto in assenza della causa». Per chiarire questo passaggio, Marin riporta un esempio tratto da John Mackie [14]. Secondo tale esempio, un cortocircuito è un elemento sufficiente allo scoppio di un incendio in un edificio, dove però vi

Rifiuto e rinuncia da un lato e suicidio medicalmente assistito dall'altro configurano pertanto due tipologie differenti, che non vanno confuse tra loro. Tale differenza, però, non è tenuta in considerazione dall'ordinanza. Questa, anzi, è preoccupata di far emergere le proprietà comuni. Sul piano argomentativo la presunta analogia tra le due differenti tipologie, che si riflette anche in differenti profili di responsabilità del

è anche del materiale infiammabile; ebbene, il cortocircuito è causa dell'incendio, mentre il materiale infiammabile in quanto tale non lo è, perché esso, isolatamente considerato, non è sufficiente a provocare l'incendio: piuttosto esso è la condizione che contribuisce allo sviluppo dell'incendio stesso. Marin critica però la teoria della causalità proposta da Mackie, giudicata troppo ampia e indistinta. Non è fuori luogo osservare che proprio assumendo, nella sua ampiezza, il concetto di causalità di Mackie, Helga Kuhse [15] pervenga a considerare come moralmente equivalenti l'eutanasia e la sospensione dei trattamenti. Stante una simile equivalenza, la responsabilità sarebbe la medesima sia quando si provochi l'eutanasia, sia quando si sospenda il trattamento, con però una conseguente, e problematica, iper-responsabilizzazione della figura stessa del medico: al riguardo si veda Marin [16]. Degna di nota è poi la distinzione di Daniel Callahan [17, in particolare p. 53; 18] tra l'elemento della causalità e quello della colpevolezza: la causalità attiene ai fattori naturali che provocano la morte, la colpevolezza rinvia invece alla responsabilità del soggetto morale. Con la sospensione del trattamento è senz'altro la patologia, in quanto causa, a provocare la morte, tant'è che Callahan osserva paradossalmente come la sospensione di un trattamento, anche di sostegno vitale, non produca alcun effetto su una persona sana. Ci si può domandare però se ogni sospensione del trattamento su una persona malata sia giustificata; già si è detto che non lo è quando si dà un *letting die* colpevole: qui affiora chiaramente l'elemento della responsabilità morale del medico ove il suo comportamento si configuri come omissione di soccorso o abbandono terapeutico. Con il *killing* la colpevolezza emerge in modo ancor più diretto e netto: un'iniezione letale, infatti, uccide qualcuno indipendentemente dal suo stato di salute e dalla presenza o meno della causa naturale. La distinzione di Callahan è ripresa e approfondita da Adriano Pessina [19, pp. 25-40 e in particolare pp. 34-35].

medico, viene espressa attraverso un periodo ipotetico, nel quale l'apodosi (o conseguenza) dovrebbe logicamente derivare dalla protasi (o premessa). «Se, infatti – scrive la Consulta – il cardinale rilievo del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di porre fine alla propria esistenza tramite l'interruzione dei trattamenti sanitari – anche quando ciò richieda una condotta attiva, almeno sul piano naturalistico, da parte di terzi (quale il distacco o lo spegnimento di un macchinario, accompagnato dalla somministrazione di una sedazione profonda continua e di una terapia del dolore) – non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa – conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale» [1, par. 9]. Per i motivi esposti in precedenza, e per quelli che seguiranno, chi scrive è invece convinto che non si dia una simile consequenzialità, proprio perché le fattispecie prese in esame sono tra loro sostanzialmente differenti, al di là di qualche proprietà comune. Si noti come l'ordinanza parli di una condotta attiva del medico, che si esplica nel distacco o spegnimento di un'apparecchiatura medica e nel contestuale avvio della sedazione profonda; ma, come si è precisato prima, tale condotta attiva rientra pur sempre nel permettere (*allowing*) e quindi nel lasciar morire; come tale non può essere moralmente paragonata alla condotta attiva, al *doing* di chi fornisce assistenza al suicidio.

2.2. Dalla morte “naturale” alla morte “dignitosa”

La strategia argomentativa della continuità tra situazioni diverse viene riproposta anche in altri momenti, chiamando in causa termini e concetti basilari in ambito bioetico e biogiuridico. Si prenda come esempio il concetto di morte, sottoposto a una sorta di slittamento semantico, grazie al quale l'auspicata e spesso invocata naturalità viene poi rimpiazzata dal criterio della dignità, declinata però in senso soggettivistico. Non vi è dubbio che bioeticamente, ma anche sul piano della cultura diffusa, le categorie del rifiuto e della rinuncia alle cure si siano via via affermate anche come forma di rigetto nei riguardi di una morte sempre più tecnicizzata, che spesso sorraggiunge a seguito di malattie croniche in contesti ospedalieri asettici e anonimi. La critica nei confronti del cosiddetto ‘accanimento terapeutico’, espressione quanto mai impropria,¹⁰ benché assai ricorrente, è comunque un modo per denunciare la deriva tecnicistica del morire e l'esigenza di recuperare una dimensione di naturalità, facilitata anche dalla possibilità per il paziente di chiedere di interrompere il trattamento o di non iniziarlo, perché giudicato troppo gravoso e, in definitiva, estraniante. Ebbene, nel contesto dell'ordinanza all'esigenza di naturalità si sostituisce l'appello al principio della dignità, un principio che tra l'altro viene strettamente collegato a un criterio temporale. Si sostiene infatti che l'atti-

¹⁰ Come rilevato dal CNB [20, p. 6]. Tale discutibile espressione non è presente negli articoli della L. 219, che invece preferisce parlare di ‘ostinazione irragionevole’ (art. 2, c. 2).

vazione della sedazione profonda e l'interruzione dei presidi vitali configurerebbero un processo di morte più lento rispetto alla morte rapida garantita dall'assistenza al suicidio; un tale processo sarebbe quindi per il malato qualcosa di «contrario alla propria idea di morte dignitosa», per riprendere il passo già citato del par. 9. In forza di questo singolare criterio temporale assistiamo così all'affermarsi della concezione della morte dignitosa, secondo una strategia anche retoricamente molto efficace. Si noti come alla valutazione della maggiore dignità della morte attraverso il suicidio assistito concorra ovviamente il giudizio del paziente, ma non solo: diventa rilevante anche il giudizio dei parenti e degli amici, perché nell'altra ipotesi (la sedazione profonda continua e l'interruzione dei sostegni vitali, a seguito di rifiuto o rinuncia) «si costringe il paziente a subire un processo più lento, in ipotesi meno corrispondente alla propria visione della dignità nel morire e più carico di sofferenze per le persone che gli sono care» [1, par. 9].

La morte in tal modo trova il suo fondamento nel principio di dignità il quale però è sottoposto a un processo di soggettivizzazione da parte del malato. Quello che intendendo sostenere è che il principio di dignità non è più dotato – come dire – di una sua propria consistenza, così da poter affermare che ogni vita umana è in quanto tale dotata di dignità. La dignità soggettivizzata viene di fatto a coincidere con il principio di autodeterminazione: essa viene infatti conferita dal soggetto attraverso l'esercizio della sua autonomia. Il che, portando alle estreme conseguenze il ragionamento, potrebbe anche segnare il venire meno della dignità ove non si possa dare l'autonomia cosciente del

soggetto.¹¹ Tale processo di alterazione del significato della dignità è ben distante dal dettato costituzionale che, sia pure in riferimento all'espletamento dell'attività economica, parla di 'dignità umana' (art. 41), alludendo alla dignità propria della natura umana e quindi di ogni essere umano.¹² All'alterazione del valore della dignità si affianca poi il criterio della sofferenza delle persone care, francamente un criterio molto labile, se non arbitrario, specie qualora assumesse rilevanza nelle delicatissime decisioni di fine vita.¹³

¹¹ Così si esprime Andrea Nicolussi, in riferimento alla L. 219, la quale è incentrata sulla relazione medico-paziente e al contempo assume l'autodeterminazione del paziente come un principio di riferimento [21, pp. 65-66]: «la cornice in cui l'autodeterminazione del paziente va inserita è una cornice liberale-solidaristica, non una cornice di stampo libertario o nihilistica, ossia segnata da indifferenza da parte degli altri soggetti coinvolti. Perciò l'autodeterminazione non dovrebbe rappresentare il cavallo di Troia della soggettivizzazione degli altri valori richiamati dalla legge stessa, facendo degradare vita, salute e dignità a formule vuote disponibili ad arbitrio soggettivo. In tale modo si sciolerebbe nelle aporie autodeterministiche emerse col grave problema dei vaccini, con i casi Stamina e Di Bella, con quello della donna partorienti che non vuole farsi tagliare il cordone ombelicale, ecc. Del resto, la stessa possibilità di una tutela pubblica della salute esige valori comunicabili, non idiosincrasie soggettive».

¹² Un analogo processo di relativizzazione sembra avere investito il principio di dignità umana anche in altri contesti culturali e giuridici. Si veda al riguardo il vivace dibattito giuridico sviluppatosi in Germania, in merito a un possibile cambio di paradigma interpretativo dell'art. 1 della Legge fondamentale della Repubblica federale di Germania, che recita: «La dignità dell'uomo è intangibile. È dovere di ogni potere statale rispettarla e proteggerla» [22].

¹³ Scrive al riguardo Luciano Eusebi: «se il disagio di altri rispetto all'impatto col decorso verso la morte di una persona malata diviene criterio significativo per motivare un aiuto al suicidio, allora, in effetti, tutto diviene possibile. Ancora una volta, in totale contraddizione con quanto la prima parte dell'ordinanza dichiara di voler scongiurare» [23, p. 8; si veda inoltre 24].

2.3. Il *pharmakon*: dalla terapia al veleno

Un'altra modalità a sostegno della tesi dell'analogia tra le differenti situazioni esaminate rinvia al significato del trattamento farmacologico. L'ordinanza sembra implicitamente far valere l'ambiguità polisemica del termine greco *pharmakon*, il quale designa sia il medicamento curativo che il veleno [25, pp. 75-111]. In questo modo si traccia una linea di continuità del tutto impropria tra il farmaco che cura e al quale il paziente può anche rinunciare, invocando per sé una morte naturale o, almeno, più naturale, meno dipendente dall'artificialità della strumentazione medica, e il farmaco come veleno, che aiuta a morire grazie alla mediazione di altri.

Il farmaco nella sua accezione inusuale (la seconda) viene nobilitato e assurge al significato primario di vero e proprio trattamento medico e curativo. Questo passaggio, presentato come se fosse del tutto scontato, si trova nel luogo cruciale dell'ordinanza, ove si prospetta al legislatore l'ipotesi di inserire la disciplina del suicidio medicalmente assistito nel contesto della L. 219 [1, par. 10]. Dalla somministrazione di un trattamento con consenso del paziente o dalla sua assenza o sospensione, in forza del rifiuto o rinuncia, per estensione si passa a giustificare la somministrazione di un *pharmakon* atto a procurare la morte. Ciò viene argomentato a partire da un'interpretazione in chiave fortemente autodeterministica dell'art. 32, c. 2 Cost., da cui trae alimento lo stesso principio di dignità e in base al quale il divieto assoluto del suicidio assistito finirebbe per «limitare la libertà di autodeterminazione

del malato nella scelta delle terapie» [1, par. 9]. Si noti: la scelta della terapia comprende anche la possibilità dell'aiuto al suicidio, attraverso la somministrazione di un *pharmakon*. Sia questo un veleno o un medicamento, poco importa: l'importante è ribadire la sussistenza della (presunta) analogia.

2.4. La trasformazione della relazione di cura

La L. 219 pone un'enfasi del tutto speciale sulla centralità della relazione medico-paziente, quasi a voler suggerire che l'eventualità del rifiuto e della rinuncia ai trattamenti possa trovare la sua piena comprensione solo all'interno di un rapporto improntato alla reciproca fiducia [21; 26]. La relazione si sostanzia quindi di un'informazione, da parte del medico, completa, aggiornata e comprensibile alle conoscenze e alla condizione di vulnerabilità del paziente. Questi a sua volta ha diritto di conoscere quale sia il suo stato di salute e quali possibilità si possano prospettare in merito alla diagnosi, alla prognosi, alle possibili alternative e alle conseguenze derivanti dall'eventuale rifiuto o rinuncia al trattamento; e rientra nel suo diritto anche decidere di non voler ricevere alcune o tutte le informazioni sul suo stato di salute o indicare un qualche familiare o una persona di fiducia a sostituirsi a lui nel ricevere tali informazioni (art. 1, c. 3). Un'informazione completa e una comunicazione, anche empatica, adeguata dovrebbero quindi contraddistinguere la relazione tra medico e paziente, come tra l'altro emerge in modo speciale nell'importante articolo dedicato

alla ‘Pianificazione condivisa delle cure’ [2, art. 5]. Non si dà quindi atto medico appropriato, nelle sue valenze espressamente terapeutiche, che non sia espressione di una relazione di fiducia con il paziente. Riprendendo un’analoga formulazione del Codice di Deontologia Medica [5, art. 20], la L. 219 arriva ad affermare all’art. 1, c. 8 che «il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura». Si tratta di una dichiarazione impegnativa, per i suoi possibili riflessi sul piano deontologico ed etico, ma anche su quello epistemologico, perché si suppone che si dia un’esplicita potenzialità terapeutica derivante dalla relazione di cura. Ad essere conseguenti, ciò dovrebbe richiedere un’attenzione speciale, affinché la qualità di tale relazione sia promossa e coltivata da entrambe le parti. Insomma, la relazione di cura implica la cura della relazione.

Stante questa premessa, la domanda da porsi è se la relazione tra medico e paziente non subisca alcuna modificazione nel momento in cui muta la figura del medico, da colui che cura e allevia il dolore a colui che dà la morte, sia pure su consenso del paziente e sia pure con l’obiettivo di porre termine, oltre che alla vita, alle sue sofferenze. Davvero si pensa che una simile trasformazione della figura del medico non possa avere, a lungo andare, degli effetti distorcenti nel modo d’intendere il rapporto di fiducia che dovrebbe contraddistinguere la relazione con il paziente? Di nuovo l’argomentazione dell’ordinanza è volta ad appianare le differenze, che sono però reali e obiettive; sempre tracciando una linea di continuità tra tipologie ben diverse, essa propone al legislatore di inserire all’interno della L. 219 la disciplina del suicidio me-

dicalmente assistito, «in modo – per riprendere il passo cruciale, già citato – da inscrivere anche questa opzione nel quadro della “relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico”, opportunamente valorizzata dall’art. 1 della legge medesima» [1, par. 10].

Hans Jonas, in un lucido saggio dedicato al ‘diritto di morire’, inteso però nei termini del diritto di rifiutare le terapie, esclude in modo deciso che ciò possa legittimare il suicidio assistito e l’eutanasia. È lo stesso valore intrinseco della professione medica che non permette di «attribuire al medico il ruolo di donatore di morte» [27, p. 196]. Per Jonas, al di là delle trasformazioni storiche che hanno investito nei secoli la pratica medica, modificandola via via, vi è però un nucleo che rimane intatto e che non può contemplare la giustificazione del suicidio assistito, pena la messa in questione dell’identità della stessa medicina. Sappiamo però che in alcuni contesti si è proceduto in direzione della depenalizzazione o legalizzazione, vuoi del suicidio medicalmente assistito, vuoi dell’eutanasia (per rimanere in Europa, basti pensare alle legislazioni di paesi quali Svizzera, Olanda, Belgio, Lussemburgo), e questo ha ovviamente avuto delle ricadute considerevoli sulla rappresentazione della figura del medico e della sua professionalità. Immaginare che ci trovi qui di fronte a una semplice estensione di compiti, a un’aggiunta (l’assistenza al morire) che prima non c’era e che ora c’è, senza che tale estensione incida in profondità sulla determinazione del ruolo e delle finalità del medico è illusorio. Per lo meno sul piano simbolico, si dà qui un mutamento netto, che inevitabilmente provoca una trasformazione di quella «re-

lazione di cura e di fiducia» che, secondo l'ordinanza, dovrebbe nel nome dell'analogia rimanere inalterata. Certo, la Corte non sta proponendo di replicare le strade eutanasiche delle legislazioni europee poc'anzi richiamate. Ma il riconoscimento del suicidio medicalmente assistito, sia pure riferito a casi particolarissimi e ben circostanziati, introduce un elemento di radicale cambiamento nella figura del medico, che si riverbera inevitabilmente in un rapporto, ugualmente cambiato, con il paziente. Se si vorrà continuare a parlare di «relazione di cura e di fiducia», quest'ultimo termine andrà necessariamente rivisitato e risignificato; e rimane il forte dubbio che si possa continuare a parlare di cura, nella sua valenza strettamente terapeutica e lenitiva del dolore.

3. Conclusione

A conclusione di questa analisi critica, volta a far emergere gli snodi attraverso i quali prende corpo e si sviluppa la cosiddetta fallacia logica della falsa analogia, non si può non rilevare le conseguenze alle quali questa conduce ovvero un vero e proprio stravolgimento della L. 219. La proposta d'inserimento in essa di una normativa per giustificare il suicidio medicalmente assistito, anche se limitato a casi eccezionali, cozza con lo spirito della legge, improntato alla valorizzazione della relazione medico-paziente con finalità terapeutica; e cozza anche con la sua lettera: non a caso si è costretti a prevedere espressamente un simile inserimento normativo, perché la L. 219, in modo coerente con l'assunto della rilevanza morale della di-

stinzione uccidere-lasciar morire, non prevede la legittimazione dell'assistenza medica al suicidio. Essa però prevede la possibilità, appunto, del lasciar morire e quindi la possibilità, da parte del paziente, di rinunciare e rifiutare i trattamenti sanitari, anche quelli «necessari alla propria sopravvivenza» e, da parte del medico, di non avviare o sospendere il trattamento [2, art. 1, c. 5]. Tale possibilità inoltre contempla sempre il ricorso alle cure palliative e alla terapia del dolore, inclusa la sedazione palliativa profonda continua [2, art. 2., c. 2]. Merita inoltre ricordare quanto sosteneva lo stesso CNB in un importante parere dedicato alla sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte: «Anche il paziente che s'inserisce in un processo di fine vita a seguito del rifiuto o rinuncia di uno o più trattamenti o all'uso di tecniche strumentali di sostegno delle funzioni vitali ha diritto di beneficiare della terapia del dolore e in caso di sofferenze refrattarie della sedazione profonda e continua» [28, Raccomandazione n. 2].

Per ritornare ai quattro requisiti che identificano quelle situazioni estreme, oggetto dell'intervento della Corte, e in particolare al requisito concernente il rimanere in vita grazie a trattamenti di sostegno vitale, forse era opportuno ragionare proprio su questa eventualità ovvero il rifiuto del paziente di continuare a dipendere da un sostegno vitale e la conseguente interruzione del trattamento da parte del medico. Che cosa ostacolava l'adozione di una simile soluzione, ben distinguibile da quella perseguita dalla Corte del suicidio medicalmente assistito? Il fatto che un simile procedimento medico, ovvero l'attivazione della terapia del dolore e della sedazione

profonda continua a cui fa seguito la sospensione del trattamento di sostegno vitale, sarebbe temporalmente più lungo di un'iniezione letale? E procurerebbe pertanto maggiori sofferenze a parenti e amici? Francamente sono argomenti poco consistenti, che si spiegano solo con la presupposizione di una indebita e fallace analogia del suicidio medicalmente assistito con il rifiuto e la rinuncia alle cure.

References

- [1] Ordinanza della Corte Costituzionale n. 207/2018 (accesso del 2.5.2019 a: <https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2018&numero=207>).
- [2] Legge 22 dicembre 2017, n. 219 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", pubblicata in G.U. 16.01.2018, n. 12.
- [3] Boniolo G, Vidali P. Strumenti per ragionare. Le regole logiche, la pratica argomentativa, l'inferenza probabilistica. Milano-Torino: Pearson; 2006³.
- [4] Marin F. Bioetica di fine vita. La distinzione tra uccidere e lasciar morire. Napoli-Salerno: Ortheses; 2017.
- [5] FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri). Codice di Deontologia Medica, 2014 (accesso del 14.5.2019, a: <https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2018/03/CODICE-DEONTOLOGIA-MEDICA-2014.pdf>).
- [6] Foot P. The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect. In: Steinbock B, Norcross A (ed. by). Killing and Letting Die. New York: Fordham University Press; 1994², pp. 266-279.
- [7] Foot P. Morality, Action, and Outcome. In: Woodward PA (ed. by). The Doctrine of Double Effect. Philosophers Debate a Controversial Moral Principle. Notre Dame: University of Notre Dame; 2001, pp. 67-82.
- [8] Rachels J. Quando la vita finisce. La sostenibilità morale dell'eutanasia. Casale Monferrato: Edizioni Sonda; 2007.
- [9] Bronner B. Two Ways to Kill a Patient. Journal of Medicine and Philosophy 2018; 43 (1): 44-63.
- [10] Sulmasy DP. Killing and Allowing to Die: Another Look. Journal of Law, Medicine & Ethics 1998; 26 (1): 55-64.
- [11] Tommaso d'Aquino. Summa theologica (accesso del 5.5.2019, a: http://www.documentacatholicaomnia.eu/03d/1225-1274._Thomas_Aquinas._Summa_Theologiae._%28p_Centi_Curante%29._IT.pdf).
- [12] Foot P. Killing and Letting Die. In: Steinbock B, Norcross A (ed. by). Killing and Letting Die. New York: Fordham University Press; 1994², pp. 280-289.
- [13] Canestrari S. I tormenti del corpo e le ferite dell'anima: la richiesta di assistenza a morire e l'aiuto al suicidio. Diritto penale contemporaneo 2019; 10 (14.3.2019): 1-21 (accesso del 15.5.2019, a: <https://www.penalecontemporaneo.it/d/6588-regole-di-fine-vita-e-poteri-dello-stato-sulla-ordinanza-n-2072018-della-corte-costituzionale>).
- [14] Mackie JL. Causes and Conditions. American Philosophical Quarterly 1965; 2 (4): 245-264.
- [15] Kuhse H. Voluntary Euthanasia and Other Medical End-of-life Decisions: Doctors Should Be Permitted to Give Death a Helping Hand. In: Thomasma DC, Kushner TK (eds. by). Birth to Death. Science and Bioethics. Cambridge: Cambridge University Press; 1996, pp. 247-258.
- [16] Marin F. The End of Life and the Ascription of Responsibility. Medicina e Morale 2017; 66 (5): 617-632.
- [17] Callahan D. When Self-Determination Runs Amok. The Hastings Center Report 1992; 22 (2): 52-55.
- [18] Callahan D. The Trouble Dream of Life. In Search of a Peaceful Death. Washington D.C.: Georgetown University Press; 2000.
- [19] Pessina A. Eutanasia. Della morte e di altre cose. Siena: Cantagalli; 2007.
- [20] Comitato Nazionale per la Bioetica. Parere su: Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico, 2008 (accesso del 13.5.2019, a: <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/rifiuto-e-rinuncia-consapevole-al-trattamento-sanitario-nella-relazione-paziente-medico/>).
- [21] Nicolussi A. La legge n. 219/2017 su consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento: il problema e le risposte della legge. Teoria e Critica della Regolazione Sociale 2018; 2: 57-82.

- [22] Waldhoff C. Menschenwürde als Rechtsbegriff und als Rechtsproblem. *Evangelische Theologie* 2006; 66 (6): 425-439.
- [23] Eusebi L. Regole di fine vita e poteri dello Stato: sulla ordinanza n. 207/2018 della Corte Costituzionale. *Diritto penale contemporaneo* 2019; 10 (27.3.2019): 1-11 (accesso del 15.5.2019, a: <https://www.penalecontemporaneo.it/d/6588-regole-di-fine-vita-e-poteri-dello-stato-sulla-ordinanza-n-2072018-della-corte-costituzionale>)
- [24] Eusebi L. Un diritto costituzionale a morire «rapidamente»? Sul necessario approccio costituzionalmente orientato a Corte cost. (ord.) n. 207/2018. *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario* 2018; 40 (4): 1313-1322.
- [25] Curi U. *Le parole della cura. Medicina e filosofia*. Milano: Raffaello Cortina; 2017.
- [26] Canestrari S. La legge n. 219 del 2017 in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento. *La legislazione penale* 2018; 19.12.2018: 1-19 (accesso del 20.5.2019, a: <http://www.lalegislazionepenale.eu/la-legge-n-219-del-2017-in-materia-di-consenso-informato-e-disposizioni-anticipate-di-trattamento-stefano-canestrari/>).
- [27] Jonas H. Tecniche di differimento della morte e il diritto di morire. In: Id. *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*. Torino: Einaudi; 1997, pp. 185-205.
- [28] Comitato Nazionale per la Bioetica. *Parere su: Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte*, 2016 (accesso del 13.5.2019, a: <http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/sedazione-palliativa-profonda-continua-nell-imminenza-della-morte/>).

