

feder notizie

NOTARIATO | INNOVAZIONE | SOCIETÀ

≡ Menu



Disposizioni anticipate di trattamento e suicidio medicalmente assistito

Argomento: Approfondimento giuridico Pubblicato il 16 Settembre 2026 da Arrigo Roveda

Cari lettori abbiamo aggiunto a ogni articolo una funzione di **lettura vocale**. Basta cliccare sul pulsante "Ascolta" per sentire l'articolo nei momenti in cui leggere non è comodo. Buona esperienza di **audio-lettura**!



Ascolta



Il prossimo 31 gennaio 2027 compirà 9 anni la legge 22 dicembre 2017 n. 219^[1] e tanta acqua è passata da allora sotto i ponti.

Per affrontare il delicato tema del rapporto tra le Disposizioni Anticipate di Trattamento (spesso erroneamente chiamate con un'espressione fuorviante "testamento biologico") e il Suicidio Medicalmente Assistito è necessario

ricordare che la legge 219 è stata approvata anche a seguito di un acceso dibattito che ha avuto uno snodo decisivo nella nota sentenza della Corte di Cassazione sul caso Eluana Englaro[2].

In quella decisione, partendo da un'attenta ed esaustiva ricostruzione dei principi connessi al "consenso informato" ("Deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita.") e tenendo conto del disposto dell'art. 6 Convenzione di Oviedo – rubricato *Protection des personnes n'ayant pas la capacité de consentir* – « Lorsque, selon la loi, un majeur n'a pas, en raison d'un handicap mental, d'une maladie ou pour un motif similaire, la capacité de consentir à une intervention, celle-ci ne peut être effectuée sans l'autorisation de son représentant, d'une autorité ou d'une personne ou instance désignée par la loi » veniva affermato dalla Suprema Corte che "Nel consentire al trattamento medico o nel dissentire dalla prosecuzione dello stesso sulla persona dell'incapace, la rappresentanza del tutore è sottoposta a un duplice ordine di vincoli: egli deve, innanzitutto, agire nell'esclusivo interesse dell'incapace; e, nella ricerca del best interest, deve decidere non "al posto" dell'incapace né "per" l'incapace, ma "con" l'incapace: quindi, ricostruendo la presunta volontà del paziente incosciente, già adulto prima di cadere in tale stato, tenendo conto dei desideri da lui espressi prima della perdita della coscienza, ovvero inferendo quella volontà dalla sua personalità, dal suo stile di vita, dalle sue inclinazioni, dai suoi valori di riferimento e dalle sue convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche." Ed ancora "Non v'è dubbio che la scelta del tutore deve essere a garanzia del soggetto incapace, e quindi rivolta, oggettivamente, a preservarne e a tutelarne la vita. Ma, al contempo, il tutore non può nemmeno trascurare l'idea di dignità della persona dallo stesso rappresentato manifestata, prima di cadere in stato di incapacità, dinanzi ai problemi della vita e della morte." Per concludere che **"All'individuo che, prima di cadere nello stato di totale ed assoluta incoscienza, tipica dello stato vegetativo permanente, abbia manifestato, in forma espressa o anche attraverso i propri convincimenti, il proprio stile di vita e i valori di riferimento, l'inaccettabilità per sé dell'idea di un corpo destinato, grazie a terapie mediche, a sopravvivere alla mente, l'ordinamento dà la possibilità di far sentire la propria voce in merito alla disattivazione di quel trattamento attraverso il rappresentante legale."**

Importanti novità sono intervenute successivamente all'approvazione della legge 219/2017.

L'ordinanza 207/2018 della Corte costituzionale^[3] ha individuato una circoscritta area di non conformità costituzionale della fattispecie di cui all'articolo 580 codice penale, corrispondente segnatamente ai casi in cui l'aspirante suicida si identifichi (come nel caso oggetto del giudizio a quo) 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»: evenienza nella quale il divieto indiscriminato di aiuto al suicidio «finisce [...] per limitare 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, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive» rivolgendo un monito al legislatore per l'introduzione della disciplina necessaria, alla quale avrebbe fatto seguito, nel caso in cui il monito fosse restato senza riscontro (cosa puntualmente avvenuta), la declaratoria di incostituzionalità.

La successiva sentenza della medesima Corte 22 novembre 2019, n. 242^[4], richiamando la precedente ordinanza n. 207, ha dichiarato “l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 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 sentenza 1° luglio 2024, n. 135, pur dichiarando inammissibile la questione di costituzionalità sollevata con riferimento all'articolo 580 codice penale, ha “confermato lo stringente appello, già contenuto nella sentenza n. 242 del 2019

(punto 2.4. del Considerato in diritto), affinché, sull'intero territorio nazionale, sia garantito a tutti i pazienti, inclusi quelli che si trovano nelle condizioni per essere ammessi alla procedura di suicidio assistito, una effettiva possibilità di accesso alle cure palliative appropriate per controllare la loro sofferenza, secondo quanto previsto dalla legge n. 38 del 2010, sul cui integrale rispetto giustamente insiste l'Avvocatura generale dello Stato. Come sottolineato da questa Corte sin dall'ordinanza n. 207 del 2018, occorre infatti in ogni caso assicurare, anche attraverso la previsione delle necessarie coperture dei fabbisogni finanziari, che «l'opzione della somministrazione di farmaci in grado di provocare entro un breve lasso di tempo la morte del paziente non comporti il rischio di alcuna prematura rinuncia, da parte delle strutture sanitarie, a offrire sempre al paziente medesimo concrete possibilità di accedere a cure palliative diverse dalla sedazione profonda continua, ove idonee a eliminare la sua sofferenza – in accordo con l'impegno assunto dallo Stato con la citata legge n. 38 del 2010 – sì da porlo in condizione di vivere con intensità e in modo dignitoso la parte restante della propria esistenza.»

A queste decisioni hanno fatto seguito alcune importanti leggi regionali:

- la legge regionale Toscana 14 marzo 2025, n. 16, nel testo modificato a seguito della parziale dichiarazione di incostituzionalità pronunciata con sentenza n. 204/2025[5];
- la legge regionale Sardegna 18 settembre 2025, n. 26, nel testo modificato a seguito della parziale dichiarazione di incostituzionalità pronunciata con sentenza 24 luglio 2026, n. 148[6];
- la legge regionale Emilia-Romagna 28 luglio 2026, n. 10[7];
- la legge regionale Veneto, approvata dal Consiglio regionale il 2 settembre 2026 e in corso di pubblicazione, particolarmente significativa da un punto di vista politico perché approvata in una regione governata dal centrodestra e, da un punto di vista della tenuta costituzionale, perché tiene conto dei rilievi formulati dalla Consulta sulle leggi di Toscana e Sardegna.

Le quattro leggi regionali hanno alcuni tratti in comune, i principali dei quali sono la finalità di disciplinare le modalità organizzative uniformi per l'attuazione di quanto disposto dalle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024, relative al suicidio medicalmente assistito (SMA), e l'istituzione di una Commissione multidisciplinare cui è affidato il compito di accertare la sussistenza dei requisiti clinici e personali per l'accesso alla procedura di SMA, nonché per la definizione e la verifica delle relative modalità di attuazione.

Le cronache recenti raccontano anche di casi di suicidio medicalmente assistito integralmente gestiti dal servizio sanitario regionale in Regioni che non hanno approvato una legge che disciplina modalità organizzative[8].

Così delineato il quadro normativo e giurisprudenziale occorre ora verificare se le norme sulle disposizioni anticipate di trattamento possano essere utilizzate anche da coloro che desiderano affidare al fiduciario il compito di richiedere l'attivazione della procedura di suicidio medicalmente assistito, nei casi previsti dalle sentenze della Corte costituzionale (che ricordiamo sono relativi a 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**»).

La domanda cui è necessario dare una risposta è pertanto: la decisione libera e consapevole di cui parla la Corte Costituzionale deve essere presa a ridosso dell'evento e quindi esclusivamente da persone capaci di autodeterminarsi in quel momento oppure può essere presa in un momento antecedente affidando al fiduciario la materiale esecuzione delle volontà nel rispetto delle procedure delineate dalla Corte Costituzionale e/o dalle leggi regionali?

Per sgombrare il campo da un primo dubbio sembra evidente che al suicidio medicalmente assistito **non** possano comunque accedere i soggetti incapaci per esclusiva decisione dei loro rappresentanti legali.

Ripercorriamo quindi il percorso logico che origina dalla sentenza di cassazione sul caso Englaro e sfocia nelle ricordate leggi regionali.

Nel 2007 la Cassazione ha affermato che *“Deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita”* *“All'individuo che, prima di cadere nello stato di totale ed assoluta incoscienza, tipica dello stato vegetativo permanente, abbia manifestato, in forma espressa o anche attraverso i propri convincimenti, il proprio stile di vita e i valori di riferimento, l'inaccettabilità per sé dell'idea di un corpo destinato, grazie a terapie mediche, a sopravvivere alla mente, l'ordinamento dà la possibilità di far sentire la propria voce in merito alla disattivazione di quel trattamento attraverso il rappresentante legale”*.

Nel 2017 il legislatore è intervenuto per disciplinare le modalità con le quali un soggetto capace può nominare un suo fiduciario che ne faccia le veci e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie al fine di esprimere le volontà del rappresentato, contenute nelle DAT, in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.

A valle di ciò la Corte Costituzionale ha avuto modo di rilevare, nella sentenza n. 242 del 2019, che *“Se, infatti, il fondamentale 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 conseguente all’anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale.**”*

E con la sentenza n. 135/2024 la stessa Corte *“ha riconosciuto che ogni paziente è titolare di un diritto fondamentale a rifiutare ogni trattamento sanitario, compresi quelli necessari ad assicurarne la sopravvivenza. Conseguentemente, l’ordinanza n. 207 del 2018 e la successiva sentenza n. 242 del 2019 hanno ritenuto irragionevole mantenere ferma l’operatività del divieto di cui all’art. 580 cod. pen. anche nell’ipotesi di pazienti che abbiano già la possibilità – alla luce della legge n. 219 del 2017, attuativa delle norme costituzionali in precedenza menzionate – di porre termine alla propria esistenza attraverso il rifiuto delle cure necessarie per tenerli in vita: rifiuto che determinerebbe la prospettiva del decesso in un breve lasso di tempo anche in pazienti che pure sarebbero in grado, proseguendo quei trattamenti, di sopravvivere a lungo.*

La persistente operatività del divieto di assistenza al suicidio anche in tali situazioni ... costringerebbe il paziente ad affrontare la morte attraverso 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»* (ordinanza n. 207 del 2018, punto 9 del Considerato in diritto). Ciò comporterebbe una insostenibile compressione della *«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, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile, con conseguente lesione del principio della dignità umana, oltre che dei principi di ragionevolezza e di uguaglianza in rapporto alle diverse condizioni soggettive.”

In estrema sintesi:

- L'ordinamento riconosce il diritto fondamentale di ogni paziente a rifiutare trattamenti sanitari anche se essi siano necessari per assicurarne la sopravvivenza;
- La legge 219/2017 consente a ogni individuo capace, in previsione di una sua futura incapacità di autodeterminarsi, di dichiarare anticipatamente il rifiuto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari affidando ad un fiduciario il compito di rappresentarlo nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie;
- La Corte Costituzionale ha affermato che nella libertà di autodeterminazione del malato deve ricomprendersi, a determinate condizioni, il diritto di liberarsi, attivamente, dalle sofferenze ottenendo, in tempi più brevi, il medesimo risultato che avrebbe conseguito, passivamente, rifiutando i trattamenti sanitari.

Tutto chiaro quindi? Per nulla.

Con la sentenza n. 204/2025 sulla legge toscana la Corte costituzionale ha dichiarato illegittimo l'art. 3, nella parte in cui consentiva la presentazione dell'istanza di accesso al suicidio medicalmente assistito da parte di un «delegato», osservando che la legge 219/2017 presuppone che la volontà sia espressa personalmente dall'interessato, così da assicurare che la decisione di congedarsi dalla vita sia presa direttamente dalla persona; la stessa Corte ha ribadito che la logica del suicidio medicalmente assistito esige che sia il paziente medesimo ad autosomministrarsi il farmaco (punto 8.4 del Considerato in diritto). La sentenza n. 148/2026 sulla legge sarda ha confermato l'impostazione.

Allo stato, è quindi possibile accedere alle procedure di Suicidio Medicalmente Assistito **solo a condizione che il disponente, al momento dell'attivazione, conservi la capacità di prendere decisioni libere e consapevoli richiesta dal requisito sub (d) e sia in grado di confermare personalmente la propria volontà davanti alla struttura sanitaria.**

Le DAT, secondo la Corte costituzionale, non possono sostituire la richiesta personale di accedere alle procedure di Suicidio Medicalmente assistito, né l'autosomministrazione del farmaco.

Alla persona capace sino all'ultimo è quindi concesso il diritto di morire liberandosi delle sofferenze.

Alla persona che, allorquando capace, abbia manifestato la volontà di morire dignitosamente tale diritto è negato.

La logica che sta alla base di tale contraddizione è incomprensibile.

Arrigo Roveda

Questo scritto è dedicato alla memoria di Emma Bonino, alle sue battaglie, vinte o da vincere, per i diritti delle persone.

Note

[1] Della legge sulle DAT ci eravamo occupati sia riportando la sintesi di un convegno Federnotai tenutosi a Milano il 16 giugno 2017 (Federnotizie, "[Convegno di Federnotai. Le dichiarazioni anticipate di trattamento](#)") prima dell'approvazione della legge, sia, dopo l'entrata in vigore della legge, con alcune prime note (Federnotizie, "[Prime note sulla nuova legge in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento](#)") e quindi con un dibattito sulla portata dell'intervento notarile (Federnotizie, "[Disposizioni Anticipate di Trattamento \(DAT\): opinioni a confronto](#)") e ulteriori interventi di approfondimento (Federnotizie, "[Disposizioni Anticipate di Trattamento](#)" e "[Le Disposizioni Anticipate di Trattamento \(DAT\) tra libertà del cittadino e responsabilità del notaio](#)").

[2] Consultabile al link https://it.wikisource.org/wiki/Sentenza_Corte_di_Cassazione_n._21748-2007.

[3] Consultabile al link <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2018/207>.

[4] Consultabile al link <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2019/242>.

[5] *Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale 242/2019 e 135/2024*; approvata l'11 febbraio 2025 ma promulgata solo il 14 marzo, dopo il passaggio al Collegio di garanzia statutaria; BURT n. 18, parte prima, del 17 marzo 2025, consultabile al link <https://raccoltanormativa.consiglio.regione.toscana.it/articolo?urndoc=urn:nir:regione.toscana:legge:2025-03-14;16>.

[6] *Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242 del 2019*, consultabile al link <https://leggi regionali.regione.sardegna.it/legge-regionale?data=18-9-2025&numero=26>.

[7] *Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024 in materia di suicidio medicalmente assistito*. Approvata dall'Assemblea legislativa il 23 luglio 2026, pubblicata nel BUR n. 203 del 28 luglio 2026 e consultabile al link <https://demetra.regione.emilia-romagna.it/al/articolo?urn=er%3Aassemblealegislativa%3Alegge%3A2026%3B10>.

[8] Consultabile al link <https://it.euronews.com/my-europe/2026/08/26/italia-in-lombardia-il-primo-suicidio-medicalmente-assistito-gestito-dal-servizio-sanitari>.

Copyright Federnotizie | Tutti i diritti riservati | È vietata la riproduzione senza consenso della redazione.

Vuoi ricevere una notifica ogni volta che Federnotizie pubblica un nuovo articolo?

Inserisci la tua e-mail... *

Iscriviti

Iscrivendomi, accetto la [Privacy Policy](#) di Federnotizie.

Attenzione: ti verrà inviata una e-mail di controllo per confermare la tua iscrizione. Verifica la posta in arrivo (e la cartella Spam) e conferma la tua iscrizione, grazie!

Autore



Arrigo Roveda

Milanese di nascita, Arrigo Roveda consegue la laurea in Giurisprudenza nel 1985 presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano con una tesi in Diritto Civile sul contratto di leasing. Dal 1990 è notaio. Docente dal 1990 presso la Scuola di Notariato della Lombardia, è stato responsabile dei corsi "Obbligazioni e Contratti" e "Contratto in generale". Collabora tutt'ora al Corso per i Giuristi d'Impresa tenuto dall'Università Bocconi. Nella sua lunga carriera ha svolto un ruolo attivo in importanti enti di categoria. In particolare, ha rivestito l'incarico di Presidente del Consiglio Notarile di Milano dal febbraio 2013 al febbraio 2017. Attualmente risiede nella per l'elaborazione dei principi uniformi in tema di società del Consiglio Notarile di Milano. Arrigo Roveda è autore di articoli e note a sentenza in materia civile e fiscale pubblicate, tra le altre, sulla rivista Notariato e sulla versione cartacea di Federnotizie, e di cultura generale sul mensile Giudizio Universale (2005/2009) di cui è stato cofondatore e redattore. Partecipa come relatore a numerosi convegni giuridici in materia di Diritto Commerciale, Civile e Tributario.



DAT, suicidio medicalmente assistito

ARTICOLO PRECEDENTE

← Al via il Corso neo notai 2026 a cura di Assonotailombardia

ARTICOLO SUCCESSIVO

Con le DAT non è solo una questione tecnica: due concezioni a confronto →

Federnotizie

Testata edita a cura dell'Associazione Sindacale notai della Lombardia – "Guido Roveda".

Regolarmente iscritta dal 13 maggio 1988 al n. 345 del Registro della Stampa presso il Tribunale di Milano (MI).

C.F. e P.IVA 07975360962



== Note sulla Privacy

== Informazioni legali

Contatti



Scrivi alla redazione



Chiedi la password per
pagine o articoli protetti



Area fornitori

Chi siamo



Federnotizie.it



La Redazione



Contribuisci a Federnotizie



Argomenti

- == Corsivi della redazione
- == Conversazioni
- == Novità normative
- == Novità tributarie
- == Approfondimenti giuridici
- == Clausole in rete
- == Deontologia
- == Internazionale
- == Cassa e CNN
- == Notizie sindacali
- == Accesso e Scuole

Copyright Federnotizie - Tutti i diritti riservati 2026 | Website by Dario Banfi.

This site is protected by reCAPTCHA and the Google Privacy Policy and Terms of Service apply.

Con le DAT non è solo una questione tecnica: due concezioni a confronto

Argomento: Approfondimento giuridico Pubblicato il 18 Settembre 2026 da Giovanni De Marchi

Cari lettori abbiamo aggiunto a ogni articolo una funzione di **lettura vocale**. Basta cliccare sul pulsante "Ascolta" per sentire l'articolo nei momenti in cui leggere non è comodo. Buona esperienza di **audio-lettura**!



Nell'[articolo di Arrigo Roveda pubblicato recentemente su queste pagine](#) il punto centrale è giuridico: egli ricostruisce una continuità tra consenso informato, rifiuto delle cure, DAT e suicidio medicalmente assistito, per poi sostenere che sarebbe difficilmente comprensibile consentire il suicidio assistito alla persona ancora capace e impedirne, invece, l'attivazione tramite DAT quando la capacità sia venuta meno.

Vorrei sollevare alcune obiezioni che riguardano le premesse antropologiche e politiche che Arrigo assume come se fossero neutrali (precisando che eventuali valutazioni religiose esulano da queste poche righe).

1. La cosiddetta “autodeterminazione” non è una premessa neutrale, ma una precisa scelta antropologica

Roveda costruisce tutto il ragionamento assumendo che il principio decisivo sia la continuità dell'autodeterminazione individuale: se posso rifiutare un trattamento che mi mantiene in vita, perché non dovrei poter ottenere anticipatamente anche un aiuto attivo a morire?

Ma proprio questo passaggio contiene già una concezione dell'uomo: quella secondo cui la dignità dipende in larga misura dalla possibilità del soggetto di determinare autonomamente le condizioni della propria esistenza e della propria morte.

A questa – legittima – concezione se ne contrappone un'altra, per noi più nobile, che possiamo definire “**concezione relazionale della persona**”, nella quale libertà, fragilità, dipendenza e responsabilità reciproca non sono elementi estranei alla dignità umana.

2. Rifiutare una cura e chiedere la cooperazione altrui alla propria morte non sono la stessa cosa

Roveda tende a presentare come sviluppo quasi tecnico ciò che è invece un ampliamento sostanziale del principio originario.

La legge 219/2017 disciplina consenso, rifiuto e interruzione dei trattamenti sanitari. La sentenza 242/2019 della Corte costituzionale ha invece individuato una circoscritta area di non punibilità dell'aiuto al suicidio, sottoposta a condizioni precise: patologia irreversibile, sofferenze ritenute intollerabili, dipendenza da trattamenti di sostegno vitale e capacità di prendere decisioni libere e consapevoli.

Roveda tende invece a leggere queste tappe come segmenti di un'unica traiettoria logica. È precisamente questa continuità che può essere contestata: **rifiutare un intervento sul proprio corpo e pretendere una cooperazione altrui alla propria morte non sono affatto consequenziali, senza interruzione di continuità.**

Nel primo caso il paziente impedisce un trattamento sanitario indesiderato; nel secondo un altro soggetto, e potenzialmente il servizio sanitario, partecipa alla predisposizione delle condizioni perché la morte avvenga.

Non è quindi una differenza puramente tecnica. È il cuore della questione.

3. Cambia anche il ruolo dello Stato e della medicina

C'è una differenza fra dire: *“lo Stato non può obbligarmi a subire una terapia”* e dire: *“lo Stato deve predisporre procedure, personale sanitario e mezzi affinché io possa morire”*.

Una libertà individuale rischia di trasformarsi progressivamente in un compito affidato all'organizzazione sanitaria e quindi in una nuova definizione di ciò che la medicina è tenuta a fare.

Vi è inoltre un problema che Roveda quasi non considera: si attribuisce al medico un compito tradizionalmente estraneo alla finalità terapeutica della medicina, quello di concorrere intenzionalmente alla morte del paziente. Non è una questione secondaria. Occorre almeno domandarsi quali conseguenze possa avere sul rapporto medico-paziente e sulla fiducia che lo fonda il fatto che lo stesso medico che cura, allevia e accompagna possa essere chiamato, in determinate circostanze, a collaborare alla morte.

La questione non è dunque soltanto quale libertà riconoscere al paziente, ma **quale medicina e quale servizio sanitario vogliamo costruire**.

4. Ma quanto è davvero autonoma la scelta di morire?

Dire che una scelta è “libera e consapevole” non risolve automaticamente il problema.

Malattia grave, dipendenza, isolamento, depressione, paura di essere un peso, scarsità di assistenza domiciliare o insufficiente accesso alle cure palliative possono influire profondamente sulle decisioni. Non a caso la stessa Corte costituzionale continua a giustificare il divieto generale di aiuto al suicidio anche con la necessità di proteggere le persone più deboli e vulnerabili.

La Corte nel 2024, inoltre, ha rivolto uno “stringente appello” affinché sia garantito sull'intero territorio nazionale un effettivo accesso alle cure palliative anche alle persone che chiedono il suicidio assistito.

Ci si può allora domandare: **quanto è realmente autonoma una scelta di morire se l'alternativa di essere curati, assistiti e accompagnati non è concretamente accessibile?**

Il problema diventa ancora più evidente quando la vulnerabilità è psichica. Una persona può apparire perfettamente lucida, comprendere ciò che sta facendo ed essere determinata, e tuttavia formulare la propria decisione dentro una condizione patologica

che incide profondamente sul modo in cui valuta sè stessa, il proprio futuro e la propria vita.

È questo il problema posto, in maniera drammatica, dal caso inglese di Kerrie Woollorton: una giovane donna affetta da gravi problemi psichici, che dopo aver ingerito antigelo rifiutò il trattamento salvavita e fu considerata capace di farlo. Il caso diede origine a una forte discussione proprio sul significato della capacità decisionale in presenza di patologia psichica.

Non basta quindi chiedersi se una persona “sa quello che sta facendo”. Occorre chiedersi anche **quanto la**

sua volontà sia realmente autonoma e quanto sia invece condizionata dalla propria vulnerabilità.



5. Le DAT rendono questo problema ancora più difficile

L'estensione del suicidio assistito alle DAT cambierebbe qualitativamente il problema del consenso.

Nel sistema delineato dalla Corte costituzionale, uno dei requisiti essenziali è che la persona sia capace di prendere decisioni libere e consapevoli nel momento in cui chiede l'assistenza al suicidio.

Roveda vede una contraddizione nel fatto che una DAT non possa sostituire questa volontà attuale. Ma proprio qui potrebbe esserci invece una scelta sostanziale: **una decisione anticipata sulla sospensione delle cure non equivale necessariamente a un mandato irrevocabile perché altri cooperino in futuro alla propria morte.**

Vi è poi un'ulteriore difficoltà concreta: stabilire lo stato di coscienza e la capacità residua di un paziente non è sempre un'operazione semplice, soprattutto nelle condizioni

neurologiche più complesse.

Inoltre c'è un tema di fondo che vale per tutte le DAT, e a maggior ragione se trattano di vita e di morte: queste vengono necessariamente formulate in un momento diverso da quello in cui dovranno essere applicate: il paziente immagina una condizione futura che non ha ancora sperimentato, mentre quando quella condizione si realizza potrebbe non essere più in grado di confermare, modificare o revocare la propria scelta. La distanza fra la volontà anticipata e la situazione clinica reale non è quindi un dettaglio procedurale.

6. Il punto decisivo è politico e culturale, non soltanto tecnico

Roveda presenta come conseguenza giuridica quasi lineare ciò che presuppone invece una scelta preliminare, antropologica e politica: che il principio di autodeterminazione debba estendersi dal diritto di rifiutare una cura al diritto di ottenere una cooperazione organizzata alla propria morte.

Qui riemerge anche il problema del cosiddetto “piano inclinato”. Ciò che nasce come eccezione per casi estremi può progressivamente diventare una possibilità ordinaria e socialmente attesa, modificando il modo stesso in cui una società guarda alla malattia, alla disabilità, alla vecchiaia e alla dipendenza dagli altri. L'obiettivo più o meno dichiarato è il mutamento delle categorie culturali: ciò che prima appariva impensabile diventa progressivamente discutibile, poi ammissibile e infine normale.

Ed è soprattutto questo aspetto che la ricostruzione prevalentemente tecnico-giuridica di Roveda lascia sullo sfondo.

È chiaro che l'amico Roveda e io partiamo da posizioni probabilmente opposte:

- una pone al centro l'ampliamento dello spazio di scelta individuale: davanti a una sofferenza giudicata intollerabile, anche la scelta della morte deve poter essere rispettata, entro determinate condizioni;
- l'altra ritiene invece che proprio la vulnerabilità faccia sorgere un dovere sociale ulteriore di cura, accompagnamento e protezione, e teme che il riconoscimento istituzionale della morte assistita modifichi progressivamente tale dovere.

Non è quindi soltanto una disputa sulla corretta interpretazione delle DAT. **Sono in gioco due differenti concezioni del rapporto fra autonomia, dignità, dipendenza e solidarietà.**

Vuoi ricevere una notifica ogni volta che Federnotizie pubblica un nuovo articolo?

Inserisci la tua e-mail... *

Iscriviti

Iscrivendomi, accetto la [Privacy Policy](#) di Federnotizie.

Attenzione: ti verrà inviata una e-mail di controllo per confermare la tua iscrizione. Verifica la posta in arrivo (e la cartella Spam) e conferma la tua iscrizione, grazie!

Autore



Giovanni De Marchi



DAT, disposizioni anticipate di trattamento, suicidio medicalmente assistito

Federnotizie

Testata edita a cura dell'Associazione Sindacale notai della Lombardia - "Guido Roveda".

Regolarmente iscritta dal 13 maggio 1988 al n. 345 del Registro della Stampa presso il Tribunale di Milano (MI).

C.F. e P.IVA
07975360962

- == Note sulla Privacy
- == Informazioni legali

Contatti

Scrivi alla redazione

Chiedi la password per pagine o articoli protetti

Area fornitori

Chi siamo

Federnotizie.it

La Redazione

Contribuisci a Federnotizie

Argomenti

- == Corsivi della redazione
- == Conversazioni
- == Novità normative
- == Novità tributarie
- == Approfondimenti giuridici
- == Clausole in rete
- == Deontologia
- == Internazionale
- == Cassa e CNN
- == Notizie sindacali
- == Accesso e Scuole