



Consiglio Regionale

*Collegio regionale
per le garanzie statutarie*

PARERE N. 1 DEL 2023

Sull'ammissibilità della "Proposta di iniziativa legislativa popolare ai sensi dell'articolo 31 dello Statuto della Regione Abruzzo e della L.R. n. 44 del 19.12.2007 recante: *Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.*"

Il Collegio Regionale delle Garanzie Statutarie

composto da:

Stelio Mangiameli (Presidente)

Fabrizio Politi (Vicepresidente)

Monica Badia

Antonio Iulianella

Nicola Antonio Sisti

riunitosi il giorno 13 settembre 2023 in presenza, presso la sede del Consiglio regionale, per esaminare **l'ammissibilità** della "Proposta di iniziativa legislativa popolare ai sensi dell'articolo 31 dello Statuto della Regione Abruzzo e della L.R. n. 44 del 19.12.2007 recante: *Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.*",

Visto

- 1) l'articolo 31 dello Statuto regionale;
- 2) la legge regionale n. 44 del 2007 che, all'art. 44, comma 1, che dispone: "Entro quarantacinque giorni dal deposito della deliberazione di ricevibilità di cui all'articolo 43, il Collegio regionale per le garanzie statutarie esprime parere motivato sull'ammissibilità del progetto di legge in base:
 - a) alla competenza regionale nella materia oggetto del progetto;
 - b) alla conformità del progetto alle norme della Costituzione e dello Statuto;
- 3) la legge regionale n. 44 del 2007 che all'art. 44, comma 2, prevede che "Il Collegio può convocare in ogni momento i delegati per chiedere chiarimenti o ulteriori elementi di valutazione.
- 4) la propria deliberazione n. 1 del 31 luglio c.a., sulla ricevibilità della proposta;

Sentiti

I chiarimenti e gli ulteriori elementi di valutazione forniti dai delegati nell'audizione del 30 agosto c.a.

Pronuncia

Nella seduta odierna il proprio parere in merito all'ammissibilità della "Proposta di iniziativa legislativa popolare ai sensi dell'articolo 31 dello Statuto della Regione Abruzzo e della L.R. n. 44 del 19.12.2007 recante: *Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.*", sulla base delle considerazioni di fatto e di diritto che seguono.

Considerazioni di fatto

1. In data 20 febbraio 2023 veniva depositata presso il Consiglio regionale la proposta (testo e relazione illustrativa) di iniziativa legislativa popolare ai sensi dello Statuto della Regione Abruzzo e della legge regionale n. 44 del 19.12.2007 recante: *"Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019."*

Effettuata, secondo le procedure di legge, la raccolta delle firme ed eseguita la verifica da parte dell'Ufficio di Supporto alle Procedure Legislative, questo Collegio effettuava la deliberazione in merito alla ricevibilità dell'iniziativa, in data 31 luglio c.a., considerando che;

- la proposta di legge di iniziativa popolare risultava redatta in articoli e accompagnata da una relazione illustrativa che ne esplicita le finalità ed il contenuto;
- il responsabile del procedimento aveva effettuato i riscontri di cui all'art. 42, commi 4 e 5, della legge regionale n. 44 del 2007;
- la proposta di legge di iniziativa popolare era stata sottoscritta da più di cinquemila elettori della Regione.

Di conseguenza, il Collegio, sulla base dei presupposti accertati, deliberava la **ricevibilità** della "Proposta di iniziativa legislativa popolare ai sensi dell'articolo 31 dello Statuto della Regione Abruzzo e della L.R. n. 44 del 19.12.2007 recante: *"Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019."*

2. La proposta di legge di iniziativa popolare, recante: *"Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019"*, risulta composta di sei articoli: l'articolo 1 è relativo alle finalità della proposta di legge; l'articolo 2 indica i requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito; l'articolo 3 dispone l'istituzione della commissione medica multidisciplinare permanente; l'articolo 4 disciplina la verifica dei requisiti per l'accesso al suicidio medicalmente assistito; l'articolo 5 prevede la gratuità delle prestazioni e l'articolo 6 la clausola di invarianza.

Nella relazione di accompagnamento si legge che la proposta "si pone l'obiettivo di definire il rispetto e la diretta applicazione (...) delle condizioni e delle modalità di accesso alla morte medicalmente assistita, affinché l'aiuto al suicidio non costituisca reato".

La relazione fa ampio riferimento alla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, la quale 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 relazione affronta anche la questione delle competenze regionali nelle quali la proposta di legge ricadrebbe e, in particolare, fa riferimento all'art. 117 comma 3 della Costituzione e alle materie "tutela della salute" e "ricerca scientifica", "quest'ultima naturalmente collegata alle finalità di tutela della salute".

La relazione richiama anche l'art. 117, comma 2, lettera m), della Costituzione e ritiene che possa sussistere a fondamento della proposta, pur in assenza di una disciplina statale, come auspicata dalla stessa Corte costituzionale, una "cedevolezza invertita" che consentirebbe al legislatore regionale di "disciplinare procedure e tempi di applicazione dei diritti già individuati".

La relazione fa riferimento a casi di persone che, dopo la pronuncia costituzionale, pur volendo accedere al suicidio medicalmente assistito, hanno dovuto aspettare tempi lunghi per l'assenza di una legge statale e di una organizzazione sanitaria adeguata, per concludere che "proprio al fine di arginare tali ostruzionismi, ritardi e difficoltà che si aggiungono alle sofferenze di chi chiede di accedere alla morte medicalmente assistita che si rende necessario chiarire gli aspetti procedurali dettati dalla Corte costituzionale, sia per le persone malate che per le strutture sanitarie che devono fornire risposte e assistenza".

La relazione, dopo avere escluso la necessità di configurare un procedimento amministrativo, secondo la legge n. 241 del 1990, e richiamando la comunicazione del capo di gabinetto del Ministero della salute alla Conferenza Stato Regioni, così come della lettera alle Regioni del Ministro pro-tempore del 20 giugno del 2022, sui costi della procedura, sostiene la piena competenza regionale a legiferare e afferma che la disciplina proposta "serve a definire i tempi relativi ad ogni fase (...) e, dunque, ad eliminare eventuali residui di incertezza e problematicità rispetto all'erogazione di una prestazione sanitaria suddivisa in più fasi".

La relazione, inoltre, chiarisce che "lo scopo (della proposta) è assicurare alle persone in condizioni corrispondenti al giudicato costituzionale, a seguito dei pareri dei comitati etici sulle condizioni e modalità, ad avere piena assistenza e presa in carico del Servizio Sanitario Regionale nella procedura anche di autosomministrazione del farmaco (...) in un quadro di assistenza nelle scelte sul fine vita come già è avvenuto con la legge numero 219 del 2017 entrata in vigore il 31 gennaio 2018, che rivitalizza anche la legge 38 del 2010 sui trattamenti palliativi, con prestazioni inserite nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza. A detta norma la Consulta ancora la sentenza n. 242/2019, evidenziando che in caso di rifiuto delle cure e percorso con sedazione palliativa profonda continua e nel rispetto del quadro normativo assistenziale e del giudicato costituzionale, non deve esserci discriminazione nell'accesso alle prestazioni tra persone malate nell'esercizio della piena autodeterminazione nelle scelte sul fine vita".

La relazione infine esamina rapidamente il contenuto dei sei articoli della proposta di legge.

Alla seduta del 30 agosto i delegati intervenuti hanno depositato una memoria e altro materiale attinente al tema considerato. Nella memoria e nella discussione i delegati hanno ulteriormente ribadito i contenuti della relazione, illustrato gli articoli della proposta e riaffermato la conformità di questa alla competenza regionale e alla Costituzione, secondo i principi della sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale.

Considerazioni di diritto

1. Il Collegio per le garanzie statutarie è chiamato a valutare l'ammissibilità di una proposta di legge di iniziativa popolare recante: *Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.*."

Vengono in considerazione, ai fini dell'ammissibilità, a) la sussistenza della competenza regionale nella materia oggetto del progetto; b) la conformità del progetto medesimo alle norme della Costituzione e dello Statuto.

2. Quanto alla sussistenza della competenza regionale, si osserva come, in base ai dettami della giurisprudenza costituzionale, sentenza n. 242 del 2019, la pratica del suicidio assistito non si possa annoverare tra le cure, quanto piuttosto tra le ipotesi di astensione da ogni cura e, collegata a questa, lo svolgimento di un procedimento di fine vita.

Nonostante ciò, sempre secondo la giurisprudenza richiamata, si tratterebbe di una “prestazione medicalmente assistita” di carattere *pubblico*, la quale perciò si deve ritenere ricompresa nella materia di competenza regionale “tutela della salute”.

Il procedimento logico seguito dal giudice costituzionale è quello tipico dell’interpretazione infrasistemica, secondo un metodo che è proprio della giurisprudenza costituzionale austriaca, per determinare l’evoluzione delle voci enumerate, ma che risulta già altre volte seguito dalla Corte costituzionale italiana (ad esempio: con la sentenza n. 63 del 1990 la tutela della fauna fu considerata parte della materia “caccia”; l’assistenza sociale della materia “beneficenza pubblica” (sentenza n. 174 del 1981) e la tutela delle coste della materia dell’“urbanistica” (sentenza n. 239 del 1982)).

In base a questa, occorre considerare i “nuovi oggetti della legislazione”, cioè quelle figure che diventano rilevanti per il diritto, in quanto esprimono nel divenire sociale degli interessi pubblici generali, e verificare i collegamenti che questi possono avere con le materie enumerate. Una volta accertato il collegamento con un “quadro giuridico istituzionale”, cioè una materia dell’enumerazione costituzionale, si viene a determinare un “nuovo stato delle cose unitario” nel quale i nuovi oggetti si collocano come evoluzione della materia originaria.

In questa logica si spiega bene, allora, come siano possibili nuove normative regionali, che si estendano, nell’ambito della medesima voce enumerata, sino a riconsiderare per intero il sistema (storico), tenendo conto dei cambiamenti reali, dovuti allo sviluppo della scienza o della tecnologia, e spirituali intervenuti nel sociale.

I nuovi oggetti – o quelli che sembrano essere tali – vanno considerati, perciò, alla luce di uno sviluppo infrasistemico della materia, grazie al quale si può giungere, nel tempo, sino a radicali mutazioni della stessa, senza smarrire per questo un criterio certo di attribuzione e di identità delle competenze. Infatti, mentre un ampliamento delle voci enumerate è possibile solo per mezzo di disposizioni di rango costituzionale, ricade nella disponibilità della disciplina legislativa (secondo il riparto verticale) il potere di modificare radicalmente le prescrizioni su quegli oggetti, che sin dall’inizio e storicamente rientrano in un determinato ambito materiale di sua competenza.

In tal senso, diventa determinante, per allocare i c.d. nuovi oggetti della legislazione alla competenza materiale delle Regioni, valutare se il loro contenuto – sistematicamente inteso – appartiene o rientra in un “quadro giuridico istituzionale”, utile a definire una voce dell’enumerazione prevista dalla Costituzione, nel caso in esame la materia “tutela della salute”, nella quale rientrerebbe il suicidio assistito, in quanto “procedura medicalmente assistita”.

Questo metodo interpretativo praticato dai giudici costituzionali, ovviamente, non è di per sé neutrale, dal punto di vista politico; tuttavia, ciò che sembra essere decisivo per accettare, in concreto, un possibile uso del canone infrasistemico non è la maggiore, o minore rispondenza di questo ad una “scelta di valore”, quanto la circostanza che le valutazioni, su cui in tal modo si possono basare le definizioni delle materie del riparto delle competenze, presentino un notevole grado di verificabilità logica, sia del contesto di riferimento, che delle argomentazioni formulate, dal momento che il metodo utilizzato si configura capace di giungere ad una oggettivazione dei risultati ermeneutici.

3. Fondata la competenza materiale della Regione per una disciplina del suicidio assistito, sotto il profilo sanitario, come rientrante nella materia “tutela della salute”, appare necessario considerare se la proposta di

legge, dal punto di vista della competenza, rispetti anche il “riparto verticale”, atteso che la materia *de qua* rientra tra quelle concorrenti di cui all’art. 117, comma 3, della Costituzione.

A tal riguardo, occorre ricordare che la questione di legittimità costituzionale sul suicidio assistito, sollevata dalla Corte d’Assise di Milano e risolta con la sentenza n. 242 del 2019, ha seguito una vicenda alquanto particolare, in quanto la Corte costituzionale ha seguito, tra quelli possibili, un percorso in due tempi: in un primo momento ha adottato una ordinanza (n. 207 del 2018), con la quale, rinviando di un anno la pronuncia sulla legittimità costituzionale dell’art. 580 c.p., ha esplicitato le ragioni per le quali il suicidio assistito poteva rappresentare una fattispecie, a determinate condizioni, non punibile per coloro che concorrevano ad aiutare il fine vita.

La Corte, in particolare, ha deciso di non dichiarare l’inammissibilità della questione di legittimità costituzionale, come aveva effettuato in altre occasioni in cui interveniva la discrezionalità riservata al legislatore, né di dichiararne l’illegittimità, perché appunto *“la soluzione del quesito di legittimità costituzionale coinvolge l’incrocio di valori di primario rilievo, il cui compiuto bilanciamento presuppone, in via diretta ed immediata, scelte che anzitutto il legislatore è abilitato a compiere”*. Così, ha semplicemente rinviato la trattazione, lasciando sospeso il giudizio a quo, per permettere *“al Parlamento ogni opportuna riflessione e iniziativa, così da evitare, per un verso, che, nei termini innanzi illustrati, una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch’essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale”*.

Come è noto nel corso dell’anno e a tutt’oggi il legislatore statale non ha deliberato sull’oggetto considerato una legislazione che ovviasse agli inconvenienti costituzionali riscontrati dalla Corte. Così, la Corte costituzionale alla nuova udienza ha adottato la pronuncia n. 242 del 2019 con la quale 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)”*.

L’art. 117, comma 3, Cost., prevede che *“nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato”* e la giurisprudenza costituzionale (sentenza n. 282 del 2002) ha interpretato questa disposizione non in senso letterale e secondo i lavori preparatori, bensì nel senso che la legislazione regionale nelle materie di competenza concorrente debba sottostare sempre al limite dei principi fondamentali, sia espliciti, se posti ad hoc dalla legge dello Stato, sia impliciti desumendoli in questo caso dalla legislazione in vigore.

In ragione di ciò, nella sentenza n. 242, cit., la Corte, in assenza di un intervento esplicito del legislatore statale, ha desunto i principi fondamentali per il caso di specie dalla legge n. 219 del 2017, recante *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

Ne deriva che la Regione può, perciò, legiferare sul suicidio assistito solo nel rispetto delle modalità previste dagli articoli 1 e 2 della legge n. 219, cit., e secondo le indicazioni della giurisprudenza costituzionale, compreso il significato espunto dall’art. 580 c.p. con la pronuncia di incostituzionalità.

4. Invero, questi articoli dispongono sul consenso informato (art. 1) e sulla terapia del dolore, sul divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e sulla dignità nella fase finale della vita (art. 2).

In particolare, l’articolo 1 si riferisce al principio del consenso informato, derivante da precise disposizioni costituzionali (articoli 2, 13 e 32 della Costituzione), e *“stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata”* e ciò al fine di tutelare *“il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all’autodeterminazione della persona”*. La previsione del consenso informato, inoltre, è disposta in vista della valorizzazione della *“relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico”*.

Il presupposto di questa relazione è il diritto di “ogni persona di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell’eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell’accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi”.

La legge prevede, per “ogni persona capace di agire”, anche “il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, (...) qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso” e, “inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento (...) il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l’interruzione del trattamento”; e tra “i trattamenti sanitari” che si possono rifiutare, sono da annoverare anche “la nutrizione artificiale e l’idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici”.

In caso di rinuncia o di rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla sopravvivenza del paziente, “il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica”.

In ogni caso, “il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale”.

L’art. 2 prevede, in primo luogo, il principio di sollevare dallo stato di dolore i pazienti, ai quali “è sempre garantita un’appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l’erogazione delle cure palliative”, secondo la legge n. 38 del 2010; in secondo luogo, il divieto di accanimento terapeutico, per il quale, “nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati” e, inoltre, “in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente”; infine, dalla disposizione si evince che la sedazione palliativa profonda proposta dal medico può essere accettata, ma anche rifiutata dal paziente.

Questi, dunque, i principi che si applicherebbero anche nel caso del suicidio assistito.

Tuttavia, attesa la singolarità della legge sul consenso informato, la Corte non si limita a questi. Infatti, la legge n. 219, cit., determina un singolare equilibrio del rapporto di cura tra medico e paziente, che può condurre al prevalere della determinazione consapevole di un paziente di lasciarsi morire, anche se il trattamento sanitario possa restituire allo stesso una condizione di vita accettabile. Altrimenti detto, la legge, pur escludendo forme di accanimento terapeutico, nel cui caso emerge il diritto alla non sofferenza, consente di rifiutare o interrompere il trattamento sanitario pure in casi in cui il trattamento stesso possa comportare il recupero di una condizione anche relativa di salute, e ciò sino alle estreme conseguenze letali di una scelta del genere.

Le ragioni della legge risiedono nel principio dell’art. 32, comma 2, Cost., per il quale “Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”. Tuttavia, il rifiuto o l’interruzione di un trattamento sanitario *non* obbligatorio ben difficilmente si può considerare un diritto e per di più di rango costituzionale. La Costituzione tutela la salute e la vita, ma non la non cura e la morte. Siamo, perciò, in presenza, in questa come in altri casi, di una rinuncia da parte della legge di imporre un determinato comportamento a tutela della salute, si pensi all’uso di sostanze stupefacenti e al rifiuto di vaccini non obbligatori. Si tratta, in definitiva, di una mera facoltà di fatto, ma giammai di una libertà o diritto costituzionalmente garantito.

Nel caso del suicidio assistito sussiste un ulteriore passaggio compiuto dalla Corte costituzionale. Anche in questo caso, proprio per l’indisponibilità costituzionale del diritto alla vita, occorre precisare che non siamo in presenza di un diritto al suicidio, che altrimenti – come osservava Carlo Esposito già nel 1958 – non si

giustificherebbero le norme dell'art. 580 c. p., ma semplicemente di una rinuncia dell'ordinamento a sanzionare l'eventuale tentativo perpetrato come fatto di per sé antiggiuridico.

Nell'accostare, analogicamente, la disciplina legislativa del rifiuto o interruzione dei trattamenti sanitari al suicidio medicalmente assistito, i principi del consenso informato vengono estesi oltre una soglia, giuridica ed etica, che la Corte attraversa non senza manifestare certi timori, anche in considerazione della circostanza che la funzione del medico e degli altri operatori sanitari risulta modificata sensibilmente. Infatti, nel caso di rifiuto o interruzione dei trattamenti e di attivazione da parte del medico della sedazione profonda continua, cui segue la morte, si configura una ipotesi di *aiuto-nel-morire*, ossia di accompagnamento nel morire attraverso le cure palliative e la terapia del dolore; in quello, invece, del suicidio medicalmente assistito, le azioni del medico e della struttura sanitaria impegnata, che forniscono il prodotto letale e l'assistenza per l'autosomministrazione, si assiste ad una forma di *"aiuto a morire"* attraverso la collaborazione a (o l'esecuzione di) atti che provocano direttamente la morte" (CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, Parere del 18 luglio 2019).

Questa distinzione non è di poco conto, come si evince anche dalla posizione espressa dalle società scientifiche di cure palliative, per le quali "la sedazione palliativa profonda continua non è equiparabile all'eutanasia, perché l'una è un atto volto ad alleviare le sofferenze, l'altra un atto finalizzato alla morte"; e questa "differenza trova poi la sua giustificazione anche in altri elementi: per esempio, nei farmaci diversi che vengono somministrati nei due differenti procedimenti, sedativo o eutanasiaco, e anche nel diverso esito dell'atto, in quanto nella sedazione il paziente si avvia, senza coscienza, verso la morte naturale, mentre nell'eutanasia la morte viene provocata nell'immediato" (CNB, *Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito*, Parere del 18 luglio 2019).

Anche il Codice di deontologia medica del 2014 mette in evidenza che, "in ottemperanza dell'autodeterminazione del paziente da un lato e nel rispetto della clausola di coscienza del medico dall'altro, (...) l'attuazione della volontà del paziente nel rifiutare le cure pone il ricorso alla sedazione profonda medicalmente indotta come attività consentita al medico in coerenza e nel rispetto dei precetti deontologici. Tutto ciò nel rispetto della dignità del morente".

Da questa diversità, peraltro, discende *la possibilità di una obiezione di coscienza del personale coinvolto nella procedura*, come ha messo in evidenza la stessa Corte costituzionale, ancorché questa – come è noto – non ha fondamento di rango costituzionale.

5. In ogni caso, si deve rilevare come la sentenza n. 242 del 2019 non dia luogo ad una disponibilità del suicidio assistito, bensì pone come primo aspetto per la sua praticabilità un preciso quadro clinico, e cioè: *di 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».*

Solo in questo schema di riferimento, pur con le distinzioni sopra tracciate, il rapporto con la legge n. 217 del 2017, diventa comprensibile, giacché solo chi versa nelle condizioni descritte può rifiutare o interrompere i trattamenti sanitari, compresi l'idratazione e la nutrizione artificiale e accettare la terapia del dolore, con la sedazione profonda, sino al sopraggiungere della morte e, alternativamente, richiedere il suicidio assistito.

La Corte considera che *la sedazione terminale possa essere vissuta da taluni come una soluzione non accettabile*. Tuttavia, sino a prima della sentenza costituzionale la legislazione non consentiva *al medico di mettere a disposizione del paziente che versa nelle condizioni sopra descritte trattamenti diretti, non già ad eliminare le sue sofferenze, ma a determinarne la morte*.

Pertanto, è la sentenza della Corte che, utilizzando la procedura del consenso informato, equipara due situazioni diverse, sulla base dell'argomento che, *se chi è mantenuto in vita da un trattamento di sostegno artificiale è considerato dall'ordinamento in grado, a certe condizioni, di prendere la decisione di porre*

termine alla propria esistenza tramite l'interruzione di tale trattamento, non si vede la ragione per la quale la stessa persona, a determinate condizioni, non possa ugualmente decidere di concludere la propria esistenza con l'aiuto di altri, traendone la conclusione che entro lo specifico ambito considerato, 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.

La Corte, inoltre, nel perdurare dell'inerzia legislativa, ha inteso farsi carico dei vuoti di disciplina (...) non limitandosi a un annullamento "secco" della norma incostituzionale, ma ricavando dalle coordinate del sistema vigente i criteri di riempimento costituzionalmente necessari, ancorché non a contenuto costituzionalmente vincolato, fin tanto che sulla materia non intervenga il Parlamento.

I principi che la Corte deduce sono: innanzi tutto, che il suicidio assistito si debba inserire nella procedura medicalizzata di cui all'art. 1, comma 5, della Legge n. 217 del 2019; mediante la procedura in questione è, infatti, già possibile accertare la capacità di autodeterminazione del paziente e il carattere libero e informato della scelta espressa.

In secondo luogo, appare necessario la verifica delle condizioni che rendono legittimo l'aiuto al suicidio deve restare peraltro affidata – in attesa della declinazione che potrà darne il legislatore – a strutture pubbliche del servizio sanitario nazionale. A queste ultime spetterà altresì verificare le relative modalità di esecuzione, 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.

In terzo luogo, 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.

6. Si consideri che anche nello Statuto della Regione, all'articolo 5, comma 1, si legge che "La Regione rifiuta ogni forma di discriminazione legata ad ogni aspetto della condizione umana e sociale ed è impegnata nel rispetto e nella promozione dei diritti dei cittadini previsti dalla Costituzione, dalla Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea e dalle Convenzioni Internazionali, attraverso la legislazione, l'amministrazione e le altre forme di tutela indicate dallo Statuto".

Di conseguenza, non emerge dallo Statuto alcuna disposizione che possa ostacolare l'interpretazione del suicidio assistito secondo i principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione, come interpretati e definiti dalla sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale.

7. Se, da ultimo, si esamina la proposta di legge d'iniziativa popolare, si osserva come questa si ponga lungo le coordinate indicate, con la finalità di dettare disposizioni di organizzazione sanitaria, affinché la pretesa dell'aiuto al suicidio, così come definita dalla pronuncia costituzionale, possa essere soddisfatta nell'ambito del servizio pubblico sanitario.

L'art. 1 della PdL rinvia alle competenze della Regione Abruzzo e ai principi della sentenza n. 242 del 2019 della Corte costituzionale, indica la finalità di garantire "la necessaria assistenza sanitaria alle persone che intendono accedere al suicidio medicalmente assistito" e "definisce tempi e modalità per l'erogazione dei relativi trattamenti".

L'art. 2 indica i requisiti di accesso al suicidio medicalmente assistito, che sono i quattro individuati dalla pronuncia costituzionale.

L'art. 3 prevede l'istituzione presso le AASS regionali di una Commissione medica multidisciplinare permanente, composta da figure tecnico-professionali dell'area medico-sanitaria, per la verifica della sussistenza dei requisiti di cui all'articolo 2. "La Commissione definisce, altresì, previo parere del Comitato etico territorialmente competente, le modalità per garantire alle persone in possesso dei requisiti di cui all'articolo 2, comma 1, interessate ad accedere al suicidio medicalmente assistito, la morte più rapida, indolore e dignitosa possibile" e "le aziende sanitarie regionali forniscono il supporto tecnico e farmacologico nonché l'assistenza medica per la preparazione all'autosomministrazione del farmaco autorizzato presso una struttura ospedaliera, l'hospice o, se richiesto, il proprio domicilio".

L'art. 4 definisce i tempi, brevi, ma congrui, del procedimento a partire dalla presentazione dell'istanza da parte del paziente e prevede che "la persona in possesso dei requisiti autorizzata ad accedere al suicidio medicalmente assistito possa decidere in ogni momento di sospendere, posticipare o annullare l'erogazione del trattamento". Inoltre, fa salvo, l'obbligo delle strutture sanitarie pubbliche della Regione di conformarsi alla disciplina statale che dovesse sopraggiungere.

L'art. 5 dispone la gratuità delle prestazioni e dei trattamenti.

L'art. 6 contiene la clausola di invarianza.

Gli ultimi due articoli della proposta sono particolarmente rilevanti in considerazione della circostanza che la Regione Abruzzo ha in corso un piano di rientro della spesa sanitaria. In base alla normativa, perciò, la Regione non potrebbe annoverare rispetto ai LEA ulteriori prestazioni, quale è quella appunto dell'assistenza al suicidio, in forma gratuita, e cioè senza neppure il pagamento di un ticket. Tuttavia, la clausola di invarianza implica che con la spesa attuale, inerente alle terapie del dolore e all'assistenza delle persone che rispondo ai quattro requisiti dell'art. 2 della PdL, dovrà provvedersi anche alla prestazione del suicidio assistito attraverso norme di organizzazione interna.

La proposta di legge, infine, a più riprese, fa riferimento all'attesa di una legislazione statale, rispetto alla quale prospetta una eventuale interpretazione adeguatrice delle proprie disposizioni.

PQM

Il Collegio per le garanzie statutarie esprime il proprio giudizio di ammissibilità della "Proposta di iniziativa legislativa popolare ai sensi dell'articolo 31 dello Statuto della Regione Abruzzo e della L.R. n. 44 del 19.12.2007 recante: Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019.", sussistendo la competenza delle Regione, risultando rispettati i principi della materia e non rilevando ragioni di non conformità del progetto alle norme della Costituzione e dello Statuto.

Il parere è approvato seduta stante.

L'Aquila, 13.09.2023

Stelio Mangiameli (Presidente)

Fabrizio Politi (Vicepresidente)

Monica Badia

Antonio Iulianella

Nicola Antonio Sisti



The image shows four handwritten signatures in blue ink, each written over a horizontal line. The signatures are: Stelio Mangiameli (President), Fabrizio Politi (Vice President), Monica Badia, and Nicola Antonio Sisti.

