

## Il rapporto tra principio di autodeterminazione e tutela delle persone vulnerabili.

di **Mariachiara Vecchia**

**Sommario.** 1. Eutanasia. Cenni storici – 2. Il principio di autodeterminazione e il diritto al consenso libero e informato. – 3. Il dovere di accertamento del consenso del paziente – 4. Autodeterminazione come presidio della tutela della persona. – 5. Il principio di autodeterminazione nella nuova fattispecie di omicidio del consenziente, così come proposta dal quesito referendario.

### 1. Eutanasia. Cenni storici.

Il presente contributo analizza la tutela delle persone vulnerabili nell'ipotesi di legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito.

Una delle critiche rivolte alle pratiche di morte medicalmente assistita è che, con il riconoscimento della facoltà di decidere il momento in cui porre fine alla propria esistenza, si esporrebbero le persone più fragili al rischio di ricevere il trattamento contro la propria volontà.

Chi è affetto da un male incurabile, infatti, potrebbe invocare un trattamento di fine vita non già per rispondere all'intenzione di terminare dignitosamente la propria esistenza, quanto piuttosto per alleviare le sofferenze dei propri cari e non gravare sugli altri. O ancora, si può pensare che, legalizzando le pratiche di morte medicalmente assistita, la società o lo Stato possano arrivare a liberarsi di coloro che non apportino un contributo apprezzabile alla collettività stessa. Questa preoccupazione trova fondamento in un passato non troppo lontano, quando la follia nazista portò allo sterminio delle persone inferme. Proprio durante il periodo nazista, venne praticata sistematicamente l'eutanasia di regime, basata sulle tesi eugenetiche espresse da Adolf Jost<sup>1</sup>, promotore della teoria di selezione della razza. Secondo questa dottrina, lo Stato aveva il dovere primario di eliminare le cosiddette "Vite indegne di essere vissute", per tali intendendosi tutte le persone affette da malattie genetiche incurabili, disturbi psichiatrici o appartenenti a razze ritenute inferiori. Sul piano pratico questa teoria portò al programma *Aktion T4* (abbreviazione di "*Tiergartenstrasse 4*")<sup>2</sup>, che prevedeva la sperimentazione sugli esseri umani e lo sterminio degli individui

---

<sup>1</sup> A. Jost, *Das Recht auf den Tod* (Il diritto a morire), Göttingen, 1895.

<sup>2</sup> *Tiergartenstrasse 4* era l'indirizzo dell'ente pubblico per la salute e l'assistenza sociale situato a Berlino durante il regime nazista.

che, nell'ottica del regime, non erano utili alla collettività e allo Stato, ma soprattutto, ostacolavano il progetto di purificazione della razza. In nome dell'interesse superiore del *Volk*, veniva portato avanti l'annichilimento supremo dell'essere umano. In questo contesto la necessità di preservare la purezza della razza – e quindi di esercitare il governo sulle masse – era propagandata dallo Stato con il pretesto del compimento di atti compassionevoli volti ad alleviare le sofferenze provocate da mali incurabili. Jost riconosceva infatti allo Stato un vero e proprio diritto di uccidere, conseguente al potere del controllo sulla vita degli individui. Questo concetto si contrappone alla nozione tradizionale di eutanasia di origine angloamericana, la quale attribuisce rilievo al diritto di autodeterminazione dell'individuo anche in relazione alla propria morte come rivendicazione umana suprema<sup>3</sup>.

Le atrocità commesse durante il secondo conflitto mondiale furono tali da innescare una rapida evoluzione delle società e delle culture giuridiche, attraverso l'adozione delle Carte Costituzionali e lo sviluppo del diritto convenzionale. Questi mutamenti necessari rappresentarono la traduzione in dettato giuridico di quel sentimento generale e diffuso di ripudio degli orrori della guerra e dell'annientamento dell'essere umano. Le persone iniziarono quindi a reclamare una maggior responsabilizzazione nelle proprie scelte di vita e nei diritti di cui erano portatori. Non è un caso che proprio in quegli stessi anni venne elaborato il Codice di Norimberga (1947), nell'ambito del cosiddetto "processo ai dottori", che ebbe il merito di promuovere la dottrina del consenso informato (di cui si dirà in seguito). Sempre nell'ottica di consacrare la centralità dei diritti inalienabili della persona vennero promulgate, tra le altre, la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (1948); la Convenzione europea dei diritti dell'uomo (1950); la Convenzione internazionale sui diritti civili e politici (1966).

La crescente sensibilizzazione nei confronti dei diritti umani portò inoltre alle istanze democratiche di tutela delle libertà da parte delle minoranze e delle classi più deboli (si pensi ai movimenti femministi e delle minoranze etniche), contribuendo ad accrescere sempre più la consapevolezza della centralità della dignità e dell'autonomia dell'essere umano.

Fu così che, dall'accentramento statale del potere e dalla concezione del singolo come una componente dell'ingranaggio sociale, si è passati nell'arco di pochi anni alla valorizzazione della centralità dell'individuo e della tutela della sua autodeterminazione.

Oggigiorno il diritto di autodeterminazione individuale, inteso come motore dello sviluppo della persona, rappresenta la massima espressione del rispetto della dignità della vita umana. Tale diritto postula il riconoscimento della capacità delle persone di compiere le proprie scelte in maniera indipendente

---

<sup>3</sup> R.J. Lifton, I medici nazisti, Italia, 2021.

e autonoma.

## **2. Il principio di autodeterminazione e il diritto al consenso libero e informato**

Il principio di autodeterminazione trova applicazione in ambito medico-sanitario mediante la previsione della necessità del consenso dell'interessato – vale a dire la concreta manifestazione della sua volontà – a ricevere o rifiutare il trattamento proposto.

Come brevemente accennato, la dottrina del consenso – libero e informato – è stata elaborata per la prima volta nel corso del processo ai dottori nazisti per gli esperimenti condotti nei campi di concentramento (uno dei procedimenti secondari rispetto al Processo di Norimberga), che culminò con la sentenza del tribunale militare del 20 agosto 1947. In questa occasione furono delineati quegli elementi di distinzione fondamentali tra sperimentazione lecita sugli esseri umani e tortura, che presero appunto il nome di Codice di Norimberga.

Il primo principio affermato dal codice sancisce la centralità del consenso della persona sottoposta al trattamento: «Il consenso volontario è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona interessata debba avere capacità legale di esprimere il consenso; che essa sia nella condizione di poter esercitare un libero potere decisionale senza che si intervenga con la forza, con la frode, con l'inganno, con minacce o esagerando con qualsiasi forma di vincolo o coercizione; che essa abbia sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi coinvolti nello studio, tali da permettere una decisione consapevole e ragionata. Questo ultimo elemento fa sì che prima che il soggetto decida affermativamente sia informato circa la natura, la durata, lo scopo della sperimentazione, nonché dei metodi con cui verrà condotta, qualsiasi disagio o pericolo potenziale e i possibili effetti sulla salute che potrebbero derivare dal partecipare alla sperimentazione. Il dovere e la responsabilità di accertare la bontà del consenso rimangono in capo alla persona che avvia o dirige la sperimentazione. Questo è un dovere personale e una responsabilità che non possono essere delegate impunemente».

Oggi il consenso è definito come un *processo* che, per considerarsi validamente prestato, richiede la sussistenza di tre requisiti essenziali:

1. deve essere, anzitutto, *libero*: la persona deve averlo manifestato senza essere sottoposta a ingerenze indebite o prospettazione di conseguenze infondate<sup>4</sup>;

---

<sup>4</sup> Nel caso *Konovalova c. Russia*, Corte EDU, sez. I, sent. 16.02.2015, ric. n. 37873/2004, La Corte concludeva che la presenza non autorizzata di studenti di medicina durante il parto della ricorrente violasse il suo diritto al rispetto della vita privata e familiare sancito dall'art. 8 CEDU. Nel corso del processo emerse infatti che le informazioni

2. è necessario poi che sia *informato*: il paziente ha il diritto di ricevere informazioni adeguate, chiare e comprensibili da parte dell'equipe sanitaria che somministra il trattamento;

3. infine il paziente deve essere *capace di prendere decisioni*: il soggetto, in particolare, deve poter comprendere le informazioni essenziali che riguardano il trattamento proposto, analizzare la situazione e valutarne le conseguenze, bilanciare rischi e benefici del trattamento – o di un suo eventuale rifiuto – e, in ultimo, esprimere la propria scelta. Tale capacità, è bene precisare, non coincide necessariamente con la nozione di "capacità di agire". Ad esempio una persona maggiorenne che abbia perso temporaneamente conoscenza non sarà in grado in quel momento di decidere se sottoporsi o meno a un trattamento medico.

Il consenso informato è disciplinato da una pluralità di fonti normative europee e nazionali. Ai fini del presente scritto si segnalano in particolare: la Convenzione di Oviedo sui diritti umani e la biomedicina del 1997, che prescrive il consenso libero e informato dell'interessato quale condizione necessaria per poter eseguire qualsiasi intervento nel campo della salute (art. 5) e prevede una regolamentazione specifica a protezione delle persone che non hanno la capacità di prestare consenso (art. 6); la Carta di Nizza che, all'art. 3, secondo comma, lett. (a), richiede il rispetto del consenso libero e informato della persona interessata; la Convenzione Europea dei diritti dell'uomo (CEDU), che, agli artt. 3 e 8, garantisce il diritto al rispetto della vita privata e familiare<sup>5</sup>; da ultimo, la legge n. 2019/2017 recante "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento" (legge sul "biotestamento").

Di recente la Corte Costituzionale, con sentenza n. 438 del 15 dicembre 2008, ha riconosciuto al consenso libero e informato il rango di diritto fondamentale della persona, attinente alla sfera del diritto all'autodeterminazione individuale e, in quanto tale, distinto dal diritto alla salute: «Il consenso informato, inteso quale espressione della consapevole adesione al trattamento sanitario proposto dal medico, si configura quale vero e proprio diritto della persona e trova fondamento nei principi espressi nell'art. 2 della Costituzione, che ne tutela e promuove i diritti fondamentali, e negli artt. 13 e 32 della Costituzione, i quali stabiliscono, rispettivamente,

---

fornite erano state vaghe e presentate in modo da indurre la ricorrente a pensare che la presenza degli studenti fosse obbligatoria.

<sup>5</sup> Nella sentenza Jalloh c Germania, Corte EDU, Grande Camera, sent. 11.07.2006, ric. n. 54810/00, i giudici hanno stabilito che il mancato rispetto dell'integrità e dell'autonomia individuale costituisce una violazione del diritto alla vita privata protetto dall'art. 8, integrando la fattispecie di tortura e trattamento disumano o degradante proibita dall'art 3.

che “la libertà personale è inviolabile”, e che “nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”». Peraltro «la circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all’autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all’art. 32, secondo comma, della Costituzione. Discende da ciò che il consenso informato deve essere considerato un principio fondamentale in materia di tutela della salute».

Senza dubbio, quindi, le considerazioni finora svolte sull’evoluzione del pensiero giuridico in tema di diritti della persona iniziato a partire dalla metà del secolo scorso – e tuttora in cammino – confermano l’assunto secondo cui, al giorno d’oggi, il diritto all’espressione del consenso libero e informato rispetto a qualsiasi trattamento medico-sanitario sia universalmente riconosciuto come parte integrante dei diritti inviolabili della persona.

### **3. Il dovere di accertamento del consenso del paziente**

Il consenso informato si sostanzia nel diritto di esprimere liberamente la propria scelta opportunamente informata a cui corrisponde il dovere inderogabile dell’equipe sanitaria di fornire informazioni adeguate al caso e accertare che il paziente intenda consapevolmente aderire al trattamento proposto o richiesto.

Tra i doveri dell’equipe sanitaria si annoverano quelli di:

1. astenersi da qualsiasi ingerenza o influenza nei confronti del paziente;
2. informare in modo adeguato e comprensibile. È bene osservare che il consulto tra medico e paziente è considerato tempo di cura ai sensi dell’art. 1 comma 8 della legge n. 219/2017;
3. accertare la sussistenza della capacità del richiedente di prendere decisioni.

Il processo di accertamento della volontà è perciò costituito dalla proposta di informazioni, dalla verifica della comprensione delle stesse da parte del paziente e, infine, dall’acquisizione della volontà definitiva di quest’ultimo di aderire o meno al trattamento, secondo le forme prescritte per legge.

La somministrazione di un trattamento sanitario in assenza del consenso libero e informato della persona interessata comporta precise conseguenze sul piano giuridico.

Secondo consolidata giurisprudenza della Corte EDU, l’imposizione di un

trattamento sanitario integra la condotta di tortura o di trattamento disumano e degradante. Tale violazione si realizza al raggiungimento di un grado minimo di gravità, da valutare in base alle circostanze del caso concreto<sup>6</sup>.

Sul punto si è peraltro espressa anche la Corte di Cassazione<sup>7</sup>, stabilendo che la violazione del dovere di fornire adeguate informazioni al paziente può comportare due diverse tipologie di danno, che, seppur connesse tra loro, rimangono formalmente distinte: (a) danno alla salute e (b) danno da lesione del diritto all'autodeterminazione.

Inoltre, il mancato rispetto del consenso del paziente costituisce una violazione ai sensi degli artt. 33-39 del Codice di deontologia medica.

L'osservanza dei presupposti dell'effettività dell'autodeterminazione – e dunque del consenso – sopra illustrati realizza la tutela della persona sottoposta a un trattamento medico-sanitario, ponendola al centro del processo decisionale che la riguarda e, in definitiva, tutelandone la dignità.

#### **4. Autodeterminazione come presidio della tutela della persona**

Abbiamo visto che l'accertamento della volontà del paziente a ricevere il trattamento sanitario costituisce un principio fondamentale all'interno del nostro ordinamento, e che la violazione di questo diritto comporta sanzioni. Per quanto attiene alla protezione delle persone vulnerabili, la verifica della volontà e capacità del paziente è un vero e proprio obbligo positivo facente capo allo Stato. Tale principio è affermato nel noto caso Haas c. Svizzera<sup>8</sup>, nel quale il ricorrente Ernst Haas era affetto da una grave sindrome bipolare che lo aveva portato a tentare il suicidio in plurime occasioni, senza però riuscire nel proprio intento. Il sig. Haas aveva quindi interpellato alcuni psichiatri per ottenere la prescrizione del sodio pentobarbital, un farmaco letale, vedendosi tuttavia opporre il rifiuto in assenza di un adeguato consulto. Dopo aver esaurito i ricorsi interni avverso questa decisione, il sig. Haas si rivolse alla Corte EDU, difendendo il proprio diritto a condurre una vita dignitosa e, conseguentemente, il diritto di decidere il momento e le modalità della propria morte e di morire senza patire sofferenze atroci. Secondo il sig. Haas tale libertà, protetta dall'art. 8 CEDU, non ammetterebbe interferenze statali nella vita privata dei cittadini se non in presenza delle condizioni descritte dal secondo comma che, nel suo caso, sarebbero state assenti.

La Corte, invece, inquadrò diversamente la questione, osservandola dal punto di vista della conformità della previsione di una limitazione alla somministrazione di farmaci letali al diritto al rispetto della vita privata ex art.

---

<sup>6</sup> In tal senso, Jalloh c Germania, cit. e Pretty c Regno Unito, Corte EDU, sez. IV, sent. 29.04.2002, ric. n. 2346/02.

<sup>7</sup> Cass. civ., sez. III, sent. n. 2898 dell'11.11.2019.

<sup>8</sup> Corte EDU, sez. I, sent. 20.01.2011, ric. n. 31322/07.

8 CEDU. La Corte, infatti, stabilì che occorresse considerare la Convenzione nel suo insieme, sicché il diritto al rispetto della vita privata disciplinato dall'art. 8 può essere correttamente interpretato solo se posto in relazione con il diritto alla vita sancito dall'art. 2.

La lettura del combinato disposto di queste norme impone alle autorità il dovere di proteggere i soggetti vulnerabili anche da azioni che loro stessi potrebbero commettere nei propri confronti. Per i giudici europei, il diritto alla vita prescrive «alle autorità nazionali il dovere di prevenire che le persone ricorrano al suicidio qualora l'intento suicida non sia stato frutto di un'autonoma decisione o la persona non abbia piena consapevolezza delle conseguenze dell'atto». La Corte concluse quindi ritenendo proporzionale e necessaria la previsione di una prescrizione medica per la somministrazione di un farmaco letale ai fini della protezione «della salute pubblica e della sicurezza, oltre che per la prevenzione dei reati», assicurando in questo modo che i soggetti privi della capacità di comprendere la portata del proprio gesto non abbiano facile accesso a tale genere di farmaci.

Accedendo alla ricostruzione proposta da questa importante pronuncia, l'accertamento della volontà della persona costituisce un obbligo positivo per le autorità, imposto dall'esigenza di tutelare i soggetti più fragili. Sugli Stati incombe pertanto il dovere di verificare se il desiderio del richiedente corrisponda effettivamente alla sua volontà e se il soggetto sia stato adeguatamente informato delle possibili alternative e delle conseguenze della propria scelta (artt. 2 e 8 CEDU).

In definitiva, è proprio grazie al bistrattato principio di autodeterminazione che i soggetti vulnerabili ricevono adeguata protezione rispetto al rischio di essere sottoposti a un trattamento indesiderato.

### **5. Il principio di autodeterminazione nella nuova fattispecie di omicidio del consenziente, così come proposta dal quesito referendario**

La comune percezione del rispetto delle libertà fondamentali, con particolare riferimento all'ingresso dell'eutanasia legale nel novero di esse, è in costante evoluzione. Fino a pochi decenni fa, l'impostazione tradizionale includeva il bene della vita tra i diritti indisponibili<sup>9</sup> e generalmente non lo reputava di esclusiva spettanza del singolo titolare, ma piuttosto concorrente con l'interesse Statale alla tutela del cittadino e della demografia interna.

In questi anni, tuttavia, parte della dottrina ha messo in discussione la concezione di indisponibilità assoluta della vita umana, valorizzando l'opposto principio di libertà di disposizione della vita del singolo, che

---

<sup>9</sup> E. Pessina, *Elementi di diritto penale*, II, Napoli, 1883, p. 183; E. Altavilla, *Delitti contro la persona. Delitti contro l'integrità della stirpe*, in *Trattato di diritto penale*, IV ed., 1934, p. 151; F. Antolisei, *Manuale di diritto penale. Parte speciale*, XXII ed., I, Milano, 1996, p. 66.

discende dal più generale principio di autodeterminazione individuale<sup>10</sup>. Una diversa e sempre maggiore sensibilità e apertura nei confronti delle pratiche di morte medicalmente assistita – in presenza di determinate condizioni – si rinviene anche nella società contemporanea, che rivendica una sempre maggior libertà nelle scelte che afferiscono i modi di condurre ed eventualmente di disporre della propria esistenza. La conseguenza tangibile di siffatto cambiamento è stata la straordinaria affluenza delle persone ai banchetti per richiedere il referendum sull'eutanasia legale. La raccolta firme ha visto partecipare oltre un milione di persone<sup>11</sup>, nonostante abbia avuto luogo in piena crisi pandemica e nel corso dei mesi più caldi dell'anno, entrambi fattori che hanno portato a ridurre le occasioni di uscita e aggregazione. Occorre rimarcare tali circostanze, che di primo acchito potrebbero apparire banali, perché costituiscono fattori che avrebbero potuto scoraggiare l'affluenza delle persone, oltretutto in un periodo storico di generale disinteressamento alle questioni della politica tradizionale.

È opinione di chi scrive, peraltro, che laddove la volontà popolare si esprimesse in senso favorevole alla legalizzazione dell'eutanasia, il Legislatore non potrebbe rimanere inerte, lasciando inattuata l'introduzione – o la disciplina – di tale pratica. L'indolenza legislativa perpetrerebbe un atteggiamento di stigmatizzazione paternalista nei confronti dell'eutanasia legale del tutto inaccettabile in assenza di una condanna sociale di tali pratiche<sup>12</sup>.

Venendo ora all'aspetto operativo, l'introduzione dell'eutanasia legale nel nostro ordinamento avverrebbe attraverso la proposta referendaria di

---

<sup>10</sup> T. Padovani, *Note circa il referendum sull'art. 579 c.p. e la portata sistematica della sua applicazione*, in [www.associazionelucacoscioni.it](http://www.associazionelucacoscioni.it), 2021 (ultimo accesso: 11/01/2022); G.Fiandaca-E. Musco, *Diritto penale. Parte Speciale, I delitti contro la persona*, Bologna, 2011, p. 3; S. Tordini Cagli, *Principio di autodeterminazione e consenso dell'avente diritto*, Bologna, 2008, p. 234.

<sup>11</sup> Secondo i dati forniti dall'Associazione Luca Coscioni, promotrice del referendum sull'eutanasia legale, hanno partecipato alla sottoscrizione 1.239.423 persone - in <https://referendum.eutanasialeale.it/trasparenza> (ultimo accesso: 11/01/2022).

<sup>12</sup> Si fa riferimento alle c.d. *Kulturnormen* (norme di cultura), ossia quella teoria in base alla quale l'operato del legislatore dovrebbe essere orientato, tra le altre cose, dalle norme ritenute socialmente accettabili dalla collettività. Secondo una ricostruzione, alle *Kulturnormen* si riconosce la sola funzione negativa di impedire al legislatore di criminalizzare quelle condotte ritenute non meritevoli di una sanzione penale, mentre non opererebbe la funzione positiva di recepire nella norma penale ogni comportamento ritenuto rimproverabile dalla società. In tal senso, A. Cadoppi, *Il reato omissivo proprio, I*, Padova, 1988, p. 677 ss.; A. Cadoppi, *Il ruolo delle Kulturnormen nella "opzione penale" con particolare riferimento agli illeciti economici*, in *Riv. trim. dir. pen. econ.* 1989, p. 289; A. Cadoppi-P. Veneziani, *Elementi di diritto penale. Parte generale*, Padova, 2007, p. 94 ss..

depenalizzazione parziale dell'art. 579 c.p., che punisce l'omicidio del consenziente<sup>13</sup>. Procedendo con ordine, la norma attualmente vigente è composta da tre commi: il primo punisce chiunque cagioni la morte di una persona consenziente, con una pena inferiore rispetto a quella prevista per la più grave fattispecie dell'omicidio comune disciplinata invece dall'art. 575 c.p.<sup>14</sup>. Il consenso della persona offesa, infatti, riduce il disvalore della condotta e, quindi, comporta una minor offensività rispetto alla fattispecie di omicidio comune. In base all'odierna formulazione del reato, il Legislatore accorda una rilevanza, seppur minima, all'autodeterminazione della persona offesa, anche se questa non vale a scriminare la condotta dell'agente.

Differentemente, il terzo ed ultimo comma della norma in analisi disciplina l'omicidio della persona vulnerabile "consenziente", applicando la stessa pena disposta per l'omicidio comune a chiunque commetta il reato alternativamente (a) nei confronti di chi sia minore dei diciotto anni di età; (b) nei confronti di chi sia infermo di mente, o che si trovi in condizioni di deficienza psichica; (c) in presenza di vizi del consenso. La differenza del trattamento sanzionatorio rispetto al primo comma si rinviene nella considerazione che il nostro ordinamento non riconosce il consenso di una persona vulnerabile come validamente prestato. La conseguenza, allora, è che l'omicidio di una vittima fragile, ancorché "consenziente", è equiparato inevitabilmente all'omicidio comune.

Il quesito referendario con il quale si chiede la legalizzazione dell'eutanasia propone l'abrogazione parziale della norma nella parte in cui punisce l'omicidio del consenziente capace di autodeterminarsi (primo comma), mantenendo immutato il restante testo normativo. Da questa proposta di modifica emerge una novella che incrimina solo le ipotesi di omicidio del consenziente vulnerabile, mentre accoglie nel perimetro della liceità tutte quelle condotte commesse, qualora ne ricorrano i presupposti, nei confronti della persona consenziente capace di autodeterminarsi. Il principio di autodeterminazione acquista allora un valore supremo, tracciando il confine tra condotta lecita e reato. Nella nuova fattispecie, il consenso della vittima-avente diritto assumerebbe un ruolo centrale nella sussistenza del fatto

---

<sup>13</sup> L'art. 579 c.p. – Omicidio del consenziente – dispone che «Chiunque cagiona la morte di un uomo, col consenso di lui, è punito con la reclusione da sei a quindici anni. Non si applicano le aggravanti indicate nell'articolo 61. Si applicano le disposizioni relative all'omicidio se il fatto è commesso: (1) contro una persona minore degli anni diciotto; (2) contro una persona inferma di mente, o che si trova in condizioni di deficienza psichica, per un'altra infermità o per l'abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti; (3) contro una persona il cui consenso sia stato dal colpevole estorto con violenza, minaccia o suggestione, ovvero carpito con inganno».

<sup>14</sup> L'art. 575 c.p. – Omicidio sancisce che «Chiunque cagiona la morte di un uomo è punito con la reclusione non inferiore ad anni ventuno».



criminoso, divenendo necessariamente requisito essenziale e quindi oggetto di accertamento sia da parte di chi pone in essere la condotta sia, in un secondo momento eventuale, degli inquirenti.

Preme sottolineare come ipotetici abusi dell'istituto saranno esclusi dal fatto che l'eutanasia legale consiste comunque in un trattamento medico-sanitario di morte assistita e, in un tale contesto medicalizzato, resteranno operative le procedure e le garanzie attualmente previste dalla legge di cui si è discusso nei paragrafi precedenti. È proprio grazie agli strumenti già codificati del consenso informato e del complementare dovere di accertamento della volontà dell'interessato, che diverrebbe possibile valutare adeguatamente la capacità di quest'ultimo. Pertanto, l'assenza del requisito fondamentale del consenso validamente prestato impedirebbe all'equipe sanitaria di somministrare qualsiasi trattamento che possa qualificarsi come pratica di morte medicalmente assistita.

La modifica dell'art. 579 c.p., così come proposta, tiene conto di entrambi i profili del principio di autodeterminazione.

Da un lato valorizza la libertà individuale ma al tempo stesso, presupponendo la capacità di prestare il consenso e il debito accertamento di tale capacità, si pone come limite e garanzia a protezione dei soggetti che non sono in grado di autodeterminarsi. Gli strumenti giuridici di tutela delle persone già oggi esistenti e sin qui illustrati paiono pertanto idonei a escludere ogni timore di esporre soggetti fragili al rischio di una morte indesiderata. Ciò nondimeno il futuro intervento del Legislatore dovrà essere particolarmente accurato nel definire ogni aspetto procedurale necessario a ulteriore salvaguardia di tali soggetti rispetto alla legalizzazione delle pratiche di morte medicalmente assistita.